

DIÁLOGO MÉDICO - PACIENTE

Reflexiones desde una perspectiva
interdisciplinar

María Virginia Cáceres

Martín Torres

José María Cantó, sj

Mariano Mosquera



1

COLECCIÓN
ETHOS

CENTRO DE BIOÉTICA



María Virginia Cáceres

Abogada y Magíster en Relaciones Internacionales, profesora e investigadora en bioética. Ejerce como secretaria del Centro de Bioética de la Universidad Católica de Córdoba (UCC).

Martín Torres

Médico cardiólogo. Ejerce su profesión en la Clínica Universitaria Reina Fabiola. Es miembro del Centro de Bioética de la UCC.

José María Cantó

Sacerdote jesuita, Doctor en Teología. Actual decano de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la UCC. Es miembro del Centro de Bioética de la UCC.

Mariano Mosquera

Doctor en Ciencia Política, investigador y profesor en ética. Es director del Centro de Bioética de la UCC.

Diálogo médico-paciente : reflexiones desde una perspectiva interdisciplinar /
María Virginia Cáceres de Irigoyen ... [et al.]. - 1a ed
- Córdoba : Universidad Católica de Córdoba, 2020.
Libro digital, PDF - (Ethos / 1)

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-47318-4-5

1. Medicina. 2. Atención al Paciente. 3. Tratamiento Médico. I. Cáceres de Irigoyen, María Virginia. CDD 610.1

Colección Ethos
Volumen 1. Diálogo médico - paciente. Reflexiones desde una perspectiva interdisciplinar

Centro de Bioética de la Universidad Católica de Córdoba

De esta edición:

Copyright © 2020 by Editorial de la Universidad Católica de Córdoba.

Maquetación interior y arte de tapa: Gabriela Callado.

Todos los derechos reservados – Queda hecho el depósito que prevé la ley 11.723



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA**
JESUITAS

Obispo Trejo 323. X5000IYG
Córdoba. República Argentina
Tel./Fax: +(54-351) 4286171
educ@ucc.edu.ar - www.uccor.edu.ar



Centro de
Bioética

DIÁLOGO MÉDICO - PACIENTE

Reflexiones desde una perspectiva
interdisciplinar

María Virginia Cáceres

Martín Torres

José María Cantó, sj

Mariano Mosquera

ÍNDICE

Introducción	3
1. Consideraciones preliminares	4
2. Conceptualización del proceso de consentimiento informado: la importancia del previo suministro de la información sanitaria	4
3. El consentimiento informado en la legislación argentina	7
3.1. Consentimiento para cuestiones académicas	8
3.2. Caso especial: el consentimiento en operaciones estéticas	9
4. La revocabilidad del consentimiento	9
5. Forma del consentimiento	10
5.1. ¿Cómo debe ser este instrumento?	11
6. Elementos del consentimiento informado	12
6.1. Carácter previo	12
6.2. Carácter libre	13
6.3. Carácter personal	14
6.4. Carácter pleno e informado	18
7. El proceso de suministro de información sanitaria	19
7.1. Cómo debe ser el suministro de la información	19
7.2. Contenido de la información	21
7.3. Plazo razonable de reflexión	23
7.4. Renuncia a recibir información	24
8. Aportes al proceso de información sanitaria desde otras disciplinas	24
8.1. Desde la teoría de la comunicación	24
8.2. Desde la economía de la información	26
8.3. Desde la experiencia de la praxis médica	33
Conclusiones y estrategias de aplicación y transferencia	34
Referencias bibliográficas	35

INTRODUCCIÓN

En el presente documento, el Centro de Bioética de la Universidad Católica de Córdoba desarrolla bases teóricas y metodológicas para reflexionar, interpretar y proponer mejoras al proceso por el cual se brinda información sanitaria al paciente, como aspecto previo e ineludible para la validez del proceso de consentimiento informado.

El Centro de Bioética, con casi 20 años de vida, apoya la docencia y la investigación interdisciplinaria en el ámbito de la universidad, así como también propone métodos e instrumentos que ayudan en el proceso de toma de decisiones y en las prácticas institucionales cotidianas.

En este contexto, el presente trabajo busca ser una herramienta útil de debate y consulta sobre el proceso de consentimiento informado y sobre el previo suministro de información sanitaria. Consideramos, también, que puede permitir el desarrollo de aplicaciones prácticas en el ámbito de la Clínica Universitaria Reina Fabiola y en otras instituciones relacionadas con las ciencias de la salud.

