

PRÓLOGO

A LA 2A EDICIÓN

El Consentimiento Informado:
Dignidad y protección del Derecho a la Salud

*Luis Alberto Villanueva Egan
Miguel Ángel Lezana Fernández*

Una herencia del pensamiento de la Ilustración es considerar la dignidad como una condición, cualidad o propiedad intrínseca de todo ser humano. En el trabajo del filósofo alemán Immanuel Kant (1724-1804) se encuentra su fundamentación cuando dice: “La humanidad entera es una dignidad; porque el hombre no puede ser utilizado únicamente como medio por ningún hombre (ni por otros, ni siquiera por sí mismo), sino siempre a la vez como fin, y en eso consiste precisamente su dignidad.” A lo anterior se suma la idea siguiente: “La autonomía es (...) el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional.”

De tal forma, el principio de autonomía es de importancia esencial ya que tiene en su centro el reconocimiento de la dignidad de la persona como ser libre y sujeto de derechos. Sobre el vínculo entre dignidad y derechos humanos Kant dice: “La dignidad de la humanidad en nosotros (...) se hace visible cuando no permitimos que nuestros derechos sean pisoteados impunemente por otros.”

Además de la dignidad como identidad personal que se reconoce con el autorrespeto, la integridad, la autonomía y la inclusión, podemos hablar de una dignidad social que ofrece los elementos para explicar la convivencia humana, cuyas normativas éticas emanan de la comunicación racional entre las personas, viendo al otro como un interlocutor válido con el que es necesario entenderse, tratándosele como un sujeto autónomo. Desde esta perspectiva la razón es dialógica, teniendo como estructura básica la relación sujeto-sujeto.

Las normas de convivencia se rigen por el derecho y la posibilidad de abocarse al proyecto personal de vida lícito que se prefiera, lo cual significa que debe existir una presuposición de justicia que sitúe a todo ser humano ante

iguales opciones y oportunidades de realizar su vida. En un mundo donde rige el pluralismo de valores y la multiculturalidad, una propuesta de interacción humana que respete y fomente el interés de todas y cada una de las personas sólo puede darse a través de la deliberación moral entre quienes aceptan el ingreso incondicional de toda persona, la participación ecuánime, el compromiso de veracidad de los participantes, la ausencia de toda persuasión coercitiva y la disposición de ir en pos de convencimientos y acuerdos basados únicamente en los mejores argumentos, evitando afectar los intereses de otros grupos.

Para que los argumentos sean aceptables en la deliberación moral (y en el consentimiento informado como ejercicio de deliberación moral) deben cumplir cuatro condiciones: inteligibilidad, veracidad, honestidad y corrección. La inteligibilidad se refiere al uso de un lenguaje comprensible, evitando las ambigüedades e imprecisiones a fin de que los otros puedan entender el mensaje emitido. En el caso del consentimiento informado, lo que se dice y cómo se dice debe hacer posible la interpretación y comunicación del conocimiento como un ejercicio válido por alcanzar interpretaciones consensuadas. El criterio de veracidad solicita que sólo se utilicen argumentos que sean considerados verdaderos en el estado de conocimiento vigente. Los enunciados argumentativos han de ser honestamente expresados, es decir, sin discrepancia entre lo dicho y lo pensado o sentido a fin de deliberar sin prejuicios y sin cuidar intereses personales o corporativos. Finalmente, la validez argumentativa o corrección se refiere a que quien habla cree que las normas son correctas y justas.

Para que el diálogo sea efectivo en él deben participar, en las condiciones más próximas a la simetría, todos los afectados por las decisiones, expertos y no expertos, sin exclusión a priori de alguno de ellos, que para el caso del consentimiento informado son el enfermo/paciente/usuario, sus familiares o representantes legales y los profesionales de la salud involucrados. Con la gente que no comprende algo, el experto debe educar en lo básico que necesitan saber para tomar una decisión. Lo anterior está dentro de la teoría del consentimiento informado cuando el médico educa de algún modo al paciente para que decida en forma

autónoma si consiente o no las intervenciones diagnósticas o terapéuticas sobre su propio cuerpo. Tomar en serio este enfoque implica invertir recursos en la educación de los pacientes que es, sin duda, un modo infalible de promover su autonomía y su auto-cuidado.

