REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

LA GESTIÓ DE LA INFORMACIÓ I EL CONSENTIMENT EN L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic Electe

EMILI HUGUET i RÀMIA

El dia 10 de març de 2013

Discurs de resposta de l'Acadèmic Numerari

JACINT CORBELLA i CORBELLA

Barcelona
2013

LA GESTIÓ DE LA INFORMACIÓ I EL CONSENTIMENT EN L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

LA GESTIÓ DE LA INFORMACIÓ I EL CONSENTIMENT EN L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic Electe

EMILI HUGUET i RÀMIA

El dia 10 de març de 2013

Discurs de resposta de l'Acadèmic Numerari

JACINT CORBELLA i CORBELLA

Barcelona
2013

© *Emili Huguet i Ràmia*
© *Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*

Edita: Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
Carrer del Carme, 47
08001-Barcelona
Telèfon: 93.317.16.86
E-mail: secretaria@ramc.cat

Dipòsit legal: B-4.831-2013

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic Electe

EMILI HUGUET i RÀMIA

Excel·lentíssim Sr. President,

Digníssimes autoritats,

Molt il·lustres senyores i senyors acadèmics,

Distingits companys i amics,

Senyores i senyors,

És un gran honor i alhora motiu de satisfacció, respecte i gratitud presentar-me avui davant de tots vostès per tal de llegir el discurs reglamentari per ingressar a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya com a membre numerari, amb l'obligació de no defraudar la confiança que varen dipositar en mi quan van tenir la gentilesa d'elegir-me. És un fet objectiu que pertànyer a aquesta corporació, genera respecte pel prestigi personal i competència professional dels que són o han estat els seus membres, des de fa moltíssims anys. Espero per tant no decebre i confio que la meva col·laboració amb l'Acadèmia sigui llarga i profitosa.

Agraeixo molt la presència de tots vostès. Encara que a alguns no els conec personalment, si sé de la seva categoria personal i professional. Als que han estat professors meus, els recordo molt bé malgrat el temps transcorregut, gairebé 44 anys de l'inici i 38 de la graduació. Ha estat una sort haver estat estudiant en època en la que varen coincidir els professors Domingo Ruano, Xavier Forn, Manuel Cruz, Josep Trasserra, Ciril Rozman, Joan Rodés, Miquel Bruguera, Josep Mª Gil Vernet i Jacint Corbella, tots ells d'una

categoria acadèmica excel·lent. També m'agradaria esmentar als que ja no hi són, però dels que perdura el record de les seves lliçons magistrals, com els Doctors Joan Lluch, Dídac Ribas, Alfons Balcells, Víctor Cónill, Josep Casanovas, Joan Obiols i Francesc Gonzàlez Fusté.

També vull agrair a la Dra. Edelmira Domènech i al Dr. Francesc Cardellach, que hagin tingut l'amabilitat d'apadrinar-me en aquest acte solemne i a la Junta Directiva de l'Acadèmia per haver encarregat al Dr. Jacint Corbella el discurs de resposta.

Em pertoca ocupar la plaça que deixa vacant a la secció III, el Dr. Rafael Esteve de Miguel, Acadèmic Numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i eminent Cirurgià Ortopèdic, per haver estat promogut a la categoria d'Acadèmic Emèrit.

El Dr. Rafael Esteve de Miguel va néixer a Osca el 1924 i es va llicenciar en Medicina i Cirurgia a la Facultat de Medicina de Barcelona el 1948, aconseguint el premi extraordinari de Llicenciatura. El 1945 va ser alumne intern per oposició de la càtedra de Patologia Quirúrgica II de la Facultat de Medicina de Barcelona que dirigia el Professor Pere Piulachs i Oliva i l'any 1948 metge intern per oposició del Servei d'Urgències de Cirurgia i Traumatologia de l'Hospital Clínic, i Professor Ajudant de classes pràctiques de l'esmentada càtedra de Patologia Quirúrgica II. Una mica abans de marxar becat a la Universitat d'Oxford, a on va estar entre 1949 i 1953, per fer la formació en l'especialitat de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia, va fer una estada a la Clínica de Cirurgia Ortopèdica de Paris fent d'Assistent Estranger del Prof. Robert Merle d'Aubigné. A Oxford va arribar a ser Cirurgià Resident de l'Hospital *Wingfield Morris*, actualment Centre Ortopèdic *Neuffield* a on va ser ajudant del Dr. Josep Trueta i Raspall que és qui dirigia la càtedra d'Ortopèdia i amb el que va fer importants estudis sobre les lesions del nervi ciàtic i sobre la luxació congènita del maluc. El Dr. Trueta també va ser el director de la seva tesi doctoral que va llegir a Oxford el 1958, sobre les alteracions musculars, neurològiques i nutricionals dels nens afectats per la poliomielitis.

El 1953 torna a Barcelona i dirigeix la secció de seqüeles de la poliomielitis de l'Hospital Municipal d'Infecciosos (Nostra Senyora del Mar), fins el 1965.

Va ser un dels impulsors dels estudis de Fisioteràpia i el 1963 va publicar un llibre sobre Rehabilitació en Cirurgia Ortopèdia i Traumatologia que va arribar a tenir una gran acceptació i difusió.

El 1954 va ser nomenat cap de Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia de l'Hospital Sant Joan de Déu i el 1959 del de Sant Rafael de Barcelona, i d'aquest últim, durant 10 anys va ser el director. Va presidir la Societat Catalana d'Ortopèdia i Traumatologia del 1969 al 1971 i la Societat Espanyola de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (SECOT) entre els anys 1988 i 1990. Va crear el *Grupo de Estudio de Traumatología y Ortopedia Infantil* (GETOI). És membre de la Societat Internacional de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (SICOT) i va ser delegat espanyol a la mateixa durant 11 anys. És membre de l'Associació Americana i Britànica d'Ortopèdia i de l'Americana de Rehabilitació. Va presidir la *Girdlestone Orthopedic Society i* és membre d'Honor de les Societats de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia de Cuba, Argentina i Egipte. Membre fundador de la *Asociación Española de Rehabilitación* i del *Grupo Ibérico de Estudio de las Enfermedades del Raquis.* Membre del Consell Nacional de la Comissió Nacional de l'especialitat, del comitè de redacció del *Journal of Bone and Joint Surgery* de la *American Orthopaedic Association* i de la Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona. Ha publicat molts treballs a revistes. Ponent a congressos, cursos i reunions nacionals i internacionals. President de la secció d'Ortopèdia de la UEMS (Federació Europea de Metges Especialistes), impulsor de la creació i membre del comitè executiu de la *European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology* (EFORT) durant 6 anys. Té moltes distincions nacionals i internacionals, és ciutadà d'honor de la Vila de Montpellier per la contribució a les relacions franco-catalanes i medalla Josep Trueta de la Generalitat de Catalunya. La seva notable activitat universitària el va dur el 1975 a aconseguir per oposició la plaça de Professor Adjunt Numerari de Cirurgia Ortopèdica a la Universitat Autònoma de Barcelona.

El Dr. Rafael Esteve de Miguel ha estat durant tota la seva vida professional un gran cirurgià i un gran mestre, de prestigi nacional i internacional, i el gran impulsor de la Cirurgia Traumatologia i Ortopèdia Infantil, a Catalunya.

En el discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, que va fer fa trenta anys i escaig, el 12 de desembre de 1982, i que va titular "*La evolución y el concepto actual de la Ortopedia y la Traumatología*", el Dr. Rafael Esteve de Miguel va donar una visió completa de l'especialitat, passada, present i futura, fruit de la seva personalitat científica i humana. Va ser contestat pel Dr. Alfredo Rocha Carlotta, acadèmic d'origen filipí, nascut a Manila, que es va llicenciar a Barcelona el 1930, va ser un distingit gastroenteròleg i va entrar com Acadèmic Numerari a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya el 1946.

No he tingut la sort de conèixer personalment al Dr. Rafael Esteve de Miguel, però des de fa molt anys he rebut referències continuades de la seva vàlua personal i professional. Només em resta esperar que trenta anys després de l'ingrés del Dr. Esteve de Miguel a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i coincidint amb el seu accés a Acadèmic Emèrit de la Institució, sigui digne d'ocupar el seu lloc en aquesta Il·lustre Acadèmia.

És un fet objectiu que l'entrada a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya es considera el cim de la carrera professional. En el meu cas aquesta va començar el 1975 quan em vaig llicenciar en Medicina i Cirurgia, i encara que no ha acabat i el seu fi és incert, en quant a la data, tant per motius cronobiològics com per motius legislatius (hem de recordar que en molts aspectes de la vida, el més permanent és el canvi). No tinc la jubilació a tocar però tampoc molt llunyana, i aquesta situació em dona una perspectiva del camí recorregut, que per força és molt diferent del que jo hauria pronosticat quan vaig acabar els estudis de Medicina.

El moment cronològic, o el destí pels que creuen en ell, em va fer néixer fill d'uns pares, que com tota la seva generació, van patir la calamitat de la guerra civil en els millors anys de la seva joventut, fet que els va dificultar aconseguir l'estabilitat necessària per formar una família fins entrada la postguerra. Probablement fruit d'aquesta situació vital, van tenir molt clar que calia preparar els fills per tal que es poguessin defensar a la vida millor del que ells havien pogut fer-ho i els tres germans mai els podrem agrair els esforços i sacrificis que van fer per donar-nos l'educació i instrucció necessàries que ens permetessin desenvolupar-nos personal i professionalment. Ells ho tenien tan clar, que el fet que havia de seguir estudiant en lloc d'anar a treballar als 14

anys, en acabar el batxillerat elemental, que era el destí de la majoria dels companys, em va quedar gravat al cervell des de molt petit. La meva mare, mestra des d'abans de la guerra civil, ha estat sempre la figura autoritària de la família i ens va deixar clar a tots els germans que la instrucció escolar bàsica era fonamental pels estudis superiors i per tant era a l'escola, a on a més dels coneixements bàsics, s'adquirien les eines fonamentals que ens permetrien en el futur tenir èxit en els estudis.

Però ni el pare ni la mare van tenir cap influència en que jo triés començar els estudis de Medicina el 1969, quan ja havia acabat els de Magisteri, que la mare, que els havia fet en època de la II República, em va convèncer que fes, argumentant-me la responsabilitat que tenia com primogènit de procurar protegir als meus germans, en cas d'infortuni familiar.

La decisió de ser metge no va tenir un recolzament familiar franc però tampoc oposició, com a màxim, el recordatori continuat que es tractava d'una feina molt sacrificada i calia fer-la de bon grat. Com els anys 60 resten una mica lluny, no recordo amb detall el moment en que la vaig prendre, però no crec que la decisió d'estudiar Medicina fos precipitada perquè el que si recordo és que ho vaig estar pensant durant molt temps. Un detall que no he oblidat són les matemàtiques del curs preuniversitari a on per primera vegada em vaig adonar que havia arribat al sostre de les meves habilitats matemàtiques, i van ser un factor excloent de triar qualsevol carrera tècnica. Malgrat que durant la carrera em vaig adonar que la Medicina era molt diferent al que jo pensava i que probablement les meves capacitats no em portarien per l'àmbit clínic, no vaig creure mai que acabaria treballant en res que no tingués relació amb la Medicina, com així al final ha succeït.

