



INFORMACIÓN CLÍNICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DEONTOLOGÍA MÉDICA. UNA RELACIÓN RECIENTE

CLINICAL INFORMATION, INFORMED CONSENT AND MEDICAL DEONTOLOGY. A RECENT RELATIONSHIP

JULIO GARCÍA-GUERRERO

Calle Fernando el Católico 18, 6ºD. 12005 Castellón.

Teléfono móvil: 699 798448.

garciaj@comcas.es

RESUMEN:

Palabras clave:

Consentimiento informado, información clínica, deontología médica.

Recibido: 12/09/2018

Aceptado: 22/04/2019

El derecho a la información clínica y el consentimiento informado como expresión práctica del principio de autonomía, son conquistas legales en España de finales del siglo XX que se han trasladado a la normativa deontológica médica. Se estudia el ritmo de ese traslado. Revisión histórica de los diferentes códigos de deontología médica desde la Guerra Civil, buscando la presencia de estas ideas en ella. Hasta el código de 1979 la idea de información clínica no aparece en la normativa deontológica vigente y el consentimiento lo hace en casos muy restringidos. A partir de esa fecha su aparición es progresiva en los sucesivos códigos. Actualmente ambas ideas están completamente desarrolladas en la normativa deontológica española. La Deontología médica ha asumido como suyas las ideas de información al paciente y consentimiento informado. Este ha sido un proceso largo en el tiempo que ha cambiado en buena medida la orientación deontológica para las relaciones médico-enfermo. En estos aspectos, la Deontología médica pasa, de hacer hincapié en la prudencia del médico, a subrayar el deber de informar y de dar amplio espacio a las decisiones del paciente, al que reconoce como un agente moral autónomo y reflexivo, capaz de tomar sus propias decisiones sobre su salud.

ABSTRACT:

Keywords:

Informed consent, clinical information, medical deontology.

In Spain, the right to clinical information and informed consent as a practical expression of the principle of autonomy, are legal conquests achieved in the late twentieth century. From the law they have been transferred to the codes of medical deontology. The aim of this work is to study the pace of this transfer. Historical review of the different codes of medical deontology in Spain since the Civil War, seeking the presence of these ideas in them. Until code of medical deontology of 1979, the idea of clinical information did not appear in the contemporary deontological norm, and the rules on consent did so in very restricted cases. As of that date, their appearance is progressive in the successive codes. Currently, both concepts are fully developed in Spanish deontological regulations. Medical Deontology has taken on the ideas of patient information and informed consent. This has been a long process which has brought

considerable changes the deontological orientations of the traditional form of doctor-patient relationship. In these aspects, medical deontology has drifted, from emphasizing the prudence of the doctor, to emphasize the duty to inform and give ample space to the patient's decisions, which he recognizes as an autonomous and reflective moral agent, capable of taking his own decisions about your health.

1. Introducción

Desde que el juez B. Cardozo emitiese su sentencia en el caso de "Schloendorff vs Society of New York Hospital", que comenzaba con la célebre frase: "*Cualquier ser humano mayor de edad y en su sano juicio, tiene derecho a determinar qué se hará con su propio cuerpo...*"¹ en la que se reconocía el derecho a la autodeterminación de los pacientes, este concepto ha ido extendiéndose y constituye hoy uno de los pilares de la relación médico-paciente en los países desarrollados del entorno occidental. Este derecho de autodeterminación es una manifestación de la autonomía personal, que hablando de asistencia sanitaria tiene su expresión práctica en el consentimiento informado (CI).

El CI está definido en el artículo 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de documentación clínica (en adelante la Ley de autonomía), como: "*la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud*". En esta definición se recogen los tres componentes esenciales de la idea del consentimiento: que sea otorgado por una persona adecuadamente informada, asegurando su competencia y voluntariedad, y en ausencia de factores externos que condicionen la decisión de esa persona.

La implantación del CI ha significado un cambio radical en la forma de entender las relaciones entre médicos y pacientes: de una relación basada en la beneficencia paternalista, en la que el paciente era poco

más que un mero espectador-receptor de las decisiones médicas sobre las que tenía una mínima capacidad de influencia, se ha pasado a un modelo en el que hay una exigencia de que el médico informe clara, veraz y adecuadamente, y la decisión final siempre corre a cargo del paciente^{2,3,4}. Ha sido un proceso largo en el tiempo que arranca con los escritos de John Locke³⁵ y Stuart Mill⁴⁶ y va cristalizando fundamentalmente en Norteamérica durante los dos primeros tercios del siglo pasado, para constituir hoy un derecho consolidado de los pacientes.

La doctrina del CI entra en España en la década de los setenta del S. XX, de la mano de juristas como Guitrana González, que en su ensayo "*En la convergencia de dos humanismos: Medicina y Derecho*", prestaba especial interés al consentimiento de los pacientes y a la información necesaria para ello y debida por el médico al paciente. Partiendo de considerar la relación jurídica que une a médico y paciente como un contrato de arrendamiento de servicios con características excepcionales, establece que una de las bases sobre las que descansa esa relación es el principio de *noli me tangere* (no me toques), en alusión a la necesidad de consentimiento previo del paciente para cualquier actuación del médico sobre él.

Dice Guitrana sobre el consentimiento:

"Y es que, aunque en favor de la tesis de que el cirujano puede operar motu proprio para sal-

¹ Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Triacastela, Madrid, 2007, 163.

