

LOS DERECHOS HUMANOS Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: MÁS ALLÁ DEL DERECHO A LA SALUD

Gonzalo Gianella^{1,2,a}

RESUMEN

Proporcionar una atención médica es un proceso complejo que requiere de un estricto respeto de los derechos humanos. En países como el Perú, a pesar de contar con normas y leyes específicas, el ejercicio de la autonomía del paciente no es común y, ciertamente, el paternalismo y la beneficencia son priorizados al momento de tomar decisiones médicas. En este tipo de realidad, exigir a los profesionales de la salud que se respeten los derechos fundamentales de las personas debe ser considerado crucial, mucho más que en las sociedades donde los ciudadanos están realmente empoderados. Pero para lograr el pleno respeto a los derechos humanos, especialmente en la prestación de un servicio de salud, existe la necesidad de ir mucho más allá de la defensa de una legislación apropiada y de marcos normativos. En este artículo se argumenta que la violación de ciertos derechos, como el proceso de consentimiento informado, por parte de los proveedores del cuidado de la salud, se evidencia en cómo estos profesionales, especialmente médicos formados en la tradición occidental, establecen prioridades y llegan a juicios morales. En este escenario hay que considerar la necesidad de un cambio en la manera en la que se entienden los derechos humanos para mejorar el respeto hacia ellos durante las atenciones de salud.

Palabras clave: Consentimiento informado; Derechos humanos; Derecho a la salud; Ética clínica; Atención médica (fuente: DeCS BIREME).

HUMAN RIGHTS AND INFORMED CONSENT IN CLINICAL PRACTICE: BEYOND THE RIGHT TO HEALTH

ABSTRACT

Providing medical care is us a complex process that requires a strict respect for human rights. In countries like Peru, despite of having regulations and specific laws, patient's autonomy is not a common currency and certainly paternalism and beneficence generally overrule in physicians decision making. In this type of reality the requirement to health care professionals for respecting fundamental rights should be considered crucial, far more than in societies where citizens are really empowered. But to achieve the full respect of human rights, especially when providing a health care service, there is the need to go much further than just advocating for appropriate legislation and regulatory frameworks. In this article I argue that the violation of certain rights as the informed consent process by health care providers, is rooted in how these professionals, specially medical doctors trained in the western tradition, establish priorities and arrive to moral judgments. In this scenario I consider the need of a change in the way the Human Rights framework is being used to improve fundamental rights respect in health care.

Key words: Informed consent; Human rights; Right to health; Ethics, clinical; Medical care (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Las atenciones de salud, en especial las atenciones médicas, son procesos complejos que se dan en sociedades cuyos miembros pueden tener diferentes grados de conocimientos sobre los derechos humanos (DD. HH.). Pese a esto, hoy en día existe un consenso en considerar que una de las características más

importantes que deben tener las atenciones de salud es que se den dentro del pleno respeto a los DD. HH. ⁽¹⁾. Dentro de este marco, un aspecto primordial consiste en que dentro de estas atenciones se produzca un proceso de consentimiento informado (CI), como garantía para que todo individuo pueda ejercitar su derecho de decidir, libre e informado, sobre su salud ^(1,2).

¹ International Federation of Health & Human Rights Organizations (IFHHRO). Amsterdam, Holanda.

² Unidad de Cuidados Intensivos y Servicio de Neumología, Clínica Ricardo Palma, Lima, Perú.

^a Médico cirujano especialista en Neumología.

Recibido: 27-09-12 Aprobado: 23-01-13

Un problema con respecto a esta exigencia está dado por el hecho de que el concepto del CI no ha evolucionado a la par del conocimiento médico. Si bien existe documentación histórica de prácticas médicas occidentales que podrían contener elementos de consentimiento desde el siglo XVIII, es evidente que el proceso de CI tal cual lo conocemos hoy en día se incorporó a la práctica clínica pasada la segunda mitad del siglo XX. Una característica a destacar es que esta práctica se incorporó desde fuera de la Medicina, en parte debido al desarrollo de jurisprudencia a partir de casos de vulneraciones de derechos de pacientes ⁽³⁾.

