



CADERNOS DE DEREITO ACTUAL

www.cadernosdedereitoactual.es

© **Cadernos de Derecho Actual** Nº 22. Núm. Ordinario (2023), pp. 461-480
·ISSN 2340-860X - ·ISSNe 2386-5229

Las limitaciones institucionales del consentimiento informado como expresión del principio de autonomía en la relación entre el médico y el paciente

Institutional limitations of informed consent as an expression of the principle of autonomy in the doctor-patient relationship

Ignacio Ara Pinilla¹

Universidad de La Laguna

Sumario: 1. La reubicación del principio de autonomía. 2. El consentimiento informado. 2.1. Planteamiento. 2.2. La información asistencial. 2.3. La competencia del paciente. 3. La reivindicación indirecta del principio de beneficencia. 4. Conclusiones. 5. Bibliografía.

Resumen: El respeto a la autonomía del paciente cobra un singular significado en el tratamiento terapéutico, tradicionalmente regido por la discrecionalidad técnica de las decisiones que pudiera adoptar el médico al respecto. La exigencia del consentimiento informado del paciente como presupuesto de cualquier intervención sobre su persona pretende ser su expresión más genuina. Su articulación se ve dificultada por el carácter cuantificable de la información requerida y de la competencia del sujeto que presta el consentimiento. La consideración generalizada de la salud como una entidad especialmente valiosa reclama el máximo rigor en la valoración del nivel adecuado de información y competencia al efecto de garantizar el fundamento racional de la decisión. La reivindicación indirecta del principio de beneficencia en los supuestos en que

¹ Doctor en Derecho por la Universidad de Bolonia (Italia). Catedrático de Filosofía del Derecho y Director del Departamento de Derecho Constitucional, Ciencia Política y Filosofía del Derecho de la Universidad de La Laguna (España). iarapi@ull.edu.es

Recibido: 03/10/2023

Aceptado: 15/12/2023

DOI: 10.5281/zenodo.10423608

interviene el representante legal pone, en cualquier caso, en cuestión la vigencia efectiva de la función pro autonomía que se presume al consentimiento informado.

Palabras clave: Autonomía, tratamiento terapéutico, competencia individual, representación legal.

Abstract: Respect for patient autonomy takes on a singular significance in therapeutic treatment, traditionally governed by the technical discretionality of the decisions that the doctor may adopt in this respect. The requirement of the patient's informed consent as a prerequisite for any intervention on his or her person is intended to be its most genuine expression. Its articulation is made difficult by the quantifiable nature of the information required and the competence of the subject giving consent. The widespread consideration of health as a particularly valuable entity calls for the utmost rigour in assessing the appropriate level of information and competence in order to guarantee the rational basis of the decision. The indirect vindication of the principle of beneficence in cases in which the legal representative intervenes calls into question, in any case, the effective validity of the presumed pro-autonomy function of informed consent.

Keywords: Autonomy, therapeutic treatment, individual competence, legal representation.

1. LA REUBICACIÓN DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

La relación médico paciente ha experimentado una profunda transformación con la dimensión que cobra en nuestros días el principio de autonomía. Resultaría exagerado decir que éste se encontraba excluido hasta ahora de cualquier mediación en el ámbito que nos ocupa, pero su proyección era más bien marginal, circunscrita al juego que el médico le quiera dar con miras, por lo general, a garantizar la mayor eficacia sanadora del rumbo que él hubiera decidido atribuir al tratamiento de la enfermedad. Consciente del efecto devastador que puede ocasionar la falta de colaboración del enfermo, el médico se esforzaba en negociar con él pautas de tratamiento que contaran con su aprobación, retirando, llegado el caso, su propuesta inicial cuando ésta era rechazada de plano por su supuesto beneficiario. A ello contribuía también la consideración que pudiera dar a la autoconvicción del paciente como mecanismo psicológico para fortalecer su estado de ánimo y disparar sus opciones curativas.

Era en definitiva un instrumento más a tener en consideración por el médico a la hora de activar los mecanismos correspondientes al propósito terapéutico. Un instrumento cuya implicación en el tratamiento de la enfermedad se hacía depender en lo fundamental de la valoración que el propio médico pudiera hacer de la peculiaridad idiosincrática del paciente y de los condicionantes psicológicos de su personalidad. No podría en este sentido hablarse

de una auténtica contraposición entre los principios de autonomía y de beneficencia porque en realidad aquél resultaba ser un mero instrumento (de incierto y desigual peso en los diferentes casos) para la potenciación del efecto benéfico de la acción médica. Un instrumento cuya incidencia escapaba curiosamente a la voluntad del individuo para quedar en manos del director de orquesta que decidía libremente el momento y la intensidad de su intervención.

Cierto es que el paciente luchaba en ocasiones por imponer sus puntos de vista y hacer valer su voluntad. No menos cierto es que el médico optaba, llegado el caso, por la retirada de su propuesta. Pero era una retirada estratégica que no tenía otro propósito que acomodar su empeño terapéutico a las condiciones del terreno de juego en que hubiera de desarrollarse. Era en definitiva un principio de corto alcance, instrumental y subordinado en cualquier caso a la mejor realización del principio de beneficencia. En lo demás, evidentemente, a igualdad de efectos curativos, cuando no estaba en juego el juicio de autoridad del médico implicado en el asunto el principio de autonomía desplegaba sus efectos, siempre circunscritos al ámbito decidido por el médico, que en este caso no tenía inconveniente en consentir la proyección inerte de la voluntad del paciente.

La condición de la relación médico paciente como relación que se produce en un contexto de autoridad genuina² en el que se supone que el médico tiene la clave para la optimización del resultado apetecido explica este papel instrumental y residual que cumplía el principio de autonomía en el ámbito sanitario. Pero el concepto de resultado apetecido no necesariamente viene predeterminado por la específica condición del contexto en el que opera. Quiero decir que cabe perfectamente que en un contexto de tratamiento de la afección de la salud se plantee un propósito diferente al que pudiera significar la superación más rápida, completa y libre de efectos secundarios de la enfermedad.

En este contexto emerge el principio de autonomía como sublimación del respeto a la personalidad individual. Este debe proyectarse en cualquier contexto porque el individuo es libre de decidir qué es lo que le conviene y también cuál es la mejor manera de acceder a lo que le conviene en cualquier contexto, incluso en los contextos en que pudiera encontrarse en riesgo la propia integridad de la persona en cuestión. El paradigma de Mill cobra pleno sentido al respecto: "La única finalidad por la cual el poder puede, con pleno derecho, ser ejercido sobre un miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad es evitar que perjudique a los demás; su propio bien, físico o moral, no es justificación suficiente. Nadie puede ser obligado justificadamente a realizar o no realizar determinados actos, porque eso fuera mejor para él, porque le haría más feliz, porque en opinión de los demás hacerlo sería más acertado o más justo"³.