Quan cursava els últims cursos el Dr. Aleix Bertran, amic de la família des de feia molts anys, professor adjunt de Medicina Legal de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, director de l'Institut Nacional de Toxicologia de Barcelona des dels anys 50 fins la seva jubilació l'any 1980, i que va ser Acadèmic corresponent d'aquesta corporació, em va proposar entrar com alumne intern a la Càtedra de Medicina Legal, que en aquell temps dirigia, des de feia poc, el Professor Jacint Corbella, a qui jo havia conegut uns anys abans, sent estudiant, l'abril de 1971 precisament en aquest edifici de la Reial

Acadèmia, amb motiu de la celebració de les Primeres Jornades Toxicològiques Espanyoles.

L'any 1974 va començar la meva vinculació a la Medicina Legal que està pròxima a complir els quaranta anys i que ha passat per gairebé totes les categories possibles: alumne intern, professor Ajudant de classes pràctiques, professor Adjunt contractat, Professor Adjunt Numerari, Professor Titular i Catedràtic. La coincidència els primers anys amb els Professors Jacint Corbella, Juan Bautista Martí Lloret, Manuel Rodríguez Pazos, Aleix Bertran i Francesc Casanovas va ser decisiva en la meva formació postgraduada, doncs tots ells em van donar savis i experts consells i de tots ells vaig intentar aprendre el màxim possible. Encara recordo la il·lusió amb que vaig encarar la primera tasca que, com alumne intern, em va assignar el Professor Rodríguez Pazos, que consistia en obtenir una secció transversal d'una diàfisi femoral el més prima possible, de forma que deixés passar la llum a través, amb la finalitat d'estudiar amb microscòpia electrònica l'estructura dels conductes de Havers. Em va costar uns quants dies obtenir les mostres adients disminuint el seu gruix sense més tecnologia que l'ús del paper de vidre.

En una Càtedra que des de temps del Professor Sales Vàzquez, que la va ocupar el 1950, es deia Medicina Legal i Toxicologia, les meves preferències inicials s'orientaven cap a la Toxicologia, però va ser el Ministeri de Justícia qui va capgirar la situació, convocant el 16 de juny de 1977, el dia següent de les primeres eleccions democràtiques posteriors a la guerra civil, les oposicions a Metge Forense, que aleshores eren gairebé condició "sine qua non" per poder fer carrera acadèmica en el sí de la Medicina Legal. L'exercici forense durant uns anys crítics en la formació professional, científica i acadèmica, va determinar que, encara que quan es van convocar, el 1983, vaig fer les oposicions a l'Institut Nacional de Toxicologia, la Medicina Legal ja havia guanyat la partida, doncs el 1982, el Dr. Gabriel Martí Amengual i jo, vàrem aconseguir tots dos plaça en les oposicions de Professor Adjunt Numerari. Aquesta convocatòria va ser un gran èxit per a tot el grup, que encapçalava el Dr. Corbella, ajudat pels Drs. Martí Lloret i Rodríguez Pazos, doncs gairebé tots els professors érem numeraris en una època que això era bastant complicat. Aquesta època la vàrem viure paral·lelament el Dr. Gabriel Martí Amengual, alumne intern que em va precedir a la Càtedra de Medicina Legal i jo. Hem estat companys, de curs a la llicenciatura, en les oposicions

de Metge Forense i en les oposicions a Professor Adjunt, però mai hem tingut la sensació de rivalitat, probablement per dos motius: perquè seguint els consells del grup al que estàvem integrats, vàrem entendre els dos, que anar formant equip era molt més eficient que anar cadascú per la seva banda, i perquè les nostres habilitats són bastant complementàries. En els gairebé quaranta anys que portem junts la nostra relació no ha canviat i ha estat sempre d'un respecte mutu a un nivell de difícil millora.

La major part dels assistents a aquest acte saben tan bé com jo que estar a prop del Professor Jacint Corbella i no fer res profitós és una tasca impossible, els alumnes interns, com he explicat abans, ja participàvem, encara que molt secundàriament en tasques de recerca. Aquesta situació va anar canviant un cop graduats, quan ja vàrem iniciar les tasques investigadores de forma més individualitzada.

El 1975 quan feia poc que havia acabat els estudis de Medicina, vàrem iniciar, primer amb el Dr. Bertran Capella, i després amb el Dr. Rodríguez Pazos una línia de recerca per l'estudi de la paternitat biològica, en col·laboració amb els Drs. Ricardo Castillo Cofiño, Antoni Gelabert Blanes i Guadalupe Ercilla González, del anomenat aleshores Servei d'Hemoteràpia i Hemostàsia de l'Hospital Clínic i Provincial.

Al poc temps ja havíem aplicat per primera vegada a l'estat espanyol el sistema HLA a la recerca de la paternitat i encara que en aquell temps no ho podíem saber, aquests inicis ens portarien uns quants anys després (el 1991) a ser un grup avançat en l'aplicació del polimorfisme de l'ADN i a tenir el primer termociclador de la Facultat per estudiar l'ADN amb la tècnica de la reacció en cadena de la polimerasa (PCR), que Kary Mullis havia descrit uns anys abans

Per arribar a aquest punt van tenir que passar moltes coses, doncs per tenir un grup de recerca competent, cal com a mínim, personal capaç, recolzament departamental i finançament suficient. La incorporació fa més de trenta anys, el 1982, del Dr. Manel Gené i Badia, va dinamitzar el grup i durant molts anys ell i jo vàrem formar el nucli dur del laboratori, doncs el Dr. Bertran s'havia jubilat el 1980 i el Dr. Rodríguez Pazos va guanyar la càtedra de Medicina Legal de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona i

va marxar el 1986. El recolzament departamental per part del Dr. Corbella va ser sempre absolut, i va ser també el Dr. Corbella qui va aconseguir el finançament suficient per tal de desenvolupar el Laboratori de Genètica Forense, entitat que porta més de trenta anys treballant en el camp de la Genètica enfocada a la Medicina Legal, tant en els aspectes criminalístics com en els de la recerca biològica dels diferents parentius i la identificació humana.

Una legislació d'incompatibilitats sota el meu punt de vista desencertada i injusta, va retirar l'any 1983 als professors de Medicina Legal (i d'alguns altres col·lectius) de l'activitat professional oficial. Privar-nos d'aquesta activitat (fer de metge forense) va ser per nosaltres equivalent a que un professor de Medicina Interna no pogués exercir com a metge d'hospital. Com es pot estar al dia d'aspectes professionals medicolegals que s'han d'ensenyar a la Facultat si la llei prohibeix l'exercici?. Doncs ens vam tenir que espavilar per tal d'estar al dia dels aspectes que més interès tenen pels estudiants de Medicina sense caure en l'error de nodrir-nos només de les revistes científiques més prestigioses i acabar explicant als estudiants coses molt actuals però que no els interessen gens, per massa especialitzades o per massa anecdòtiques. D'altra banda la llei que va regular l'atorgament de sexennis de recerca va abocar a l'abandonament de la recerca en temes medicolegals clàssics perquè les revistes que els publicaven tenien un factor d'impacte molt baix i aquest era el paràmetre principal que utilitzava el ministeri per atorgar els trams de recerca. Això ens va obligar a endegar línies de recerca que s'allunyaven una mica de la Medicina Legal clàssica i que es podien qualificar d'intrusisme científic perquè en funció del que calia fer anàvem buscant impacte en les publicacions i això en les de Medicina Legal era impossible. Aquestes publicacions no tenien gairebé aprofitament docent, i per tant calia buscar una sortida per al menys estar al dia en aspectes que permetessin aplicar a la docència el màxim de coneixements medicolegals actualitzats.

La solució la vam trobar en el Dret Sanitari, línia que havia iniciat el doctor Corbella i que forma part des de fa bastants anys del nucli principal de l'assignatura que ensenyem als futurs metges i odontòlegs i de fet, és la part que més els interessa. Amb la col·laboració de la Dra. Margarita Luna, Professora Titular de Medicina Legal, però que a més de doctora en Medicina està llicenciada en Dret, i és per tant una persona experta en el tema, vam

dinamitzar ja fa uns quants anys una línia d'estudi i recerca en matèria de Responsabilitat Sanitària amb participació en diferents cursos de postgrau i màster, fent un seguiment continu de la situació tant legislativa com jurisprudencial. Les dades principals del discurs que faré a continuació han sortit totes d'aquests estudis i tinc que agrair a la Dra. Luna la seva dedicació, aplicació i interès en una tasca que als metges ens resulta molt feixuga perquè està una mica allunyada conceptual i funcionalment de les tasques mèdiques habituals.

Tot i que crec que el meu reconeixement es desprèn de manera natural de tot el que acabo de referir, m'agradaria fer un esment especial de la persona que més ha influït en la meva trajectòria professional i acadèmica, que no és altre que el Professor Jacint Corbella, Catedràtic de Medicina Legal i Toxicologia de la Universitat de Barcelona, càtedra que va dirigir durant més 30 anys, des de la jubilació del Prof. Sales Vàzquez fins a la seva pròpia.

Persona intel·ligent, amb molta iniciativa, energia i capacitat de treball inesgotable i una visió estratègica fora del que és normal, va heretar una càtedra amb poc personal i mitjans, bastant ancorada en temps passats i es va proposar estructurar-la, fer-la créixer i adequar-la als temps. Fa gairebé 40 anys el vaig sentir per primera vegada dibuixar la seva visió del futur de la Medicina Legal fent mostres d'una gran clarividència. Ens va dir: la Medicina Legal sempre està embarassada i quan toca ha de parir. El segle XIX ja va tenir uns quants fills, a mitjans del segle XX li va tocar néixer a la Psiquiatria i els propers parts haurien de ser la Toxicologia, la Medicina del Treball i el Dret Sanitari. Quan ho va dir semblava una mica agosarat, però la realitat actual no pot ser més semblant al pronòstic. La Toxicologia és àrea de coneixement des de 1990 i tant la Medicina del Treball com el Dret Sanitari han tingut un creixement exponencial difícil de preveure en aquells moments.

Va començar amb una Càtedra a la Facultat de Medicina amb unes 5 o 6 persones comptant el bidell i la secretària administrativa. En jubilar-se, va deixar: dues càtedres a la Facultat de Medicina, una de Medicina Legal i un altra de Toxicologia, una unitat docent a l'Hospital de Bellvitge, una càtedra de Toxicologia a la Facultat de Farmàcia, un altra càtedra de Toxicologia a la Universitat Rovira i Virgili i una unitat docent a la Facultat de Medicina de Lleida. Dels 3 o 4 docents s'ha passat a un nombre proper a 30.

El Dr. Corbella, amb el seu tarannà irònic, però respectuós i sobre tot molt democràtic va crear a la Càtedra de Medicina Legal i Toxicologia un espai de llibertat, convivència i tolerància en un moment en que la societat era tot el contrari. Una dada objectiva d'això que encara recordo, és que quan vaig anar a signar el primer contracte de professor Ajudant de classes pràctiques, calia signar a més del contracte, un document annex en el que el signatari reconeixia ser "*persona adicta a los principios fundamentales del Movimiento Nacional*". En aquest context tutejar al Cap semblava una heretgia i no ho feia ningú. Només ell sap les vegades que ens va renyar tant al Dr. Martí Amengual com a mi per tractar-lo de vostè. Ens va costar una mica, però naturalment va guanyar ell i érem l'enveja dels nostres companys d'altres universitats quan veien que uns marrecs de vint-i-pocs anys parlaven de tu al Prof. Corbella.

En gairebé 40 anys de relació he estat alumne, deixeble, col·laborador i company. L'agraïment pel seu suport i confiança, que han estat constants, tinc que fer-lo extensiu en el dia d'avui al fet que hagi estat l'impulsor de la meva candidatura.