En la interacción comunicativa se va conformando una coautonomía experiencial, comunicativa y solidaria que requiere la existencia de un cierto ideal de humanidad con el que nos identifiquemos en lo individual y en lo colectivo. No se trata de una autonomía ideal y trascendental en el ámbito de la autoconciencia, sino de una autonomía de carne y hueso, donde la obligación moral esté vinculada al sentimiento de respeto por la dignidad y a la solidaridad con lo vulnerable.

Para la filósofa norteamericana Martha Nussbaum la noción de dignidad está estrechamente relacionada con las oportunidades disponibles para cada persona, que pueden elegir llevar o no a la práctica. Por lo tanto, este enfoque está centrado en la libertad y comprometido con el respeto a las facultades de autodefinición de las personas concebidas como fines en sí mismas.

De acuerdo a Nussbaum para que las personas sean capaces de llevar una vida digna, los gobiernos están obligados a procurar a todos los ciudadanos y ciudadanas un nivel umbral más que suficiente de capacidades centrales entre las que se encuentra la afiliación, definida como: a) Poder vivir con y para los demás, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos, participar en formas diversas de interacción social; ser capaces de imaginar la situación de otro u otra. b) Disponer de las bases sociales necesarias para que no sintamos humillación y sí respeto por nosotros mismos; que se nos trate como seres dignos de igual valor que los demás.

Donna Hicks, creadora del modelo de la dignidad, identificó diez elementos centrales para afirmar que una persona es tratada con dignidad. Para el caso del consentimiento informado destacan los tres siguientes:

1. Aceptación de identidad. Implica relacionarse con las personas como iguales, ni superiores ni inferiores. Interactuar sin prejuicios y aceptar las diferencias debidas a la religión, la etnicidad, el género, la clase, la orientación sexual, la edad y la discapacidad, entre otras.

2. Reconocimiento. Prestarle atención a las personas, escucharlas y responder a sus preocupaciones, sentimientos y experiencias sin que necesariamente se comparta lo que el otro dice.
3. Justicia. Tratar a las personas en forma equitativa y conforme a las leyes y normas acordadas.

Entonces, la dignidad requiere autonomía, inclusión, respeto y autorrespeto, reconocimiento, justicia y solidaridad. La idea de dignidad se sustenta en el estatus igual de cada individuo independientemente de su raza, género, religión, talentos o habilidades, por lo mismo, es opuesta a la idea de superioridad o inferioridad de ciertos grupos humanos en relación con otros, así como de la idea de que es posible sacrificar la vida o las condiciones de vida de unos para lograr el bienestar de otros.

Por su parte, la noción de autonomía está vinculada al concepto de autodeterminación y se entiende como la capacidad de regirse por una ley propia y de tomar decisiones por uno mismo, sin influencia de los demás; la capacidad de ser responsable de nuestro propio comportamiento y de conducir la propia vida, de acuerdo con la propia conciencia. Es decir, una acción será sustancialmente autónoma cuando sea realizada por un sujeto que actúa intencionalmente, con comprensión y libre de control o influencias. Al respecto Kant establece que la idea de libertad se halla inseparablemente unida al concepto de autonomía y con este el principio universal de la moralidad, que se convierte además en “el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional”.