Y es que la decisión relativa a la mejor manera de acceder a lo que le conviene escapa al ámbito fortificado de la neutralidad técnica para aderezarse

² LAPORTA SAN MIGUEL, F. J., "Algunas incógnitas del principio de autonomía personal en los tratamientos médicos", en Mendoza Buergo, B. (Editora), *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, Civitas, Cizur Menor, 2010, p. 21.

³ MILL, J. S., *Sobre la libertad*, Alianza Editorial, Madrid, 1999, p. 68.

con el aroma de la idiosincrasia personal. La cuestión deja de ser una cuestión puramente técnica para asumir un sesgo en cierto modo ideológico vinculado al sistema axiológico del individuo en cuestión. Todo ello al margen de que cabe también que ese mismo sistema axiológico proyecte la conclusión de que no es la superación de la enfermedad el bien que en el caso en cuestión conviene al sujeto. Y ello no tanto en la mayoría de las ocasiones por el desinterés que pueda tener con respecto al supuesto bien que representa su vida y su integridad física, como por, en general, la presencia de otros bienes enfrentados que pudiera el afectado considerar de mayor entidad.

El prejuicio de que el paciente siempre habría de utilizar su autonomía para perseguir la sanación de su enfermedad y en último extremo la preservación de la vida muestra en este punto sus grietas. Cabe perfectamente que el paciente anteponga su sistema de valores a la misma idea de la preservación de su salud y cabe también desde luego que, aun inmerso en la lucha por la preservación de su salud, su sistema axiológico le dicte directrices de tratamiento que en una consideración neutra del asunto pudieran no resultar las más idóneas para la consecución del objetivo propuesto.

Obviamente, existe también la posibilidad de que el paciente pudiera sostener un juicio técnico diferente al del médico en relación al tema del mejor abordaje de la enfermedad. Un juicio técnico que ciertamente resultaría en principio menos legitimado que el del médico por la muy distinta formación y capacidad de planteamiento del problema que se presupone a uno y a otro. Pero ni siquiera ese supuesto podría considerarse como una muestra inmediata de irracionalidad porque en general el tratamiento de la salud suele involucrar elementos de muy distinta naturaleza (potencialidad curativa de las medidas disponibles, previsión de efectividad de los distintos tratamientos, efectos secundarios, resistencia al dolor del paciente, etc...) que hacen que resulte muy difícil identificar una concreta decisión como objetivamente equivocada.

La prevención frente a las decisiones paternalistas que pudieran adoptarse en el ámbito de la relación sanitaria cobra pleno sentido al respecto, como prevención tanto frente al paternalismo de fines (que le lleva al médico a asumir el objetivo a perseguir frente a una decisión supuestamente errática del paciente) como frente al paternalismo de medios (que sustancia el tratamiento de la enfermedad sin dar voz al paciente en lo que respecta al iter terapéutico a seguir). Se impone así la atención al consentimiento del paciente como paso previo a cualquier intervención sanitaria (o no sanitaria) sobre su persona. Claro es que tampoco puede la autonomía individual desenvolverse en las debidas condiciones en este ámbito técnico (ni en ningún otro ámbito técnico) sin contar con la información precisa al respecto. Estamos en definitiva ante el consentimiento informado que constituye la regla de oro en principio in infringible de la relación médico paciente⁴.

⁴ La denominación de consentimiento informado ha sido criticada por resultar poco específica. Así RAMOS, L. C., "El consentimiento informado", *Panace@ Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, Vol. 13, nº 36, segundo semestre, 2012, p. 294, quien asume la opinión de DE LAS HERAS, M. A., *Estatuto ético-jurídico de la profesión médica*,

2. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

2.1. Planteamiento

El consentimiento informado involucra una dupla de conceptos de distinta naturaleza: la información que ha de recibir el paciente y el derecho que le asiste al propio paciente a decidir por sí mismo si consiente o no las intervenciones que pudieran los servicios sanitarios pretender realizar sobre su persona. Son ciertamente conceptos que, aunque distintos, guardan una evidente relación entre sí en tanto que un posible déficit de información inevitablemente redundará en una afectación del consentimiento.

La información representa en este sentido una condición coincidente con la competencia primaria del sujeto para poder entender que el consentimiento que presta el paciente es realmente "libre y voluntario" tal como predica el artículo 8.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. No cabe la representación de ninguna libertad de juicio por parte de quien no dispone de la información suficiente para conocer de la manera más precisa el estado de la cuestión. Tampoco cabe imaginarla en quienes se encuentran en una situación de hecho que les impide llevar a cabo un juicio racional al respecto. De ahí la necesidad de abordar las dos cuestiones indicadas, que requerirán un análisis independiente.

2.2. La información asistencial

La información sobre el estado de la propia salud y sobre las distintas alternativas que ofrece el estado actual del progreso científico no solo representa un presupuesto ineludible para la viabilidad del consentimiento libre del paciente. Constituye una condición inherente al respeto a la personalidad individual. Se supone que todos tenemos en principio derecho a conocer todos los datos que nos afectan directamente, lo que evidentemente sucede cuando está en juego la integridad física de cada quien. Un derecho que, ciertamente, presenta como la otra cara de la moneda la correlativa posibilidad de no ser informado.

Este derecho a no ser informado, de muy difícil realización en el ámbito informal de la vida, se presenta sin embargo como una opción de inmediata aplicación en el ámbito clínico. Así lo dispone el artículo 4.1 de la Ley al prescribir que: "Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada". Es un corolario inmediato de la realización del bienestar individual porque cada sujeto debería ser libre de excluir cualquier intervención ajena que sin fundamento alguno en la realización de los derechos e intereses de los demás pudiera afectarle personalmente.

Dykinson, Madrid, 2005, al considerar más apropiada la denominación de "consentimiento legitimador de paciente, enfermo, usuario o cliente informado".

La renuncia a la información no representa ningún síntoma de irracionalidad (por más que la interiorización de la información disponible pudiera aventurar una decisión más razonada sobre el asunto en cuestión), es la mera expresión de la singular personalidad de un individuo que, o bien no le da importancia a la información sobre su salud⁵, o bien no está dispuesto a sufrir la afectación (de muy diversa índole según los casos) que le pudiera generar su disposición.