Como muchas acciones humanas, las atenciones médicas son el producto de un proceso racional, por tanto sujetas a una valoración moral por parte de quienes se ven involucrados. Los médicos realizan sus acciones, al mismo tiempo que racionalizan si lo que hacen es moralmente correcto. Este juicio moral, si bien puede contener elementos relacionados a la doctrina de DD. HH., será también el resultado de lo que podría llamarse la cultura médica, con el adicional de que los médicos no podrán evitar la influencia de la sociedad en la que nos desenvolvemos.

En este contexto, es necesario cuestionarnos si el CI es defendible en todas las situaciones que se producen en una atención de salud, o si existen otros principios de conducta, como los enmarcados en los códigos de conducta ética, que puedan ser utilizados para relativizar el respeto al CI. Tampoco debemos dejar de cuestionar si podemos describir situaciones donde éticamente el principio de CI, solo visto como un derecho al respeto de la autonomía y libre determinación, no tenga un beneficio claro en la salud de los individuos, o si puede utilizarse el marco de los DD. HH. para lograr el respeto pleno del proceso de CI, más allá de centrarse en el derecho a la salud, entendido este como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

DERECHOS HUMANOS, DERECHO A LA SALUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para las instituciones que desarrollan sus planteamientos dentro de la doctrina de los DD. HH. es evidente que para un ejercicio pleno del derecho a la salud, las acciones de los médicos deben darse respetando la autonomía, la libre determinación y el respeto a la dignidad. Por ello, las prácticas de servicios de salud en las que no se ejercita el proceso de CI son siempre objeto de crítica y recomendaciones para implementar procesos de cambio. La uniformidad de este criterio

ha sido resumida en el reporte del relator especial a la Asamblea General de la ONU sobre el derecho a la salud en el año 2009 ⁽⁴⁾; en el que se destaca que: *“... Garantizar el consentimiento informado es un aspecto fundamental del respeto a la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana de la persona en un proceso continuo y apropiado de servicios de la atención de salud solicitados de forma voluntaria. La salvaguardia de la capacidad de la persona para ejercer el consentimiento informado en las cuestiones relacionadas con la salud y su protección contra los abusos (incluidos los que se relacionan con prácticas tradicionales) son fundamentales para la protección de estos derechos”*.

Por su parte la Asociación Médica Mundial (AMM) en su manual de ética ⁽⁵⁾ destaca que los pacientes: *“... Tienen derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación con su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión”*.

Una revisión sobre el concepto de CI en leyes y códigos de ética de organizaciones médicas llevará a coincidencias con lo anterior. La ley General de Salud del Perú claramente establece en su artículo cuarto que: *“... Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo”* ⁽⁶⁾. Finalmente, el Colegio Médico del Perú menciona en su Código de Ética ⁽⁷⁾ que todo paciente tiene derecho a: *“... Aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido adecuadamente informado, o a revocar su decisión en cualquier momento, sin obligación de expresión de causa”*.

El CI es entonces parte de acuerdos internacionales, ha sido incorporado a leyes nacionales y se encuentra hasta en códigos de conducta profesional. Pero la realidad es que su implementación es aún limitada tanto a nivel local como internacional, en especial en países en vías de desarrollo. Estas limitaciones son variadas, dando un grado de complejidad considerable al problema. Por ejemplo, en un estudio con médicos jóvenes peruanos se encontró que el porcentaje de respuestas correctas con respecto al proceso de CI en un examen de conocimiento médico fue en promedio del 30% ⁽⁸⁾. También en el Perú, varios estudios han mostrado serias deficiencias en la calidad de la información contenida en los formatos de CI en hospitales públicos ^(9,10). Finalmente, en hospitales públicos de la región existen documentadas discrepancias entre las percepciones de proveedores y usuarios con respecto al proceso de información dada durante la atención ^(11,12).