També van tenir una influència rellevant tant el Dr. Juan Bautista Martí Lloret com el Dr. Manuel Rodríguez Pazos.

El Dr. Martí Lloret va agafar la responsabilitat de tutelar-nos, tant al Dr. Martí Amengual com a mi, en molts aspectes formatius importants quan el Dr. Corbella va accedir al Deganat en un moment de massificació estudiantil, en el que el govern de la facultat era realment difícil, gens tranquil, un moment en que el Dr. Corbella tenia prou feina amb les tasques de govern de la facultat, doncs els ànims s'alteraven amb facilitat. Recordo molt bé com enmig d'un d'aquests episodis d'alteració dels ànims, vàrem haver de canviar el pany de la porta repetidament perquè, a més d'embrutar les parets properes a la porta amb pintades, ens feien malbé el pany amb silicona.

El bon record que va deixar entre nosaltres el Dr. Juan Bautista Martí Lloret quan va marxar a Alacant el 1981, el vàrem reviure l'any 2004 quan va llegir el seu discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana amb el títol *Información y consentimiento*. El títol del meu discurs

és semblant, però el temps transcorregut i un enfocament diferent determinen que els continguts d'ambdós discursos, encara que amb semblança en el títol, tinguin poc en comú.

Al Dr. Manuel Rodríguez Pazos, entre altres coses menys anecdòtiques li agrairé sempre el que em fes perdre la por a anar a classe per sorpresa. Mitja hora abans trucava des del Jutjat (quan els metges forenses podien ser professors) i ens deia que el judici es retardava i algú de nosaltres havia d'anar a classe sí o sí. Les quatre hores que la normativa d'oposicions a professorat universitari determinava per tal de preparar la classe eren vuit vegades més que les que ens donava el Dr. Rodríguez Pazos. Per tant després d'aquestes emboscades, que ens feia a tots, podíem anar a oposicions tranquils.

Per acabar aquesta introducció, voldria dirigir unes paraules d'agraïment a tots els companys de Medicina Legal i de Toxicologia, i als de la resta del Departament de Salut Pública, doncs encara que ubicats actualment de forma físicament molt dispersa, formem part d'un projecte comú i compartit. Sempre que he necessitat o demanat algun tipus d'ajut o col·laboració no han dubtat el més mínim en ajudar-me i la resposta ha estat immillorable. Gràcies a tots.

Passaré a continuació, amb el permís de les senyores i senyors acadèmics a llegir el discurs d'ingrés.

LA GESTIÓ DE LA INFORMACIÓ I EL CONSENTIMENT EN L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

1. INFORMACIÓ

Informar és posar a algú al corrent d'alguna cosa. En relació a l'exercici de la Medicina el significat del mot informació més proper, és de plena aplicació en els dos sentits en els que la informació circula en l'acte mèdic. Aquesta va del pacient al metge o del metge al pacient segons les diferents fases del procés que constitueix l'estructura bàsica de l'atenció mèdica: explorar, diagnosticar, pronosticar, tractar i prevenir. Atesa la diferència estructural entre les diferents situacions, el sentit del flux d'informació és molt diferent en funció de la fase del procés assistencial que analitzem.

En la fase d'anamnesi, el metge obté la informació proporcionada pel propi pacient durant una entrevista, per tal d'iniciar la història clínica. Aquesta fase reuneix dades subjectives (bàsicament símptomes), antecedents personals i familiars i altres informacions que el metge pot considerar més o menys rellevants pel procés d'assistència mèdica que s'engega en aquest moment.

Com és lògic i sap tothom, des de fa mil·lennis, el metge no sol tenir prou amb el que el pacient relata i li cal obtenir informació menys subjectiva amb l'exploració física i les proves complementàries que puguin aportar informació rellevant.

En aquesta primera fase, en l'anamnesi, la informació brolla bàsicament del pacient cap al metge (és pràcticament unidireccional). És el pacient per tant qui té la paella pel mànec i pot dir el que vulgui. Encara que en principi el metge ha d'aplicar la presumpció de veracitat, també ha de tenir en compte les

circumstàncies de l'assistència per tal d'intuir o detectar si el pacient té altres objectius a més de la guarició de la malaltia.

En el cas de l'exploració el pacient també té la decisió de permetre o no les actuacions que el metge li proposi, però per tal de decidir si li convé sotmetre's a les mateixes, ja ha de rebre alguna informació en relació als objectius de l'exploració i els riscos que la prova pugui determinar. En aquesta fase la informació, encara que asimètrica, és bidireccional.

En les fases diagnòstica i pronòstica la situació s'inverteix i és el metge qui té el gruix de la informació. En funció del diagnòstic i pronòstic, ha de vigilar com la tramet al pacient, doncs ha de valorar vàries circumstàncies, la primera de totes respectar fins a on el pacient vol saber.

En la fase de tractament, ja sigui mèdic o quirúrgic, el pacient ha de rebre informació en base a les alternatives de tractament, què es farà en cadascuna, els resultats que s'esperen i els possibles riscos, per tal de triar, si s'escau, el tractament que prefereixi seguir.

En la fase de prevenció també és el metge qui més informació subministra al pacient, amb l'objectiu d'evitar recaigudes, millorar l'evolució o impedir l'aparició de malalties.

Com podem deduir fàcilment, el metge es troba en l'exercici de la Medicina davant de la gestió de tres aspectes diferents però més o menys relacionats entre sí: la informació (posar a algú al corrent d'alguna cosa), el consentiment (acord deliberat, conscient i lliure de la voluntat respecte a un acte extern, propi o estrany) i la correcta custòdia d'aquesta informació, destriant molt bé la informació sensible i que cal protegir, de la que no ho és.

El malalt bàsicament facilita al metge la informació que aquest li demana amb l'objectiu clar de guarir la seva malaltia facilitant els objectius del metge, que van en la mateixa direcció: diagnosticar de la forma més precisa la malaltia i tractar-lo si cal, de la forma més adient.

Tanmateix quan el metge facilita informació al malalt pot ser amb dos objectius molt diferents:

- un purament informatiu il·lustrant al pacient de que és el que pateix i quina serà l'evolució previsible, per tal que prengui les decisions oportunes en la gestió de la seva vida quotidiana i de futur proper o llunyà, que no tenen perquè tenir una relació molt directa amb el procés assistencial, i

-un altre objectiu que si que té una relació directíssima amb el procés perquè és precisament la necessitat d'informar adequadament al pacient sobre les alternatives diagnòstiques o terapèutiques per tal que aquest prengui la decisió que més li convingui en aplicació del principi d'autonomia.

És un fet conegut per tothom que l'assistència mèdica ha anat canviant al llarg dels segles en paral·lel als nous coneixements que s'han anat adquirint en el transcurs del temps. Però, com passa en tants altres camps, hi ha aspectes que són molt canviants i altres que ho són menys. La informació i el consentiment són dos aspectes substancials de l'assistència sanitària des de l'inici de la pràctica mèdica i encara que, menys que els aspectes més tècnics de la Medicina, també han evolucionat de forma que, el seu tractament actual, té poc a veure amb el de temps relativament recents.

Com ja resten una mica llunyans els temps en els que la conducta humana es regia pel temor al càstig diví, la veracitat no és una característica constant en la comunicació entre humans i en ocasions, que avui dia són significativament rellevants, ha estat superada pel materialisme i altres aspectes que tendeixen a prioritzar el benefici propi per sobre de qualsevol altre aspecte. Aquestes circumstàncies ens porten a la situació actual: en cas de discrepància o litigi no es pot confiar en la paraula de ningú (ni la del metge ni la del pacient) perquè resulta difícil saber si només menteix una de les parts o menteixen les dues alhora, doncs si les dues diguessin la veritat només hi hauria una versió o dues molts semblants i aleshores no hi hauria litigi o el cos d'aquest seria menor.

Sembla que en temps antics això no era exactament així perquè el temor als deus minorava la capacitat fabuladora dels individus. Traslladat això a la pràctica mèdica ens trobem el que tots sabem, que entre l'amistat íntima i l'enemistat irreductible només hi ha un pas, i aquest pas acostuma a tenir relació directa amb que el pacient aconsegueixi el resultat esperat o que, pel contrari, cregui que ha estat una víctima de l'assistència si no ho aconsegueix.

Afortunadament això no passa més que en una infinitesimal proporció de casos, però un dels principals problemes de les presumptes situacions de malpraxi, que també té la seva part d'informació o desinformació, és el ressò que troben en els mitjans de comunicació malgrat l'absència de base real i la manca de confirmació per l'autoritat judicial. Com veiem segons el tracte que es doni a la informació les coses poden anar de manera molt diferent.

Les situacions de conflicte entre pacients i personal sanitari no són noves i es remunten a molts segles enrere. De fet van ser un dels motius que van propiciar la necessitat dels Col·legis de Metges que es van crear al segle XIX, entre altres coses per tal de defensar-se millor de les demandes dels pacients insatisfets. Poc a poc les demandes es van anar judicialitzant i augmentant en nombre fins que, a finals del segle passat, la situació va arribar a la estabilització de forma que, el nombre de demandes va parar de créixer exponencialment i actualment té tendència a créixer menys que el nombre d'assistències, la qual cosa determina que si bé en nombre absolut pot haver anys amb un lleuger creixement, en termes relatius les demandes tenen tendència a baixar.

La situació actual és estructuralment semblant a la clàssica: a partir d'un resultat no satisfactori pel pacient, aquest postula ràpidament, (per no dir instantàniament) la hipòtesi de la mala assistència. Les variacions respecte a èpoques pretèrites rauen fonamentalment en l'extensa regulació jurídica que la societat actual té de pràcticament tot. En aquest context, ni la gestió de la informació ni la del consentiment, ni la de la custòdia, escapen a aquestes innumerables regulacions.

Els principis bàsics de l'Ètica Mèdica són els que han anat configurant la gestió de la informació i el consentiment per part del malalt, i com succeeix a la majoria de regulacions la determinació dels principis ètics, va ser prèvia a la regulació normativa de la gestió de la informació i el consentiment.

Hi ha valors o principis ètics que tenen una acceptació universal (o quasi) com poden ser el respecte a la vida, la igualtat, la llibertat, la dignitat, la integritat, etc., i que de fet, han estat la base de moltes legislacions bàsiques de la majoria de països avançats. La Constitució espanyola de 1978, que és un bon exemple de la protecció dels drets individuals de la persona, recull com a

drets, a més dels principis ètics citats, la intimitat, l'honor, el secret de les comunicacions, l'educació entre molts altres i planteja un estat intervencionista en la protecció de determinats béns com l'habitatge, la salut, el treball o l'accés a la cultura. Així per exemple l'article 42 parla de l'accés universal a la Sanitat Pública.

D'aquest nucli legislatiu bàsic, es deriven totes les normatives que actualment afecten a la informació i al consentiment, de les que parlaré més endavant perquè primer cal anar al principi i veure quin és l'escenari que ha propiciat la situació actual.

De l'aforisme atribuït a Hipòcrates "primum non nocere" es deriva el primer principi de l'ètica mèdica: el primer és no fer mal o principi de no maleficència i que no és altra cosa que una crida a la prudència per tal de fer el contrari, no fer-li mal sinó fer-li bé, la qual cosa ens determina el principi de beneficència.