Obvio es que ese rechazo a la voluntad de ser informado puede dificultar sobremanera la efectividad de la actuación médica que, sobre todo en los supuestos dudosos, podría verse confortada en la toma de decisiones críticas por la constancia de un consentimiento suficientemente informado por parte del paciente. Tampoco podría decirse que el rechazo a la voluntad de ser informado debiera necesariamente abrir paso libre a la acción del principio de beneficencia porque del hecho de renunciar a recibir una información no hay que deducir una renuncia al ejercicio de la autonomía individual, que en cualquier caso permanece incólume bajo la fórmula del libre desarrollo de la personalidad como uno de los bastiones del orden constitucional, fundamento del orden político y de la paz social según reza el artículo 10 de la Constitución.

Simplemente hace más difícil la aportación del médico al respeto a la autonomía del paciente sin que ello le excuse de indagar los distintos indicios que pudieran constar al respecto, asumiéndolo si acaso como un mero indicio, entre otros, que pudieran determinar el sentido de la voluntad del paciente en relación a su tratamiento. Procede igualmente diferenciar la renuncia del derecho a la información de la renuncia del derecho a consentir⁶, configurándose paradójicamente en este punto un derecho a consentir desinformado, lo que vendría a sustraer en cierto modo el fundamento material de la figura que nos ocupa.

Decir que el paciente debe ser informado si así lo desea de las cuestiones atinentes a su propia salud representa una obviedad, pues no cabe en principio dudar del valor que para cada individuo desempeña su salud. Pero la alusión a la información (al deber de los agentes sanitarios de informar) al paciente resulta un tanto imprecisa en tanto se trata de un concepto susceptible de cuantificación (de producirse en una medida mayor o menor), lo que nos remite a la definición de lo que se haya de entender como información suficiente.

Es igualmente necesario determinar quiénes son los individuos que habrían de ser informados para dar cumplimiento al correspondiente deber profesional cuando el paciente no se encuentra en condiciones de asimilar y hacer uso de la información que se le hubiera de proporcionar. Habrá que determinar

⁵ Esa indiferencia con respecto a la información no necesariamente trae causa de una paralela desvalorización de la propia salud, que en la mayoría de las ocasiones es muy apreciada. Puede obedecer también a circunstancias de distinta índole, como la desconfianza con respecto a la labor que pudiera implementar el sistema sanitario a su respecto, la consideración de la inexorabilidad del destino, etc...

⁶ LÓPEZ GUIZÁN, A. M., "El consentimiento informado y la responsabilidad de los profesionales sanitarios", en López Guizán, A. M., Trigo García, B., Puga Martínez, A. (Coordinadores), *La Prestación de Servicios Sanitarios ante los Retos del Siglo XXI*, Aranzadi, Cizur Menor, 2011, pp. 52-53.

también el modo de transmisión de la información y las diversas cuestiones que ésta debiera en cualquier caso comprender.

La idea de la información suficiente nos recuerda el carácter instrumental que tiene la información con miras a la puntual ejecución del principio de autonomía individual que se hace patente a través de la figura del consentimiento informado. Es la información que pueda avalar un consentimiento aceptable por parte del paciente. Una información que suele normalmente admitir restricciones cuando la interiorización de la misma que llevara a cabo el paciente pudiera perjudicar a su salud. Es lo que previene el artículo 5.4 de la Ley al expresar que: "El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave".

Es esta una solución discutible, hasta cierto punto contradictoria en principio con el marchamo que a la relación entre el médico y el paciente le había proporcionado la redimensión del principio de autonomía. Una solución que representa un cambio de perspectiva prevalente, que resultaría ser en este caso la perspectiva terapéutica.

El asunto quedaba planteado en sus términos por Ángel Pelayo al indicar que: "El denominado privilegio terapéutico establecía la posibilidad por parte del médico de administrar y racionar la información a su paciente en función del efecto que considere el facultativo que la información habría de tener sobre el tratamiento, de manera que el tema de la información giraba en el entorno de la eficacia terapéutica y no se relacionaba con el principio de autonomía de la voluntad"⁷. Representaba en definitiva una vuelta a la idea de la identificación entre el ámbito en el que se produce la relación entre el médico y el paciente y la finalidad perseguida: el ámbito que representa el cuidado de la salud arrastraría como consecuencia la prioridad de la máxima eficacia terapéutica.

No faltan tampoco planteamientos que tratan de salvar la compatibilidad entre el privilegio terapéutico y el principio de autonomía. Expresiva es al respecto la opinión de Enrique Marín Palma cuando indica que: "No podemos considerar al privilegio terapéutico como una excepción del anterior que permita ocultar toda información al paciente en beneficio de no causarle un daño que repercuta en su salud. Más al contrario, el privilegio terapéutico debe entenderse, en el contexto médico actual, como una forma equilibrada, razonada y específica, de ofrecer información al paciente para garantizar una toma de decisión que además no repercuta negativamente en su salud... A pesar de ser el privilegio terapéutico una excepción al consentimiento informado éste no debe entenderse como la negación total a ofrecer información al paciente, sino como el empleo de otro medio que no es el estándar de conseguir el consentimiento del paciente... El privilegio terapéutico no está reñido con decir la verdad al paciente, sino con

⁷ PELAYO GONZÁLEZ-TORRE, A., *El derecho a la autonomía del paciente en la relación médica. El tratamiento jurisprudencial del consentimiento informado*, Comares, Granada, 2009, p. 39.

matizar la forma de transmitirle esa verdad o de utilizar colaboraciones como son los familiares”⁸.

Son planteamientos que a la hora de la verdad asumen la opción prioritaria por el objetivo que representa la eficacia terapéutica, por más que quiera hacerse ésta compatible con una cierta salvaguarda del principio de autonomía. Pero es siempre la autonomía que no perjudique de manera grave a la salud del paciente. Una autonomía en buena medida preterida frente a la acción de los principios que tradicionalmente se le han contrapuesto.

Entiendo que la justificación del privilegio terapéutico que no degrade la función del principio de autonomía pasa inexorablemente por la presunción de que en el caso de que el paciente hubiera de antemano conocido que la asimilación por su parte de la información disponible hubiera podido perjudicar el estado de su salud y en último término el efecto de la acción terapéutica hubiera renunciado a recibirla. Una hipótesis difícil de valorar porque hacerlo supondría inmiscuirse en los vericuetos en buena medida insondables de una personalidad ajena que no tiene por qué guardar correspondencia con ningún modelo predeterminado.

La presunción vendría ciertamente avalada por el valor que la generalidad de los individuos atribuye a la preservación de su salud, que se proyecta por lo común en el seguimiento de las indicaciones médicas cuando no entran en juego otros valores contrapuestos. Pero es una presunción que debería en cualquier caso ceder cuando mediaran indicios ciertos de que, ubicado en la referida situación, el paciente hubiera preferido contar con la correspondiente información. Va de suyo que el carácter irreversible del daño hipotéticamente producido con la información transmitida obliga a ser muy cauteloso al respecto⁹.