Como perspectiva general e interdisciplinaria, concebimos en este documento al proceso de información del médico al paciente como un proceso humano basado en el diálogo. En este sentido, Pablo VI –en su primera encíclica *Ecclesiam suam*– del 6 de agosto de 1964, nos dice que

las características del diálogo son los siguientes: 1) La claridad ante todo: el diálogo supone y exige la inteligibilidad, es un intercambio de pensamiento, es una invitación al ejercicio de las facultades superiores del hombre; bastaría este solo título para clasificarlo entre los mejores fenómenos de la actividad y cultura humana, y basta esta su exigencia inicial para estimular nuestra diligencia apostólica a que se revisen todas las formas de nuestro lenguaje, para ver si es comprensible, si es popular, si es selecto. 2) Otro carácter es, además, la afabilidad, la que Cristo nos exhortó a aprender de sí mismo: Aprended de mí, que soy manso y humilde de corazón (Mt 11, 29); el diálogo no es orgulloso, no es hiriente, no es ofensivo. Su autoridad es intrínseca por la verdad que expone, por la caridad que difunde, por el ejemplo que propone; no es un mandato ni una imposición. Es pacífico, evita los modos violentos, es paciente, es generoso. 3) La confianza, tanto en el valor de la propia palabra como en la disposición para acogerla por parte del interlocutor; promueve la familiaridad y la amistad; entrelaza los espíritus en una mutua adhesión a un Bien, que excluye todo fin egoístico. 4) Finalmente, la prudencia pedagógica, que tiene muy en cuenta las condiciones psicológicas y morales del que oye (cf. Mt 7, 6): si es un niño, si es una persona ruda, si no está preparada, si es desconfiada, hostil, y se esfuerza por conocer su sensibilidad y por adaptarse razonablemente y modificar las formas de la propia presentación para no serle molesto e incomprensible.

En definitiva, cuando el diálogo se conduce de esta forma, se realiza la unión de la verdad con la caridad, de la inteligencia con el amor, siendo este el enfoque¹ del presente documento sobre suministro de información sanitaria.

¹ Se trata de una perspectiva relacionada con los objetivos institucionales de la Universidad Católica de Córdoba.

1. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

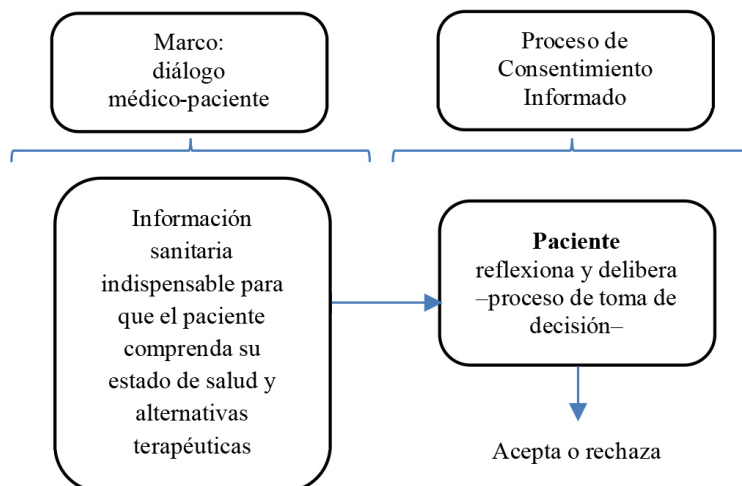
En el presente documento procederemos inicialmente a efectuar consideraciones generales sobre el proceso de consentimiento informado y sus alcances, con especial consideración al modo en que está regulado en nuestro país y las exigencias legales que se desprenden para los profesionales de la salud.

Ello, porque el abordaje de la obligación de los profesionales de la salud de brindar información sanitaria a sus pacientes encuentra su razón de ser y su justificativo último en el proceso de consentimiento informado que luego, y a partir de la información recibida, desarrolla cada paciente.

2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: LA IMPORTANCIA DEL PREVIO SUMINISTRO DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

El consentimiento informado puede definirse –en términos generales– como la declaración de voluntad del paciente, emitida luego de recibir información sanitaria, por la cual acepta un determinado procedimiento diagnóstico y/o terapia. Puede advertirse que, desde la propia definición, el proceso de consentimiento es entendido en forma inescindible con el previo suministro de información sanitaria que brinda el profesional de la salud. De esta forma, el diálogo paciente-médico es determinante para su validez, ya que no podría el paciente aceptar lo que no comprende o conoce.

