

Consentimiento informado en la práctica clínica

Hugo Rodríguez Almada¹

Resumen

El consentimiento informado es un derecho del paciente y su procuración previa a la realización del acto asistencial es un deber del médico. La validez del consentimiento informado radica en la tríada: información, libertad y capacidad para decidir. El proceso de obtención del consentimiento informado es un acto de comunicación, esencialmente verbal. La información a proporcionar es diferente para cada acto médico y cada paciente. En Uruguay el consentimiento informado es obligatorio para todo acto médico (salvo contadas excepciones en casos de urgencia o tratamientos impuestos por la ley); en caso de procedimientos quirúrgicos, maniobras invasivas o tratamientos experimentales, se debe dar por escrito bajo forma. La obtención del consentimiento informado no exime al médico de su responsabilidad profesional.

Introducción

El consentimiento informado es un derecho del paciente y su procuración previa a la realización del acto asistencial es un deber del profesional. Así está consagrado en las normas éticas y jurídicas vigentes en el país⁽¹⁾.

Desde el punto de vista ético, se fundamenta en principio del respeto de la persona (principio kantiano) pertenece a una concepción moral, en la que se dice que la dignidad del ser humano reside en su autonomía moral y, por tanto, en su libertad (principio de autonomía)⁽²⁾.

Visto desde la teoría principalista, el consentimiento informado sería una regla que deriva del principio moral de la autonomía. La importancia cobrada por el consentimiento informado se corresponde con un proceso de cambio en el modelo hegemónico de la relación clínica, que experimenta una transformación

desde el paternalismo (donde prima el principio de beneficencia, sostenido en el conocimiento y los valores del médico) hacia la autonomía (donde prima el principio de libertad a punto de partida de los valores del propio paciente). Se trata de un proceso paulatino que hemos llamado *transición bioética*, en el que los cambios culturales están rezagado respecto de los cambios legislativos⁽³⁾. Algunos autores han planteado que el fundamento ético del consentimiento informado no deriva del principio de autonomía sino de “la articulación correcta” de los cuatro principios clásicos de la bioética norteamericana: no-maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía⁽⁴⁾.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005), establece: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de

1. Director del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Unidad Académica de Bioética. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o *perjuicio alguno*" (art. 6º).

El consentimiento informado forma parte de las obligaciones deontológicas de los médicos y aparece en los diferentes códigos de ética médica. El Código de Ética del Colegio Médico del Uruguay (Ley Nº 19.286), contiene varias menciones al consentimiento informado, entre las que corresponde destacar:

Artículo 13- Todo médico tiene el deber de:

- a) Dar una información completa, veraz y oportuna sobre las conductas diagnósticas o terapéuticas que se le propongan al paciente, incluyendo las alternativas disponibles en el medio.
- b) Comunicar los beneficios y los riesgos que ofrecen tales procedimientos, en un lenguaje comprensible, suficiente y adecuado para ese determinado paciente.
- c) En los casos excepcionales en que esa información pudiese ocasionar efectos nocivos en la salud física o psíquica del paciente, podrá limitarla o retrasarla.
- d) Respetar la libre decisión del paciente, incluido el rechazo de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto, en el marco de las normativas vigentes. En ese caso le informará sobre los riesgos o inconvenientes de su decisión.
- e) El médico podrá solicitar al paciente o a sus responsables, luego de la total y completa información del procedimiento propuesto, firmar un documento escrito en el que conste ese rechazo y en caso que no se lograra, dejar constancia en la historia clínica.

No obstante lo anterior, el consentimiento, como construcción jurídica, no surge de la Bioética sino que precede a la existencia de esta disciplina. Es una categoría del Derecho Civil, integrante de la teoría de las obligaciones y contratos. Según Galán Cortés, referente del Derecho Médico iberoamericano, el consentimiento informado es ajeno a la tradición médica y hasta hace relativamente poco tiempo no estuvo incorporado a la relación clínica, y lo que considera "una de las últimas aportaciones a la teoría de los derechos humanos"⁽²⁾⁽⁵⁾.

También el mundo anglosajón, y particularmente en Estados Unidos, "*el factor decisivo en la génesis de la teoría del consentimiento informado*" (...) "ha sido su constitución como teoría legal desarrollada sobre todo por los jueces y, posteriormente, refundada y asentada por el cuerpo legislativo"⁽⁶⁾.