² Gracia D. *op. Cit.* 72-104.

³ González Morán L. *De la Bioética al Bioderecho*. Dykinson S.L., Madrid, 006, 45.

⁴ Pellegrino ED, Thomasma DC. "The conflict between autonomy and beneficence in medical ethics: proposal for a resolution". *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 1987; 3: 23-46.

var la vida del enfermo, se alegase que la vida no pertenece al hombre y que, por ende, no puede disponer de ella ni por acción ni por inacción; que no puede suicidarse ni rehusar los cuidados y operaciones necesarias, pues sobre él pesa el deber natural de la propia conservación; que tiene la vida en depósito del que debe rendir cuentas y que, como el depositario (art. 1766 del Código civil) no puede destruir ni mutilar el objeto depositado, sino que ha de conservarlo diligentemente... aún entonces cabría aducir de contrario que el hombre debe también conservar su libertad de autodeterminación, de obrar bien o mal y que ésta es una cuestión personal que cada cual debe resolver en conciencia.”⁵

Y sobre la información a los pacientes:

“En el plano estrictamente jurídico lo que sí importa afirmar es que al paciente que debe consentir o no en la intervención quirúrgica o el tratamiento arriesgado que puede salvar su vida amenazada, hay que proporcionarle la suficiente y necesaria ilustración para que conscientemente decida.”⁶

Posteriormente otros autores se encargaron de profundizar y desarrollar la teoría y el legislativo se encargó de consolidarla, hasta el punto que el CI constituye hoy un derecho del ciudadano y su obtención un deber del médico al que nuestro ordenamiento jurídico dedica varias normas relevantes. Incluso nuestro Tribunal Constitucional considera que el CI de un paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente al derecho fundamental a la integridad física⁷.

Como se puede apreciar, este ha sido un cambio que ha llegado a los médicos desde el mundo jurídico.

⁵ Locke J. *Ensayo y Carta sobre la tolerancia* (1666, 1685). Alianza Editorial, Madrid, 2011.

⁶ Mill JS. *Sobre la libertad* (1859). Madrid, Alianza Editorial, 2007.

⁷ Guítrama-González M. “En la convergencia de dos humanismos: Medicina y Derecho”. *Anuario de Derecho Civil*. 1977; 30(2): 288.

Un cambio que, además, supuso en su momento una radical modificación en la forma de relación vigente entre médico y paciente, cambio que no fue aceptado de buen grado en su momento y aún hoy no ha sido asumido por completo, hasta el punto que su puesta en práctica habitual parece, en algunas ocasiones, más la defensa del médico ante posibles futuras acciones judiciales en su contra, que la concreción práctica de la asunción de un deber, como lógica consecuencia al reconocimiento de un derecho de sus pacientes⁸.

Además de las normas legales comunes a todos los ciudadanos, el colectivo médico se guía, en lo que concierne al ejercicio profesional, por las normas deontológicas sistematizadas en el Código de Deontología Médica (CDM), que no es más que la normativización de unas obligaciones que los médicos se autoimponen en su ejercicio profesional. El cumplimiento del CDM puede ser exigido de forma coactiva por los colegios de médicos. Los colegios de médicos son corporaciones de derecho público que por delegación del Estado se encargan de regular el ejercicio de la profesión y que tienen capacidad coactiva para hacerlo. Es lógico y razonable que una exigencia legal como es el CI esté de alguna forma reflejado en el CDM, si cabe con más rotundidad de lo que aparece en los textos legales. Por otra parte, la inclusión del concepto del CI en las normas deontológicas médicas, además de reflejar un deber legal, implica también el reconocimiento y asunción por parte de la clase médica del deber de información clínica hacia el paciente. Además, y más importante, implica el reconocimiento del paciente como una persona libre y responsable, capaz de tomar decisiones por sí misma.

El objetivo de este trabajo es seguir la evolución de la presencia de las ideas de información clínica y consentimiento informado, a la luz de la concepción que hoy tenemos de ambos conceptos, en los códigos deontológicos de la clase médica española, desde que estos códigos adquirieron carácter de norma de obligado cumplimiento para los médicos españoles.

⁸ Guítrama González M, *op. Cit.* 294.

2. Material y Método

Revisión crítica de los códigos de deontología médica que ha habido vigentes en España desde la constitución de la Organización Médica Colegial (OMC). Se incluyen además en la revisión, la segunda edición del Código de Deontología Médica de Luis A. Muñozerro⁹ cuya primera edición data de 1934, que no tuvo carácter normativo y de obligado cumplimiento, pero que tuvo una indudable influencia en el comportamiento de la clase médica española en las décadas centrales del siglo pasado ya que se hicieron de él seis ediciones. También se ha incluido la segunda edición del Manual de Deontología Médica¹⁰ de Francisco Peiró, ya que aunque tampoco tuvo un carácter normativo, fue el texto de la asignatura impartida en muchas facultades de Medicina de España hasta bien entrada la década de los años cincuenta del siglo pasado y del cual también se hicieron varias ediciones. Se han revisado además los siguientes documentos, ya con carácter normativo: Reglamento de la Organización Médica Colegial. Normas Deontológicas, de 1945¹¹, el Código de Deontología Médica de la OMC de 1979¹², las Normas Deontológicas del Colegio de Médicos de Barcelona, sancionadas por la OMC en mayo de 1979 y que pasaron a ser el Código del Consejo Catalán de Colegios de Médicos¹³, el Código de Deontología. Normas de Ética Médica del Consell de Col.legis de Metges de Catalunya de 1997¹⁴; el Código de Ética y Deontología Médica de la OMC de 1990¹⁵ y 1999¹⁶, el Código de Deontología del