Esquema 1. Proceso general de consentimiento informado con previo suministro de la información sanitaria



Existe una generalizada tendencia a confundir el consentimiento informado con el documento escrito que el paciente suscribe previo a una práctica médica. Sin embar-

go, es claro que este proceso no se circunscribe a la mera suscripción de un formulario. Este último puede servir como prueba de la existencia de la declaración de voluntad del paciente, pero no se identifica con el alcance y la complejidad del proceso de consentimiento.

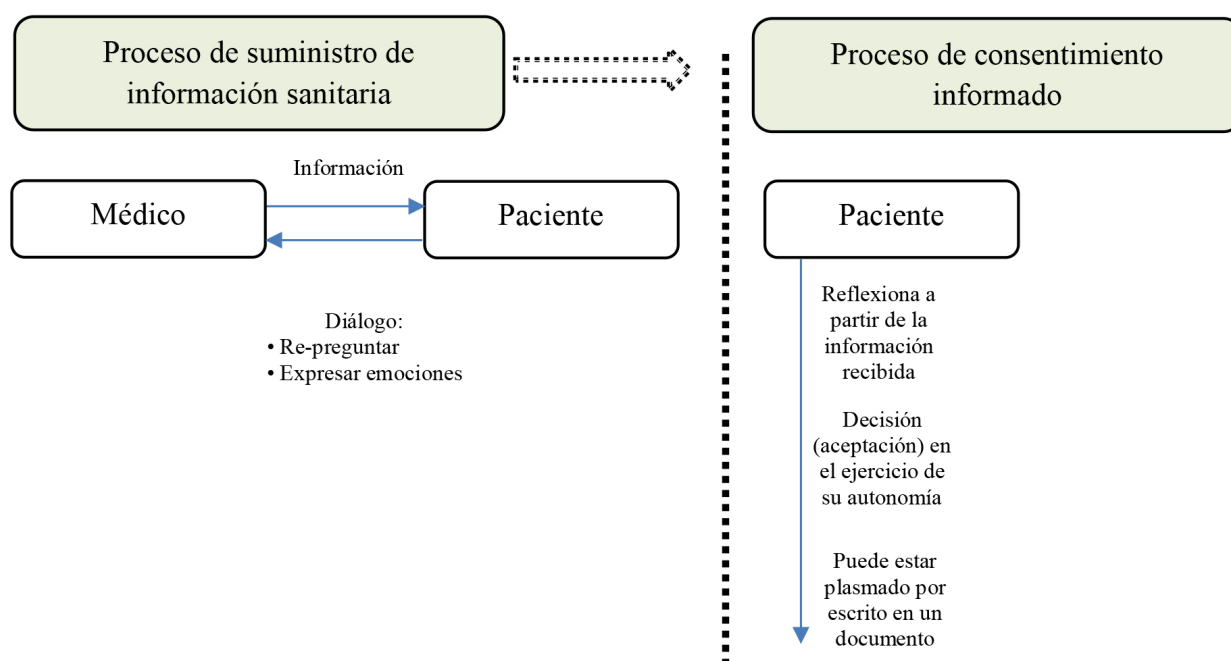
El consentimiento informado es un proceso de decisión que es producto del diálogo entre el profesional de la salud y el paciente y culmina con la declaración de voluntad mediante la cual se acepta la práctica, lo que puede materializarse en la suscripción de un formulario o instrumento como constancia, pero que es mucho más que este.

Esta consideración del consentimiento como un proceso resulta vital para que este cumpla acabadamente con su función y que importe el debido resguardo a la autonomía del paciente en su toma de decisión. También, resulta de su propia definición que, si bien, el consentimiento es una declaración de voluntad, esta debe ser emitida luego de haber recibido información sanitaria suficiente y comprensible.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en la sentencia recaída en la causa “I.V. vs. Bolivia” del 30 de noviembre de 2016², ha definido al consentimiento informado como

la decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo.