La clave radicaría en este sentido en la interpretación del perjuicio grave de la salud como un perjuicio de carácter irreversible o de muy difícil reparación. Precisamente porque la irreversibilidad del proceso degradatorio de la salud que pudiera poner en marcha la transmisión de la información iba a condicionar de manera muy significativa el eventual ejercicio posterior de la autonomía individual. Y ello no ya solo en los supuestos en que estuviera en juego la vida del paciente, porque sin el presupuesto que representa la vida no hay autonomía posible. También porque la propia carga de la enfermedad que se hubiera podido evitar o disminuir su importancia mediante la sustracción de la información disponible condiciona de manera significativa el sentido de las propias decisiones que hubiera de adoptar en el futuro el paciente. Estas resultarían inevitablemente condicionadas por una degradación del estado físico del paciente que se hubiera podido eventualmente evitar.

⁸ MARÍN PALMA, E., “El privilegio terapéutico: punto de unión entre el paternalismo médico y la autonomía del paciente”, en Adroher Biosca, S., De Montalvo Jaaskalainier, F. (Directores), *Los avances del Derecho ante los avances de la Medicina*, Aranzadi, Cizur Menor, 2008, p. 681.

⁹ MIRAUT MARTÍN, L., “El dilema de las cláusulas de irreversibilidad en el ejercicio de la autonomía individual”, en *Derechos y Libertades: Revista del Instituto Bartolomé de Las Casas*, número 31, Época II, 2014, pp. 103-126.

El asunto no quedaría así planteado en términos de estricta contraposición entre los principios de beneficencia y autonomía, sino en términos de consideración del perjuicio a la autonomía del paciente que hubiera podido ocasionar el daño a la salud resultante de la apuntada transmisión de la información, siempre, claro está, sobre la base de la idea de que en caso de encontrarse ubicado en la hipótesis del conocimiento previo de sus consecuencias el paciente hubiera consentido que le fuera sustraída la referida información. El principio de autonomía recupera en este punto su significado como principio de justificación de una figura que aparentemente pudiera resultar incompatible.

Un interés singular plantea la cuestión de la titularidad del derecho a la información. Parece en principio claro que el paciente es el titular exclusivo del derecho a la información. En este punto resulta plenamente razonable el tenor literal del artículo 5.1 de la Ley cuando señala que: "El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita". El hecho de dejar condicionada la información que se pudiera suministrar a los parientes o allegados a la existencia de un permiso previo por parte del paciente no haría otra cosa que confirmar la consideración de este último como titular del derecho en cuestión.

Es, no obstante, una situación que contrasta abiertamente con la práctica habitual de transmitir la información sanitaria de manera complementaria, e incluso en ocasiones de manera sustitutoria, a los parientes cuando el paciente tiene una edad avanzada, con el fin de evitarle supuestamente sufrimientos psicológicos innecesarios. Es esta una práctica que podría si acaso tener encaje en el supuesto del privilegio terapéutico al que hemos hecho ya alusión. Pero cuando la información no puede de ninguna manera afectar negativamente a la salud del paciente constituye una práctica incompatible con las exigencias que impone el principio de autonomía individual, e incluso con el tenor literal de la ley. Y es que cualquier persona, tenga la edad que tenga, es el titular del derecho a decidir por sí misma, derecho al que habrían en consecuencia de subordinarse los puntos de vista y las pretensiones ajenas.

Claro está que, en último término, también el ocasionamiento de un sufrimiento psicológico relevante podría considerarse una afectación de la salud que convendría en su caso evitar. Por lo demás la propia remisión a la idea del consentimiento tácito abre un margen de apreciación difícil de controlar porque no está claro tampoco cuáles han de ser los indicios que pudieran presumir la existencia de este tipo de consentimiento. Recupera en este sentido el médico su función como elemento personal decisivo no ya solo para la activación de los procedimientos terapéuticos más adecuados sino para la propia vehiculización del principio de autonomía del paciente.

Ciertamente, en los casos en que no disponga de capacidad suficiente para entender la información el paciente no quedará más remedio que recurrir a los familiares o allegados. En este sentido se expresa el artículo 5.3 de la Ley al indicar que "cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o

psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho". Pero incluso en este caso es de nuevo el criterio médico el que ha de determinar si el paciente dispone o no de la capacidad suficiente para entender la información.

El objetivo de la información que se transmite al paciente es asegurar que éste pueda llevar a cabo una decisión libre y autónoma con un suficiente fundamento a partir del conocimiento de la situación en que se encuentra. Es en este sentido necesario que la información se transmita de una forma inteligible y siempre teniendo en cuenta la personalidad del paciente. Se trata en definitiva de hacerle conocer para decidir, lo que no se conseguiría si ese conocimiento resultara difuso, engañoso o injustificadamente complejo.

Se impone en este punto la necesidad de cortar cualquier tipo de discriminación entre los pacientes garantizando que todos ellos se encuentren en la medida de lo posible en idénticas condiciones de emitir un consentimiento que pueda resultar suficientemente informado. Ello no está sin embargo reñido con el hecho de que pudiera modularse la información a transmitir en función de los conocimientos previos constatables que por razones profesionales pudiera haber adquirido ya previamente el paciente.

La afirmación de que "para lograr la optimización de la autonomía es necesario mantener al paciente informado sin establecer distinción alguna según la edad, el sexo, la condición social o el nivel de instrucción"¹⁰ debería matizarse en el sentido de que se trata de que el nivel general de instrucción no resulte un motivo de discriminación a la hora de aplicar a la información a transmitir al paciente la lógica que impone el respeto al principio de autonomía. Pero es esa misma lógica del principio de autonomía la que permite que pueda existir la modulación en la transmisión de la información cuando la misma vaya dirigida a sujetos a quienes se supone ya informados de algunos de los aspectos que componen el contenido general de la información transmisible.

En cualquier caso, cuando existiera alguna duda acerca de la detentación de los conocimientos por parte del paciente el médico deberá proporcionar la información que garantice que el mismo va a disponer de la información suficiente para poder emitir un consentimiento que pudiera considerarse razonablemente fundamentado¹¹. En este punto las presunciones deben ser tratadas con el máximo cuidado evitando que su eventual puesta en escena pudiera generar cualquier vacío de información, por inesperado que pudiera éste resultar.

La forma de transmitir la información quedaría igualmente condicionada por las particularidades específicas de la personalidad del paciente. Cuanta más constancia quede de ella mejor será. En ese sentido la utilización de la forma escrita es siempre preferible a la forma oral. No obstante, la peculiaridad que supone el tratamiento de la enfermedad, en el que el tiempo representa un bien

¹⁰ ALLUÉ, M., *El paciente inquieto. Los servicios de atención médica y la ciudadanía*, Ediciones Bellaterra, Barcelona, 2013, p. 67.

