

ASPECTOS LEGALES

M.^a Pilar García-Caselles
Lorena Bajo Peñas
Ramón Miralles Basseda

Consentimiento informado

El consentimiento informado forma parte de un nuevo modelo de relación médico-paciente, que deja de estar basada en la beneficencia paternalista para sustentarse en el principio ético de autonomía. Éste es un principio típicamente ilustrado que afirma la potestad moral de cada individuo para gobernar su propia vida en todos los aspectos, siempre y cuando no interfiera en el proyecto vital de sus semejantes. La norma jurídica de mayor rango que en este momento establece la obligatoriedad del consentimiento informado es el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo). Dicho convenio fue aprobado por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa el 28 de septiembre de 1996, y está en vigor en nuestro país desde el 1 de enero de 2000 (1).

Elementos del consentimiento informado

1. El consentimiento informado es un *proceso* continuo, hablado, que en ocasiones requiere apoyo escrito y que tiene que ser registrado de manera adecuada. En este sentido, los profesionales sanitarios deberíamos acostumbrarnos a incluir en la historia clínica el reflejo de los acontecimientos que componen el proceso de información y consentimiento. Es un error pensar que el consentimiento informado es un momento aislado en la relación clínica, con el único objetivo de obtener la firma del paciente para determinadas exploraciones o intervenciones.
2. Debe ser *voluntario*, es decir, no sujeto a coacción o manipulación por parte del equipo sanitario.
3. *Información suficiente*: hay que explicar al paciente la naturaleza y objetivos del procedimiento, sus beneficios, sus riesgos y efectos secundarios posibles y las opciones diagnósticas o terapéuticas que existan (2). Donde más conflicto ha habido siempre es en la extensión con la que hay que detallar esta información. Se

debería informar, al menos, sobre: 1) las consecuencias relevantes y seguras de la intervención a que va a ser sometido y 2) los riesgos típicos del procedimiento, tanto si son muy frecuentes y poco graves como si son menos frecuentes pero muy graves. En principio no es preciso informar sobre lo que es excepcional (3).

4. La *información* será *comprensible*, adaptada al nivel sociocultural del enfermo.
5. Evaluaremos la *capacidad* del paciente para comprender la información.
6. Por último, el paciente, tras un proceso de *deliberación*, tomará una *decisión*, que será de aceptación o de rechazo de la exploración o intervención propuesta por el profesional sanitario. Éste deberá respetarla siempre que cumpla con los requisitos antes expuestos y si es de rechazo requerirá el reinicio del proceso de información y consentimiento para llegar a la decisión más aceptable para ambos. Si la decisión tomada por el paciente es inaceptable para el profesional sanitario, podrá alegar la objeción de conciencia y remitir al enfermo a otro profesional, garantizando así la continuidad en la atención sanitaria (4).

Incapacitación legal

El Código civil (C.c.) (5) establece una presunción general de capacidad de los mayores de edad para todos los actos de la vida civil (art. 322 C.c.). Con el fin de proteger a las personas con enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que les impidan gobernarse por sí mismas (art. 200 C.c.), el Código civil contempla la incapacidad legal y el nombramiento de un tutor o curador. Se denomina *incapacitación por prodigalidad* a aquella que pretende proteger al incapaz del interés económico familiar. La incapacidad legal sólo puede realizarse por sentencia judicial, previa solicitud de un familiar o del Fiscal cuando existen indicios de incapacidad (arts. 199 C.c. y 756 a 762 Ley de Enjuiciamiento Civil). Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal hechos que pue-

dan ser determinantes para una incapacitación (art. 204). La sentencia que declare la incapacitación ha de determinar la «extensión y límites de ésta» (art. 210 C.c.), lo que supone que la incapacitación no se configura legalmente como uniforme, sino que, del mismo modo que se gradúa legalmente la capacidad de las personas (en función de la escala de edad), también se modula la incapacidad de las mismas en razón del concreto grado de discernimiento de la persona afectada que en el proceso seguido haya apreciado el juez. La figura del *tutor* será necesaria cuando el anciano se considere incapaz para todos los aspectos de la vida civil. El anciano incapacitado (o pródigo) sólo precisará la intervención del *curador* en aquellos actos para los que no se haya considerado capaz según imponga la sentencia establecida por el juez (art. 215 a 306). En definitiva, el curador «completa» la capacidad de su persona. Hasta el año 1983 la tutela sólo podía ser ejercida por una persona física. Las Entidades Tutelares surgieron de las dificultades con las que en ocasiones se encontraban los jueces para nombrar un tutor una vez incapacitada legalmente la persona. Se trata de entidades sociales sin ánimo de lucro que asumirán la tutoría de las personas incapacitadas total o parcialmente. El *defensor judicial* será nombrado por el juez cuando se detecte conflicto de intereses entre el anciano incapacitado y el representante legal o curador o bien en el caso de que cualquiera de ellos no desempeñara sus funcio-

nes, a la espera de que se designe a una nueva persona para estos cargos. El *guardador de hecho* es la persona sin nombramiento al efecto que se encarga de «guardar» a alguien en quien concurre una causa de incapacitación.