Lo anterior se materializó en un conjunto de sentencias en las dos primeras décadas del siglo XX, entre las cuales adquirió celebridad la dictada en 1914 por el Juez Benjamín Cardozo del Tribunal de Nueva York en el caso "*Schloendorf contra Society of New York Hospital*". Se trataba de una cirugía abdominal con finalidad diagnóstica, en el curso de la cual se extirpó un tumor, pese a que el paciente expresamente había manifestado su oposición. El Juez Benjamín Cardozo señaló en su sentencia que "*todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que se debe hacer con su propio cuerpo; por lo que un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión, por la que se puede reclamar legalmente daños*".

Hoy se acepta que la obtención del consentimiento informado es parte integrante del acto médico realizado de acuerdo a la *lex artis ad*

hoc; en términos más generales, no se corresponde a la *lex artis ad hoc* la actuación profesional por fuera de los estándares éticos y deontológicos⁽⁴⁾. El acto médico incluye y presupone el diálogo entre el profesional de la salud y el paciente, en el que al primero le corresponde informar y al segundo aceptar o rechazar la propuesta, de acuerdo a sus propios valores, intereses y proyecto de vida. La obtención del consentimiento informado es un verdadero acto médico que no puede ser sustituido por un acto administrativo o meramente formal⁽²⁾ (3)(4)(5)(7)(8).

1. El consentimiento en la normativa nacional

Los requisitos éticos de validez del consentimiento informado (información, libertad y capacidad) son los mismos que exige el Código Civil (1868) para la celebración de contratos. Es posible que la primera norma nacional que imponga el consentimiento informado dentro del ámbito específico de la salud sea la Ley N° 14.005 (1971), que estableció los requisitos necesarios para la donación de órganos y tejidos, así como para la realización de autopsias clínicas. Con fundamento en el artículo 7 de la Constitución (derecho a la libertad), el consentimiento informado -como derecho del paciente a decidir respecto a un acto médico propuesto- aparece señalado en el Decreto 258/992 (Reglas de Conducta Médica y Derechos de los Pacientes)⁽⁸⁾.

Posteriormente, diversas normas han consolidado su presencia en el derecho positivo uruguayo, entre las que se destaca especialmente la Ley N° 18.335 (2008), reglamentada por el Decreto 274/010. A estas dos últimas normas nos remitiremos al analizar el contenido y la forma de consentimiento informado.

La Ley N° 18.335 establece que:

Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el

profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica (art. 11).

Además, cabe tener presente que en la misma ley se establece la obligatoriedad del consentimiento informado para “*todo procedimiento de investigación médica*” (art. 12), además de consagrar el derecho del paciente a “*negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos*”. Y que en “*todas las situaciones en que se requiera un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa*” (art. 17, Lit. E).

La legislación, la doctrina y la jurisprudencia señalan el carácter ilícito de la actuación médica sin consentimiento informado (salvo situaciones realmente excepcionales). Sin embargo, esto no significa que en la práctica cotidiana esto se respete cabalmente⁽⁷⁾.

2. Requisitos de validez del consentimiento informado

La validez ética y legal del consentimiento

informado se sustenta en el cumplimiento de la tríada: información, libertad y capacidad para consentir⁽³⁾ No se trata de que cumpla con meras formalidades sino de condiciones mínimas sin las cuales perdería su finalidad: garantizar que el acto médico que se realice en sintonía con los valores, intereses y proyecto de vida del paciente⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

2.1 Información

La información adecuada sobre el acto médico propuesto a un paciente es una condición elemental para la validez de su aceptación. Como lo expresa Galán Cortés, “*el consentimiento del paciente se extenderá, en cuanto a su validez y eficacia, hasta donde haya sido informado*”⁽⁵⁾.

La pregunta sobre cuál y cuánta es la información que se debe ofrecer a un paciente como condición de validez del consentimiento, se puede responder de forma genérica: la necesaria para que el paciente tome una decisión racional respecto a sus propios valores.