Posteriorment es va afegir un altre principi anomenat d'autonomia, que expressa el respecte a la capacitat de decisió del pacient i té en compte les seves decisions en qüestions de salut relatives a la seva persona. Aquest principi deriva de la llibertat personal de tot ésser humà i no és nou, va ser descrit per primer cop pel filòsof cristià del segle VI, Boeci, de nom complet en llatí Anicius Manlius Severinus Boethius i que va tenir una gran repercussió en l'Edat mitjana. Va definir per primer cop la persona com subjecte independent del grup social atès que fins aleshores no es concebia la possibilitat que una persona actués amb expectatives diferents a les de la família o grup social al que pertanyia.

Aquest principi exigeix el respecte a la capacitat de decisió de les persones, i el dret a que es respecti la seva voluntat, en aquelles qüestions que es refereixin a elles mateixes.

La publicació de l'Informe Belmont, el 18 d'abril de 1979, que va prendre el nom del Centre de Conferències Belmont, a on es va gestar, i que és una declaració patrocinada pel departament de Salut, Educació i Benestar dels Estats Units, titulat "Principis ètics i pautes per a la protecció dels éssers humans en la investigació". Aquest document ha esdevingut un referent històric en el camp de l'ètica mèdica, de forma que va ser determinant per tal

que la comunitat científica internacional acceptés com principis fonamentals de l'ètica mèdica els de beneficència, no-maleficència, autonomia i justícia.

Però encara que aquests principis són acceptats de forma majoritària, no estan exempts de detractors. La pràctica de la medicina tradicionalment s'ha ocupat de la recerca del benestar de la persona malalta i s'ha guiat majoritàriament per la prudència que aconsella la màxima hipocràtica de "primum non nocere", però com aquesta aplicació tot i ser majoritària no ha estat única, els perjudicis derivats per actuacions que no respectaven prou la integritat física del pacient va determinar la necessitat i el creixement dels estudis ètics al respecte, que com gairebé sempre, acabaren en legislacions més o menys repressives dels comportaments allunyats de la norma establerta.

Això no va succeir fins la segona meitat del segle XX i l'objectiu més clar era la necessitat de protegir els pacients de l'afany experimentador d'alguns científics. Des del 1945, distintes organitzacions han elaborat codis de conducta reguladors de les pautes apropiades per a l'experimentació humana en la investigació mèdica. Els més coneguts són el Codi de Nuremberg de 1947, la Declaració de Hèlsinki de 1964 (revisada vàries vegades), i les Regulacions Federals de 1974, publicades pel Departament de Sanitat i Educació dels Estats Units.

La consagració del principi d'autonomia, no ha satisfet a tothom i malgrat que l'acceptació és bastant general, té clars detractors que argumenten amb vàries raons en contra. Esgrimeixen, per exemple:

- que el fet que el pacient tingui tant protagonisme determina que prengui decisions errònies perquè els pacients no són capaços d'entendre i integrar la informació sobre la malaltia que pateixen,

- que si s'accepta el principi d'autonomia de forma absoluta i el pacient té sempre l'última paraula el que succeeix en realitat és que els professionals declinen les seves responsabilitats quan permeten que sigui el pacient qui prengui la decisió i limiten el paper del metge a informar sobre qüestions tècniques difícils de comprendre,

- que si la protecció dels pacients és total i absoluta, impedirà la introducció de nous sistemes diagnòstics i terapèutics, incloent els medicaments, al dificultar excessivament la investigació.

L'aplicació del principi d'autonomia és el paradigma de la gestió de la informació en l'acte mèdic entre el metge i el pacient. Partint del supòsit (que tots sabem que és fals i que utilitzo només a efectes de simplificar el raonament) que el metge sempre s'expliqui bé i clarament, calen quatre aptituds o condicions intel·lectuals per part del pacient per tal que el podem considerar autònom:

- capacitat de comprendre la informació rellevant
- capacitat per comprendre las conseqüències de cada decisió
- capacitat per raonar a partir de la informació que se li transmet i de la seva escala de valors
- capacitat per comunicar la decisió que hagi pres

Tot això requereix a més que el pacient actuï en un àmbit de llibertat, és a dir que no pateixi cap tipus de amenaça o coacció.

És obvi que no tot és tan fàcil i existeixen grups de pacients en els que o bé és més difícil o bé no és possible aplicar directament el principi d'autonomia, com és el cas de molts malalts psiquiàtrics, nadons, nens petits, oligofrènics profunds, pacients en coma o pacients amb demència.

En els casos de malalts psicòtics en brot, nou nats i oligofrènics profunds la gestió de la informació passa als familiars o a qui tingui la representació legal, però si es tracta d'un coma o una demència cal tenir en compte que el pacient pot haver previst la situació i haver determinat la seva voluntat amb anterioritat abans de deixar-ho tot en mans dels familiars o representants legals. En el cas dels nens atès que les habilitats necessàries per tal d'exercir l'autonomia van apareixent de forma gradual, s'ha de valorar la maduresa intel·lectual que depèn bàsicament de l'edat, la seva habilitat cognitiva i la capacitat de gestió emocional de la situació.

L'aplicació dels principis ètics bàsics gairebé obliga a tractar als pacients de forma personalitzada procurant atendre les seves preferències o desigs sempre

que no es produeixi un conflicte entre principis, situació que pot ser més habitual del que sembla doncs el pacient en determinades situacions pot triar una situació que li perjudica clarament i de forma greu i vol obligar al metge a saltar-se el principi de no-maleficència o bé pot vulnerar el principi de justícia o equitat quan reclama una situació favorable per ell però que o és il·legal, o perjudica a altres pacients amb necessitats iguals o més prioritàries.

Només tindrem garanties que el pacient està triant el millor per ell quan se li transmet una informació veraç, en llenguatge comprensible, ajustada al seu cas i sense produir-li impacte emocional que li dificulti la presa de decisions.

2. LEGISLACIONS i NORMATIVES

Però ens podem preguntar, com s'han plasmat els principis ètics a les lleis?
La resposta no és senzilla i el nombre de regulacions és variat doncs diversos cossos legals o normatius recullen aspectes relacionats amb la gestió de la informació en l'àmbit sanitari: codi penal, codi civil, lleis orgàniques, lleis ordinàries, normes ètiques, reglaments, etc.

Bàsicament tenim quatre lleis i tres codis que tracten la informació sanitària i la seva gestió d'una forma rellevant.

Per ordre cronològic d'aprovació són:

La llei General de Sanitat de 1986
El Codi Penal de 1995
La llei de Protecció de Dades de Caràcter Personal de 1999
La llei sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica de 2000
La llei bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica de 2002
El Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya de 2005
El Codi de Deontologia Mèdica del Consell General de Col·legis Oficials de Metges de 2011

Llei General de Sanitat

La primera gran llei que va ocupar-se del tema de la informació amb una visió moderna va ser la llei General de Sanitat, coneguda tècnicament per llei 14/1986 de 25 d'abril i que es va publicar al B.O.E. quatre dies després, el 29 d'abril de 1986. Aquesta llei va ser l'última tasca, la que va tancar els quatre anys (1982-1986) com ministre de Sanitat i Consum del Professor Ernest

Lluch i Martín que un cop aprovada la llei, immediatament, al mes següent, es va retirar del primer pla polític per incorporar-se a la càtedra d'Història de Doctrines Econòmiques de la Universitat de Barcelona.

Aquesta llei que consta de 113 articles, alguns d'ells derogats per lleis posteriors que comentaré a continuació, entra de ple en el tema de la informació en l'article 10, dedicant els apartats 3, 4, 5 i 6, amb la següent redacció, en versió en llegua catalana tal i com la va publicar el B.O.E.:

Tothom té els següents drets respecte a les diferents administracions públiques sanitàries:

3. A la confidencialitat de tota la informació relacionada amb el seu procés i amb la seva estada en institucions sanitàries públiques i privades que col·laborin amb el sistema públic.

4. A ser advertit sobre si els procediments de pronòstic, diagnòstic i terapèutics que se li apliquin poden ser utilitzats en funció d'un projecte docent o de recerca, que en cap cas pot comportar perill addicional per a la seva salut. En tot cas és imprescindible la prèvia autorització i per escrit del pacient i l'acceptació per part del metge i de la direcció del corresponent centre sanitari.

5. A rebre en termes comprensibles, per a ell i els seus familiars o cercles pròxims, informació completa i continuada, verbal i escrita, sobre el seu procés, incloent-hi el diagnòstic, pronòstic i alternatives de tractament.

6. A la lliure elecció entre les opcions que li presenti el responsable mèdic del seu cas, amb consentiment escrit previ de l'usuari per a la realització de qualsevol intervenció, excepte en els casos següents:

a) Quan la no-intervenció suposi un risc per a la salut pública.

b) Quan no estigui capacitat per prendre decisions, cas en que el dret correspon als familiars o persones pròximes.

c) Quan la urgència no permeti demores perquè es podrien ocasionar lesions irreversibles o hi ha perill de mort.

Com podem veure fa gairebé 27 anys la Llei General de Sanitat ja determinava clarament:

- la confidencialitat de tota la informació relacionada amb l'assistència sanitària
- l'obligació d'informar al pacient que podia formar part d'un projecte docent o de recerca
- la necessitat d'obtenir l'autorització per escrit del pacient per tal de poder incloure'l en el projecte
- el dret a rebre informació completa i continuada, verbal i escrita sobre el seu procés que inclou el diagnòstic, pronòstic i alternatives de tractament
- la lliure elecció de les diferents alternatives terapèutiques
- l'obligació d'obtenir el consentiment escrit del pacient abans de qualsevol intervenció, excepte quan perilli la vida del pacient, aquest no tingui capacitat o bé hi hagi perill per a la salut pública

Aquesta llei va posar els fonaments del binomi informació-consentiment, que es basa en que, ningú pot decidir correcta i lliurement sobre un tema concret, si no té informació suficient i per tal que ningú la prengués a la lleugera l'article 35 preveia i classificava les infraccions i l'article 36 relacionava les sancions, que anaven de les 500.000 als 100.000.000 de pessetes, que s'actualitzarien tenint en compte la variació dels índexs de preus per al consum.

En el seu article 2 apartat 2, la llei facultava les comunitats autònomes a desenvolupar la normativa adient pel bon funcionament de la mateixa, dictant normes de desplegament i complementàries d'aquesta Llei en l'exercici de les competències que els atribueixen els corresponents estatuts d'autonomia.

Com passa sempre amb les grans lleis d'àmbit molt general, com la llei General de Sanitat, plasmen principis generals més que normes amb detall de procediment, que és el terreny de lleis de menor rang o de reglaments que desenvolupen els protocols a seguir per tal d'acomplir la llei en esperit i en lletra. La manca de concreció en alguns aspectes de la llei General de Sanitat és el que va permetre l'aparició de les dues lleis ja esmentades que regulen de forma molt més precisa el tema del consentiment.

Llei sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica

La Comunitat Autònoma de Catalunya, 14 anys i mig després de l'aprovació de la Llei General de Sanitat, va aprovar la Llei 21/2000 de 29 de desembre, (DOGC 3303, de l'11 de gener de 2001), Llei sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Gairebé 10 anys després es va modificar l'article 12 amb l'aprovació de la Llei 16/2010, del 3 de juny, (DOGC 5647, de 10 de juny de 2010), de modificació de la Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Aquesta llei només és d'aplicació al territori que administra la Generalitat de Catalunya.

Aquesta Llei fixa en el seu primer article dos objectius:

a) Determinar el dret del pacient a la informació concernent a la pròpia salut i a la seva autonomia de decisió.

b) Regular la història clínica dels pacients dels serveis sanitaris.

