



CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA. UN ANÁLISIS ÉTICO-JURÍDICO DESDE LA PRÁCTICA PARAMÉDICA

Fernando Pérez Obieta

*Universidad Autónoma de Querétaro
fperez26@alumnos.uaq.mx*

Jesús Armando Martínez Gómez

*Universidad Autónoma de Querétaro
jesus.armando.martinez@uaq.mx*

Abstract

La obtención del consentimiento informado en el ejercicio de la atención médica prehospitalaria representa un reto ético-jurídico significativo derivado de diversos factores como la emergencia médica, la imposibilidad en la comunicación directa con el paciente cuando se encuentra en estado de inconsciencia, la intervención de terceros que se asumen tomadores de decisiones en su representación y la participación del médico regulador a través de una comunicación indirecta. A partir del análisis de un caso clínico, el presente artículo reflexiona sobre los dilemas éticos y jurídicos que surgen cuando el paciente no puede manifestar su voluntad de forma directa, y terceros con capacidad jurídica la otorgan a través del consentimiento por representación, o, en ausencia de éstos, el personal paramédico debe actuar conforme a protocolos institucionales encaminados a obtener el mayor beneficio terapéutico posible. Se revisan los principios de autonomía y beneficencia desde la perspectiva del principialismo en bioética, así como el marco jurídico aplicable. Finalmente se destaca la necesidad de reconocer la complejidad ética y jurídica de la medicina prehospitalaria y la necesidad de fortalecer con herramientas al personal prehospitalario que garanticen certeza jurídica y un actuar ético.

Palabras clave: Consentimiento informado, Atención Médica Prehospitalaria, Medicina Prehospitalaria, Ética, Bioética.

El consentimiento informado es uno de los elementos fundamentales en la relación paramédico-paciente; se requiere su manifestación a través del ejercicio de la autonomía para legitimar ética y jurídicamente el acto médico prehospitalario. Sin embargo, no en todas las ocasiones es posible obtenerlo

directamente del paciente, ya sea por alguna limitación de su capacidad jurídica —como en el caso de menores de edad—, sin que ello implique que, cuando existen condiciones de madurez, intelectuales y emocionales para comprender el alcance del acto médico sobre su salud, se tome en cuenta su opinión en el momento del otorgamiento del consentimiento



(Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2016), o por una condición clínica que le impida, transitoria o permanentemente expresar su voluntad de manera libre e informada.

En el contexto hospitalario o de consultorio, existe una presunción ético-legal en el otorgamiento del consentimiento, dado que el paciente es quien acude por “motu proprio” y de manera consciente a recibir la atención médica del profesional de la salud; si bien, dicha presunción no sustituye la obligación legal para obtener el consentimiento informado conforme a la normativa vigente en México, sí le concede cierta validez preliminar al acto médico. La consideración anterior puede trasladarse con matices al ámbito prehospitario cuando el paciente activa el servicio de emergencias, solicitando el apoyo del personal paramédico.

Ahora bien, no en todos los casos el paciente es quien solicita la ayuda, en ocasiones, es el familiar o acompañante quien activa el servicio de emergencias en su representación, y en otros casos, personas que no guardan vínculo directo con el paciente son quienes solicitan la presencia del personal paramédico. Estos escenarios dificultan conocer la verdadera voluntad del paciente, lo que plantea retos éticos significativos para el personal paramédico al momento de la intervención en el lugar.

Derivado de los diversos escenarios que pueden presentarse en el contexto de la prestación de la atención médica prehospitaria, las implicaciones ético-jurídicas relacionadas con la obtención del consentimiento informado, particularmente cuando el paciente no lo puede manifestar de forma directa, libre e informada, adquieren especial relevancia.

El presente artículo tiene como finalidad identificar la falta de definición normativa en la medicina prehospitaria en relación con sus herramientas ético-legales, así como destacar la necesidad de formación sólida en bioética del personal prehospitario, particularmente en la toma de decisiones en escenarios de emergencia crono-dependientes.

Metodología

El presente artículo se desarrolla a partir de un estudio de carácter descriptivo y analítico, con enfoque cualitativo, basado en el análisis de un caso clínico en el contexto de la atención médica prehospitaria, como eje central para la reflexión ético-jurídica en torno a la obtención del consentimiento informado en dichas circunstancias.