¹¹ LÓPEZ GUIZÁN, A. M., *El consentimiento informado y la responsabilidad de las profesiones sanitarias*, cit., p. 52.

muypreciado que no conviene distraer, puede hacer que valga también la forma oral cuando con ella se permite alcanzar el mismo resultado. Podría incluso pensarse que esa forma oral constituye la vía más natural para dar cauce al propósito de "rehumanizar la práctica médica"¹² mediante un diálogo abierto que elimine las aristas frías y formales que en tantas ocasiones envuelven la asimilación por parte del paciente del significado de la enfermedad y de las posibilidades de su curación.

El contenido de la información transmitida no deberá limitarse a los datos relativos a la enfermedad, sino que deberá abarcar también los datos relativos a los distintos tratamientos que pudieran aplicársele, a la efectividad de cada uno de ellos y a los riesgos y contraindicaciones resultantes de su implementación. Es lo que viene a señalar el artículo 10.1 de la Ley: "El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente: a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad. b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente. c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención. d) Las contraindicaciones".

Ni que decir tiene que la valoración de esa efectividad de los tratamientos y de los riesgos y contraindicaciones que les resultaran inherentes implica una participación activa por parte del médico en la que éste inevitablemente volcará su personalidad singular. Conviene en todo caso que el médico lleve a cabo un esfuerzo de neutralidad para transmitir al paciente una información que represente el estado actual del progreso científico y que sea lo más compartida posible por los miembros de la comunidad médica.

Ese esfuerzo de neutralidad no está en cualquier caso reñido con el deber del médico de transmitirle al paciente su propio punto de vista, su opinión personal, tanto sobre el estado actual y las previsiones de evolución de su enfermedad como sobre la efectividad y los pormenores de los tratamientos existentes. Dos sería, pues, los contenidos de la información que habría de recibir el paciente: la información más neutra posible sobre la opinión de la comunidad asistencial acerca de su enfermedad y de los posibles tratamientos existentes y la propia opinión del médico acerca de esos mismos puntos, que bien pudiera, llegado el caso, no resultar coincidente con la opinión de la comunidad asistencial.

2.3. La competencia del paciente

La proyección de la autonomía personal que representa el consentimiento informado presupone la competencia de quien lo emite. Un consentimiento prestado por un individuo incompetente estaría viciado en su raíz, como lo está el consentimiento prestado sin el asidero de la información que permitiera hacerse un juicio fundamentado al respecto.

¹² GARCÍA PÉREZ, M. A., "Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica", en *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, Vol. 4, número 2, p. 353.

Llama en este punto la atención la existencia de supuestos que aparentemente contradicen la idea del buen hacer del paciente con miras a asegurar la mejor preservación de su salud. O, cuando menos, la preservación de su salud conforme a los procedimientos más expeditivos o menos costosos desde cualquier punto de vista. El fenómeno presenta un carácter en cierto modo estructural en el caso de algunos colectivos que asumen unos determinados presupuestos religiosos y culturales que les dictaminan una línea de actuación divergente con las pautas establecidas por la medicina convencional para el mejor cuidado de su salud.

La tentación de apreciar en esa actitud heterodoxa desde la perspectiva estrictamente terapéutica una manifestación de la incompetencia del paciente se hace presente en este tipo de supuestos. Podría incluso atisbarse en ese seguimiento de pautas de comportamiento homogéneas por parte de esos colectivos en los momentos críticos para la preservación de la salud individual un movimiento compulsivo que escapa a los márgenes de la propia voluntad, al encontrarse ésta secuestrada en buena medida por el efecto adoctrinante supuestamente inherente a la participación del sistema de valores de que se trate. Más matizadamente se ha podido también indicar que "decidir en nombre de una religión o de unas creencias es precisamente lo que Kant consideraba heteronomía y no autonomía"¹³.

No parece, sin embargo, que semejante participación pueda destilar la idea de una personalidad incompetente para recabar el respeto a la autonomía que proyecta el principio del consentimiento informado. No es cuestión de plantear en esta sede el carácter inevitable de los condicionamientos culturales de cada quien. Estos se hacen especialmente visibles cuando la participación de los mismos entra en colisión con lo que pudiera considerarse el modo de entender y de actuar habitual en un momento dado en la comunidad social. Pero es que ese modo de entender y actuar no es tampoco expresivo del mayor acierto del fundamento que le subyace, ni mucho menos puede considerarse que responde a un planteamiento liberado de cualquier condicionamiento cultural.

Todo lo contrario. Por muy asentado en los estándares de comportamiento de la comunidad es él mismo fruto de los concretos condicionamientos culturales sobre los que se ha fundado la formación de las diferentes personalidades individuales. La común participación del sistema de valores establecido y de las pautas de comportamiento que le son consustanciales vendría a reforzar la idea del condicionamiento cultural expansivo que a todos nos hace responder a unos esquemas de pensamiento y acción semejantes.

La circunstancia de que estos parámetros culturales hegemónicos resulten compatibles con la idea de la maximización de la eficacia terapéutica en el tratamiento de la enfermedad del paciente favorece ciertamente el carácter en buena medida inadvertido de su presencia. Pero sobre todo evita la generación de cualquier cuestionamiento acerca de la solidez de sus fundamentos en los

¹³ CAMPS CERVERA, V., "La autonomía, el principio por "defecto"", *Bioètica & debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica*, Volumen 7, número 62, enero-abril, 2011, p. 12.

contextos asistenciales. Rige en cierto modo la idea tácita de que cuanto más compatibles sean los parámetros culturales con la agilización del resultado terapéutico apetecido mayor es su fundamento racional.

El alineamiento con las exigencias inherentes al imperativo terapéutico vendría supuestamente a evidenciar la competencia de quienes comparten el patrón cultural establecido. Son los otros, los que comprometen la mayor eficacia terapéutica de los tratamientos prescribibles con la anteposición de postulados culturales desviados del buen tono de la maximización de la eficacia terapéutica, los que estarían evidenciando indicios de una personalidad incompetente, resultado eventual de la acción adoctrinante compulsiva sin cuya presencia parecería inexplicable la opción cultural asumida por el sujeto en cuestión.

No podemos en este momento entrar en la valoración del peso adoctrinante que pone de relieve la asunción de las distintas opciones culturales. Cierto es que la naturalización de situaciones de discriminación ajenas a cualquier responsabilidad imputable a quienes las experimentan y el propio desinterés con respecto a ciertos bienes comúnmente considerados como valiosos alientan la intuición acerca de la presencia intensa del factor adoctrinante. Pero tampoco es ésta una prueba concluyente que pudiera marcar una diferencia significativa (salvo los casos de compulsión física al seguimiento de los postulados culturales que se pretendan a toda costa imponer) con respecto al adoctrinamiento cultural que marca la propia inserción del individuo en la comunidad social de referencia.