LOS PROBLEMAS CON LA AUTONOMÍA Y EL DERECHO A LA SALUD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA COTIDIANA

Entre todas sus características la medicina occidental tiene una muy importante y casi universal: sus atenciones ocurren a nivel individual. Teniendo en cuenta ello, ¿puede el CI considerarse como un elemento siempre positivo en relación al goce pleno de la salud?. La pregunta es relevante, ya que si lo que se busca es que el CI se convierta en esa herramienta fundamental para el ejercicio de un derecho a la salud, la respuesta debería ser positiva en la gran mayoría de casos.

Si bien existen situaciones en las que el respeto de la autonomía, la información entendible y completa, aunados a una decisión libre de coerción constituyen sin duda pasos hacia un goce pleno de la salud del individuo, existen también situaciones donde el CI no tiene un beneficio tan claro. No se puede negar el beneficio de un proceso pleno de CI en, por ejemplo, decisiones relacionadas a los derechos sexuales y reproductivos. Existen adicionalmente muchos ejemplos sobre decisiones relacionadas a enfermedades con gran carga de componentes discriminatorios, como las pruebas diagnósticas de VIH, en las que el ejercicio pleno de un CI beneficiará directamente a la salud del individuo. Pero la práctica médica es muchísimo más vasta y compleja. Muchas veces, los prestadores de servicios de salud estarán envueltos en situaciones en las que los beneficios del CI no resultan tan claros y hasta podría considerarse contraproducente a la salud del individuo. Entonces, ¿cómo argumentar a favor del CI en esas situaciones usando el marco de los DD. HH?

Antes de revisar estos argumentos, ilustrémonos con algunos ejemplos:

- En una consulta médica a una persona que sufre de hipertensión se le prescribe un medicamento. Un seguimiento estricto de un proceso de CI implica describir de manera entendible todos los potenciales efectos adversos del medicamento. En este escenario, es improbable que un profesional de salud pueda recorrer toda la lista de efectos adversos de un principio activo en particular, situación que se complica si es que es más de un medicamento prescrito. Desde el punto de vista del paciente, nos debemos preguntar si el poseer esta información constituye un claro ejemplo de un goce pleno de su salud o un beneficio directamente en la salud del usuario. Si añadimos que la posibilidad que el medicamento prescrito produzca un efecto adverso es muy pequeña, ¿en qué beneficia al paciente conocer plenamente un listado de efectos adversos graves pero extremadamente infrecuentes?

- Un adulto va a ser sometido a una cirugía de apendicitis, un tipo de cirugía de emergencia que en manos expertas tiene una tasa de complicaciones muy pequeña. Es difícil encontrar un beneficio directo en el goce pleno de la salud de la persona (que seguramente estará en dolor, con fiebre, muerto de miedo en una camilla de una sala de emergencia) si previo a entrar al quirófano se le entrega de manera oral y por escrito un listado de complicaciones que incluyen el riesgo de muerte o de una infección severa. Este beneficio en la salud de la persona será más difícil de defender si se tiene en cuenta que algunas de estas ocurrencias suceden en muy pocos casos y esto es transmitido en términos muy difíciles de entender, como es el lenguaje técnico epidemiológico.
- ¿En cuánto beneficia al goce pleno de su salud que una persona que tiene una infección de piel sepa el mecanismo de su enfermedad, el germen que la produce, todos los efectos adversos de las medicinas, si esta durará pocos días, y se cura con unas pocas inyecciones o pastillas?

Todos los cuestionamientos anteriores son válidos y difíciles de argumentar en la medida en que defendamos el uso de CI solo en relación al respeto de la autonomía y al derecho a la salud (como un efecto directo en su goce pleno por los individuos). De manera adicional, de centrarse solo en estos aspectos, los servidores de salud utilizarán la ausencia de un efecto beneficioso claro, en detrimento del ejercicio pleno del consentimiento, resultando en una incapacidad de exigir su respeto pleno. Si bien la autonomía es resaltada por la bioética actual como “el principio sobre todos los principios”⁽¹³⁾, la beneficencia, la justicia y la no maleficencia ganarán espacio en las situaciones en las que el ejercicio pleno de la autonomía no resulta en un aparente beneficio en la salud⁽¹⁴⁾.