El segon article ja va directe a la formulació i abast del dret a la informació assistencial i consagra el dret a conèixer tota la informació obtinguda sobre la pròpia salut i també la voluntat d'una persona de no ésser informada, que ha de ser respectada.

També determina que la informació ha de formar part de totes les actuacions assistencials, ha d'ésser verídica, i s'ha de donar de manera comprensible i adequada a les necessitats i els requeriments del pacient, per a ajudar-lo a prendre decisions d'una manera autònoma, tasca que correspon al metge responsable del pacient, que és qui ha de garantir el compliment del dret a la informació i estén la responsabilitat en el procés d'informació els professionals assistencials que l'atenen o li apliquen una tècnica o un procediment concrets.

L'article 3 determina que el titular del dret a la informació és el pacient. S'ha d'informar les persones vinculades al pacient en la mesura que aquest ho permet expressament o tàcitament i en cas d'incapacitat del pacient, aquest ha d'ésser informat en funció del seu grau de comprensió, sens perjudici d'haver d'informar també qui en té la representació.

Si el pacient, a criteri del metge responsable de l'assistència, no és competent per entendre la informació, perquè es troba en un estat físic o psíquic que no li permet fer-se càrrec de la seva situació, se n'ha d'informar també els familiars o les persones que hi estan vinculades.

L'article 6 parla de consentiment informat i determina que en qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada hi hagi donat el seu consentiment específic i lliure i n'hagi estat informada prèviament.

Aquest consentiment s'ha de fer per escrit en els casos d'intervencions quirúrgiques, procediments diagnòstics invasius i, en general, quan es duen a terme procediments que comporten riscos i inconvenients notoris i previsibles, susceptibles de repercutir en la salut del pacient.

El document de consentiment ha d'ésser específic per a cada supòsit, sens perjudici que s'hi puguin adjuntar fulls i altres mitjans informatius de caràcter general. Aquest document ha de contenir informació suficient sobre el procediment de què es tracta i sobre els seus riscos i en qualsevol moment la persona afectada pot revocar lliurement el seu consentiment.

També regula en l'article 7 les excepcions a la necessitat de consentiment i l'atorgament del consentiment per substitució, però de fet acaba reproduint en el cas de les excepcions el que disposava la Llei General de Sanitat de 1986, en el sentit que no cal obtenir el consentiment quan hi ha risc per a la salut pública, o bé quan en una situació de risc immediat greu per a la integritat física o psíquica del malalt no és possible aconseguir l'autorització d'aquest o dels seus familiars o de les persones que hi estan vinculades, podent-se en aquests supòsits, dur a terme les intervencions indispensables des del punt de vista clínic a favor de la salut de la persona afectada.

El consentiment per substitució caldrà:

- quan el malalt, a criteri del metge responsable de l'assistència, no és competent per a prendre decisions, perquè es troba en un estat físic o psíquic que no li permet fer-se càrrec de la seva situació. En aquest cas el consentiment s'ha d'obtenir dels familiars d'aquest o de les persones que hi estan vinculades.

- en els casos d'incapacitat legal

- en els casos de persones internades per trastorns psíquics

- en el cas de menors, si aquests no són competents, ni intel·lectualment ni emocionalment, per a comprendre l'abast de la intervenció sobre la pròpia salut, el consentiment l'ha de donar el representant del menor, havent escoltat, en tot cas, la seva opinió si és major de dotze anys. En la resta de casos, i especialment en casos de menors emancipats i adolescents de més de setze anys, el menor ha de donar personalment el seu consentiment, excepte en els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs, d'assaigs clínics i de pràctica de tècniques de reproducció humana assistida, en els que cal atenir-se al que estableix amb caràcter general la legislació civil sobre majoria d'edat, i, si escau, la normativa específica que hi sigui aplicable.

En els casos de substitució de la voluntat de l'afectat, la decisió ha d'ésser la més objectiva i proporcional possible a favor del malalt i de respecte a la seva dignitat personal. Així mateix, el malalt ha d'intervenir tant com sigui possible en la presa de decisions.

L'article 8 regula les disposicions que el pacient havia previst en cas d'incapacitat amb el nom de document de voluntats anticipades, que és el document, adreçat al metge responsable, en el qual una persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, expressa les instruccions a tenir en compte quan es trobi en una situació en què les circumstàncies que concorrin no li permetin d'expressar personalment la seva voluntat. En aquest document, la persona pot també designar un representant, que és

l'interlocutor vàlid i necessari amb el metge o l'equip sanitari, perquè la substitueixi en el cas que no pugui expressar la seva voluntat per ella mateixa.

Per tal que hi hagi constància fefaent que aquest document ha estat atorgat en les condicions adients, la declaració de voluntats anticipades s'ha de formalitzar mitjançant un dels procediments següents:

- Davant de notari. En aquest supòsit, no cal la presència de testimonis.

- Davant de tres testimonis majors d'edat i amb plena capacitat d'obrar, dels quals dos, com a mínim, no han de tenir relació de parentiu fins al segon grau ni estar vinculats per relació patrimonial amb l'atorgant.

Per altra banda, no es poden tenir en compte voluntats anticipades que incorporin previsions contràries a l'ordenament jurídic o a la bona pràctica clínica, o que no es corresponguin exactament amb el supòsit de fet que el subjecte ha previst a l'hora d'emetre-les. En aquests casos, s'ha de fer l'anotació raonada pertinent a la història clínica del pacient.

Si hi ha voluntats anticipades, la persona que les ha atorgades, els seus familiars o el seu representant han de lliurar el document que les conté al centre sanitari en què la persona és atesa. Aquest document de voluntats anticipades s'ha d'incorporar a la història clínica del pacient. La modificació de la llei 21/2000 per la llei 16/2010 en relació a la conservació de la història clínica, determina que la història clínica es pot destruir al cap de cinc anys, però s'han de conservar, juntament amb les dades d'identificació de cada pacient, com a mínim durant quinze anys des de la data d'alta de cada procés assistencial, un total de 7 documents. Els fulls de consentiment informat figuren en primer lloc a la llista.

Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Gairebé dos anys després s'aprova 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*, publicada al B.O.E el 15 de novembre de 2002, i, aquesta vegada, d'abast administratiu a tot l'estat espanyol. Era una llei que legislava varis aspectes prèviament regulats per la llei catalana, la 21/2000.

A l'entrada en vigor d'aquesta llei, paradoxalment, no va produir-se cap conflicte de competències, tan de moda a l'època (tothom recorda el cas de l'Estatut, que és molt posterior, però els conflictes continuats entre el govern central i els autonòmics que han acabat al Tribunal Constitucional són molt nombrosos, independentment del color polític dels governs i es compten per centenars cada any).

Aquesta circumstància s'explica perquè es donava en aquell moment un context polític del qual tots recordarem, si més no, la vessant anecdòtica. doncs no cal fer gaire memòria per recordar que el president del govern espanyol va manifestar públicament que estimava la llengua catalana i la parlava a la intimitat.

Aquesta era l'anècdota que amagava la necessitat política del govern espanyol de recolzament parlamentari. Els vots catalans eren necessaris per tal de tirar endavant la legislatura 1996-2000 i, per tant, com no estava la cosa per conflictes de competències o recursos d'inconstitucionalitat que poguessin irritar al govern català, el govern espanyol va permetre l'entrada en vigor de la llei 21/2000 sense provocar cap conflicte, ja que, malgrat que la segona legislatura havia començat amb majoria absoluta, les relacions encara no s'havien espatllat.

A l'entrada en vigor de la llei 41/2002, l'escenari polític havia canviat completament i el partit en el govern disposava d'una còmoda majoria absoluta. En compte d'endegar una estratègia de confrontació passant per sobre de la llei catalana, per un cop, sense precedent, la llei 41/2002, va optar

per seguir la línia marcada per la llei catalana i o bé té articles que pràcticament són traducció literal, o bé expressa els mateixos principis amb redacció diferent, de forma que les dos lleis poden conviure sense gaires problemes, si bé la llei espanyola la 41/2002 és una mica més extensa (6 capítols i 23 articles) i pròdiga en detalls. La llei catalana té també 6 capítols amb un nom equivalent el primer i pràcticament el mateix nom els cinc següents: disposicions directives o *principios generales*, dret a la informació, dret a la intimitat, respecte al principi d'autonomia, història clínica i documentació clínica, però només té 14 articles.

Tant pel que fa als principis de la llei, com al tractament del dret a la informació, al respecte a l'autonomia, o en la determinació de les condicions de la informació i consentiment per escrit., o bé s'expressa de manera idèntica, o és totalment congruent amb la llei catalana.

A més recupera algun redactat de la llei General de Sanitat i anomena "*Instrucciones previas*" al que la llei catalana anomena voluntats anticipades.

Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya

El Codi de Deontologia va ser aprovat en l'Assemblea de Metges de Catalunya celebrada en el Palau de la Música Catalana el 16 de juny de 1997. Posteriorment ha estat actualitzat, prèvia presentació en el I Congrés de la Professió Mèdica de Catalunya, per acord del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya de 24 de gener de 2005 i va entrar en vigor l'1 d'abril de 2005.

La referència més rellevant en relació a la informació la trobem al

Capítol III de la informació:

El metge té el deure de donar al pacient la màxima informació possible sobre el seu estat de salut, els passos diagnòstics, les exploracions complementàries i els tractaments. La informació ha d'estar donada de manera entenedora i prudent, i comprendrà també les mesures preventives per evitar el contagi i la propagació de la malaltia. També ha d'informar la persona en el cas que sigui objecte d'experimentació o docència.

Código de Ética Médica/ Guía de Ética Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

El codi d'ètica mèdica del consell general de col·legis oficials de metges tracta el tema de la informació en tres articles:

L'article 12 recull el dret del pacient a rebre informació i l'obligació del metge de respectar el dret a la informació, de forma que aquesta sigui suficient i necessària per tal que pugui prendre decisions.

L'article 13 parla dels pacients mancats total o parcialment de capacitat i determina el grau de participació del pacient i els seus representants.

En el seu article 16 defineix que l'acte d'informar no és un acte burocràtic sinó clínic i ha d'assumir-la el metge responsable del procés assistencial. També determina que la informació ha de ser verbal amb constància a la història clínica i només escrita quan hi hagi un risc significatiu pel pacient.

Mentre que el codi de deontologia del consell de col·legis de metges de Catalunya dóna unes recomanacions generals i raonables, el codi d'ètica mèdica del consell general de col·legis oficials de metges, recull resumit el que ja diuen les lleis 21/2000 i 41/ 2002.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal

La llei de protecció de dades en el seu primer article es fixa l'objectiu de garantir i protegir el tractament de les dades personals, les llibertats públiques i els drets fonamentals de les persones físiques, especialment de l'honor i intimitat personal i familiar, i en el segon determina que s'aplicarà a les dades de caràcter personal registrades en suport físic susceptibles de tractament i a tota modalitat d'ús posterior tant pel sector públic com pel privat.

Atesa la peculiaritat de les dades que afecten a la Salut, l'article vuit determina que les institucions i els centres sanitaris públics i privats i els professionals corresponents podran procedir al tractament de les dades de caràcter personal relatives a la salut de les persones, d'acord a la legislació estatal o autonòmica sobre sanitat.

L'Agencia Espanyola de Protecció de Dades és l'encarregada de vetllar pel compliment de la legislació sobre protecció de dades i controlar la seva aplicació, especialment pel que fa referència als drets d'informació, accés, rectificació, oposició i cancel·lació de dades, i en relació amb els afectats, atendre les seves peticions i reclamacions, que en molts casos tenen relació amb temes sanitaris.