Esquema 2. Especificaciones en el proceso de consentimiento informado y previo suministro de la información sanitaria



² El pronunciamiento puede ser consultado completo en http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/se-riec_329_esp.pdf

La propia Corte Interamericana de Derechos Humanos ha destacado el carácter de proceso del consentimiento informado, y complementado la definición ya señalada a partir de las siguientes apreciaciones:

es la decisión positiva de someterse a un acto médico, derivada de un proceso de decisión o elección previo, libre e informado, el cual constituye un mecanismo bidireccional de interacción en la relación médico-paciente, por medio del cual el paciente participa activamente en la toma de la decisión ... no sólo consiste en un acto de aceptación, sino en el resultado de un proceso en el cual deben cumplirse los siguientes elementos para que sea considerado válido, a saber, que sea previo, libre, pleno e informado ... es producto de un proceso bidireccional entre el médico y el paciente, de modo tal que la información integral debe ser brindada por el personal de salud de forma objetiva, no manipulada o inductiva, evitando generar temor en el paciente, porque ello podría implicar que el consentimiento no sea realmente libre. Un consentimiento sin información no constituye una decisión libre.

A la luz de estas consideraciones, resaltamos dos elementos. Primero, el énfasis puesto en que el consentimiento informado es un proceso de decisión personal. Por otra parte, en que es el producto del diálogo entre el médico y el paciente, que se desarrolla en forma previa y a través del cual se brinda la información sanitaria indispensable para que la decisión pueda tomarse de manera libre, plena e informada.

Es por ello que resulta muy importante, al considerar al consentimiento informado, reflexionar sobre cómo debe ser esta comunicación previa entre paciente y médico, ya que va a ser el determinante para la validez del proceso decisorio del paciente. Así, se vuelve vital la consideración de cómo debe ser esa información, no solamente identificando sus características necesarias sino, también, definiendo el tipo de comunicación no deseada: aquella que implique manipulación o engaño³, y que afecte la decisión del paciente en autonomía.

Este último punto habilita a destacar –asimismo– la importancia de que entre el profesional de la salud y el paciente se desarrolle un verdadero intercambio, en el que este último pueda recibir toda la información necesaria para comprender su estado de salud y las opciones que tiene, despejar sus inquietudes –preguntar y repreguntar como elementos propios del carácter retórico del diálogo– para luego poder tomar la decisión que considere más apropiada.

El carácter dialógico de este proceso previo de comunicación es uno de los elementos más importantes para dotarlo de una perspectiva humanista, ya que le da la posibilidad al profesional de la salud de establecer un vínculo más personalizado y, en definitiva, humano con el paciente.

En este sentido, compartimos lo expresado por el Dr. Armando Andruet⁴, respecto a la definición de consentimiento informado como proceso. Señala Andruet que

³ Se entiende que esta forma comunicativa indeseada puede darse por parte del personal médico o sanitario en forma consciente o inconsciente.

⁴ El Dr. Armando Andruet es director honorario del Centro de Bioética de la Universidad Católica de Córdoba.

no se trata de un mismo acto con dos momentos (informar y consentir), sino que son dos actos que autónomamente se pueden considerar en su matriz individual y que solamente se vuelven uno, cuando ha habido una vertebración suficiente por el mismo hecho nosográfico de la enfermedad, siendo allí cuando toda la información recibida y asimilada razonablemente por el paciente es la acogida por éste. Huelga señalar que si no fuera por este suceso continuo de informar y consentir, cualquier intervención que se hiciera sobre el cuerpo del paciente sería claramente afectatoria de la autonomía personal y proyecto de vida, ... **son dos actos independientes que enlazados por un tema nosográfico concreto se vinculan y habrán de conformar un todo, sólo en cuanto que cada uno de ellos haya sido cumplido en su realización completa e integral. Cuando se vuelve uno solo se llama consentimiento informado** (Andruet, 2018) (el destacado es nuestro).

Finalmente, para culminar este apartado, resaltamos que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el fallo ya mencionado, destaca que la obligación de obtener el consentimiento del paciente es un elemento constitutivo de la buena práctica médica (*lex artis*), en tanto

desde el punto de vista del derecho internacional, el consentimiento informado es una obligación que ha sido establecida en el desarrollo de los derechos humanos de los pacientes, el cual constituye no sólo una obligación ética sino también jurídica del personal de salud, quienes deben considerarlo como un elemento constitutivo de la experticia y buena práctica médica (*lex artis*) a fin de garantizar servicios de salud accesibles y aceptables.