Consell de Col.legis de Metges de Catalunya de 2005¹⁷ y el Código de Deontología Médica, Guía de Ética Médica de la OMC de 2011, actualmente vigente¹⁸. También se han revisado las declaraciones de la Comisión Central de Deontología (CCD) del Consejo General de Colegios de Médicos, que una vez aprobadas por la Asamblea de Presidentes tienen el mismo valor normativo que el Código¹⁹; se han seleccionado para su análisis “La ética médica en la atención del menor maduro” de marzo de 2008, y la “Declaración sobre asistencia al menor en situaciones de rechazo al tratamiento”, de enero de 2015.

3. Resultados

Luis Alonso Muñozerro (1888-1968), fue Fiscal del Tribunal de la Rota, Vicario General Castrense y consiliario de la Academia Deontológico-Médica de la Hermandad de San Cosme y San Damián de Madrid, donde se interesó por la deontología médica. Publicó en 1934 una obra fundamental de la deontología médica española que tuvo una importante y larga influencia en el comportamiento de la clase médica, ya que se hicieron ediciones, además de en 1934, en 1942, 1950 y 1956, ya en pleno franquismo y las dos últimas con un Código de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ya en vigor. De un modo novedoso este Código se estructura en forma normativa: un conjunto de preceptos articulados que deben observarse, a modo de reglas o normas. La información al paciente para Muñozerro debe ser *veraz*, aunque consagra el privilegio terapéutico (art. 24.3.d) y también debe ser “suficientemente explicada al enfermo o a los encargados de su asistencia,...” (art. 22.2.c). Además, en las juntas médicas las deliberaciones nunca serán “...delante del enfermo”(art. 52.c). Se debe ser “cauto en formular el diagnóstico y en manifestarlo”(art. 24.3.a) y, cuando hubiera peligro de muerte, el médico informará “...ordinariamente a los consanguíneos, amigos o allegados

9 Tribunal Constitucional. Sentencia 37/2011, de 28 de marzo. BOE nº 101, de 28 de abril de 2011.

10 Iglesias Lepine, ML., Pedro-Botet Montoya, J., Pallás Villarronga, O., Hernández Leal, E., Echarte, JL., Solsona Durán, JF. “Consentimiento informado: opiniones del personal sanitario de un hospital universitario”. *Revista Clínica Española*. 2007; 207 (10): 483-8

11 Rodríguez Piñero JE, Taberner Duque MJ, Rodríguez Calvo MS. “Estudio descriptivo sobre la aplicación del consentimiento informado en centros sanitarios de Galicia (España)”. *Cuadernos de Bioética*. 2018; 29(1): 69-79.

12 Muñozerro LA. *Código de Deontología Médica (2ª ed)*. Fax, Madrid, 1942.

13 Peiró F. *Manual de Deontología Médica (2ª ed)*. Universidad de Madrid. Servicio de Publicaciones, Madrid, 1944.

14 Ministerio de la Gobernación. “Orden Reglamento de la Organización Médica Colegial”. Boletín Oficial del Estado número 57, de 14 de septiembre de 1945. Madrid.

15 Martínez-Calcerrada, JM. *Derecho Médico. Vol II. Legislación Médica*. Tecnos, Madrid, 1989, 851-870.

16 Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. “Normas Deontológicas”. Barcelona, 1979.

17 Consell de Col.legis de Metges de Catalunya. Código de Deontología. Normas de Ética Médica. Barcelona, 1997.

18 Herranz G. *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica (2ª ed)*. Eunsa, Pamplona, 1993.

19 Organización Médica Colegial. [Publicación en línea]. <Código de Ética y Deontología Médica, 1999>. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/Codigo_0.pdf [Consulta: 23-02-2018].

del enfermo, eligiendo para confidente la persona más ponderada y en condiciones para realizar la misión cerca del paciente".(art. 81). Las cosas cambian algo en lo que se refiere al consentimiento. El artículo 32 se dedica al consentimiento en la investigación:

"Artículo 32.

1.- Es ilícito realizar experiencias con un fin de investigación científica, de remedios temerarios o que por no haber sido aun suficientemente estudiados, se ignora si han de ser favorables o perjudiciales para el enfermo, aun cuando este consienta.

2.- Si el experimento no es, ciertamente, de los que determinan grave daño, más sí algún inconveniente leve, no es ilícito realizarlo, aun por fin científico, siempre que exista el previo consentimiento de la persona sometida a la experimentación.