En el ejercicio de la medicina, la autonomía se materializa en la capacidad del paciente de ser un agente activo en el momento de elegir y la manera en que constitutivamente puede hacerlo es a partir de la práctica del consentimiento informado. La obligación profesional de obtener el consentimiento informado se fundamenta en dos principios. Por un lado, en la obligación de procurar el mayor bien posible a los pacientes y ayudarles a realizar en lo posible su propio proyecto de vida y por el otro, en la obligación de respetar las decisiones autónomas de los pacientes, lo cual puede entenderse como un nuevo contenido del principio de no maleficencia, mínimo ético por debajo del cual na-

die puede situarse. De lo anterior podemos concluir que el consentimiento informado es un modelo de relación clínica fruto del resultado de la idea de autonomía psicológica y moral de las personas.

El consentimiento informado representa un principio de comunicación y clarificación que cumple diversas funciones importantes en el contexto de la relación clínica entre los enfermos o usuarios y los profesionales de la salud e instituciones, tales como:

1. La promoción de la autonomía, individual y como valor social general.
2. La protección de los pacientes.
3. Evitar el fraude y la coacción.
4. Fomentar el autocuidado por los profesionales de la salud
5. Promover las decisiones racionales

Desde otra perspectiva el consentimiento informado representa el principal instrumento jurídico y ético para hacer efectiva la protección del derecho a la salud. Pero más que un formato o contrato, el consentimiento informado es un proceso clínico de comunicación continua, en el que el médico y el paciente, enfermo o usuario, tienen la disposición recíproca para hacer ejecutable el derecho de una persona a decidir aceptar o no un procedimiento médico. Este proceso dialógico comienza durante el contacto inicial, durante la presentación, momento en el que el médico obtiene información pertinente sobre las expectativas, formación y antecedentes del paciente que le permitirán posteriormente presentar de manera efectiva los contenidos de un consentimiento informado.

En este proceso es imprescindible una comunicación efectiva. Se considera que una persona tiene total comprensión de su acción si existe una aprehensión completa y adecuada de todas las proposiciones que contribuyen a obtener una apreciación correcta de la naturaleza de la acción propuesta, así como de los riesgos, beneficios, alternativas, consecuencias previsibles o problemas que se puedan seguir de llevarse a cabo o no una determinada acción. Ser moralmente autónomo requiere de la conjunción de libertad y responsabilidad.

Así, el consentimiento se establece en primera instancia como un diálogo que se continúa durante su documenta-

ción o institucionalización, dando respuesta a las preguntas que van surgiendo, verificando paso a paso que la persona se apropia adecuadamente de lo que va a suceder dentro de la intervención médica, como evidencia del respeto por su dignidad y reconocimiento de su autonomía, entendiéndola ésta como una capacidad y como la posibilidad efectiva de su ejercicio. La quinta edición del Manual de Ética del American College of Physicians en relación al proceso del consentimiento informado dice lo siguiente:

“El principio y la práctica del consentimiento bajo información depende de que los pacientes hagan preguntas cuando no estén seguros de la información que reciben; en que piensen detenidamente sobre sus opciones; y en que sean francos ante sus médicos sobre los valores, las inquietudes y reservas sobre una recomendación en particular. Una vez que los pacientes y médicos convengan en un plan de acción, los pacientes deben hacer todo lo posible dentro de lo razonable para implementar los aspectos de la atención que estén bajo su control o para informar al médico oportunamente si no es posible hacerlo.”

El médico tiene el deber y la responsabilidad de asegurarse, por un lado, que ha comunicado de manera clara y completa la descripción de la intervención propuesta (preventiva, diagnóstica, terapéutica o rehabilitadora); y, por otro lado, cerciorarse que el paciente ha comprendido adecuadamente toda la información relacionada con la intervención y su papel dentro de ella, sin imposiciones, ni coacciones internas o externas. La comprensión es de especial importancia ya que la calidad del proceso de decisión autónoma diferirá sustancialmente según qué tanto la persona comprenda: la comprensión de la propia acción se deriva de una precisa interpretación de los dichos e intenciones del otro, estableciéndose un correlato entre lo que una persona interpreta, la representación mental de una situación y lo que el otro quiso decir. Para que el diálogo sea efectivo se necesita que en él se construya un lenguaje común que permita a las partes garantizar que se está comprendiendo aquello a lo que se está accediendo.