Codi penal

La revelació de secrets és un delicte tipificat en l'art. 199 del Codi Penal de 1995, entre els delictes contra la intimitat, amb el títol *"Del descubrimiento y revelación de secretos"*.

Art. 199.

1. El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.

2. El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.

Aquest precepte conté dos tipus delictius diferents. L'apartat primer tipifica la revelació de secrets aliens duta a terme per una persona relacionada laboralment o de forma similar amb el titular del secret.

De forma diferent l'apartat 2 castiga la revelació de secrets per part de professionals especialment obligats al sigil o reserva.

En el cas del metge l'apartat 2 castiga la revelació de secret professional.

3. SENTÈNCIES

Potser la millor font per tal de deduir quin tracte jurídic reben els conflictes entre metges i pacients, són les sentències que per casos de presumpta malpraxis es ventilen a totes les instàncies judicials, però bàsicament a les jurisdiccions penal, civil i contenciosa administrativa.

L'experiència de gairebé vint-i-set anys d'aplicació de la llei General de Sanitat, més de dotze de la llei 21/2000 i més de deu de la 42/2002, mostra ja un nombre de sentències significatiu per tal que sabem quin és l'escenari en el que es mouen la informació i el consentiment.

Si comencem pel principi (abans del 1986) la informació i el consentiment es donaven per suposats en la immensa majoria de casos i la presumpció sempre anava a favor de que tot s'havia fet correctament. Únicament en els casos d'errada flagrant: amputar el membre contra-lateral, administrar un fàrmac no indicat, etc., es podia arribar a la conclusió que el pacient no estava ben informat de la situació real i el metge no havia actuat correctament. (En condicions normals ningú es deixa amputar una extremitat que està bé, ni es pren un fàrmac que sap positivament que li farà mal). Per altra banda la medicina aplicava per norma el principi de beneficència i el metge proposava i el pacient obeïa. El metge a més havia de proposar amb fermesa perquè qualsevol dubte aniria ràpidament aparellat amb una pèrdua de confiança en la seva capacitat professional.

L'entrada en vigor de la llei General de Sanitat el 1986 va canviar radicalment l'escenari jurídic, doncs l'escenari mèdic ja estava bastant evolucionat i la major part dels metges ja actuaven amb respecte als principis ètics que inspiraven la llei.

El problema va ser, que com la majoria dels metges creien que estaven actuant bé, i llegir-se el B.O.E., que és a on es publiquen les lleis, sempre ha estat l'aliment espiritual dels funcionaris però no dels metges, encara que alguns administrativament ho siguin, va costar una mica agafar la rutina del

consentiment escrit que la llei General de Sanitat establia clarament en determinats supòsits. Això va obrir la veda per a la caça dels metges que tenien al·lèrgia als papers de connotacions jurídiques.

Els jutges ho van tenir fàcil per tal d'apreciar infracció clara de la llei quan el full de consentiment no apareixia, però fins i tot quan aquest hi era podia haver problemes seriosos de forma i fons.

Durant la primera època de la transició del principi de beneficència al principi d'autonomia, es van produir situacions curioses. Com la llei General de Sanitat no era el paradigma del detall, només quedava clar que en cas d'intervenció (la llei no precisa si és diagnòstica o terapèutica, ni si és mèdica o quirúrgica) tothom va suposar que es tractava d'intervencions quirúrgiques i ben aviat es va veure que no només les intervencions quirúrgiques tenen risc per a la integritat física i la salut i molts casos arribaven al jutjat sense cap mena de consentiment escrit, malgrat el risc conegut que la seva aplicació produïa.

En relació a la forma, el consentiment informat que demanava la llei no era només la signatura d'un document que el pacient prèsbita (que no podia llegir sense ulleres) feia estirat a la llitera amb rodes, vint segons abans d'entrar al quiròfan. El document de consentiment escrit i signat pel pacient no és el procés en sí mateix, sinó que és el final d'un procés que comença amb la informació, segueix amb la digestió, maduració, aclariments i acceptació de la informació rebuda i per fi la signatura del document. És evident que aquest procés requereix el seu temps per pensar, més de vint segons evidentment, i també temps per poder penedir-se de la decisió, la qual cosa no és molt raonable es pugui fer en un espai de temps molt curt. Encara que la llei ni ho deia, ni ho diu avui dia, és molt convenient que la data que determina el document de consentiment que ha finalitzat el procés i la data de l'assistència no siguin idèntiques.

En relació als continguts, el que la llei pretenia era que el pacient conegués els riscos diagnòstics i terapèutics i les alternatives de tractament que se li podien oferir.

La majoria dels documents de consentiment s'ajustaven al que la llei deia però en casos afortunadament minoritaris, la lectura del document feia esfereir al més tranquil i donava pistes infal·libles sobre la gestació i gestió del document.

En més d'una ocasió perits qualificats, que actuaven en judici davant de casos de presumpta malpraxi, irritats davant de la insistència de la perfecció del document, per la part que estava interessada que així fos, a la pregunta que els feien sobre si havien constatat l'existència del document a l'historial clínic, responien d'una forma provocadora però efectiva, que no solament l'havien vist sinó que l'havien llegit i havien constatat que el pacient l'havia signat però estaven en condicions d'assegurar que el pacient no havia llegit el document. Els advocats replicaven automàticament que difícilment podien assegurar que el pacient no havia llegit el document si estava signat, al que els perits responien que precisament estava signat perquè el pacient no l'havia llegit perquè si l'hagués llegit no l'hagués signat, atès que el contingut del document no seguia cap pauta de les que marcava la llei, pretenia ser un document exoneratiu de responsabilitat i més que a un document amb intenció d'informar, s'assemblava a una sentència sumària de mort.

Afortunadament, a l'actualitat, la concepció errònia que portava a considerar que el document de consentiment eximeix de responsabilitat si quelcom surt malament, i per tant, cal fer-hi constar tots els riscos possibles, ha passat a la història. Avui tothom sap que la presència del document a la història clínica només eximeix de la infracció de no fer-lo, sempre que estigui fet de forma correcta. Si les coses surten malament, és quan es busca el document per tal de comprovar de forma fefaent que el procés per obtenir el consentiment s'ajusta al protocol que deriva de la llei. El metge només sortirà indemne de culpa si les complicacions del tractament són poc previsibles i inevitables i estan correctament recollides al document de consentiment. En cas de que això no sigui així, no hi haurà cap exempció de responsabilitat, si, analitzada la conducta del personal sanitari, aquesta no s'ajusta a la figura jurídica anomenada "lex artis", que no és més que la conducta que pel cas concret subscriurien la majoria de practicants de l'especialitat a la que pertoqui el cas clínic de que es tracti.

L'entrada en vigor de les lleis 21/2000 i 42/2002, molt més precises en el protocol de com gestionar la informació i el consentiment va fer més estrets els límits que la Llei General de Sanitat havia posat anys enrere, i va fer més clars i evidents els drets i els deures aparellats amb la informació i el consentiment.

Des del punt de vista cronològic al territori català, en relació a les legislacions vigents en matèria d'informació i consentiment, estaríem davant de tres etapes:

- Abans de la Llei General de Sanitat (abans de 1986)
- Entre la Llei General de Sanitat i la llei 21/2000 (entre 1986 i 1999)
- Amb posterioritat a la llei 21/2000 (de 2000 fins ara)

En la primera no hi ha legislació concreta que consagri i protegeixi el principi d'autonomia. Les sentències condemnatòries es basaven en errors o omissions greus com amputacions amb localització errònia, manques d'assistència, errors transfusionals, imperícies flagrants, etc.

Però un cop consagrat per la llei el respecte al principi d'autonomia, les coses van anar canviant poc a poc i cada cop més, les sentències tenien en compte tota la documentació relativa a la informació i el consentiment. És per això que des del punt de vista expositiu podem considerar les dos etapes entre 1986-1999 i 2000-fins ara com una de sola perquè a partir de 1986 entrem en un nou escenari en el que hi ha obligació per part del metge de demostrar documentalment la informació i el consentiment previs a determinats actes mèdics.

Analitzant el contingut i resultat de les sentencies que fallen casos en els que s'objectiva una problemàtica jurídica en relació a la informació i consentiment, podem distingir aquesta última etapa que comprènde 1986 a 2012, tres èpoques ben diferenciades:

La primera època o de transició és l'època entre 1986 i 1999 en la que l'exigència de l'adequació de la documentació clínica a l'esperit i lletra de la Llei General de Sanitat va guanyant terreny i els tribunals són cada cop més exigents. Es passa de poques sentències condemnatòries els primers anys

d'aplicació de la llei a una pujada lenta però segura que fa que a l'entrada en vigor de la llei 21/2000, ja tothom estigués a l'aguait i cerqués amb fruïció els documents de consentiment a les històries clíniques. Com diu el preàmbul de la pròpia llei calia aprofundir en la concreció pràctica dels drets a la informació pràctica i al consentiment informat.

Aquesta llei va propiciar la segona època que va durar uns 10 anys entre 2000 i 2009, en la que les condemnes per infraccions sobre la informació i el consentiment eren pràcticament automàtiques. Si el document no apareixia, hi havia una probabilitat alta que la instrucció del cas s'enllestís de forma, que la interpretació més versemblant, era donar per fet, que no s'havia informat al pacient i la sentència podia ser adversa.

Com una cosa no implica l'altra, és evident que si bé no fer el document era una infracció, aquesta és possible que no derivés en cap dany i per altra banda tampoc demostrava que no s'hagués informat al pacient, doncs es podia haver fet de forma no protocol·lària. El Tribunal Suprem ja va fer sentències en aquest sentit fa temps, però malgrat que genera jurisprudència aquesta triga una mica a arribar als tribunals menors.

La tercera època es va iniciar fa entre tres i quatre anys, i quan la jurisprudència del Tribunal Suprem va començar a fer efecte, van aparèixer sentències en les que s'expressava que "la sola manca del document no era requisit suficient per condemnar", "que encara que no consta a la història clínica el document de consentiment, el pacient estava informat en base a...", etc.

Aquestes sentències prioritzen la informació a la obligació de documentació, i estudiant cada cas en particular valoren principalment si el pacient ha estat informat o no, independentment de l'existència del document de consentiment.

En aquesta tercera època no s'ha invertit la situació perquè també hi ha condemnes per manca del document, però s'ha suavitzat l'aplicació al peu de la lletra de la llei i s'ha optat per una aplicació més raonable i elàstica de la norma prioritzant l'esperit a la lletra i valorant més paràmetres informadors que el document de consentiment.

Informació i Consentiment Informat.

Així estudiant més d'un centenar de sentències fermes del Tribunal Suprem i dels Tribunals Superiors de Justícia de les Comunitats Autònomes, dels anys 2011 i 2012 veiem que la causa fonamental de condemna a metges continua sent la manca de consentiment en casos en el que és preceptiu, ja sigui per manca del document, ja sigui per deficiències greus en el mateix. Les indemnitzacions per manca de Consentiment Informat solen estar entre els 30.000 i els 60.000 euros.

Més interessant és l'anàlisi dels raonaments per tal de justificar la condemna dels metges que no han informat bé als pacients i de les situacions en les que les diverses normatives no ho deixen clar i el Tribunal Suprem ho clarifica. Així per exemple hi ha sentències que determinen que en un part vaginal induït cal document de Consentiment Informat, o bé que el document de Consentiment Informat per una operació major és vàlid per una operació menor però no al contrari i no és vàlid el Consentiment Informat d'una intervenció per un altra diferent.