Para caracterizar cómo debe ser esta información, la Ley Nº 18.335 establece que deber ser una “*adecuada, suficiente y continua*”. El médico debe informar de todo aquello que pueda incidir en la decisión del paciente, lo que incluye el diagnóstico, pronóstico, finalidad del tratamiento propuesto y alternativas terapéuticas, con sus respectivos riesgos y beneficios esperados.

Un capítulo importante de la información es la referida a los riesgos. Algunos autores enfatizan la necesidad de no omitir los riesgos más frecuentes, mientras otros subrayan que se debe informar los potencialmente más graves. Otros destacan los llamados riesgos típicos, entendidos como aquellos característicos de un procedimiento, independientemente de su frecuencia y gravedad (ejemplo: lesión del nervio recurrente en la cirugía de cuello, recanalización tubaria en la esterilización quirúrgica de la mujer)⁽²⁾⁽⁵⁾.

La información debe proporcionarse en un lenguaje comprensible para el paciente. La posibilidad de comprender la información no sólo está determinada por aspectos culturales (como la

posibilidad de entender el léxico empleado por el médico), psico-físicos (porque la presencia de síntomas molestos puede dificultar o anular la comprensión) y emocionales (por ejemplo, cuando el consentimiento informado se recaba en el contexto de malas noticias para el enfermo)⁽⁸⁾.

La cantidad y calidad de información a ofrecer a los pacientes es un tema complejo que ha motivado distintos desarrollos teóricos. Se puede señalar tres grandes modelos para determinar la información a ofrecer: modelo profesional (se informa lo que un médico quisiera conocer para decidir), modelo de la persona razonable (se informa lo que una persona razonable necesitaría conocer para decidir) y modelo subjetivo (se informa según lo valores, intereses y proyecto de vida de cada paciente concreto)⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

Se ha señalado que cada uno de ellos presenta limitaciones, sea por ser médico-céntrico (modelo profesional), por la dificultad de definir lo “razonable” (modelo de la persona razonable) y la gran variabilidad de posibles intereses de cada paciente (modelo subjetivo). Por ello se ha propuesto un modelo equilibrado (que toma en cuenta tanto lo razonable como lo subjetivo) que se basa en que el médico proporcione la información necesaria en función de los valores, intereses y proyectos del paciente, previamente identificados por ambos⁽⁸⁾.

El Decreto 274/010 prevé la situación conocida en la bioética clínica como privilegio terapéutico. Se trata de una eventualidad excepcional en la que podría estar justificada la limitación de la información para evitar un daño al paciente. Así, el artículo 21 establece: “*En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente, con el consentimiento de sus familiares, se podrán establecer restricciones a su derecho de conocer el curso de la enfermedad, dejándose constancia en la historia clínica con firma del profesional de la salud actuante y de los familiares*” (art. 21).

Otra eventualidad a tener presente es el derecho del paciente a no ser informado, situación también

contemplada en el Decreto 274/010:

El paciente podrá ejercer el derecho a no saber, manifestando al profesional de la salud su voluntad de otorgar el consentimiento para la realización de los procedimientos de atención en salud sin recibir información, de lo cual se dejará constancia en la historia clínica, firmada por el paciente y el profesional de la salud.

Este derecho a no saber puede ser relevado cuando, a juicio del médico u otro profesional de la salud actuante, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad, de lo que también el profesional actuante dejará constancia fundada en la historia clínica (art. 19).

2.2 Libertad

La libertad del paciente para aceptar o rechazar el acto médico es *conditio sine quanon* de validez del consentimiento informado. Por ello se debe asegurar la ausencia de toda clase de coacción, violencia, amenaza o intimidación, que directa o indirectamente influya en la decisión⁽²⁾⁽⁶⁾.

La asimetría de poder existente en la relación clínica hace necesario enfatizar muy especialmente este requisito. Esta asimetría – característica de la relación médico-paciente- a menudo está puede estar acentuada por factores económicos, culturales, sociales, emocionales, etarios o de género. De tal forma, que la coacción o la violencia puede ser subrepticia y estar completamente naturalizada frente a personas en situación de vulnerabilidad.

Por el ello, el paciente tiene que saber que, sea cual sea su decisión, no será abandonado por el médico y que su opción será respetada y no tendrá otras consecuencias fuera de las que deriven de su libre negativa a aceptar un acto médico que le fue propuesto.