LOS DERECHOS HUMANOS: MUCHO MÁS QUE SOLO EL RESPETO A LA AUTONOMÍA Y AL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD

En el Perú es relativamente común encontrar a profesionales de la salud que argumentan diversas razones en contra del proceso de CI y el respeto pleno de los derechos individuales. Usualmente, esta construcción de argumentos la desarrollan profesionales que, al mismo tiempo, expresan un convencimiento de que su práctica cotidiana se desarrolla por razones moralmente correctas. Argumentar en este escenario es difícil, y el uso de la doctrina de derechos humanos se ha centrado tradicionalmente en resaltar la importancia del CI como el

ejercicio de la autonomía para el derecho a la salud. Los enfoques tradicionales desde la bioética coinciden con este enfoque positivista, centrándose en la autonomía de los pacientes. En mi opinión, estos enfoques se basan en discusiones conceptuales, simplificando el problema en extremo, creando una dicotomía entre el buen médico (que sería aquel que “respeto la autonomía”) y el mal médico (aquel que no lo hace). Ya que en la práctica clínica no se utilizan conceptos abstractos, sino el significado que los actores le dan, estos enfoques tradicionales terminan siendo un obstáculo para que los médicos racionalicen y adapten un significado para los DD. HH. que pueda hacer frente a la costumbre médica en la cual cotidianamente se desenvuelven.

Es conocido que la Declaración Universal de Derechos Humanos ⁽¹⁵⁾ ocurrió en un contexto histórico muy especial. La trascendencia del momento en que se dio este documento, si bien no se puede negar que se debió sobre todo a la gravedad de las atrocidades ocurridas durante la Segunda Guerra Mundial, fue también el producto de una racionalización de la capacidad humana de producir sufrimiento, daño y muerte. La declaración puede ser vista entonces como un instrumento generado luego del proceso de tomar conciencia de los actos que los seres humanos son capaces de producir a otros. Adicionalmente, la declaración establece implícitamente que no existe un grupo humano que pueda considerarse inmune a producir injusticia, sufrimiento, dolor y muerte en otros seres humanos, por ello el entendimiento de lograr el respeto universal de ciertos principios.

El proceso de CI es muchas veces engorroso. Más de un médico podrá admitir que no es un proceso placentero, y muchas veces da la impresión de generar más obstáculos que beneficios. Ejercitarlo por la razón correcta, desde la perspectiva de los DD. HH., implica algo más que un beneficio directo a la salud de los individuos que están “consintiendo”, o el respeto de su autonomía. Si entendemos que los médicos son seres humanos, ciudadanos de sociedades particulares, que cargan bagajes culturales determinados, las exigencias sobre el respeto al proceso de CI deberían ser enmarcadas más allá de enfoques “positivistas”. Así, además del ejercicio del derecho a la salud y del respeto a la autonomía, los médicos deben respetar el proceso de CI porque es una forma (la más consensuada que la humanidad conoce) de evitar la arbitrariedad en sus acciones, en una situación en la que además los médicos tienen una gran hegemonía de poder y conocimiento. El CI se erige entonces como un principio a seguir, que intenta evitar el sesgo que el médico pueda tener, por ejemplo, al recomendar un medicamento en particular

(debido por ejemplo a la influencia de terceros), pero también tiene el rol de racionalizar que este sesgo puede ocurrir. Así se constituye como uno de los más claros reconocimientos de la naturaleza humana del acto médico, con toda su complejidad y todos sus defectos.

La democracia se erigió en el siglo XX como una alternativa al totalitarismo. Imperfecta, llena de burocracias, permeable a la corrupción, pero sigue siendo nuestra mejor arma frente a una de las grandes fuentes de sufrimiento y muerte del siglo pasado. Los DD. HH. van en esa dirección y, como la democracia, algunos de sus procesos son incómodos, aun para sus beneficiados. El CI es parte de ello. Como un tratamiento para la presión arterial elevada, hay que tomarlo todas las veces que es indicado, con la incomodidad y efectos adversos que estos pueda producir. De manera similar a la hipertensión arterial, que parece no tener una cura, para la injusticia, para la discriminación, para que seres humanos produzcan sufrimiento en otros, tampoco la hay, pero hay tratamientos. En el caso de las atenciones de salud, el CI es el mejor tratamiento que se ha encontrado para evitar que la condición humana de los proveedores de salud exprese ese lado oscuro. Pero su ejercicio no está exento de incomodidades ni efectos adversos.