Asimismo, se realiza una revisión documental de la normativa mexicana aplicable, así como de literatura especializada en bioética, con el propósito de valorar el alcance del marco jurídico vigente en el ámbito prehospitario, así como identificar sus posibles insuficiencias y vacíos normativos.

Caso clínico

Santiago de Querétaro, Municipio de Querétaro, México.

Se recibe por parte de la central de radio la indicación de acudir a un domicilio para valorar a un paciente masculino en la octava década de la vida con dificultad respiratoria, sin aportar mayores datos de relevancia. La unidad se desplaza con dos integrantes del personal: el operador y la jefa de servicio.



Al arribar al domicilio, los familiares indican al personal prehospitalario el lugar donde se encuentra el paciente; los paramédicos se desplazan y se encuentran con la siguiente impresión general: paciente masculino de aproximadamente 82 años en posición supina sobre su cama, con una marcada disnea.

Al reevaluarse su estado de conciencia, el paciente no responde a estímulos verbales ni nociceptivos, por lo que se determina que se encuentra inconsciente de acuerdo con la prueba AVDI. Presenta una puntuación de 3 puntos en la Escala de Coma de Glasgow (GCS).

Se encuentra la vía aérea permeable, con mecánica ventilatoria disminuida. Se procede a colocar el monitor cardíaco para obtener parámetros de la función cardíaca y saturación de oxígeno en sangre, encontrando bradicardia con una frecuencia cardíaca de 35 latidos por minuto (lpm) y saturación de oxígeno al 60%.

Mientras un integrante del equipo continúa con la valoración primaria, el otro realiza anamnesis indirecta con el familiar presente — quien se asume como cuidador y tomador de decisiones por el paciente—, se revisan los documentos de la última alta hospitalaria, en los que se consigna que el paciente fue dado de alta a su domicilio por máximo beneficio, con cita abierta a urgencias en caso necesario.

Durante la evaluación, se observa en el monitor cardíaco que el paciente se encuentra con un ritmo compatible con peri-paro, por lo que previo a preparar todo lo necesario — incluyendo la movilización de una segunda unidad a la escena para un posible escenario de (RCA) reanimación cardiovascular avanzada—, el personal prehospitalario se comunica con el médico regulador para indicar la situación. El médico regulador indica que la

decisión de iniciar maniobras de reanimación quede a criterio de los familiares, considerando los antecedentes clínicos del paciente.

El personal paramédico comunica a los familiares, de forma sensible y respetuosa, el diagnóstico y pronóstico de su familiar, explicando la posibilidad de iniciar maniobras de RCP (reanimación cardio pulmonar) en caso de paro cardiorrespiratorio, o bien, respetar la decisión de acompañar al paciente en su proceso de muerte. Los familiares, tras consenso, expresan su voluntad de no realizar maniobras de reanimación.

El personal prehospitalario comunica la decisión de los familiares al médico regulador y a la central de radio; llena el Formato de Registro de Atención Prehospitalaria (FRAP), documenta la voluntad de los familiares, recaba sus firmas y se retira del lugar.

El consentimiento informado en la medicina prehospitalaria

Casos como el anterior son frecuentes en los servicios de emergencia, donde el personal prehospitalario afronta dilemas éticos en torno a la ponderación de la autonomía del paciente— cuando éste se encuentra en posibilidad de ejercerla al momento de la atención de la emergencia, o si su voluntad ha sido previamente manifestada, ya sea de forma verbal a sus cuidadores o, en el mejor de los casos, de forma legal por medio del documento de voluntad anticipada ___; frente a la presión de los familiares motivada por la expectativa de mejora pese a un cuadro clínico desfavorable, así como la actuación basada en protocolos que prescriben que la atención médica prehospitalaria deberá de realizarse conforme a lineamientos institucionales



previamente establecidos. (Secretaría de Salud, 2013, p.8).

La medicina prehospitalaria en México aún no cuenta con una identidad profesional claramente definida, ni con un marco jurídico específico que regule su práctica de manera integral. Tradicionalmente, la atención médica prehospitalaria se ha construido adaptando aspectos éticos, normativos, protocolarios y operativos provenientes de las diversas profesiones del área de la salud, en particular, de la medicina de urgencias. Si bien, lo anterior es atendible en términos del encuadre que realiza NOM-034-SSA3-2013 respecto a la definición de atención médica prehospitalaria, al simplificarla “a la otorgada al paciente cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función, con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional, desde los primeros auxilios hasta la llegada y entrega a un establecimiento para la atención médica con servicio de urgencias, así como durante el traslado entre diferentes establecimientos a bordo de una ambulancia”, esta definición resulta limitada frente a la complejidad de la práctica prehospitalaria en estos momentos.