También, el consentimiento se considera un derecho del paciente en las intervenciones quirúrgicas: *"El consentimiento del enfermo o de sus allegados que legalmente le representen, es necesario. El derecho a verificar la operación está en el enfermo, no en el operador (...)"* (art. 62.2), aunque en el epígrafe siguiente se describen las situaciones en que se puede actuar sin el permiso del paciente o incluso en contra de esa opinión: *"Cuando el enfermo no está en condiciones de otorgar su consentimiento, ni sus representantes estén presentes para prestarlo a su debido tiempo, es lícito presumirlo. Aun contra el consentimiento del paciente se puede operar: a) cuando su oposición se funda en la ignorancia de la gravedad del caso o de las consecuencias de la operación; b) si el motivo es inmoral, v. gr., en un suicidio frustrado"* (art. 62.3). También se precisa *"consentimiento explícito"* en tratamientos de hipnotismo; el consentimiento constituye además una causa eximente del deber de secreto médico. Por el contrario, no es necesario consentimiento del paciente ni de sus familiares para *"suministrar a un moribundo cantidad de morfina suficiente, a privarle de sentidos y de razón, sin producirle directamente la muerte, (...)"* (art. 87).

Francisco Javier Peiró (1883-1969), ingresó en la Compañía de Jesús en 1923, fue capellán general de prisiones y profesor de Deontología Médica en la Universidad Complutense de Madrid. Escribió un Manual de esta asignatura cuya primera edición vio la luz en 1944, editándose cinco más, la última en 1958. Durante todos estos años fue considerado libro de texto universitario, por lo que su grado de conocimiento por la clase médica española debió ser considerable. Este Manual⁸ es de estructura completamente diferente al Código de Muñoyerro. Está escrito en forma de libro de texto y no contiene normas o preceptos como el anterior; además tiene mucho más presente la moral católica como referente y fuente normativa que el anterior. Para Peiró la información que debe recibir el paciente es absoluta potestad del médico, que además decide si procede comunicarle algo de su enfermedad o hacerlo a sus familiares (pag. 48); el médico no puede mentir, pero sí disimular la verdad (pag.90), hay que dejar de manifestar al enfermo todo aquello que deprima su moral y la única excepción es que *"...el paciente exija la verdad porque lo necesita para adoptar tales o cuales disposiciones"*(pag. 89). Respecto al consentimiento sólo es necesario para la práctica del hipnotismo (pag.109), para las intervenciones quirúrgicas (pag. 217) y como causa de revelación de secreto (pag. 335).

Una vez acabada la Guerra Civil, la nueva administración empieza a regular la vida del país y en lo que se refiere a las corporaciones médicas se promulgan sendas órdenes de 18 de Enero de 1938 y la de 30 de Octubre de 1940 sobre características de composición y funcionamiento tanto del CGCOM como de los colegios provinciales. Como colofón a esta regulación administrativa se promulga la Orden Ministerial de 8 de septiembre de 1945 sobre "Reglamento de la Organización Médica Colegial" (BOE de 14 de septiembre de 1945)⁹. Este Reglamento lleva un apéndice dedicado a "Normas Deontológicas", que rigieron el ejercicio profesional de los médicos españoles hasta bien entrada la década de los setenta. En estas Normas la información al paciente no se contempla; solamente en caso de peligro de muerte y *"...una vez observadas las circunstancias morales y de en-*

tereza de carácter del enfermo y sus familiares..." el médico participara la gravedad del paciente *"...a quien crea conveniente..."*. Por lo que respecta al consentimiento, sólo se menciona para decir que es preciso en caso de intervenciones quirúrgicas, en la práctica de hipnotismo y como causa eximente del deber de secreto médico.

En 1967 se produjo una profunda renovación de la reglamentación colegial, renovación que no llegó a las Normas Deontológicas de 1945, que quedaron derogadas en la práctica, pero que no fueron sustituidas por otras. Hubo diversos intentos de renovación entre los que destacan el liderado por el Dr. Señorans, por aquel entonces Presidente del Colegio de Médicos de La Coruña y Vicepresidente del CGCOM. Estos intentos no fructificaron hasta 1979 en que, siendo Presidente del Consejo el Dr. D. Jorge Pérez Bosque, se publicó en abril el nuevo Código de Deontología Médica. En este Código se enuncian como principios fundamentales y deberes primordiales del médico el respeto a la vida e integridad de la persona, así como a la salud del individuo y de la colectividad. Respecto a la información, el médico debe informar de cualquier medida diagnóstica o terapéutica *"...si ello le fuere solicitado, siempre de forma que no resulte perjudicial para el enfermo"*. (art. 22). El artículo 25, tímidamente, empieza a acotar la discrecionalidad del médico en cuanto a la información: *"En principio, deberá revelarse al paciente el diagnóstico; no obstante puede ser legítimo no comunicar al enfermo un pronóstico grave o fatal. (...) Es deber del médico decir la verdad siempre a los familiares del paciente, a no ser que este haya prohibido previamente esta revelación o haya designado a las personas a las que debe hacerse"*. Respecto al consentimiento, es de notar que no se reconoce literalmente el derecho de un paciente a negarse a una prueba diagnóstica o a un tratamiento, pero ese derecho parece quedar implícito en el artículo 21: *"Si el enfermo debidamente informado se negare a un examen o tratamiento propuesto, el médico puede declinar su actuación en las mismas condiciones previstas en el artículo anterior"*. (Se refiere ese artículo a que el médico puede negarse a seguir asistiendo a alguien cuando constate que no hay confianza en él y siempre asegurando

la continuidad de los cuidados médicos). El artículo 23 recoge los supuestos en los que el médico puede actuar *motu proprio* sin el consentimiento del interesado: cuando no estuviese en condiciones de prestar consentimiento, menores de edad o incapacitados y cuando fuere imposible obtener el consentimiento del paciente o de sus familiares o allegados. El artículo 107 se ocupa de la investigación para decir que solo será posible tras consentimiento escrito del sujeto de investigación, después de que *"...haya sido informado cabalmente de la naturaleza de la investigación, se le garantice el derecho a interrumpir el ensayo en cualquier momento y las condiciones de vigilancia médica puedan hacer frente a cualquier complicación"*.