REFLEXIONES FINALES

Todos los procesos de cambio en lo referente a derechos individuales que se han dado en los últimos 50 años han tenido un componente de conflicto en su implementación. Si bien muchos de estos procesos han contenido discusiones conceptuales, ninguno de los derechos civiles logrados durante el siglo XX fueron posibles sin presenciar discusiones y confrontación.

A mediados del siglo XX, el proceso de CI llegó a la práctica clínica para quedarse. Pero para lograr su implementación plena, se requiere de discusiones más amplias, que incluyan a quienes se ven involucrados en el día a día de su implementación. La historia nos enseña que este proceso de cambio no va a estar exento de resistencia y conflicto, que podría ser aminorado si es que se dota, a quienes deben implementar los cambios, de herramientas de razonamiento más cercanas a su realidad. Es allí donde la doctrina de los DD. HH. se constituye como una herramienta útil para lograr este necesario cambio.

Fuente de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: el autor ha sido médico asesor externo de la Defensoría del Pueblo del Perú entre los años 2005 y 2011.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Paris: UNESCO; 2006.
2. Gostin LO. *Informed consent, cultural sensitivity, and respect for persons*. JAMA. 1995;274(10):844-5.
3. Faden RR, Beauchamp TL. *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford: Oxford University Press; 1986.
4. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas del 10 de agosto del 2009.
5. Asociación Médica Mundial (AMM). *Manual de Ética Médica*. 2da edición. Ferney-Voltaire: AMM; 2009.
6. *Ley General de Salud N° 26842*. Promulgada por el Congreso de la República del Perú el 9 de julio de 1997.
7. Colegio Médico del Perú (CMP). *Código de Ética y Deontología*. Lima, CMP; 2007.
8. Zavala S, Sogui C, Delgado A, Cardenas M. *Consentimiento informado en la práctica médica: Factores asociados a su conocimiento en una población de médicos peruanos*. An Fac Med. 2010;71(3):171-7.
9. Castro Maldonado B, Callirgos Lozada CC, Failoc Rojas VE, Leguía Cerna JA, Díaz-Vélez C. *Evaluación de la calidad de estructura y contenido de los formatos de consentimiento médico informado de los hospitales de la Región Lambayeque*. Marzo-junio 2010. Acta Med Per. 2010;27(4):238-43.
10. Málaga Rodríguez G, Tupayachi Ortiz G, Guevara Guevara T, Hidalgo Salinas F. *Evaluación de la calidad de los consentimientos informados de los servicios de hospitales nivel III-IV de Lima y Callao*. Rev Med Hered. 2007;18(3):136-42.
11. Oppliger W, Bascañan L. *Consentimiento informado. Percepción de médicos, enfermera y padres sobre el proceso comunicativo*. Rev Chil Pediatr. 2011;82(3):204-10.
12. Noda Milla JR, Perez Lu JE, Malaga Rodríguez G, Aphan Lam MR. *Conocimientos sobre "su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales*. Rev Med Hered. 2008;19(2):68-72.
13. Gillon R. *Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be "first among equals"*. J Med Ethics. 2003;29(5):307-12.
14. Khan RI. *Informed consent and some of its problems in Pakistan*. J Pak Med Assoc. 2008;58(2):82-4.
15. Organización de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de los derechos Humanos* [Internet]. New York: United Nations Web Sites; c20013 [citado el 25 de octubre del 2012]. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml

Correspondencia: Gonzalo Gianella Malca
 Dirección: Av. Javier Prado Este 1010, Lima 27, Perú.
 Teléfono: (511) 224 2224 anexos 4004 - 4005
 Correo electrónico: drgonzalogianella@gmail.com

Consulte la versión electrónica de la
 Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública en
www.pubmed.gov