Actualmente, la profesionalización del paramédico ha transitado de una formación técnica basada en certificaciones hacia una formación académica universitaria mediante programas de Técnico Superior Universitario, e incluso de nivel licenciatura, previéndose en un futuro la existencia de especializaciones al igual que en la medicina, ampliándose así de forma importante los sectores laborales en los que puede intervenir un profesional de la salud prehospitalaria.

Esta falta de definición jurídica y profesional impacta en aspectos clave como la obtención del consentimiento informado, el

cual, en el contexto prehospitalario, se ve condicionado por múltiples circunstancias, entre las que destacan: la crono-dependencia del evento; la imposibilidad, en ocasiones, del paciente para manifestar su voluntad debido a una incapacidad transitoria o permanente, especialmente cuando se encuentra solo —supuesto que en el ámbito hospitalario se encuentra previsto por la normativa oficial sanitaria—; la intervención de terceros (familiares) que asumen la representación del paciente al momento de la atención médica; y la presión operativa para actuar bajo los lineamientos del médico regulador, los cuales pueden responder más a un contexto hospitalario que a un protocolo prehospitalario.

En este escenario, el consentimiento informado no siempre puede obtenerse de manera convencional, lo que da lugar a dilemas éticos que recaen en las decisiones tomadas por el personal de salud prehospitalario, cuando estas implican prolongar o limitar las intervenciones en el paciente o tienen un impacto directo en su vida o estado de su salud.

Del modelo paternalista al respeto por la autonomía

Tradicionalmente, la medicina se ha ejercido bajo un modelo paternalista en el cual el juicio clínico del médico se superponía a la voluntad del paciente, relegándole a una posición de mero receptor de indicaciones y tratamientos. Sin embargo, en la medicina prehospitalaria, este modelo se manifiesta de una manera significativamente distinta, dada la dinámica propia de la atención apartada del consultorio u hospital. Casado Flórez y Suárez (2016) señalan que “los servicios de emergencia prehospitalarios tienen como filosofía y razón de ser, la de aportar los



cuidados de soporte vital que precisa el paciente de forma inmediata y en el mismo lugar donde surge la pérdida brusca de salud, como si de un cuarto de urgencias o box vital de un hospital se tratara, para así intentar preservar la vida o disminuir las secuelas. Realmente su actividad consiste en acercar los diagnósticos y tratamientos de emergencia, allí donde lo necesita el herido o enfermo” (p. 4).

Si bien la atención médica prehospitalaria es concebida, en particular por la Norma Oficial Mexicana 034-SSA3-2013, como aquella que se otorga a un paciente cuya condición clínica pone en peligro la vida, un órgano o función (Secretaría de Salud, 2013), lo cierto es que no todas las atenciones prestadas por parte de los servicios prehospitalarios constituyen emergencias. Por tanto, al tratarse de situaciones de urgencia que no comprometen de manera inmediata la vida, un órgano o función, existe una mayor oportunidad para atender el principio de autonomía del paciente mediante la obtención del consentimiento informado, siempre y cuando su estado neurocognitivo lo permita.

Consentimiento informado como proceso ético, no como mecanismo legal

Existe un prejuicio generalizado en torno al consentimiento informado, pues tal como lo señala Martínez Bullé Goyri (2017) “es en ese contexto que aparece en la práctica de la atención médica en nuestro país la figura del consentimiento informado, en un entorno que fácilmente conduce a una concepción equivocada de su naturaleza y fines, al considerarlo por un lado como un medio de defensa del paciente frente al médico, y lo mismo desde la perspectiva contraria, al verlo como un medio de defensa legal del médico ante la posibilidad de demandas y denuncias de los pacientes” (p. 25).

Esta visión reduccionista, legalista del consentimiento informado, desvirtúa su sentido ético fundamental, se aparta de la importancia cardinal del respeto por la autonomía del paciente, tornándose hacia la protección jurídica de los profesionales de la salud o de las instituciones sanitarias. Esta instrumentalización del consentimiento informado lo aparta de su dimensión teleológica, que debería ser entendida no como un documento, sino como un proceso de comunicación entre el médico y el paciente (Martínez Bullé Goyri, 2017).