Obviamente, y tal como lo establece el artículo 24 de la Ley N° 18.335:

El paciente o en su caso quien lo representa es responsable de las consecuencias de sus

acciones si rehúsa algún procedimiento de carácter diagnóstico o terapéutico, así como si no sigue las directivas médicas.

Si el paciente abandonare el centro asistencial sin el alta médica correspondiente, tal decisión deberá consignarse en la historia clínica, siendo considerada la situación como de ‘alta contra la voluntad médica’, quedando exonerada la institución y el equipo de salud de todo tipo de responsabilidad.

2.3 Capacidad para consentir

La tercera condición de validez fundamental del consentimiento informado es que haya sido otorgado por una persona competente para otorgarlo.

Esta competencia para consentir o rechazar un acto médico no es asimilable a las categorías de capacidad/incapacidad del Derecho Civil (según estas categorías serían capaces las personas mayores de 18 años que no haya sido declaradas incapaces). Así, una persona adulta cursando los efectos de una intoxicación aguda por alcohol o drogas de abuso que afecte su entendimiento, no estaría en condiciones de comprender cabalmente la información y tomar una decisión razonable para sus valores e intereses, por lo que no sería competente para consentir en esa situación concreta (pese a ser legalmente capaz). Igualmente, una persona que no alcanzó los 18 años de edad puede estar perfectamente habilitada para consentir o rechazar un acto médico, según grado de madurez.

De hecho, toda la legislación más actual, así como garantiza el derecho de todo niño, niña o adolescente a la información, a hacer preguntas y las obtener respuestas, también consagra el derecho a consentir de los adolescentes maduros. En consonancia con las convenciones internacionales y las leyes nacionales, el artículo 18 del Decreto 274/010 señala que “*todo niño, niña o adolescente tiene derecho a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados*

a su edad y a la evolución de sus facultades” y que “en todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez”. Al respecto indica que “corresponde al profesional de la salud actuante la valoración del grado de madurez y de capacidad natural del niño, niña o adolescente, considerando el tipo de procedimiento de atención a su salud de que se trate” y que “deberá tenerse en cuenta la competencia del niño, niña o adolescente para comprender la situación planteada, los valores en juego, las posibles opciones y sus consecuencias previsibles”.

En los casos de personas declaradas incapaces, corresponde a sus representantes legales tomar la decisión.

En forma análoga, en el caso de los pacientes que hayan expresado su voluntad anticipada, se estará a su decisión previa o a lo que disponga el representante designado⁽¹⁰⁾.

2.4 Otros aspectos a tener en cuenta

Analizadas ya los tres elementos que la dan validez al consentimiento informado, vale la pena detenerse en otros aspectos de interés, como lo son la titularidad para brindar el consentimiento informado y la oportunidad para su obtención.

2.4.1 Titularidad

El titular, tanto del derecho a la información como del derecho a consentir o rechazar el acto médico, es el propio paciente⁽²⁾⁽⁵⁾. Aunque sea evidente, vale la pena enfatizarlo por la tendencia existente a sustituir al paciente por sus familiares, tanto a la hora de informar como de recabar el consentimiento informado.

Las excepciones a esta regla general son:

a) Niños, niñas o adolescentes no suficientemente maduros: es otorgado por sus padres o sus representantes legales, siempre teniendo como guía el interés superior de aquellos.

b) En los otros casos de incapacidad civil, será

dado por el curador los representantes legales.

c) En pacientes civilmente capaces en situación de imposibilidad de consentir (por ejemplos: coma, intoxicación alcohólica aguda, episodio psicótico agudo), la representación recae por el cónyuge, concubino o pariente más próximo. A falta de familiares, el paciente podrá comunicar con anticipación al servicio de salud el nombre de otra persona allegada para representarlo (artículo 24 de Decreto 274/010).

2.4.2 Oportunidad

La oportunidad para recabar la obtención de la voluntad del paciente es, obviamente, antes de practicarse el acto médico propuesto y después de recibida y comprendida la información relevante necesaria para decidir⁽²⁾⁽⁵⁾.