Y tampoco podría hablarse en puridad de conceptos de adoctrinamientos equivocados, porque lo serían exclusivamente desde la perspectiva de quienes han formado su personalidad en un marco cultural diferente. El testigo de Jehová que antepone su sistema de valores al seguimiento puntual de las prescripciones médicas más efectivas para el tratamiento de su enfermedad no estaría en principio evidenciando una personalidad especialmente incompatible con la idea de la libertad en su formación, porque en la medida en que todos formamos nuestra personalidad en el marco de condicionamientos culturales establecidos estaría respondiendo a un esquema generalizable, por muy divergentes que resulten los axiomas que presiden las distintas opciones culturales.

Con todo, la propia percepción de que la personalidad de cada cual (que se proyecta lógicamente en la posición adoptada en relación a los tratamientos que pudieran aplicarse a sus problemas de salud) resulte culturalmente condicionada debería estimular la puesta en práctica de las acciones enderezadas a la mayor liberación posible de los condicionamientos culturales en los que queda en cierto modo atrapada la personalidad. Pero no sólo la personalidad de quienes mantienen posturas con respecto a los tratamientos médicos que desde nuestros parámetros culturales resultan ciertamente extravagantes, cuando no abiertamente contradictorias con el sistema de valores hegemónico. También la personalidad de quienes acomodados en nuestra "verdad" emitimos con la mayor desenvoltura juicios de valor condenatorios de las concepciones culturales que albergan las posiciones discutibles desde la óptica de la salvaguarda de la salud al anteponer la coherencia con sus postulados definitorios al objetivo que representa la maximización de la eficacia en el ámbito terapéutico.

El programa pasa por dos fases. La primera supone reconocer el valor que como fundamento de la personalidad individual tiene el reconocimiento cultural y obrar en consecuencia. Ello supone comprender el trasfondo cultural que tienen las decisiones que podamos considerar extravagantes y asumir *prima facie* actitudes de respeto hacia ellas optando en la medida de lo posible por tratamientos médicos digeribles desde la óptica cultural del paciente. La segunda fase conlleva la promoción de una información lo más neutra y completa acerca de los distintos sistemas culturales. Se trataría con ello de evitar actitudes de imperialismo cultural implicando el compromiso con el distanciamiento de sus propios principios culturales a la hora de transmitir la información de manera que la misma resulte si no absolutamente objetiva, al menos lo más objetiva posible. Es éste un proceso ciertamente prometedor en cuanto a sus resultados. Las circunstancias de que las referidas posturas extravagantes con respecto al tratamiento médico hayan sido adoptadas desde postulados culturales que la cultura hegemónica puede considerar absolutamente antilibertarios activa la expectativa de que el conocimiento de otras opciones culturales distintas a la que ha asentado la personalidad del paciente permita abrir el ámbito de visión del mismo asumiendo, llegado el caso, posiciones críticas al respecto que permitieran estimular una mayor apertura mental con respecto al diseño que hubiera trazado el médico para garantizar la mayor eficacia terapéutica en el asunto en cuestión.

Es, ciertamente, un programa de largo alcance que trasciende los límites de la relación entre el médico y el paciente, pero que también ha de proyectarse en la medida de lo posible sobre ella. No se trata, desde luego, de abrumar al paciente con datos que pudieran apoyar la supuesta irracionalidad de los postulados culturales que proyectan su decisión, lo que resultaría especialmente contraindicado en las situaciones críticas para la salud de los pacientes en las que éstos incrementan su condición de vulnerabilidad. Se trataría sobre todo de abrir un espacio para la comprensión mediante el simple relato de la importancia que otras opciones culturales atribuyen a la mayor diligencia en el tratamiento de la salud promoviendo la mayor eficacia terapéutica al respecto.

Con todo, si el paciente mantuviera no obstante su posición se hace patente la necesidad de respetarla en sus propios términos. El juicio crítico que pudiera tenerse con respecto a ella misma y a los postulados culturales que la sustentan no admite otra opción. La perentoriedad de la activación del programa de liberación de los condicionamientos culturales (referible a todas las culturas identitarias, no sólo a las que proyectan las decisiones discutibles desde la óptica terapéutica) no excluye la conciencia de su carácter inacabable y está inevitablemente condenada a respetar en cualquier caso la opción cultural del momento presente y los efectos que, de manera singular, en el ámbito sanitario le son inherentes. Y es que no podría deducirse de esa posición discutible desde la óptica terapéutica ningún signo de irracionalidad o incompetencia.

La valoración de la competencia del sujeto presupone, si acaso, la consideración de la coherencia del comportamiento individual con las premisas de partida. No puede ser un juicio externo sobre los postulados culturales que albergan la formación de la personalidad. Lo contrario supondría admitir la existencia de individuos (de enormes masas de individuos) incompetentes por

razón de identidad cultural. Algo profundamente contradictorio, por lo demás con el reconocimiento (inapelable, en nuestra opinión) del derecho a la identidad cultural. Una cosa es controlar el daño a terceros que pudiera ocasionar el seguimiento de los propios postulados culturales, sofocando llegado el caso a algunas de sus manifestaciones, y otra, muy distinta, deducir la incompetencia de quienes los practican.

Cierto es que en este punto podría alegarse que la renuncia del paciente al seguimiento puntual de las indicaciones médicas que se le pudieran formular, con la consiguiente búsqueda de otras alternativas que pudieran resultar eventualmente más costosas en términos económicos, genera un cierto daño a terceros al sustraer para la realización de un tratamiento inidóneo (al menos inidóneo desde el punto de vista económico) fondos que bien pudieran aplicarse a otros propósitos terapéuticos. Podría verse en ello una cierta vulneración del principio de equidad que impone la adjudicación de un esfuerzo terapéutico adaptado a las condiciones de salud del paciente desde la perspectiva de la mayor salvaguarda y promoción de la salud del conjunto de la población.

Es ésta una argumentación interesante que no debiera sin embargo dar vía libre a la preterición automática de la decisión del paciente, eventualmente contradictoria con las exigencias que impone el principio de la maximización de la eficacia terapéutica. Y es que en el fondo la propia condición minoritaria de la cultura identitaria que fundamenta la decisión obliga a ser extremadamente cuidadosos al respecto. La situación de inevitable vulnerabilidad que representa la propia asunción de postulados minoritarios en un contexto cultural relativamente homogéneo exige la máxima obligación por parte de quienes comparten los postulados de la cultura hegemónica en el empeño de viabilizar las proyecciones más íntimas de su personalidad, aunque ello suponga un cierto sacrificio social.