En definitiva, la buena práctica médica requiere que, para dotar de validez al consentimiento informado, se respete y desarrolle de modo previo un adecuado suministro de información sanitaria que es, a su vez, un proceso complejo, dialógico y humano, que debe respetar la autonomía del paciente y no ser meramente instrumental, considerando a este como un proceso comunicativo de información integral y bidireccional.

3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA LEGISLACIÓN ARGENTINA

En nuestro país, la obligación de requerir el consentimiento informado fue receptada normativamente en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, sancionada en 2009, que estableció en su artículo segundo, entre los derechos esenciales de los pacientes, lo siguiente:

e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

Por su parte, en su artículo quinto define qué debe entenderse por consentimiento informado, señalando que este consiste en

la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: **a)** Su estado de salud; **b)** El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; **c)** Los beneficios esperados del procedimiento; **d)** Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; **e)** La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; **f)** Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

El nuevo Código Civil y Comercial, con vigencia en nuestro país desde agosto de 2015, incluye un artículo específico en el que aborda al consentimiento informado –y completa la información a suministrar con dos nuevos puntos– a partir de definirlo en tanto

el consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a: **a.** su estado de salud; **b.** el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; **c.** los beneficios esperados del procedimiento; **d.** los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; **e.** la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; **f.** las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; **g.** en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; **h.** el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

En nuestro país, la obligación de obtener el consentimiento del paciente es de carácter ético y jurídico para la profesión médica. Tanto la Ley de Derechos del Paciente como el propio Código Civil establecen la obligatoriedad de recabar el consentimiento previo a toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado. Como consecuencia de ello, su cumplimiento es esencial para un correcto desarrollo de la profesión médica. La asignación de tal carácter, por otra parte, adquiere especial relevancia para dilucidar la responsabilidad del galeno cuando el proceso del consentimiento no ha sido desarrollado en debida forma.

3.1. Consentimiento para cuestiones académicas

La Ley de Derechos del Paciente también se ocupa de regular la necesidad de que se requiera el consentimiento del paciente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición. En su Decreto Reglamentario

(Decreto 1089/2012), por su parte, se establece que no se requerirá autorización cuando el material objeto de exposición académica sea meramente estadístico o utilizado con fines epidemiológicos, y cuando no permite identificar al paciente particular.

3.2. Caso especial: el consentimiento en operaciones estéticas

Es importante destacar que en aquellas operaciones que no procuran un restablecimiento de la salud sino un mejoramiento estético de las personas, la valoración de la existencia de consentimiento debe realizarse con mayor rigurosidad. Ello porque estamos ante una persona sana que decide someterse a un procedimiento muchas veces quirúrgico y debe ser debidamente informada de los riesgos que este implica, ya que cualquier consecuencia lesiva derivada de un acto médico no necesario para el resguardo de la salud adquiere una mayor gravedad que el que se configura en un intento de restablecimiento de esta. Por ello, es indispensable que la persona que decide someterse a una práctica estética sea debidamente informada de todos los riesgos que asume y que importa para su salud, ya que existe la posibilidad de que tal intervención le implique pasar de un estado de bienestar a uno de salud disminuida, como consecuencia de un procedimiento que no era indispensable.

4. LA REVOCABILIDAD DEL CONSENTIMIENTO

El consentimiento informado puede ser revocado en cualquier momento. Esto quiere decir que aun luego de haber expresado una decisión voluntaria afirmativa a la realización de una determinada práctica médica, el paciente puede cambiar su opinión y decidir la no realización de esta. Este cambio de parecer puede darse en cualquier momento mientras la práctica no se haya llevado a cabo.

El artículo 10 de la Ley de Derechos del Paciente establece que el profesional actuante debe acatar tal decisión y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad y que esta fue tomada en conocimiento de los riesgos previsibles que implica.

La revocación del consentimiento informado escrito deberá consignarse en el mismo texto por el cual se otorgó, junto al detalle de las consecuencias que el paciente declara expresamente conocer, y deberá procederse a su nueva rúbrica, con intervención del profesional tratante.

El Decreto Reglamentario de la Ley de Derechos del Paciente, por su parte, establece, que aun en el caso de que el consentimiento se prestó en forma verbal, su revocación deberá consignarse por escrito, en la historia clínica, asentando la fecha de su revocación, sus alcances y el detalle de los riesgos que le fueron informados al paciente a

causa de la revocación, y deberá procederse a su rúbrica por el profesional y el paciente. Si al paciente no le fuera posible firmar, se requerirá documentar esa circunstancia en la historia clínica, para lo cual el profesional deberá requerir la firma de dos testigos.