Una comprensión del consentimiento informado más allá del minimismo ético tratará que el paciente no sólo “consienta” sino que colabore activamente con el médico

en la evaluación de las opciones diagnósticas y terapéuticas, y en el proceso de toma de decisiones al respecto. Lidz, Appelbaum y Meisel han propuesto una tipología de los modelos de obtención del consentimiento informado. El primero, identificado como el modelo puntual, entiende la toma de decisiones como un acto aislado, con un tiempo limitado y generalmente inmediatamente previo a la realización del procedimiento propuesto. Además, enfatiza satisfacer los requisitos mínimos éticos y legales en términos de la cantidad y la comprensión de la información. El símbolo central de este modelo es el habitual formulario escrito de consentimiento informado.

El segundo, identificado como el modelo progresivo se basa en la participación activa del paciente en el proceso de toma de decisiones. La toma de decisiones no es un hecho aislado sino un proceso continuo que inicia en el mismo instante en el que el paciente se presenta con el médico, y que sigue durante cada uno de los pasos sucesivos que componen el proceso. Este modelo sólo puede desarrollarse cuando la relación clínica es directa y prolongada.

Cuando un médico y un paciente entablan una relación profesional existe una asimetría entre los conocimientos que cada uno de ellos posee. De esta manera el médico se encuentra en una posición de autoridad sobre sus pacientes en la medida en que sus conceptos terminarán por determinar un proceso de evaluación o un posible tratamiento. En este sentido, el proceso de consentimiento informado se constituye en una práctica que regula la autoridad teórica del médico, promoviendo una actitud más honesta y abierta, para evitar que se cometan abusos en torno a la integridad del paciente y que le permita a éste conservar su capacidad deliberativa.

Es precisamente el consentimiento informado el punto de conexión entre los sujetos de la relación clínica que permite no sólo equilibrar dicha relación, sino además darle eficacia y seguridad jurídica instrumentalizando la protección del derecho a la salud mediante la función de medio tutelar de tal derecho. En la valoración del consentimiento informado debe primar la teoría de protección al débil jurídico a fin de reducir la asimetría de información existente en la relación médico-paciente y contribuir a eli-

minar la desigualdad existente entre los miembros de una sociedad.

Contrario al manejo habitual del consentimiento informado como un requisito administrativo, un documento al que se le atribuyen propiedades de amparo, “patente de corso” o un mero trámite, la efectividad de este proceso dialógico no se encuentra tanto en la aceptación rutinaria de la intervención por los pacientes como cuando frente a una objeción fundamentada en su sistema de creencias y valores, y habiendo previamente comprendido en forma adecuada lo que implica la intervención médica, un paciente decide revocar el consentimiento en cualquier etapa de la atención contando con el respeto de los profesionales de la salud.

No desconocemos que la gestión diaria del consentimiento informado en escenarios organizativos con limitaciones de tiempo y recursos y ante una variedad de pacientes que nos sorprenden con sus particularidades, representa un gran desafío. Del mismo modo que existen diferencias entre la eficacia y la efectividad, entre los resultados *in vitro* y los resultados *in vivo*, existe un desafío que exige de habilidades de comunicación que no se improvisan para llevar al escenario real de la práctica de la medicina el respeto hacia el paciente y su inherente autonomía.

El consentimiento informado como acción comunicativa empática revela que la relación de los médicos con sus pacientes no puede reducirse a un estrecho marco de competencias técnicas y deberes normativos, sino que debe asumir aptitudes afectivas que aporten a la relación una mayor calidad humana frente a la fría imparcialidad e indiferencia de algunos profesionales de la salud hacia la vulnerabilidad del enfermo.