Los pasos a seguir en todo proceso de incapacitación son los siguientes:

- La familia, ya sea aconsejada por los profesionales sanitarios, ya sea por iniciativa propia, se pondrá en contacto con su abogado para iniciar los trámites de incapacitación.
- El abogado comunicará la solicitud de incapacitación al Juzgado de Primera Instancia del lugar donde resida el presunto incapaz (en ciudades como Barcelona, Bilbao, Madrid y Valencia existen juzgados especializados).
- El juzgado enviará a un médico forense para examinar al presunto incapaz. Se podrá requerir a otros especialistas (geriatras, neurólogos, psiquiatras...), en caso que se considere necesario. Dictamen pericial.
- Audiencia de los parientes más próximos.
- Sentencia de incapacitación.
- Inscripción de la resolución en el Registro Civil.

A continuación se adjunta un modelo de solicitud de incapacitación propuesto en una guía publicada recientemente por el IMSERSO para pacientes con demencia ingresados en centros residenciales (figura 1) (6).

Figura 1. Ejemplo de un modelo de solicitud de incapacitación

Ilmo. Sr.:

A los efectos de lo previsto en el Art. 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, a continuación pasamos a comunicar a V.S. los siguientes hechos:

1.º Que ese Centro Residencial, cuyo nombre y domicilio figuran en este escrito, tiene como objeto³ _____.

2.º Que entre las personas residentes del Centro figura D.(ª) _____, DNI _____.

3.º Que la citada persona no está civilmente incapacitada.

4.º Que con fecha _____, el mencionado Sr. (a) presentó síntomas de demencia que según dictamen médico, que se acompaña, requirieron su urgente hospitalización en el Centro⁴ _____, situado en la localidad de _____,

provincia de _____, calle _____, n.º _____, teléfono _____.

Lo anterior lo comunicamos a V.S. a los efectos oportunos.

_____, a _____ de _____ de 200_____
El Director Gerente del Centro

Ilm. Sr. Juez de Primera Instancia

³ Especificar el objeto del Centro. Por ejemplo, Residencia de Personas Mayores, Psicogeriátrico, etc.

⁴ Rellenar con los datos del Centro. Si no se ha ingresado, indicar en dónde se encuentra el paciente.

La incapacitación es un proceso que puede ser reversible en aquellos casos en que la situación del individuo se vea modificada con el tiempo.

Violencia en el lugar de trabajo (entrevistas conflictivas)

Estudios recientes confirman que la violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario es un fenómeno universal y que al margen de las singularidades sociales y legislativas de cada país, este fenómeno puede manifestarse de formas muy diversas. En los Estados Unidos de América, el personal sanitario afronta 16 veces más riesgo de sufrir violencia en su lugar de trabajo que cualquier otro personal con prestaciones sociales al público. En Gran Bretaña, a finales de los años noventa, casi un 40% del personal sanitario del *National Health Service* declaraba haber sufrido algún incidente violento en el ejercicio de su profesión, con ello el gobierno británico impulsó la campaña «Tolerancia cero a la violencia». En España, según una encuesta del colegio oficial de médicos de Barcelona, se estima que una tercera parte de los médicos encuestados habían sufrido algún incidente violento a lo largo de su carrera profesional y que una cuarta parte de los médicos habían sido testimonio de algún acto de agresión contra un compañero de profesión (7).

Definición de violencia en el lugar de trabajo

Según la Organización Mundial de la Salud, se entiende por violencia en el lugar de trabajo a todos aquellos incidentes en los cuales la persona es objeto de maltrato, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con el desempeño de su profesión, incluyendo el trayecto desde su domicilio al lugar de trabajo, con la implicación que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud (7).

Tipo de violencia

Verbal: palabras vejatorias, gritos, frases de menosprecio, insultos, amenazas, coacciones e injurias.

Física: empujones, patadas, golpes de puño, bofetadas, arañazos, mordeduras, escupir, violaciones, heridas por arma blanca o de fuego.