En estos casos, es importante que se genere un ámbito adecuado para que el paciente –si lo desea– pueda dar explicaciones de las razones –si las hubiera– del cambio de parecer, de modo que el profesional de la salud pueda aportar más información si fuera necesaria o despejar inquietudes que puedan estar justificando este proceder. Sin embargo, es indispensable tener presente que el paciente, como titular último de su autonomía, no puede ser obligado a dar razones, y que el médico debe respetar –aunque no la comparta– cualquier decisión que este tome sobre el tratamiento.

Se dispone asimismo en la Ley que

ante dudas sobre la prevalencia de una decisión de autorización o revocación, en los casos en que hubiere mediado un consentimiento por representación, debe aplicarse aquella que prevalezca en beneficio del paciente, con la intervención del comité de ética institucional respectivo, fundado en criterios de razonabilidad, no paternalistas. Para ello, se dará preeminencia a la voluntad expresada por el paciente en relación a una indicación terapéutica, incluso cuando conlleve el rechazo del tratamiento.

5. FORMA DEL CONSENTIMIENTO

Otro de los puntos que generalmente se desarrolla cuando se hace referencia al consentimiento informado es el relativo a la forma en que este queda registrado, esto es si debe plasmarse por escrito o puede prestarse simplemente en forma verbal.

Corresponde reiterar que hacer referencia a la forma del consentimiento no conlleva identificar el proceso de consentimiento con su etapa final, esto es con la manera en que se declara la voluntad de aceptar un determinado tratamiento, lo que representa una consideración sesgada de la riqueza propia que el proceso supone.

Sin perjuicio de ello, no podemos desconocer que la cuestión relativa a cómo debe instrumentarse esta declaración de voluntad es de mucha relevancia, ya que es un fuerte indicio de la existencia del proceso de consentimiento y de que este se desarrolló con normalidad.

Así, mientras en un inicio la exigencia de una forma escrita para la emisión de la declaración de voluntad se reservaba para casos puntuales (por ejemplo, intervenciones mutilantes), la Ley de Derechos del Paciente amplió los supuestos en los que debe dejarse constancia escrita de que se consiente la práctica a realizar. Así, en su artículo 7 establece la forma escrita para la declaración de voluntad en la que el paciente consiente: **a)** Internación; **b)** Intervención quirúrgica; **c)** Procedimientos diagnósticos y

terapéuticos invasivos; **d)** Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente Ley; **e)** Revocación.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos en el precedente mencionado anteriormente, señala que –como regla general– mientras mayores sean las consecuencias de la decisión que se va a adoptar, más rigurosos deberán ser los controles para asegurar que un consentimiento válido sea realmente otorgado y por ello en estos casos el requisito de un documento escrito que acredite la culminación del proceso resulta exigible.

5.1. ¿Cómo debe ser este instrumento?

Otro de los puntos relevantes en torno a la forma escrita para acreditar la existencia del consentimiento informado es el relativo a cómo este debe instrumentarse. Es común en la praxis clínica la utilización de formularios preimpresos que el médico completa y el paciente suscribe para dejar constancia de la emisión de la declaración de voluntad positiva. Ello en principio no sería ningún obstáculo, siempre y cuando el formulario en cuestión sea específico para la práctica que se está consintiendo, de modo tal que no deje lugar a dudas de que el paciente lo que está aceptando es justamente el procedimiento médico que se le va a realizar.

En este contexto, no tiene ningún valor un formulario preimpreso lo suficientemente amplio para abarcar desde una extracción de muela hasta una compleja operación cardíaca. Tampoco un formulario que ha sido suscripto en blanco tiene valor, esto es sin que se completen los datos que permitan la individualización de la práctica, lo que es muy común en la realidad hospitalaria.

De utilizarse un formulario preimpreso, lo esencial es que este sea específico para el tipo de procedimiento a realizarse y que incluya la individualización de los riesgos que se han explicitado al paciente –y este ha asumido–, que son tanto los propios del procedimiento como los específicos derivados de los antecedentes clínicos del paciente (por ejemplo, enfermedades preexistentes). Para ello, puede dejarse un espacio en blanco en donde se puedan individualizar estos riesgos específicos.