En altres situacions dubtoses el tribunals han determinat:

- que no cal document de Consentiment Informat per extreure amalgames dentals

- que en els processos de fecundació artificial és suficient amb un document de Consentiment Informat encara que hi hagi multiplicitat de sessions terapèutiques

- que no fa falta consentiment si no es coneixen efectes nocius en un tractament

- que tant el risc vital com l'única opció disminueixen la necessitat de Consentiment Informat.

Les sentencies també determinen o reafirmen que el document de Consentiment Informat ha d'estar signat per substitució si el pacient és menor o incapaç però no cal la substitució si està conscient.

En ocasions la pedagogia del Tribunal Suprem arriba a límits molt elementals, com per exemple quan en una sentència diu que la informació rellevant és la verbal i que el document de Consentiment Informat no és més que la prova que la informació s'ha dut a terme, i que en qualsevol cas el metge informa però és el pacient en exercici de la seva autonomia personal qui decideix el que s'ha de fer, o que és obligatori informar encara que no hi hagi obligatorietat de document de Consentiment Informat. Aquesta obligatorietat també afecta als pacients, que en alguna ocasió han vist com el seu procés judicial no progressava perquè havien amagat informació al metge privant-lo de prendre la decisió més raonable.

També hi ha sentències en el sentit que en cas de manca de document de Consentiment Informat s'inverteix la càrrega de la prova i és el metge qui ha de provar que la informació s'ha donat, situació que és realment problemàtica pel metge.

També és curiosa una sentència en la que diu clarament que encara que el pacient sigui metge el procés d'informació ha de ser exactament igual i condemna als cirurgians que van tractar a un pediatre amb l'argument que no tenia perquè conèixer les tècniques quirúrgiques que li varen aplicar.

El Tribunal Suprem qualifica la informació com un dret fonamental, i considera que la seva manca és una infracció de la "lex artis" o forma correcta d'exercir la Medicina, que genera un dany moral indemnitzable, i també una pèrdua d'oportunitat pel pacient.

Però també determina que un document de Consentiment Informat genèric és invàlid perquè aquest ha de ser personalitzat, sense informació excessiva, sense riscos excepcionals, incloent els riscos propis del pacient, amb una informació intel·ligible, veraç i justa. La informació errònia es considera un acte greu.

Informació i historia clínica.

Però la gestió de la informació subministrada al pacient no és l'única possibilitat per la que pot acabar al jutjat qualsevol metge o personal que treballi en l'àmbit de la salut. Així les condemnes penals a presó més greus provenen de la mala gestió de la informació en relació a la història clínica. Afortunadament pels metges en aquest supòsits solen estar implicats bàsicament altres col·lectius sanitaris. Així hi ha sentències que condemnen a pena de presó a administratius que han obtingut la Història Clínica de parents o cònjuges sense tenir dret, a una clínica que ha lliurat dades sanitàries d'una dona al seu ex-marit, etc. També hi ha una condemna per exposar públicament a les vitrines d'anuncis d'un Centre d'Assistència Primària la llista amb noms i cognoms de tots els pacients que rebien tractament amb metadona.

Hi ha sentències absolutòries a metges o hospitals que actuant de forma correcta no han volgut lliurar informació sanitària del pacient en situació d'incapacitat laboral a l'empresa que la demanava creient que tenia dret.

També hi ha una sentència, absolutòria per la publicació de la història clínica a Internet, en aquest cas perquè el delicte de revelació de secrets ha de ser intencional i no pot ser per imprudència.

Els problemes que es poden derivar de la informació continguda a la història clínica són diversos i afecten molt a la dinàmica dels processos judicials perquè per analogia a l'aforisme jurídic: "el que no està al sumari no està al món", l'actuació sanitària que no consta a la història clínica és una actuació inexistent, tant pel que beneficii al metge com pel que el perjudiqui.

Els problemes que el tribunals detecten amb més freqüència en relació a la Història Clínica són:

- Que no hi hagi història o bé que aquesta no s'hagi aportat al procés.

- Que no sigui clara.

- Que manqui documentació en relació a una assistència feta.

- Que no consti una actuació sanitària.

- Que s'hagi falsejat introduint informació falsa o consentiments no demanats.

- Que s'hagi demostrat un accés il·legítim de forma puntual o massiva.

En cas de no haver Història Clínica o que manqui documentació rellevant els tribunals inverteixen la càrrega de la prova i aleshores és la institució o el metge qui ha de provar el que s'ha fet, i en cas contrari determinar que no s'ha fet el que no està a la documentació clínica aportada.

En casos tant d'accés il·legítim com de falsedat documental ja hem comentat que es tracta d'infraccions greus que poden donar lloc a una condemna penal de presó per als autors.

Però també hi ha sentències que deixen clar quan es pot utilitzar la informació de la Història Clínica d'una forma pública sense que es produeixi un delicte de revelació de secrets. Es tracta bàsicament de les situacions en les que la informació treta de la Història Clínica s'usa amb finalitats pericials.

Absolucions per considerar que hi ha hagut informació encara que el document de Consentiment Informat no s'hagi fet o sigui molt insuficient:

Com hem comentat abans, la tendència a fixar-se més en el esperit que en la lletra, és clara en les sentències del Tribunal Suprem dels últims anys. Així, per exemple, en absència de document de Consentiment Informat han considerat que la informació era homologable a la del Consentiment Informat, en els següents casos:

- la informació en processos llargs supleix la manca de Consentiment Informat

- la informació continuada que consta a la Història Clínica supleix el document de Consentiment Informat

- el Consentiment Informat de l'anestèsia prova que estava informat de l'operació quirúrgica

- la paraula del metge preval si no hi ha document Consentiment Informat però consta a la Història Clínica que s'ha informat al pacient

- la fluïdesa en la relació entre metge i pacient avala la manca de Consentiment Informat

- la informació verbal complementa l'existent al Consentiment Informat

4.- CONCLUSIONS

Els resultats de la gestió de la informació per part dels metges, encara que no es puguin avaluar com de dolents, tampoc es poden avaluar d'òptims perquè el nombre de condemnes demostra l'existència de dèficits formatius o conductuals que s'haurien d'estudiar en profunditat. És per això que em permeto dibuixar uns quants trets a manera de conclusions del meu discurs, en relació a la necessitat de millorar tant com sigui possible la gestió de la informació en l'àmbit sanitari. Aquesta millora em sembla particularment necessària si tenim en compte que cada cop més l'acte d'informar es considera un acte clínic i no un acte burocràtic. Per altra banda els docents de Medicina Legal, vivenciem la condemna d'un metge per malpraxi, com un fracàs formatiu, situació que no és gens agradable, sobretot perquè no hauria de ser difícil de prevenir.

- La gestió de la informació sanitària és cada cop més complexa atès el nombre de lleis i normatives que la regulen.

- Cal prestar molta atenció en la formació bàsica jurídico-mèdica que precisen el metges abans de començar l'exercici, que és una tasca que correspon al procés formatiu i per tant a la Facultat.

- Les institucions sanitàries han de millorar els protocols de gestió de la informació i donar una bona formació a tot el personal, sanitari i administratiu, que gestiona informació sensible.

- Cal tenir en compte la necessitat d'actualització dels professionals metges, cada cop que hi ha canvis legislatius rellevants, tasca que correspondria als Col·legis de Metges.

- Negar la importància de la formació medicolegal bàsica necessària per l'exercici de la Medicina, reduint cada cop més les activitats formatives és una manca de visió de futur que produirà moltes condemnes previsibles, evitables i innecessàries. I, malauradament, aquesta és la norma general i cada canvi en els currículums dels plans d'estudis acaba retallant els crèdits destinats a la formació medicolegal.

Moltes gràcies per la seva atenció.

BIBLIOGRAFIA

Altisent, R.: *La nueva ley de autonomía del paciente y la ética en su aplicación práctica a la historia clínica.* Revista de Bioética en Atención Primaria 2003.

Belmont Report: *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, Report of the National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.* USA 18 de Abril de 1979.

Beauchamp, J.F.: Childress. *Principios de ética biomédica.* Editorial Masson. Barcelona 1999.

Collazo, E.: *Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos.* Cir Esp 2002; 71(6): 319-324.

Corbella, J.: *La responsabilitat del metge i de les institucions sanitaries.* Discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona 1985.

León Vázquez, F.; Galán Cortés, J.C.; Sanz Rodrigo, C.: *Repercusión en atención primaria de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, información y documentación clínica.* Aten Primaria 2003;32(10):583-5

Martí Lloret, J.B.: *Información y consentimiento.* Discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana. València.2004.

Sánchez-Caro, J.: *La ley sobre autonomía del paciente y su repercusión en las Comunidades Autónomas.* Rev Adm Sanit 2003; 1: 189-202.

Simón Lorda, P.; Rodríguez Salvador, J.J.; Martínez Maroto, A.; López Pisa, R.Mª; Júdez Gutiérrez, J.: *La capacidad de los pacientes para tomar decisiones.* Med Clin (Barc) 2001; 117: 419-426.

Rees E. *Novel consent process for research in dying patients unable to give consent*. BMJ 2003; 327:198.

The Hastings Center. *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*. Special Supplement. Hastings Center Report 1996; 26 (6): S1-S27.

LEGISLACIÓ

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, 24 de noviembre de 1995.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, 14 de diciembre de 1999.

Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 11 de gener de 2001.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de informació y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002.

NORMES DEONTOLÒGIQUES

Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. 2005.

Código de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.2011.

Discurs de resposta llegit per l'Acadèmic Numerari

JACINT CORBELLA i CORBELLA

Excm. Sr. President
Benvolguts acadèmics, amics

Avui s'escau l'entrada, l'ingrés d'un nou acadèmic, que s'acosta al número quatre-cents, en aquesta institució que ja està en els seu quart segle de presència històrica, des de l'últim terç del segle XVIII fins aquesta segona dècada del XXI. Situo el fet en aquest context perquè el pas del temps relativitza moltes històries. Sovint fa falta, per entendre el que és una Acadèmia, conèixer-ne els orígens, els punts essencials de la trajectòria i, naturalment, el moment actual. Així entendre'm què fem, i què hem de fer, aquí. No s'entra a l'Acadèmia per pensar que és la culminació de la vida professional, sinó, a més a més, per entendre que hi ha una institució, inserida dins d'un país, i pels quals hem de treballar. Avui entra un acadèmic que des de fa molts anys coneix aquests seients de pedra de l'amfiteatre anatòmic, principalment els de la fila de més amunt, també els de la sala Turró, i tot això sense fer-s'hi veure gaire. Li agrada passar més aviat desapercebut. Corresponent per elecció des de l'any 1994, ha participat en diverses sessions, totes les que se li ha demanat, en congressos que s'han fet aquí, i ha publicat a la revista de l'Acadèmia.

No detallaré aquí la seva trajectòria, perquè l'ha explicat ell mateix. En aquesta explicació hi trobem algun detall clar de la seva personalitat, i també de la visió que té de les coses. Un cert escepticisme, amb un sentit irònic, que li fan valorar els fets en la seva mesura, sense exageracions. I aquest sentit, sense que es noti massa, el trasllada també al contingut del seu discurs. El doctor Huguet està acostumat a considerar les coses des de diversos punts de vista, el que li permet veure'n les contradiccions, i que la raó no sol estar, sovint, tota només en una sola part. Té una clara visió de la imparcialitat.