Psicológica: los dos tipos de agresión anterior conllevan implícitamente la agresión psicológica al profesional que puede manifestarse en un síndrome de estrés postraumático (ansiedad, depresión, insomnio, etc.).

Daño a la propiedad: robo, maltrato del mobiliario y/o instalaciones del centro o pertenencias del propio profesional.

Estos tipos de violencia pueden tener un carácter leve, grave o muy grave y de ello depende la clasifica-

ción penal o civil que se deberá dar a la agresión. Por otra parte, los incidentes violentos tienen una repercusión negativa en la empresa o institución sanitaria (absentismo laboral, costes económicos y de materiales, desprestigio, etc.), además de las conductas inadecuadas que se pueden generar por la actitud comprensiva de huida del agresor y/o de complacencia a sus exigencias. Por todo ello, la organización sanitaria tiene el deber de implicarse en asegurar un sistema que garantice el respeto y la seguridad de sus profesionales.

Actitud delante de un ciudadano agresivo (paciente, familiar o acompañante)

El objetivo de la actitud del profesional deberá ser tranquilizar a la persona para evitar la agresión y bajar el nivel de tensión para poder hablar sobre el problema que ha generado el conflicto. Para ello se recomienda lo siguiente:

1. Mantener el equilibrio emocional y no responder a las provocaciones (controlar los sentimientos negativos y no caer en el terreno de la provocación, porque puede desencadenar una situación aún más violenta).
2. Conversar con corrección en tono afable y profesional (evitar tono brusco y cortante que podría acelerar la conflictividad, explicarse de forma convincente por qué no es posible satisfacer sus exigencias y evitar actitudes de prepotencia).
3. En caso de que la tensión siga aumentando, el profesional deberá intentar reorientar la conversación, para ello hay varias técnicas:
 - Contrabalance emocional: conducir al ciudadano hacia el estado de ánimo tranquilo que mantiene el profesional. Esto se puede conseguir con habilidades comunicativas adecuadas y tratando de mostrarse afectuoso y empático.
 - Liberar la tensión emocional del paciente o familiar: dejarlo hablar todo lo que quiera para que explique sus sentimientos, inquietudes y frustraciones y así libere su tensión interna.
 - Avisar a otro profesional para que se integre en la entrevista con la finalidad de que ayude a solucionar el motivo de tensión (evitar cualquier gesto que el paciente interprete como menosprecio).
 - Reconocer las posibles deficiencias propias y de la organización: a menudo el reconocimiento de las deficiencias propias ayuda a rebajar la tensión y permite reestablecer el diálogo con calma.
 - Manifestar los propios sentimientos al paciente o familiar: a veces puede ser con-

veniente que el profesional muestre sus propias emociones especialmente después de haber recibido insultos o vejaciones (tristeza, malestar por el incidente, etc.) independientemente de que después se opte por denunciarlo, aunque no es prudente hablar de este aspecto al menos en ese momento. Esta actitud podría hacer reflexionar a la persona agresora sobre las posibles consecuencias de su conducta.

4. Durante la entrevista con un paciente, familiar o acompañante potencialmente agresivo, es aconsejable evitar las siguientes señales tanto verbales como no verbales:

Verbales:

- Evitar uso de estilos comunicativos que generen hostilidad (apatía, condescendencia, menosprecio, impaciencia, etc.).
- Evitar verbalizar amenazas, coacciones o insultos.
- Evitar minimizar la situación o las quejas.
- Evitar de entrada la crítica y el rechazo a las demandas del paciente.
- Evitar transmitir información que no se ajuste a la realidad y no proponer pactos que no se puedan cumplir.

No verbales:

- Evitar una postura corporal desafiante o que se pueda interpretar hostil o amenazadora (manos en caderas, cruzar los brazos, señalar con el dedo, etc.).
 - Evitar el contacto físico o la proximidad excesiva (mantener una distancia aproximadamente igual a la longitud del brazo).
 - Evitar los movimientos bruscos y rápidos, evitar ponerse de espaldas.
5. Si a pesar de todo lo anterior ha sido imposible reconducir la situación y evitar la escalada de agresividad y la situación se vuelve potencialmente peligrosa, se recomienda:
 - Dar por terminada la visita (fijarse mentalmente en una vía de salida, vigilar la interposición de mesas u otros muebles que puedan bloquear la salida, preparar la salida de la sala y salir).
 - Si el profesional no puede salir y es agredido: si el agresor no está armado será necesario protegerse con muebles u objetos cercanos, si ello no es posible el profesional tiene derecho legítimo a defenderse para repeler el ataque (es recomendable evitar esta situación, ya que si no hay testigos, ésta puede confundirse con una supuesta pelea mutuamente aceptada), por ello, como solución más segura y con menor riesgo de lesiones, es más recomendable la huida. Si el agresor está armado es recomendable no activar el

impulso de usar el arma y, por lo tanto, se deberán seguir las indicaciones del agresor hasta que se pueda evaluar racionalmente la posibilidad de defensa efectiva.