Consentimiento por representación: límites y retos en el entorno prehospitalario

En el ámbito prehospitalario, la obtención del consentimiento informado se encuentra condicionada por diversos factores: el estado de conciencia del paciente, la gravedad del cuadro clínico, su capacidad jurídica, la presencia de terceros (familiares) que asumen el rol de tomadores de decisiones, así como las condiciones cambiantes del entorno.

En los contextos clínicos en los que es imposible obtener el consentimiento informado directamente del paciente debido a su estado de conciencia, tanto la bioética como el marco jurídico prevén situaciones en las que su autonomía puede ser ejercida por un tercero mediante el consentimiento por representación. En el entorno hospitalario es común que el paciente acuda acompañado por un familiar o persona de confianza, lo que permite, en caso de que el paciente derive en un estado de inconciencia, que dicho acompañante —si cuenta con capacidad jurídica— asuma la responsabilidad en la toma de decisiones. En contraste, en el entorno prehospitalario, es frecuente que los pacientes se encuentren solos al momento de la atención,



lo que imposibilita que un familiar o persona de confianza se constituya como consentidor sustituto. En estos casos, la obligación ética y jurídica recae inicialmente en el personal prehospitalario, y posteriormente en el equipo médico del centro hospitalario al que el paciente sea trasladado.

En escenarios donde el paciente no puede manifestar su voluntad, el principio de beneficencia —entendido como la obligación moral de realizar acciones en beneficio de otros (Beauchamp & Childress, 2019)— guía la toma de decisiones clínicas en ausencia de autonomía. En casos como estos, estamos ante lo que denomina W.D. Ross como obligación de beneficencia general, que se funda en el reconocimiento del “mero hecho de que hay otros seres en el mundo cuya situación podemos mejorar” (Beauchamp y Childress, 2024, p. 355).

Según los fundadores del método principalista para la toma de decisiones en escenarios clínicos__ de notable influencia en nuestro medio, y en general, en la medicina occidental__, aún no se ha formulado en bioética “una regla de jerarquía que exija que el respeto por la autonomía de los pacientes y la revelación total de información siempre prevalezcan sobre las obligaciones del médico de tomar una buena decisión acerca de cómo proteger a los pacientes del daño” (Beauchamp y Childress, 2024, p. 234)

Por lo general, en situaciones de emergencia, incompetencia y renuncia, se justifican excepciones en el orden ético y legal a la regla del consentimiento informado, que autorizan a un profesional de la salud proceder sin haberlo obtenido. (Beauchamp y Childress, 2024, p. 234)

En el marco jurídico mexicano, tanto la Ley General de Salud, como su reglamento en

materia de prestación de servicios de atención médica, contempla que, en situaciones excepcionales, las decisiones médicas pueden ser tomadas por familiares o, en su defecto, por el personal de salud tratante actuando en beneficio del paciente.

El artículo 51 Bis 2 de la Ley General de Salud establece: “[...] En situaciones en las que una persona no pueda dar su consentimiento para un tratamiento en un momento específico por ningún medio, no exista un documento de voluntad anticipada, y su salud se encuentre en tal estado que, si el tratamiento no se administra de inmediato, su vida estaría expuesta a un riesgo inminente o su integridad física a un daño irreversible, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico, otorgando informe justificado a los Comités de Ética y a la autoridad judicial competente.”

Por su parte, el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, establece: “En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización. Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico.”



Sin embargo, en el contexto prehospitario esta dinámica se complejiza con la intervención del médico regulador, quien, sin estar físicamente presente, autoriza o condiciona las decisiones clínicas del personal paramédico. Esto plantea un dilema ético y legal relevante: si el paramédico es quien mantiene contacto directo con el paciente y sus posibles representantes, ¿hasta qué punto se transfiere —o se delega— la responsabilidad del consentimiento informado? En la práctica, se configura el consentimiento indirecto, en el que la voluntad del paciente se interpreta o se sustituye a través de terceros, en condiciones de urgencia y bajo presión operativa. Este modelo requiere ser revisado y normado con mayor claridad para evitar que la ausencia de protocolos específicos termine por desdibujar la responsabilidad profesional y el respeto a la autonomía del paciente.