Després de la benvinguda, tal com va proposar el doctor Ciril Rozman, i també l'acollida, passem al contingut, a la resposta. El treball del doctor Huguet, com el meu mateix, té origen en una parcel·la de la medicina que inicialment comprenia, des de l'any 1843, la Medicina Legal. Ja venia de la "Cirurgia Forense" dels Reials Col·legis de Cirurgia. I aquí l'ensenyava Domingo Vidal, autor del primer text de la matèria en castellà, en aquest mateix espai. Naturalment que des d'aleshores ha variat molt. Però l'essència no ha canviat gaire. Aquell primer text explicava, ensenyava als cirurgians, com havien de ser les seves relacions, escrites, amb la que ara es diu administració de justícia, principalment en el cas de les morts violentes, de les agressions sexuals, de les lesions.

Avui això constitueix encara un nucli bastant especialitzat de la medicina forense. Entre mig s'hi han incorporat altres matèries, i algunes ja han crescut i sortit,. Des de la legislació sobre malalties, més les infeccioses (més tard en el camp clàssic de la Higiene, després Medicina Preventiva), fins a la Psiquiatria, i la Medicina del Treball, i la Toxicologia; també el Dret Sanitari. I el doctor Huguet ha escollit, entre diverses possibilitats lligades a la relació entre Medicina i Dret, un tema de Dret Sanitari.

I no creguin que és un tema marginal. Interessa a alguns professionals del Dret, però a tots els de la Medicina. I en aquest cas quan fem de metges i quan fem, o farem, de malalts. I també té les seves connotacions ètiques.

En realitat tracta d'un tema molt antic, en el qual es descobreix que els malalts també tenen drets, i que els metges i, els gestors de la sanitat, tenen obligacions. El malalt, (i en alguna part la família) té dret, tot el dret, a saber el que té, i no només un diagnòstic, sinó bastant més. Això vol dir quin mal pateix (diagnòstic), amb la precisió que es pugui; què ha de fer per curar-se (tractament), amb les seves diverses possibilitats (es pot operar? n'hi ha prou amb medicaments?), quines proves complementàries s'ha de fer; com es preveu que pot evolucionar (pronòstic).

La pràctica de la medicina també té efectes secundaris. Així el risc que hi ha tant pel tractament, com per les exploracions. També els aspectes econòmics, si es tracta de medicina pública o privada, és a dir amb molta demora i llista d'espera o poca. També què hi entra en una assegurança i què no hi entra. Hi ha molts aspectes que el metge també se'ls troba sobretot quan ha de fer de malalt o de parent proper d'un malalt. El tema es podria anar complicant, i el doctor Huguet entra només en un punt. El malalt ha de saber de què va (informació), i a més ha de poder participar en les decisions, si més no autoritzant el que li volen fer, o proposen de fer (consentiment). Aquest és el centre del tema d'avui: informació i consentiment.

Els qui ja som grans podem recordar el temps en que d'aquests temes no se'n parlava. El metge feia un diagnòstic i un pronòstic, i manava un tractament. La informació era poca, i el consentiment ni es demanava: el malalt i la família havien de creure. Això no significava cap menyspreu; era el costum, alguns metges s'explicaven, més aviat poc, i la pràctica portava a manar uns tractaments.

En el discurs d'avui el tema es divideix en tres parts. La primera és sobre la informació, que ha de ser prèvia al consentiment, l'acceptació del que el metge proposa. La segona explica la legislació sobre el tema, les normes actuals. Se centra principalment en la Llei General de Sanitat de 1986, que marca, entre

altres punts, els drets i deures de metges i malalts. I encara analitza sis normés més. La tercera part tracta dels conflictes, quan arriben al jutjat, i quines sentències hi ha. Acaba amb reflexions sobre la informació i el consentiment i amb cinc conclusions ben clares.

L'autor, ho recordo, té un estil que sembla lleugerament irònic i asèptic. Exposa els fets de manera didàctica, i després cada oient o lector ho ha de pair pel seu compte, treure'n les pròpies deduccions, i si més no adornar-se de la situació legal que ja no és nova, sinó que porta més d'un quart de segle de vigència. Aquí no comentaré cadascun dels punts, sinó les conseqüències pràctiques que té sobretot pels metges (i altres sanitaris) aquesta normativa, i exposaré també les meves pròpies deduccions.

Un punt és la Informació, amb majúscula. Per esquematitzar ho comento com si fossin només dues persones: malalt i metge, tot i que ben sovint un equip sanitari són molts més, i en la part del malalt hi ha la família, i el que a vegades se'n diu cercles propers.

La primera norma és: el malalt té dret a ser informat i el metge té obligació d'informar-lo, d'explicar-li el que té. Per les exploracions complementàries (si calen) i pel tractament, el metge li ha d'explicar els riscs previsibles que hi ha, i ha de demanar el l'acord del malalt per fer les exploracions o aplicar els tractaments. I atès que poden tenir un risc li ha de demanar l'acceptació. És a dir el consentiment, que com que ve després d'una informació se'n diu consentiment informat. Això que sembla obvi sovint no és així, hi ha consentiment, en un paper escrit, però la informació pot no ser-hi o ser insuficient. Aquest pot ser un punt de litigi.

Com es fa la informació, com es dóna?. Se sol complir amb la burocràcia i signar un paper. El doctor Solé Balcells, acadèmic, en sap un niu i ens ho explica molt bé. Ara, cada vegada més, s'informa de manera que amb benevolència podríem considerar correcta. Però entre els milers d'actes

sanitaris que es fan cada dia en moltes institucions, o en la pràctica més directa, alguns surten malament, el que pot entrar dins de la categoria del "risc conegut". S'ha advertit al malalt d'aquest risc conegut, i per tant previsible?. Queda constància de com s'ha advertit, s'ha informat?.

Cal dir que en molt pocs casos entre la gran quantitat d'actes sanitaris, en proporcions relatives que a vegades podem considerar irrisòries, però que entre els milers de casos arriben a fer un cert gruix, si més no anual, alguns arriben a la confrontació, i a la demanda judicial. I és aquí, en aquest percentatge petit, on cal fixar ara l'atenció.

En aquest discurs la part de les sentències potser és la més aclaridora, per exemple quan diu *"Això va obrir la veda a la caça dels metges que tenien al·lèrgia als papers de connotacions jurídiques". "Els jutges ho van tenir fàcil per tal d'apreciar infracció clara de la llei quan el full de consentiment no apareixia" " (el)...que demanava la llei no era només la signatura d'un document que el pacient prèsbita (que no podia llegir sense ulleres) feia estirat a la llitera de rodes, vint segons abans d'entrar al quiròfan".* També quan diu que *"el contingut del document no seguia cap pauta de les que marcava la llei, pretenia ser un document exoneratiu de responsabilitat...".*

També, de manera subtil, separa dos fets: un és donar informació i l'altre és fer la feina ben feta. La informació no eximeix del risc de malpraxi ni l'exonera: "no hi haurà cap exempció de responsabilitat si, analitzada la conducta del personal sanitari, aquesta no s'ajusta a la figura jurídica denominada 'lex artis' que no és més que la conducta que pel cas concret subscriurien la majoria de practicants de l'especialitat...".

Entre les conclusions en comento dues, la segona i la cinquena, tot i que no estan numerades. Una afecta al propi autor, en tant que professor: *"Cal prestar molta atenció en la formació bàsica jurídico-mèdica que precisen els metges abans de començar l'exercici, que és una tasca que correspon al*

procés formatiu i per tant a la facultat" . L'altra afecta a les autoritats docents: *"Negar la importància de la formació medicolegal bàsica necessària per l'exercici de la medicina, reduint cada cop més les activitats formatives és una manca de visió de futur que produirà moltes condemnes previsibles, evitables i innecessàries".*

Acabo amb un petit comentari sobre aquesta situació de "miopia" no sols de les autoritats docents sinó també de les sanitàries. Els continguts docents de la "Medicina Legal", nom que encara persisteix perquè és prou clar, han variat molt en pocs anys pel que fa als estudiants de medicina. La part de dret sanitari ensenyada a estudiants de medicina, tot i que no és pas gaire extensa, és imprescindible. Si se n'ensenya poc, si els professors tenen menys hores a medicina, no és pas cap problema per ells, perquè avui ja les tenen justificades a la facultat de dret, i en altres ensenyaments. En canvi el problema és pels alumnes, sobre els qui recauran les conseqüències d'una formació insuficient. La qüestió de les hores d'ensenyament teòric a les facultats de medicina és un problema, per qüestió d'interessos dels professors de moltes matèries. En tot cas si els fets acaben davant dels magistrats, els professors hi aniran com a perits, mentre que són els estudiants, futurs metges, amb formació insuficient, els qui poden anar-hi com a imputats, i si les coses s'aclareixen prou, també els directius dels serveis i institucions sanitàries. És un risc sobre el qual el doctor Emili Huguet ens ha alertat.

I ara una última advertència, en aquest cas de collita pròpia. En l'últim esborrany que m'acaba d'arribar del "Projecte de Reial Decret pel que es regula la troncalitat i altres aspectes del sistema de formació sanitària especialitzada en ciències de la salut" hi ha un annex II amb la relació d'especialitats. Hi ha cinc troncs, clínics. En ells hi ha 39 especialitats, més 8 no troncals. En total 47, que no és un nombre petit. No hi ha els aspectes socials, que no són enlloc. Aquest és, de fet, el llistat futur de les especialitats mèdiques existents a Espanya, poc diferent de l'actual. Però no hi la Medicina

Legal, (ni amb el nom de Dret Sanitari). De fet significa excloure la "Medicina Legal i Forense" que és el nom actual, de la llista d'especialitats mèdiques.

Els problemes hi són, el ministeri de Sanitat no els pot pas excloure de la pràctica per Reial Decret. On s'ensenya això als metges? Torna a quedar a l'arbitri de l'administració de justícia? Tant el doctor Huguet com jo mateix, i la majoria encara de professors grans de Medicina Legal, hem exercit bastants anys com a metges forenses. Cal retrocedir a aquesta situació? Deixar la formació medicolegal només en el camp de la medicina forense, i per tant només de l'administració de justícia?

Per preguntar-ho de manera clara: què hi fa el nom de Pere Mata allà dalt, a la cúpula de l'Acadèmia, pintada el 1929?. L'obra de Mata fou molt transcendent. Entre altres coses va fer que aquest Col·legi de Cirurgia es transformés en Facultat de Medicina, amb el mínim de tensió possible. Després va fer moltes coses més. També va seure en aquests bancs, com alumne, el deixeble amb carrera científica més important entre tots els que han estat alumnes de les escoles de medicina catalanes: Mateu Orfila, catedràtic de Medicina Legal, i degà durant disset anys de la facultat de medicina de París.

Els dos, Orfila i Mata, van estar aquí com a alumnes, en aquests seients de pedra. Tots dos van ser professors de Medicina Legal. Els dos van ser degans de la seva facultat: Mata de Madrid i Orfila de París. La major part del què ensenyaven ha variat en el detall, però l'essència d'algunes qüestions és ben present. Així la responsabilitat. El doctor Huguet ha analitzat alguns aspectes amb la perspectiva d'avui. Cal recordar-ho. Diu la cançó: "qui no recorda els orígens...".

Acabo, demano al Sr. President que lliuri el diploma i la medalla d'acadèmic numerari d'aquesta institució al doctor Emili Huguet i Ràmia, que hi trobarà molta feina per fer. Moltes gràcies per la seva atenció.