- Reclamar la intervención de los servicios de seguridad si es que los hay.

Actuaciones después del incidente violento

Los profesionales que hayan sido víctimas y todas las personas involucradas en el accidente han de tener la posibilidad de recibir tratamiento médico adecuado, rápidamente o urgente si fuera necesario.

Es necesario documentar bien las lesiones y describir el incidente (identificar al agresor y a los testigos si los hubiese, describir el episodio violento, anotar detalladamente las lesiones producidas, los resultados de las exploraciones complementarias y hacer un mapa anatómico si fuese necesario). Es conveniente también comunicar la agresión al juzgado de guardia y guardar una copia del comunicado.

El médico o el profesional agredido tienen derecho a emprender acciones legales y jurídicas contra el agresor, para ello deberán asesorarse debidamente con un abogado. Las acciones legales tienen como objetivo satisfacer a la víctima por los daños sufridos y tienen un carácter compensatorio para la víctima. Esta satisfacción compensatoria vendrá dada por:

- El arrepentimiento y la presentación de disculpas del agresor a la víctima.
- La interposición de acciones penales/civiles contra el agresor.
- La suspensión de la relación asistencial entre el profesional agredido y el paciente o familia agresora.
- Por la solicitud de responsabilidad al centro sanitario y/o administración, en caso de falta de previsión y protección adecuada del personal de su institución.

Disposiciones previas o voluntades anticipadas en ancianos (DVA)

Las voluntades anticipadas, llamadas también disposiciones o instrucciones previas, constituyen un documento dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente, expresa las instrucciones que deberán tenerse en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias le impidan expresar personalmente su voluntad. En el documento la persona también puede designar un representante, que será el interlocutor válido y necesario con el médico o equipo sanitario, para sustituir al paciente en caso de que éste no pueda expresar su voluntad por sí mismo. El fundamento y objetivo del DVA es

promocionar el principio de autonomía del paciente, cuando éste no pueda decidir por sí mismo, para mejorar la calidad de la atención al final de la vida. El principio bioético de autonomía recoge el derecho de todo enfermo adulto, capacitado, en ausencia de coacciones y debidamente informado a decidir si acepta o no un determinado tratamiento, es decir, a decidir lo que considera bueno para sí mismo, lo cual en ocasiones puede no coincidir con la opción médica. El derecho a formular este documento viene recogido en la ley estatal 41/2002 (ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación clínica) (8), que dedica el artículo 11 a las llamadas instrucciones previas (voluntades anticipadas). Dicho derecho viene también especificado y detallado en otros textos parecidos en diversas comunidades autónomas de nuestro país.

Consideraciones en ancianos

En atención geriátrica es obligado recordar que la población anciana no es homogénea, tanto por su situación médica, cognitiva, funcional y social, esto tiene importantes implicaciones cuando se trata de toma de decisiones. Como ya se ha dicho, las instrucciones previas o voluntades anticipadas deben ser realizadas o formuladas por una persona mayor de edad y capacitada. La comorbilidad, las dificultades en la comunicación-comprensión (hipoacusia, afasia, etc.), aspectos socioculturales (el bajo nivel cultural limita el acceso a la información), la costumbre de que las decisiones las tomen la familia y el médico y sobre todo la presencia de deterioro cognitivo son factores que hacen que las personas ancianas tengan menos opciones de ejercer su autonomía de forma total y plena, por lo que el papel del documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas puede verse restringido en este grupo de edad. En este sentido es necesario que los profesionales conozcan estos derechos, informen a los pacientes y que de manera paulatina vaya introduciéndose en la cultura de la relación médico-paciente. Existen en nuestro país expe-

riencias que demuestran que la información sobre voluntades anticipadas es en general bien aceptada y entendida en el ámbito asistencial de la geriatría (9-12).

En la tabla 1 se muestra un ejemplo de documento de voluntades anticipadas.