En lo demás tampoco la incoherencia con los presupuestos de partida representa por lo general un supuesto de incompetencia que pudiera justificar el desdén con respecto a la opción del paciente. Ante todo, por la dificultad que representa hablar de incoherencia en un contexto en el que se entrecruzan diferentes presupuestos de partida, cada uno con sus propias implicaciones. También porque la propia personalidad del individuo puede incorporar una cierta desatención con respecto a las implicaciones asumidas de antemano. Y es que frente a quienes sostienen una concepción restringida de la autonomía, vinculada al uso responsable de la libertad¹⁴, habría que asumir en nuestra opinión que la autonomía implica directamente el derecho a ser irresponsable

¹⁴ Paradigmática al respecto es la tesis de MAZO ÁLVAREZ, H. M., "La autonomía: principio ético contemporáneo", en *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, Vol. 3, Nº 1, enero-junio, 2012, p. 126, para quien: "La autonomía es, entonces, un derecho alcanzado, y no simplemente adquirido por la condición humana. No es como la dignidad humana, que se le entrega a cada persona por el solo hecho de ser persona y se considera inalienable. La autonomía es un derecho alcanzado en la medida en que se demuestra un uso responsable de la libertad. En consecuencia, no todos los seres humanos son autónomos: sólo lo son aquellos a los que, en términos de reconocimiento, se les considera capaces del autogobierno".

En este punto la distinción entre los conceptos tan difuminados de las decisiones incompetentes y de las decisiones equivocadas cobra todo su sentido¹⁵. No parece razonable que desde una óptica externa pueda tampoco vulnerarse el derecho que toda persona competente tiene a equivocarse, aun en los casos en que esa equivocación tuviera consecuencias negativas para su salud.

Obviamente los casos de incompetencia declarada deberán resolverse acudiendo a la representación legal del individuo en cuestión. Son casos en los que está claro que no funciona la voluntad independiente del sujeto, que debe ser suplida por quien mejor se supone en principio que ha de cuidar sus intereses. Se impone en cualquier caso la necesidad de evitar interpretaciones extensivas que pudieran colar bajo la forma de decisiones incompetentes lo que en muchas ocasiones no son más que decisiones equivocadas cuya valoración como tales se lleva a cabo desde unos presupuestos culturales concretos, que por mayor apariencia de racionalidad que exhiban resultan igualmente discutibles.

3. LA REIVINDICACIÓN INDIRECTA DEL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

La lógica del principio de autonomía que pugna por hacerse valer como clave fundamental que habría de regir el sentido de la relación entre el médico y el paciente parece sin embargo ceder cuando no es el propio paciente el que asume en primera persona su realización. Se configura así la paradójica situación de que los representantes legales, llamados a prestar el consentimiento por imperativo normativo, hubieran de dejar aparentemente a un lado los indicios de la personalidad del paciente que permitieran, llegado el caso, configurar el sentido concreto de su hipotética voluntad, para asumir directamente el rumbo que marca la realización del principio de preservación de la salud.

Es la idea que de manera paradigmática proyecta el artículo 9.6 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cuando señala que: "En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad".

La preservación de la salud de los individuos se presenta en este punto como el telón de fondo institucional de la actividad médica. Un telón de fondo

¹⁵ LÓPEZ GUIZÁN, A. M., *El consentimiento informado y la responsabilidad de las profesiones sanitarias*, cit., p. 47.

que determina su sentido en los casos en que no media la declaración expresa y consciente (aun cuando pudiera ser una declaración dirigida a manifestar sus efectos en el futuro) por parte del paciente. Es como si no existiera otra manera de interpretar la voluntad del paciente que no fuera la que toma como objeto exclusivo de interpretación la constancia, verbal o escrita según los casos, de sus manifestaciones al respecto.

No podría hablarse tanto de la pretendida exaltación del principio de autonomía cuando el consentimiento informado por parte del representante (que se supone que ha de diligenciar las exigencias que le son inherentes) está legalmente obligado a circunscribir su desempeño a la mayor efectividad de las acciones encaminadas a la preservación de la salud de los representados. El carácter tasado de los supuestos de representación legal (que la referida ley reserva para los casos de incapacidad de toma de decisiones a criterio del médico, de imposibilidad física y síquica de hacerse por sí mismo cargo de su situación, de modificación judicial de capacidad, de minoría de edad que imposibilite la comprensión del alcance de la intervención, de grave riesgo para la vida de la salud del menor) no excluye la consideración del giro de ciento ochenta grados que supone la intervención del representante legal en relación con el peso específico que se supone que viene atribuido en los nuevos tiempos al principio de autonomía en la consideración de la relación entre el médico y el paciente.

Podría ciertamente esgrimirse que la incapacidad de los individuos que se trata de solventar con el establecimiento de la representación legal implica la desconsideración de cualquier indicio de su voluntad precisamente por ser la voluntad, indiciaria o no, de un sujeto incapaz. No parece sin embargo de recibo semejante argumento. Una cosa es que los referidos indicios puedan ser expresión de una personalidad incapaz, por proponer por ejemplo acciones que imposibiliten directamente la realización de los objetivos que condensan el centro de su vida y de su esfuerzo. Y otra muy distinta que se deba necesariamente desacreditar el conjunto de emociones, criterios, sentimientos y formas de ver la vida que condensan la personalidad del sujeto incapaz.

La función del representante legal tiene necesariamente como norte la realización de los intereses del representado. Y estos no necesariamente han de consistir en la preservación a toda costa de la salud conforme al método más expeditivo y seguro que pudiera prescribir la ciencia médica. El problema no es tanto la dejación voluntaria del interés por la propia salud (supuesto que tiene un carácter excepcional) como de jerarquía de intereses eventualmente contrapuestos o de imposible realización conjunta. Este es normalmente el núcleo de la cuestión.

No parece razonable que la constatación de la existencia de algún plano de incapacidad del sujeto tenga que dar necesariamente por cancelada la consideración del conjunto de su personalidad que bien pudiera intuirse sobre la base de los indicios existentes al respecto. La atención a los intereses del sujeto debiera proyectar en la medida de lo posible el sentido completo de su

personalidad eludiendo la salida fácil que representa el ninguneo automático de sus manifestaciones indiciarias.

Ello no excluye desde luego el cuestionamiento del (eventualmente limitado) alcance probatorio de los indicios que pudieran concurrir en el caso. No es cuestión de poner en tela de juicio la necesidad de moverse con la máxima prudencia al respecto. La salud representa un bien de una entidad indiscutible para la generalidad de la ciudadanía. Cuando las cosas no están claras es razonable que la decisión haya de girar del lado que representa la preservación de la salud en los términos prescritos por los servicios médicos. Pero las dificultades del caso no necesariamente debieran redundar en la activación de una regla general que precluya la consideración integral de la personalidad del afectado y la puesta en marcha de las consideraciones que le son inherentes.