Para algunos médicos podría plantearse la duda acerca de si el consentimiento informado debe ser recabado por el profesional que indica el procedimiento o por quien quién lo debe practicar (ejemplos: un médico de familia que indica un estudio radiológico con contraste o un intensivista que indica una traqueostomía). El Decreto 274/010 establece al respecto: “*El consentimiento informado deberá ser recabado por el profesional de la salud que indica el procedimiento o por el que vaya a practicarlo, según lo determine el respectivo servicio de salud, priorizando el derecho del paciente a la mejor calidad de la información*” (artículo 23).

3. Formas de expresión del consentimiento informado

El proceso de obtención del consentimiento informado es de carácter esencialmente verbal. Supone una interacción singular entre el médico y el paciente. La información a proporcionar no sólo es diferente para cada acto médico, sino que se ajusta según los intereses concretos de cada paciente y de su capacidad cultural y emocional de comprenderla⁽²⁾⁽⁵⁾⁽⁸⁾.

Se trata de un acto médico y, como tal, debe ser registrado en la historia clínica. Está

especialmente previsto en artículo 11 de la ley que la Ley N° 18.335 que establece que “*todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante*” y que “*el consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa*”. No sólo debe registrarse el consentimiento del paciente, sino también su negativa a un tratamiento o la revocación de un consentimiento anterior.

Desde 2010 en nuestro país el consentimiento para las cirugías y para otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos de carácter invasivo debe ser otorgado por escrito y bajo firma, según lo establece el Decreto 274/010 (art. 25). Es importante destacar que la existencia de un documento firmado no exime de la obligación de brindar la información en la forma exigida por la ley: adecuada, suficiente y continua. También es necesario subrayar que los actos médicos no incluidos dentro de la obligación del consentimiento bajo firma, no están eximidos del requerimiento del consentimiento informado.

Otras situaciones en que el consentimiento informado debe ser escrito y firmado, porque una norma jurídica así lo establece, son:

- a) Donación de órganos, tejidos y células (Ley N° 14.005 y modificativas).
- b) Donación de sangre (Decreto 385/000).
- b) Autopsias clínicas (Ley N° 14.005).
- c) Participación en investigaciones (Decreto 379/008).
- d) Actos médicos financiados por el Fondo Nacional de Recursos.
- e) Interrupción voluntaria del embarazo (Ley N° 18.987 y Decreto 275/012).

No se debe confundir validez del consentimiento informado con la firma de un formulario de consentimiento informado. En realidad, un consentimiento informado puede carecer de validez (ejemplos: el paciente era incompetente o no hubo una información). A la inversa, la expresión verbal de un paciente competente adecuadamente informado es completamente

válida, salvo los casos en que una norma impone la obligatoriedad de su expresión por escrito.

4. Excepciones al deber de procurar el consentimiento informado

La regla general de obligatoriedad del consentimiento informado previo al acto médico tiene algunas excepciones.

En urgencias, emergencias, situaciones en que la demora signifique riesgo grave para el paciente o de notoria fuerza mayor, la legislación autoriza a actuar sin consentimiento expreso. En estos supuestos se da prioridad a la salud y la integridad física frente a al derecho del paciente a decidir. No se trata de pacientes que ya expresaron una voluntad anticipada contraria a un tratamiento, sino de quienes no la expresaron. Ejemplos: un paciente en coma a quien se le debe realizar una tomografía computada; un lactante que requiere asistencia de urgencia en ausencia de sus padres.

Otras situaciones en las que no se requiere el consentimiento informado es cuando se está frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, así como los tratamientos obligatorios impuestos por la ley. En esos casos, el conflicto se produce entre la libertad de decidir y la salud pública. Ejemplo: vacunaciones obligatorias.

Finalmente, en los casos de enfermos psiquiátricos puede ser necesaria su internación compulsiva, de acuerdo y en la forma establecida por la Ley N° 9.581 (Ley de asistencia de psicópatas).

En concordancia con lo anterior, la Ley N° 18.335 establece que

cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará

precisa constancia en la historia clínica (artículo 11).

5. Pseudo-consentimiento informado

Más allá de los fundamentos éticos del consentimiento informado, y de lo establecido en las normas vigentes, la práctica corriente en nuestro país en torno al consentimiento informado está lejos de ser satisfactoria⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

Hemos llamado pseudo-consentimiento informado a una práctica de los médicos y las instituciones de salud que consiste en atender al cumplimiento de los algunos aspectos formales del consentimiento informado, descuidando los aspectos sustanciales que le dan su sentido y razón de ser⁽¹²⁾.