El Decreto Reglamentario a la Ley de Derechos del Paciente establece, en su artículo 7, que en el consentimiento informado escrito debe incluirse una explicación taxativa y pautada por parte del profesional de las actividades que se realizarán al paciente y que este estará redactado en forma concreta, clara y precisa, con términos que el paciente pueda comprender, omitiendo metáforas o sinónimos que hagan ambiguo el escrito, resulten equívocos o puedan ser mal interpretados.

6. ELEMENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El proceso de consentimiento informado debe reunir una serie de elementos esenciales para su validez.

6.1. Carácter previo

Este carácter importa que el proceso de consentimiento debe desarrollarse antes de cualquier acto médico, no siendo factible su convalidación posterior. Esto quiere decir que con anticipación a la realización de cualquier práctica médica el profesional médico debe brindar al paciente toda la información sanitaria imprescindible para que este comprenda su estado de salud y las alternativas médicas de que dispone, a fin de que pueda tomar la decisión de aceptar o no la práctica propuesta.

Ello no importa desconocer que hay situaciones en las que el personal de salud puede actuar sin recabar este consentimiento, pero se trata de supuestos excepcionalísimos como sería el caso en que la persona no está en condiciones de brindarlo por sí o por medio de sus representantes y es necesario un tratamiento médico o quirúrgico inmediato, de urgencia o de emergencia, ante un grave riesgo contra la vida o la salud del paciente. En este caso, resulta indispensable previamente agotar las posibilidades de ubicar a un familiar.

También, se ha indicado como excepción a la obligatoriedad de recabar de modo previo el consentimiento la existencia de un grave peligro para la salud pública. En este caso, la autoridad sanitaria podría indicar que se realicen ciertas prácticas médicas sin que sea necesario contar con el consentimiento previo del paciente. La excepcionalidad de estos casos impone un plus de exigencia en el médico, quien debe informar adecuadamente al paciente las razones de esta singularidad y evacuar toda duda que pueda surgir en torno al alcance de las medidas dispuestas.

Es indispensable tener presente que estas excepciones, por su carácter de tal, deben ser siempre interpretadas restrictivamente, ya que el principio es que debe requerirse al paciente su consentimiento previo a toda práctica médica.

En nuestro derecho, como lo señaláramos, la Ley de Derechos del Paciente reconoce en su artículo 9 la existencia de situaciones de excepción que habilitan la prescindencia de esta exigencia.

Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;
- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo (el destacado es nuestro).

6.2. Carácter libre

El consentimiento debe ser brindado de manera libre por los pacientes, esto es, de forma voluntaria, sin manipulaciones o presiones por parte del profesional médico. En el caso anteriormente citado, la Corte Interamericana de Derechos Humanos destacó que el consentimiento debe ser brindado de la siguiente manera: “voluntaria, autónoma, sin presiones de ningún tipo, sin utilizarlo como condición para el sometimiento a otros procedimientos o beneficios, sin coerciones, amenazas, o desinformación”.

Es necesario que la declaración de voluntad que emite el paciente sea un acto volitivo despojado de cualquier tipo de vicio y el resultado de un acto personal de decisión. En consecuencia, no es válido si es inducido o encaminado por el personal de salud, ni si deriva del ofrecimiento de algún tipo de incentivo inapropiado. Esta inducción puede tener lugar también si el personal de salud manipula o retacea la información sanitaria que brinda para obtener el consentimiento, por ejemplo, presentando la práctica propuesta como la única alternativa viable u omitiendo informar debidamente todas las opciones con las que el paciente cuenta.