Bibliografía

1. Boletín Oficial del Estado (B.O.E) nº 251; 20 de octubre de 1999.
2. Grupo de expertos en información y documentación clínica. Documento final de noviembre de 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
3. Sánchez Caro J. El consentimiento informado ante el derecho: una nueva cultura. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 138-44.
4. Gracia D. La práctica de la medicina. *Medicine* 1992; 3-10.
5. Código civil español.
6. Malos tratos a personas mayores: guía de actuación. Colección Manuales y Guías. Serie personas mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO; 2005.
7. Guía para prevenir y gestionar la violencia en el lugar de trabajo contra los médicos. Quaderns de la bona praxis. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona; Barcelona: septiembre 2004.
8. Boletín Oficial del Estado (B.O.E.) n.º 274; 15 de noviembre de 2002.
9. Martínez Almazán E, Altadill Ardit A, García Navarro JA. Disposiciones previas: experiencia piloto en una residencia de ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (4): 203-9.
10. Cruz M, Goikoetxea M, Cámara M, Susperregui A, Lucena I, Calvo-Aguirre JJ. Utilización de un cuestionario de voluntades anticipadas en una residencia de ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36 (S2): 39.
11. Terribas N. Las voluntades anticipadas y su especial consideración en el paciente geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38 (supl 3): 53-64.
12. Bajo L, Digón A, Fernández-Matamoros B, Farriols C, Miralles R, Cervera AM. Documento de voluntades anticipadas: conocimiento y aplicabilidad en una unidad de convalecencia. Resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39 (supl 2): 53.

Tabla 1. Ejemplo de documento de voluntades anticipadas*

Yo, _____,
 mayor de edad con DNI núm. _____ y con domicilio en _____
 calle _____, con plena capacidad para obrar y de forma libre,
 otorgo el presente *Documento de Voluntades Anticipadas*, que quiero que se tenga en consideración en mi atención
 sanitaria, por *si me encuentro en una situación en la que no pueda expresar mi voluntad* por distintas circunstancias
 derivadas de mi estado físico y/o psíquico.

En el caso de que yo me encontrase en alguna de las situaciones que se describen en esta Declaración y con
 capacidad de expresar mi voluntad, el contenido de este documento quedará supeditado a lo que yo decida en este
 momento.

En lo que se refiere a la interpretación y aplicación de este *Documento*, designo como mi representante a: _____

con DNI núm. _____, con domicilio en _____
 calle _____ y teléfono _____/
 _____, que deberá ser considerado el interlocutor válido y necesario para el médico o el equipo
 sanitario que me atienda y garantizador del cumplimiento de mi voluntad aquí expresada.

Así mismo, por si se da el caso de imposibilidad de ejercer o de renuncia de mi representante, designo sustituto a:

_____ con DNI núm. _____,
 con domicilio en _____ calle _____
 _____ y teléfono _____ / _____

Declaro que:

Si en un futuro me encontrase en alguna de las situaciones mencionadas a continuación:

() Enfermedad irreversible de pronóstico previsiblemente fatal en un período inferior a 6 meses.

() Coma irreversible o deterioramiento cognitivo avanzado.

() _____

() _____

Dispongo que:

() No se prolonge inútilmente y de forma artificial mi vida (por ejemplo, mediante procedimientos agresivos y/o
 técnicas de soporte vital avanzado), se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi sufrimiento
 físico y/o psíquico, y se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna.

() No se me administren terapias médicas o quirúrgicas de efectividad indemostrada o que sean inútiles en el
 propósito de prolongar mi vida.

() _____

() _____

Tabla 1. (Continuación)

Igualmente, manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para trasplantes (), para investigación () o para enseñanza ().

Disposición adicional 1

() Deseo que el contenido de este Documento quede sin validez si transcurren más de 5 años desde el momento de firmarlo.

Disposición adicional 2

() En caso de que el o los profesionales sanitarios que me atiendan aduzcan motivos de conciencia para no actuar de acuerdo con mi voluntad aquí expresada, quiero ser transferido a otro u otros profesionales que estén dispuestos a respetarla.

Lugar y fecha: _____

Firma del otorgante Firma del representante Firma del representante sustituto

En caso que el presente Documento se otorgue delante de testigos y no delante de notario:

Testigo primero _____

DNI núm _____ Firma:

Testigo segundo _____

DNI núm _____ Firma:

Testigo tercero _____

DNI núm _____ Firma:

Disposición final

En el supuesto que, más adelante, el otorgante quisiera dejar sin efecto el presente Documento podrá, si es el caso, firmar la orden de revocación siguiente:

Yo, _____, mayor de edad con DNI núm _____ con plena capacidad para obrar y de forma libre revoco y dejo sin efecto el presente documento de Voluntades Anticipadas en todos sus extremos.

Lugar y fecha: _____, Firma:

* Ejemplo tomado de los hospitales del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS) de Barcelona, disponible en <http://www.imasbcn.org/c/professionals/index.html>