El Colegio de Médicos de Barcelona aprobó en julio de 1978 sus Normas Deontológicas que no entraron en vigor hasta mayo de 1979, tras ser validadas por la Comisión Permanente del CGCOM a principios de ese mes *"...para ser aplicadas por dicho Colegio en todo cuanto no esté en contradicción con el Código Deontológico de la Organización Médica Colegial"*, según reza el oficio de validación. En sus Principios Generales, estas Normas recogen que la principal responsabilidad del médico es prestar la máxima atención a sus pacientes en beneficio de su salud *"... sin que pueda interferir ninguna motivación religiosa, ideológica, política, económica, de raza, nacionalidad, sexo, condición social o personal"*. El artículo 10 establece el derecho de los pacientes a *"... la máxima información sobre el diagnóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con las palabras más adecuadas"* y el artículo 11 el correlativo deber del médico de *"... informar al paciente y si no es posible a los allegados responsables de cualquier exploración diagnóstica o actuación terapéutica que sea necesaria, muy especialmente si es cruenta, así como de su finalidad y, si procede, de los posibles peligros, a fin de obtener un consentimiento lúcido, imprescindible para poder practicarla"*. Este deber de información no parece tan claro en el artículo 12 sobre enfermedades graves: *"Cuando se trate de enfermedades de pronóstico grave, el médico ha de procurar igualmente informar al paciente,..."*. En el artículo 14 se

reconoce el derecho de todo paciente *“...a interrumpir o rechazar la asistencia, incluso cuando ésta sea imprescindible para su vida, siempre que con anterioridad haya sido debidamente informado de las consecuencias previsibles de su decisión y se encuentre en condiciones de tener una comprensión lúcida de la misma”*, con la única excepción del daño a terceros. En casos de menores, incapacitados o imposibilidad de obtener consentimiento, el médico actuará según su criterio, pero siempre en favor de la salud del paciente; esto también sucede en casos de tutores legales que por razones de conciencia rechacen una terapia para el tutelado (artículos 15 y 16). El artículo 71 habla de la asistencia a una persona en huelga de hambre para decir que *“... el médico debe respetar la voluntad del huelguista mientras este sea capaz de manifestarla...”*.

La OMC publicó un nuevo Código en 1990, tras unas mínimas modificaciones hechas en 1985 y 1987 del vigente desde 1979 y que afectaron a un total de nueve artículos²⁰. Este Código aborda la información clínica y el CI en varios artículos. Artículo 11.1: *“Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; y el médico se esforzará en facilitársela con las palabras más adecuadas”*. Artículo 11.2: *“Cuando las medidas propuestas supongan un riesgo importante para el paciente el médico proporcionará información suficiente y ponderada, a fin de obtener el consentimiento imprescindible para practicarlas”*. El artículo 11.3 prescribe que en caso de incapacidad, urgencia o minoría de edad, el médico aplicará los cuidados según su conciencia. Artículo 11.4: *“En principio, el médico comunicará al paciente el diagnóstico de su enfermedad y le informará con delicadeza, circunspección y sentido de la responsabilidad, del pronóstico más probable. Lo hará también al familiar o allegado más íntimo o a otra persona que el paciente haya designado para tal fin”*. El privilegio terapéutico se consagra en el artículo 11.5 al decir que *“...puede ser oportuno no comunicar un*

pronóstico muy grave...”, aunque lo limita a situaciones excepcionales para salvaguardar *“... el derecho del paciente a decidir sobre su futuro”*.

El 16 de junio de 1997 en el Palau de la Música, en Barcelona, se celebró una Asamblea General de médicos catalanes a la que asistieron 2.500 médicos, con el fin de aprobar el “Código de Deontología. Normas de Ética Médica”. La iniciativa había partido aproximadamente un año antes desde el Colegio de Médicos de Barcelona, cuya Comisión de Deontología elaboró un documento base que se remitió a más de 100 profesionales destacados de diversos campos como Bioética, Biología, Derecho o Humanidades y a las comisiones de deontología provinciales; con las aportaciones habidas, el documento se envió a todos los médicos colegiados en Cataluña por aquellas fechas (unos 25.000) para la presentación de enmiendas, presentándose más de 1.700 de unos 500 profesionales. Tras depurarse estas enmiendas se llegó al documento final que se sometió a la aprobación de la Asamblea. En el Capítulo II “De las relaciones del médico con sus pacientes”, se recogen las obligaciones del médico respecto al consentimiento de sus pacientes. El artículo 13 es taxativo: *“El médico no podrá tratar a ningún paciente con la capacidad mental conservada sin su consentimiento. En el caso de un menor, el médico debe respetar su voluntad si este tiene capacidad para comprender aquello que decide, aunque el padre, la madre o el representante legal disientan”*. En el 14 se establece la obligación del médico de respetar el rechazo total o parcial a un tratamiento o una prueba diagnóstica, con la única excepción del posible daño a terceros. Solamente en el caso de que tutores o representantes legales de menores o incapacitados rechacen, por razones de conciencia, un tratamiento que la ciencia reconoce como válido y necesario para su vida y haya razones de urgencia, el médico podrá actuar prescindiendo del consentimiento (artículo 15). El Capítulo III habla de la información y su artículo 20 dice: *“El médico tiene el deber de dar al paciente la máxima información posible sobre su estado de salud, los pasos diagnósticos, las exploraciones complementarias y los tratamientos. La información debe ser dada de forma comprensible y pru-*