Conclusiones

El consentimiento informado en el ámbito de la atención médica prehospitaria en México representa uno de los principales retos ético-jurídicos para el personal paramédico. A diferencia del entorno hospitalario, que goza de una estructura normativa bien definida, protocolos e infraestructura humana y administrativa que permiten atender de mejor manera la autonomía del paciente, la práctica prehospitaria se ve condicionada por factores como la urgencia clínica, la falta de acompañantes con capacidad jurídica para tomar decisiones cuando el paciente no pueda hacerlo, y la intervención indirecta del médico regulador.

El análisis del caso clínico presentado permite visibilizar las tensiones entre la obligación de actuar conforme al principio de beneficencia versus el respeto a la autonomía del paciente, cuando este se encuentra en un estado de inconsciencia o incapacitado para

manifestar su voluntad. En tales circunstancias, la decisión de los familiares que asumen el rol de tomadores de decisiones, las indicaciones del médico regulador y el juicio ético-clínico del personal prehospitario confluyen en escenarios que no siempre cuentan con una claridad normativa, y pueden comprometer tanto la ética profesional como la seguridad jurídica de los actores involucrados.

Frente a esta realidad, resulta indispensable entender el consentimiento informado no como un mero requisito legal, sino como un proceso ético de comunicación que debe adaptarse al contexto real del entorno prehospitario. Para ello, se recomienda:

- Fortalecer la formación bioética del personal prehospitario, con énfasis en la toma de decisiones en escenarios de emergencia.
- Establecer protocolos claros sobre el consentimiento por representación e intervención en ausencia de representantes legales, que contemplen el rol del médico regulador y del paramédico tratante.
- Impulsar el desarrollo normativo específico para la medicina prehospitaria, que reconozca su identidad profesional y los dilemas éticos propios de su ejercicio.
- Primar el respeto a la autonomía del paciente como eje rector de toda actuación prehospitaria, incluso en contextos de emergencia, mediante estrategias para la manifestación de voluntades anticipadas, el acceso a registros de forma inmediata a través del uso de tecnología y formación continua.

Reconocer y dignificar la práctica paramédica implica el reconocimiento de la complejidad ética y jurídica de su ejercicio,



siendo necesario dotarle de herramientas normativas y formativas que le permitan actuar con certeza jurídica y lineamientos bioéticos bien definidos.

Referencias

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1999). *Principios de ética biomédica* (Traducción al español). Barcelona, España, Masson.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2024). *Principios de ética biomédica* (Trad. al español de la 8ª edición en inglés). España, Universidad Pontificia de Comillas.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2021). *Ley General de Educación Superior*. Diario Oficial de la Federación, 20 de abril de 2021.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2023). *Ley General de Salud* (última reforma publicada el 4 de mayo de 2023). Diario Oficial de la Federación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Casado Flórez, M. I., & Suárez, R. M. (2016). Ética en la atención de emergencia: En busca de una preparación ética deliberada. *EIDON*, (45), 2–17. <https://doi.org/10.13184/eidon.45.2016.2-17>
- Congreso de la Ciudad de México. (2008). *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 7 de enero de 2008. <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/f388d1eeeb7022661d0cca9cdfd617f517981641.pdf>
- Martínez Bullé Goyri, V. M. (2017). *Consentimiento informado: Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas. <https://goo.gl/XDW8MB>
- Sánchez Guillaume, J. L. (2018). Un acercamiento a la medicina de urgencias y emergencias. *MEDISAN*, 22(7), 630–637. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000700630&lng=es&tlng=es
- Secretaría de Salud. (1986). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica*. Diario Oficial de la Federación, 14 de septiembre de 1986. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf
- Secretaría de Salud. (2012). *NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico*. Diario Oficial de la Federación, 15 de octubre de 2012. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
- Secretaría de Salud. (2013). *NOM-034-SSA3-2013, regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria*. Diario Oficial de la Federación, 7 de junio de 2013. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2016). Consentimiento informado en materia médico-sanitaria. Hipótesis de representación en la que están involucrados menores de edad (Tesis aislada 1a. CCLIX/2016 [10a.], Registro digital 2013134). *Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, Libro 36, Tomo II, 892. <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2013134>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2022). *Capacidad jurídica y reconocimiento ante la ley* (Capítulo 4). Dirección General de Derechos Humanos. <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/Publicaciones/archivos/2022-08/Capitulo%204.pdf>