Cuando no existe un interés genuino en reconocer a las personas como seres autónomos se les está negando el igual estatus o rango humano de una persona, lo que significa excluirla de la humanidad, lastimar su autorrespeto y humillarla. Pero, no sólo las conductas humillan, también lo hacen las instituciones cuando violan los derechos, especialmente aquellos que definen la dignidad, cuando tratan a las personas como ciudadanos de segunda clase, cuando se les despersonaliza para convertirlas en número, enfermedad o procedimiento.

“Todo ha cambiado y nada ha cambiado” fue la síntesis diagnóstica elaborada por Faden y Beauchamp en 1986 acerca de la incorporación del consentimiento informado como una práctica rutinaria en los servicios de salud. Han cambiado las estructuras sociales, culturales, políticas, legales y profesionales que amparaban el paternalismo médico y han sido sustituidas por otras que propician la participación de los pacientes en la toma de decisiones relacionada con su salud. Pero nada ha cambiado porque en el fondo muchos de los profesionales de la salud no han asumido el cambio de mentalidad ética y profesional, respondiendo estrictamente sólo a los mínimos legales y conservando actitudes paternalistas e incluso atentatorias contra los derechos de los pacientes.

No obstante de sus limitantes, parece ser que el mejor escudo contra las violaciones de la dignidad son los derechos humanos como resultado de consensos jurídicamente positivizados que adquirirán mayor legitimidad desde el punto de vista moral en la medida en que involucren a un número mayor de implicados. El respeto a los derechos humanos (incluido el derecho a la salud) resulta fundamental para no violar la dignidad de las personas y con ello lograr una “vida digna”. Desde esta perspectiva, el término “vida digna” se relaciona cada vez más con el concepto de “calidad de vida”.

Es decir, una adecuada calidad de vida se logra mediante el respeto de los derechos humanos de las personas. El tema de la vida digna es crucial para los profesionales de la salud, debido a que su trabajo se desarrolla tratando directamente con seres humanos en situación de vulnerabilidad. El médico, y todo el personal de salud, debe estar pendiente de respetar el marco mínimo de los derechos humanos (tratando de elevar en forma continua el horizonte ético de sus actuaciones, no conformarse con mínimos éticos sino intentar maximizarlos) y, con ello, la calidad de vida y la dignidad de las personas con las que trata.

Bibliografía

1. Ad hoc Committee on Medical Ethics. American College of Physicians. American College of Physicians Ethics Manual. 5th ed. *Ann Intern Med* 2005; 142: 560-82.
2. Altisent R. La gestión de la autonomía en la práctica clínica. *EIDON* 2013; 39:35-43.
3. Álvarez Díaz JA. ¿Qué es la dignidad humana? En: Álvarez Díaz JA, López Moreno S (coordinadores). *Ensayos sobre ética de la salud: aspectos clínicos y biomédicos. Volumen 1: Aspectos fundamentales y biomédicos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco; 2014, p. 63-90.
4. Conill SJ. La invención de la autonomía. *EIDON* 2013; 39:2-12.
5. Kant I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. España: Tecnos, 1983.
6. Kottow M. Ética de la comunicación. *Hacia una bioética comunicativa*. *Nuevos Folios de Bioética* 2012; (7):7-21.
7. Muñoz Oliveira L. *Árboles de largo invierno. Un ensayo sobre la humillación*. México: Almadía, 2016.
8. Nussbaum MC. *Crear capacidades*. España: Paidós; 2012.
9. Pérez FGM, Cantoral DK. La implicación del consentimiento informado como garantía constitucional en la administración de justicia. *Revista del Instituto de la Judicatura Federal* 2007; 24:205-31.
10. Simón LP. El consentimiento informado: teoría y práctica (I). *Med Clin (Barc)* 1993; 100:659-63.
11. Simón LP, Júdez GJ. Consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:99-106.
12. Simón P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29 (Supl. 3): 29-40.