20 Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. [Publicación en línea] <Código de Deontología, 2005>. Disponible en: https://www.comb.cat/cat/colegi/docs/codi_deontologic.pdf [Consulta: 23-02-2018].

dente (...). El carácter de la información a proporcionar al paciente se define en el artículo 22 al decir que debe ser "... comprensible, verídica, mesurada, discreta, prudente y esperanzadora". El artículo 24 reconoce de forma implícita que la titularidad de la información médica es exclusiva del paciente al decir: "El médico informará a personas vinculadas al paciente, cuando este así lo autorice o cuando el médico intuya que no hay la posibilidad de una comprensión lúcida por parte del paciente".

En septiembre de 1999 el CGCOM aprobó su nuevo Código de Ética y Deontología Médica. Los aspectos relativos a la información clínica se contienen en el artículo 10 en el que se reconoce el derecho del paciente "... a recibir información sobre su enfermedad y el médico se esforzará en dársela con delicadeza y de forma que pueda comprenderla. ...". En este artículo también se contempla la relación entre información clínica y consentimiento por escrito, para exploraciones o tratamientos que supongan para el paciente un "riesgo significativo" (art. 10.4), así como la imposibilidad de obtener consentimiento y el tratamiento en incapaces y menores (art- 10.5); también en el 10.6 se obliga a tomar en consideración la opinión del menor, tanto más cuanto más edad tenga y mayor sea su grado de madurez. El artículo 9.2 reconoce el derecho de cualquier paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o un tratamiento y la obligación del médico de respetar ese derecho, tras informarle comprensiblemente de las previsible consecuencias de su decisión.

Por acuerdo del Consell de Col.legis de Metges de Catalunya de 24 de enero de 2005 se aprobó el vigente Código de Deontología catalán. En él, los aspectos relativos a la información clínica y consentimiento informado se recogen en los capítulos II (De la relación del médico con sus pacientes) y III (De la información). En todos sus artículos se reconoce al paciente capaz como el principal agente en la toma de decisiones sobre maniobras diagnósticas o tratamientos médicos, así como su titularidad exclusiva en lo que respecta a la información médica, con la obligación del médico de informarle clara y exhaustivamente sobre sus padecimientos exclusivamente a él o a aquellas personas a quién éste autorice, con la

única excepción de dificultades en la comprensión de esta información (art. 25).

El actualmente vigente "Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica" de la OMC data de 2011, habiendo durado su proceso de gestación casi tres años. Se reconoce el derecho del paciente a decidir libremente tras una información adecuada (art. 12.1) y la obligación del médico de respetar ese derecho y la negativa del paciente a un tratamiento (art. 12.2). El artículo 14 regula la toma de decisiones en menores, prestando especial atención a los menores maduros y al segmento de edad entre 16 y 18 años. Los artículos 15 y 16 regulan la información clínica que sólo debe darse al paciente, a quien él designe o al representante legal. Se reconoce el derecho del paciente a no ser informado (art. 15.2); se dice que la forma general de obtención del CI es oral y se reserva la obtención del consentimiento escrito para cuando las medidas propuestas "... supongan un riesgo significativo para el paciente..." (art. 16.2).

Las declaraciones de la CCD revisadas sitúan al médico como garante del mejor interés y de los derechos del menor, correspondiéndole "... administrar el principio de beneficencia cuando no sea de aplicación el de autonomía..." (Declaración de 2008). Asimismo, en la Declaración de 2015 se reconoce la capacidad de menores para tomar decisiones y en ese sentido, en el proceso de toma de decisiones, el médico deberá respetar tanto más la decisión del menor cuanto mayor sea el grado de madurez que perciba en él (Declaración de 2015).

4. Discusión

Se ha revisado la presencia de las ideas de consentimiento informado e información clínica en la normativa deontológica habida en España tras nuestra Guerra Civil. Los primeros documentos en el tiempo que se analizan, tanto por la figura de sus autores como por la época en que fueron publicados, parten de unos presupuestos de moral católica. En estos documentos, la titularidad de la información clínica no es del paciente –salvo situaciones excepcionales como el peligro de muerte y "con el fin de dejar arreglados los asuntos" – el paciente es un niño más o menos grande, pero en todo caso lo

bastante inmaduro como para poder soportar la verdad sobre la enfermedad que le aflige y que, por tanto, hay que ocultarle. El consentimiento que se recoge en estos documentos no se puede llamar informado, ya que no se reconoce al paciente como titular de la información y, sólo se necesita en dos supuestos (cirugía e hipnotismo), y en el caso de investigación para Muñoyerro. Si tenemos en cuenta que en 1931 se promulgaron en Alemania las “Directrices para nuevas terapias y experimentación en humanos”²¹, que fueron las primeras reglas éticas acerca de la investigación clínica, pero que prácticamente permanecieron sin aplicar por el rápido ascenso del partido nazi al poder, habremos de convenir que Muñoyerro fue precoz y adelantado en el mundo a la hora de considerar los intereses de los sujetos de investigación y de la ponderación de la relación beneficio-riesgo en este campo.