Al fin y al cabo, la decisión eventualmente no coincidente con la generación del mayor beneficio para la vida o la salud del paciente no resulta tampoco automáticamente ejecutable, dando lugar en los casos en que pudiera llegar a producirse a la correspondiente consideración por parte de la autoridad judicial. Es esta sin duda la solución más aceptable, cualquiera que fuera el punto de vista que se adopte.

Lo llamativo del caso no es la pertinente entrada en juego de la autoridad judicial cuando la decisión pudiera contravenir el sentido general de la preeminencia del mayor beneficio para la vida o la salud del afectado. Lo más llamativo (e impropio en nuestra opinión) es que se pretenda encorsetar el sentido de la actuación de la representación legal enderezándolo necesariamente al beneficio para la vida o la salud. La especificación de que la decisión que haya de adoptar el representante legal tenga que adoptarse "atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o la salud del paciente" resulta en este punto desconcertante entre otros casos porque excluye de entrada el juego que en el asunto pudiera asumir la autoridad judicial.

Esta comparecería solamente en los supuestos pretendidamente excepcionales en que el representante legal se desentendiera del rumbo que marca la atención exclusiva a la preservación de la vida o la salud del paciente. Y es aquí donde radica el núcleo del problema. No tiene sentido cortocircuitar la expresión del representante legal en el intento de formular una decisión coherente con la personalidad del paciente estableciendo el inexcusable deber de atender "siempre" al mayor beneficio para la vida o la salud del paciente. Decisión que en cualquier caso habría de ser ponderada junto a los demás elementos concurrentes en el supuesto en cuestión por la autoridad judicial.

La indicación normativa presupone en este punto una apuesta decidida por el beneficio de la salud que viene a diluir en el concreto supuesto que representa la entrada en juego de la representación legal la lógica que marca el respeto al principio de autonomía. El representante legal se ve imperativamente compelido a asumir el punto de vista de la preferente preservación de la salud. Una actitud diferente por su parte supondría separarse de la línea marcada dando entrada a la acción de la autoridad judicial para, aparentemente, arreglar el entuerto generado.

Esta imperativa asunción del punto de vista de la preservación de la salud del paciente es suficientemente expresiva del carácter relativo que asume el principio de autonomía en los supuestos en que interviene la autoridad judicial. Claro que tampoco hay mucha diferencia entre el carácter automático que la norma en cuestión impone a la adopción del punto de vista de la preservación de la salud por parte del representante legal y el carácter automático de la prestación por parte del paciente de un consentimiento informado precocinado en las instancias médicas (y no necesariamente asimilado en su integridad por el paciente) como presupuesto para la práctica del correspondiente desempeño sanitario. Surge en este punto la duda de si no estará la línea normativa marcada a la intervención del representante legal resultando expresiva de una generalizada discordancia entre las palabras y los hechos cuando entra en juego el principio de autonomía en la relación entre el médico y el paciente.

4. CONCLUSIONES

El consentimiento informado del paciente representa el presupuesto de cualquier intervención médica sobre su persona. Se supone que es la expresión por antonomasia del principio de autonomía, que en el pasado había cedido su lugar de preeminencia al principio de beneficencia, en el que encontraba fundamento el amplio margen de discrecionalidad, apoyado en la detentación de los conocimientos técnicos, que proyectaba la acción terapéutica por parte del médico. La consideración imprecisa, por cuantificable, del nivel de información a transmitir y de competencia del sujeto llamado a consentir, para que pueda considerarse al consentimiento informado como una manifestación singular de la voluntad del paciente complica su operatividad. Tanto más cuando se reconoce comúnmente a la salud como un bien de máxima entidad cuya puesta en juego exige funcionar con la mayor cautela. La reivindicación indirecta del principio de beneficencia en los supuestos en que interviene la representación legal en la prestación del consentimiento informado pone en cuestión la operatividad al servicio del principio de autonomía que supuestamente le subyace. A ello contribuye también el automatismo que preside su prestación en los supuestos generales.

5. BIBLIOGRAFÍA

- ALLUÉ, M., *El paciente inquieto. Los servicios de atención médica y la ciudadanía*, Ediciones Bellaterra, Barcelona, 2013.
- CAMPS CERVERA, V., "La autonomía, el principio por "defecto"", *Bioètica & debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica*, Volumen 7, número 62, enero-abril, 2011, p. 11-13.
- DE LAS HERAS, M. A., *Estatuto ético-jurídico de la profesión médica*, Dykinson, Madrid, 2005.

- GARCÍA PÉREZ, M. A., "Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica", en *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, Vol. 4, número 2, pp. 341- 356.
- LAPORTA SAN MIGUEL, F. J., "Algunas incógnitas del principio de autonomía personal en los tratamientos médicos", en Mendoza Buergo, B. (Editora), *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, Civitas, Cizur Menor, 2010, pp. 19-34.
- LÓPEZ GUIZÁN, A. M., "El consentimiento informado y la responsabilidad de los profesionales sanitarios", en López Guizán, A. M., Trigo García, B., Puga Martínez, A. (Coordinadores), *La Prestación de Servicios Sanitarios ante los Retos del Siglo XXI*, Aranzadi, Cizur Menor, 2011, pp. 41-63.
- MARÍN PALMA, E., "El privilegio terapéutico: punto de unión entre el paternalismo médico y la autonomía del paciente", en Adroher Biosca, S., De Montalvo Jaaskalainer, F. (Directores), *Los avances del Derecho ante los avances de la Medicina*, Aranzadi, Cizur Menor, 2008, pp. 669-682.
- MAZO ÁLVAREZ, H. M., "La autonomía: principio ético contemporáneo", en *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, Vol. 3, N° 1, enero-junio, 2012, pp. 115-132.
- MILL, J. S., *Sobre la libertad*, Alianza Editorial, Madrid, 1999.
- MIRAUT MARTÍN, L., "El dilema de las cláusulas de irreversibilidad en el ejercicio de la autonomía individual", en *Derechos y Libertades: Revista del Instituto Bartolomé de Las Casas*, número 31, Época II, 2014, pp. 103-126.
- PELAYO GONZÁLEZ-TORRE, A., *El derecho a la autonomía del paciente en la relación médica. El tratamiento jurisprudencial del consentimiento informado*, Comares, Granada, 2009.
- RAMOS, L. C., "El consentimiento informado", *Panace@ Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, Vol. 13, n° 36, segundo semestre, 2012, pp. 294-298.