El pseudo-consentimiento da gran valor a la documentación escrita y firmada por el paciente (y en ocasiones por testigos), descuidando que la aceptación de la propuesta de acto médico se corresponda realmente con los auténticos valores e intereses del paciente, tras recibir una información adecuada *ad hoc*. En realidad, práctica termina por sustituir la obligación de informar en forma verbal, y según la singularidad de cada paciente y cada situación clínica, por la simple entrega de una hoja impresa más o menos genérica, donde constan frases del tipo “*he sido informado de todos los riesgos*”, las que no sirven como fuente de información para tomar una decisión válida (ni siquiera como prueba de que se informó de un determinado riesgo concreto o alternativa terapéutica).

Además, esta práctica lo transforma de acto médico en acto administrativo. Suele estar previsto como un trámite en una oficina administrativa de una institución, donde un funcionario entrega un formulario en blanco y lo recibe firmado⁽¹²⁾.

Los estudios nacionales en la materia han demostrado que la firma de formularios no asegura una correcta información al paciente y, además, genera en los profesionales una falsa sensación de seguridad médico-legal a partir de

la obtención de una firma⁽⁸⁾⁽¹¹⁾.

6. Responsabilidad médica y consentimiento informado

El consentimiento informado es un elemento esencial de la *lex artis ad hoc*, condición necesaria de licitud de la actividad médico-quirúrgica. De ahí su relación con la responsabilidad profesional del médico⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁾.

Sobre el consentimiento informado ha señalado Galán Cortés que se trata de “*un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad*”⁽²⁾. Ello dependerá de que ese acto médico genere un daño.

Es importante insistir sobre la falsa idea según la cual el consentimiento informado exime de responsabilidad al médico. El consentimiento informado es un derecho del paciente y no un seguro para el médico⁽⁵⁾. De tal modo, que un acto médico que ocasiona un daño al paciente por haber sido practicado en una forma negligente, genera responsabilidad profesional, con independencia de que se haya cumplido el requisito del consentimiento informado (el consentimiento informado se otorga bajo el supuesto de que el acto médico se cumplirá en forma diligente). Contrariamente, la ausencia del consentimiento informado constituye *per se* un apartamiento de la *lex artis ad hoc*, que generará responsabilidad a condición se demuestre que produjo un daño.

Referencias

1. Gamarra J. El consentimiento informado. En: Responsabilidad civil médica. Tomo 1. Montevideo: FCU; 1999. P. 153-332.
2. Galán Cortés JC. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Rev Med Uruguay. 1999;15(1):5-12.
3. Rodríguez Almada H. Derechos de los pacientes en Uruguay: normativa vigente y organizaciones de usuarios. En: IV Memorias del Simposio Internacional. Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico-paciente. México: Conamed;

2000. P. 137-143.
4. Simón P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. *Anales Sis San Navarra*. 2006;29(Supl. 3):29-40.
 5. Galán Cortés JC. Aspectos legales de la relación clínica. Madrid: Jarpyo; 2000. P. 166.
 6. Simón Lorda P. El consentimiento informado: historia, teoría y práctica. Madrid: Tri-castela; 2000. 480p
 7. Rodríguez Almada H. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. *Rev Med Urug*. 2001;17:17-33.
 8. González González D, Rodríguez Almada H, Russo L. Cantidad y calidad de la información conocida por pacientes que consintieron cirugías de coordinación. *Rev Med Urug*. 2010;26(1):25-31.
 9. Childers R, Lipsett PA, Pawlik TM. Informed consent and the surgeon. *J Am Coll Surg*. 2009;208(4):627-34.
 10. Rodríguez Almada H. La legislación uruguaya sobre las directivas de voluntad anticipada. En: Dadalto L (coord.). *Bioética e Diretivas Antecipadas de Vontade*. Curitiba: Prismas; 2014. P. 199-215.
 11. González González D, Rodríguez Almada A, Berro G. Consentimiento informado: análisis crítico de su aplicación en un servicio quirúrgico. *Rev Med Uruguay*. 2005; 21(4):291-297.
 12. Rodríguez Almada H. Seudoconsentimiento informado en Uruguay. *Rev Med Uruguay*. 2002;18(1):89-93.