En la primavera de 1979 entran en vigor el nuevo código del CGCOM y el del Consell de Col.legis de Metges de Catalunya, que fue el primer código con validez normativa fuera del CGCOM y que no entró en vigor hasta que no fue validado por esta organización, que en ese momento era la única que reconocía la Administración como representativa de todos los médicos españoles. Como se apuntó en la Introducción, en esa época ya se hablaba en España de información al paciente y de consentimiento, e incluso se había legislado sobre ello. Ya en el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social²² (artículo 148.4), se lee que los enfermos tenían derecho a autorizar, bien directamente o a través de sus familiares más allegados, las intervenciones quirúrgicas o actuaciones terapéuticas que implicaran riesgo notorio previsible, así como a ser advertidos de su estado de gravedad. Esta norma fue posteriormente completada con una de rango superior, el Real Decreto 282/1978, que recogía en su Anexo unas garantías para los pacientes

que usaran los servicios hospitalarios²³, a modo de una Carta de los Derechos del Paciente que ya había sido publicada por la Asociación Americana de Hospitales en 1973²⁴, y posteriormente hecha suya por el Parlamento Europeo en 1976. Ambos documentos empiezan a recoger en su articulado el cambio de paradigma normativo; se empieza a hablar del deber de informar y del derecho del paciente a rechazar un tratamiento. La clase médica a través de sus órganos representativos fue sensible a esos cambios. En los códigos de la OMC y catalán de 1979 se dice que hay que informar al enfermo, aunque todavía se percibe una buena dosis de discrecionalidad por parte del médico en cuanto a las características de esa información. También ambos, más acusadamente en el caso catalán, imponen al médico el deber de respetar las decisiones de su paciente en lo que respecta a la aceptación o rechazo de un tratamiento, exceptuando como es lógico circunstancias de daños a terceros.

En 1986 se publica la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, cuyo artículo 10 es una auténtica Carta de Derechos de los Pacientes que la clase médica debió de hacer suya en el código promulgado en 1990. Efectivamente, en el artículo 11 de ese código están ya presentes muchos de los elementos de la teoría del CI, aunque se echa en falta una referencia a la posibilidad de rechazar un tratamiento, que sí se recoge en la Ley.

El código catalán de 1997 avanza en esta cuestión e incluso reconoce ese derecho a los menores en función de su capacidad de comprensión. Este código supone una ampliación en el deber de informar, ya que considera un deber del médico dar al paciente la máxima información posible sobre su estado de salud o los procedimientos médicos a los que va a ser sometido.

El código de la OMC de 1999 no supuso un gran avance en el desarrollo de las ideas de información clínica y consentimiento informado, y de su reflejo en el respectivo documento normativo.

21 Organización Médica Colegial española. [Publicación línea] <Código de Deontología Médica, Guía de Ética Médica, 2011>. Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_0.pdf [Consulta: 23-02-2018].

22 Organización Médica Colegial española. [Publicación en línea] <Comisión Central de Deontología. Declaraciones 2000-2017>. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/declaraciones_ccd_2017/index.html [Consulta: 22-10-2018].

23 Herranz G. <El Código de ética y deontología Médica> [Publicación en línea]. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/el-casidigo-de-etica-y-deontologasa-macdica-dr-herranz/> [Consulta: 08-08-2018].

24 Saas HM. “Reichsrundschreiben 1931: Pre-Nuremberg German Regulations Concerning New Therapy and Human Experimentation”. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1983; 8(2): 99-112.

La redacción del art. 10 es confusa: en su punto 1 se reconoce el derecho del paciente a recibir información sobre su enfermedad y el deber del médico de dar esta información de forma comprensible y “con delicadeza”, pero en el punto cuatro cuando se habla de informar en situaciones de riesgo significativo se define la información como “suficiente y ponderada”, lo que sin duda es un mandato que induce a la prudencia en el médico, y deja a su consideración la información a proporcionar al paciente, tras considerar los extremos relevantes de la situación según su leal saber y entender. El significado parece ser el de proporcionar una información ni excesivamente general (con lo que correríamos el peligro de informar poco), ni excesivamente minuciosa (con lo que estaríamos ante un aspecto de la medicina defensiva), lo que entronca con la virtud de la prudencia, y se encuentra sujeto a la experiencia y capacidad de cada médico.

Los vigentes códigos catalán de 2005 y del CGCOM de 2011 incorporan todos los elementos teóricos del CI y de la información clínica y no merecen más comentario.

El ordenamiento jurídico influye en la relación médico-paciente mediante normas sobre los derechos de estos últimos²⁵. No se puede establecer una relación de causalidad directa en este caso entre aparición de normas de derecho y normas deontológicas, pero hemos visto como la aparición y desarrollo de las ideas de información clínica y consentimiento informado en los sucesivos códigos de deontología médica españoles, podría decirse que ha sido “a golpe de Boletín Oficial del Estado”. Esta forma de proceder de alguna manera traiciona el tradicional pacto según el cual la sociedad transfiere a las corporaciones médicas facultad para regular el ejercicio profesional a cambio de una regulación que garantice el correcto ejercicio de la profesión y vigile su cumplimiento, incluso con capacidad de corrección disciplinaria. En ese sentido la Deontología Médica debe ser algo propio de los médicos, hecho por los médicos y para los médicos, para dignificar la profesión, mejorar

25 Orden de 7 de julio de 1972 por la que se aprueba el Reglamento general para el régimen, gobierno y servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado nº 172, de 19 de julio de 1972

la calidad de su trabajo y, lo más importante, la mejor defensa del interés de sus pacientes²⁶.

Evidentemente las normas deontológicas no pueden ir en contra de las leyes, pero las corporaciones médicas nunca deben dar pie a que “*la Deontología médica, se entienda no ya como normas de la propia profesión, creada por ésta y que atiende al «telos» de la actividad, sino como una norma que es inspirada por el Estado para una transformación de la actividad médica que encaje en las propias normas estatales*”²⁷. Se está gestando actualmente un nuevo Código de Deontología Médica que se encuentra en avanzado estado de redacción. Es una buena oportunidad para marcar las diferencias entre el mundo de la deontología y la legalidad. Además, así cobran pleno sentido las disposiciones de los diferentes códigos deontológicos médicos en el sentido de actualización permanente de sus normas.

Referencias

- Consell de Col.legis de Metges de Catalunya. Código de Deontología. Normas de Ética Médica. Barcelona, 1997.
- Consell de Col.legis de Metges de Catalunya. [Publicación en línea]. “Código de Deontología, 2005”. Disponible en: https://www.comb.cat/cat/colegi/docs/codi_deontologic.pdf (Consulta: 23-02-2018).
- González Morán L. *De la Bioética al Bioderecho*. Dykinson S.L., Madrid, 2006, 45.
- Gracia D *Fundamentos de Bioética*. Triacastela, Madrid, 2007, 163.
- Guítrama González M. “En la convergencia de dos humanismos: Medicina y Derecho”. *Anuario de Derecho Civil*. 1977, 30(2): 273-335.
- Herranz G. *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica (2ª ed)*. Eunsa, Pamplona, 1993.

26 Este Real Decreto fue posteriormente anulado por el Tribunal Supremo por un defecto de forma consistente en que no contaba con el preceptivo informe previo del Consejo de Estado.

27 Asociación Americana de Hospitales. “Declaración de derechos del paciente. (Adoptada en Asamblea General el 6 de febrero de 1973)”. [Publicación en línea]. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n%285-6%29p642.pdf> [Consulta: 30-08-2018].

- Herranz G. "El Código de Ética y Deontología Médica". *Cuadernos de Bioética*. 1994. 20(3): 328-40.
- Herranz G. [Publicación en línea]. "El Código de ética y deontología Médica". 2004. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/el-casdigo-de-atica-y-deontologasa-macdica-dr-herranz/> [Consulta: 08-08-2018].
- Iglesias Lepine, ML., Pedro-Botet Montoya, J., Pallás Villaronga, O., Hernández Leal, E., Echarte, JL., Solsona Durán, JF. "Consentimiento informado: opiniones del personal sanitario de un hospital universitario". *Revista Clínica Española*. 2007; 207 (10): 483-8.
- Locke J. *Ensayo y Carta sobre la tolerancia* (1666, 1685). Alianza Editorial, Madrid. 2011.
- Martínez-Calcerrada, JM. *Derecho Médico. Vol II. Legislación Médica*. Tecnos, Madrid, 1989, 851-870.
- Martínez Otero JM. "Autonomía e información de los pacientes: del reconocimiento de derechos a la pérdida de confianza. Reflexiones con motivo de la aparición de nuevas normas sobre los derechos de los pacientes al final de la vida". *Cuadernos de Bioética* 2012; 23(77): 151-67.
- Mill JS. *Sobre la libertad* (1859). Alianza Editorial, Madrid. 2007.
- Muñoyerro LA. *Código de Deontología Médica (2ª ed)*. Fax, Madrid, 1942.
- Normas Deontológicas. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Barcelona, 1979.
- Organización Médica Colegial. [Publicación en línea]. "Código de Ética y Deontología Médica, 1999". Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/Codigo_0.pdf (Consulta: 23-02-2018).
- Organización Médica Colegial. [Publicación en línea]. "Código de Deontología Médica, Guía de Ética Médica, 2011". Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files//codigo_deontologia_medica_0.pdf (Consulta: 23-02-2018).
- Organización Médica Colegial española. [Publicación en línea]<Comisión Central de Deontología. Declaraciones 2000-2017>. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/declaraciones_ccd_2017/index.html [Consulta: 22-10-2018].
- Peiró F. *Manual de Deontología Médica (2ª ed)*. Universidad de Madrid. Servicio de Publicaciones, Madrid, 1944.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. "The conflict between autonomy and beneficence in medical ethics: proposal for a resolution". *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 1987; 3: 23-46.
- Rodríguez Piñero JE, Tabernero Duque MJ, Rodríguez Calvo MS. "Estudio descriptivo sobre la aplicación del consentimiento informado en centros sanitarios de Galicia (España)". *Cuadernos de Bioética*. 2018; 29(1): 69-79.
- Saas HM. "Reichsrundschreiben 1931: Pre-Nuremberg German Regulations Concerning New Therapy and Human Experimentation". *The Journal of Medicine and Philosophy (J Med Philos)* 1983; 8(2): 99-112.
- Serrano Ruiz-Calderón JM. "Política de Estado al final de la vida. La transformación de la Deontología Médica". *Cuadernos de Bioética*. 2012; 23(77): 125-34.