Tampoco será libre el consentimiento si se ofrecen incentivos económicos o se presenta a la práctica como requisito para acceder a otras, o se logra a través de amenazas. En el sistema interamericano, la Comisión Interamericana intervino en el caso “*María Mamérita Mestanza contra Perú*”⁵, que finalizó por un acuerdo de solución. Según la denuncia efectuada, la Señora Mestanza representaba una de un número significativo de mujeres afectadas por una política gubernamental masiva, compulsiva y sistemática que enfatizaba la esterilización como método para modificar el comportamiento reproductivo de la población, siendo aplicado en particular a mujeres indígenas, pobres o de zonas rurales. La denunciante era una mujer campesina de 33 años, que tenía 7 hijos, por lo cual fue acosada desde 1996 por el Centro de Salud del Distrito de La Encañada, para que sea esterilizada. El acoso se materializaba a través de visitas que ella y su esposo recibían en las que el personal de salud amenazaba con denunciarlos ante la policía, informándoles que el gobierno había aprobado una Ley según la cual toda mujer con más de cinco hijos debía pagar una multa y ser llevada a la cárcel. Bajo esta coacción finalmente se logró el “consentimiento” para la práctica de una intervención de ligadura de trompas, en cuyo largo posoperatorio, y como consecuencia de una sepsis, la mujer murió. Esta aceptación de la práctica médica derivada de amenazas es sin duda de ningún valor y afectatoria de la autonomía personal.

La Declaración de Helsinki (2013), por su parte, destaca que el médico debe prestar especial atención al pedir el consentimiento informado en aquellos casos en que el

⁵ El caso puede ser consultado en <https://www.cidh.oas.org/women/Peru.12191sp.htm>.

participante potencial está vinculado con el profesional de salud por una relación de dependencia o bajo presión, lo que afectaría la libertad de su otorgamiento.

De otro costado, debe mencionarse que para que se configure este carácter libre, es indispensable que se tenga en cuenta las condiciones en que el consentimiento es requerido. Así no sería libre si este es recabado cuando la persona no se encuentra en situación de tomar una decisión plenamente informada, por ejemplo, por encontrarse bajo los efectos de la anestesia o en situaciones de estrés y vulnerabilidad, como durante o inmediatamente después de una intervención quirúrgica.

La exigencia de que el consentimiento sea libre ha sido recogida en una diversidad de documentos internacionales desde el Código de Ética Médica de Núremberg.

Recapitulando, podemos señalar que para que el consentimiento sea libre es necesario que sea brindado en forma voluntaria por el paciente. Ello no se configura si:

- es el resultado de:
 - manipulaciones, a través del otorgamiento de información sanitaria sesgada o incompleta,
 - presiones o amenazas,
 - un aprovechamiento de una relación de dependencia;
- ha sido obtenido como condición para el acceso a otro beneficio. O en un contexto inadecuado, sea porque el paciente está bajo los efectos de sedantes, o en una situación de estrés y vulnerabilidad, como durante o inmediatamente después de una intervención quirúrgica.

6.3. Carácter personal

En principio el consentimiento debe ser brindado por quien accederá al procedimiento. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco (2005) expresamente establece que es indispensable el consentimiento derivado de la persona interesada. Sin perjuicio de ello, debe reconocerse que existen ciertas situaciones particulares que habilitan a que un tercero preste el consentimiento. Pero aun en estos casos, este tercero al tomar la decisión debe hacerlo teniendo en cuenta cuál hubiera sido la voluntad del paciente y no la suya propia. Sin intención de efectuar un desarrollo integral en torno a la temática de la capacidad de las personas, podemos establecer ciertas reglas generales en torno a situaciones particulares.

Previo a adentrarnos en las diversas hipótesis que pueden plantearse, debemos señalar que el nuevo Código Civil y Comercial, en seguimiento de estándares internacionales derivados de compromisos internacionales asumidos por nuestro país a través de la firma de diversos instrumentos de derechos humanos, ha establecido que el principio general que debe considerarse es el de la capacidad de las personas y que las limitaciones a esta se impongan debe interpretarse siempre restrictivamente. En el caso de los menores, el nuevo Código Civil recepta el principio de autonomía progresiva, esto es

que es indispensable reconocer que la adquisición de esta autonomía se va dando gradualmente de acuerdo a la edad y el grado de madurez de cada individuo.

Sin perjuicio de estos principios generales, lo cierto es que el Código Civil establece, en especial en relación a los actos médicos, ciertos parámetros objetivos respecto de las edades en las que puede presumirse o no la existencia de capacidad de ejercicio.

6.3.a. Menores de edad hasta los 13 años

En el caso de los menores de hasta 13 años, el Código Civil establece de manera general que estos no cuentan con la edad y el grado de madurez suficientes para prestar el consentimiento por sí (artículo 24, inciso b). Por lo tanto, en estos casos el consentimiento debe ser prestado siempre por sus representantes legales. Ello, sin perjuicio de su derecho a ser informados y a ser oídos.

La Ley de Derechos del Paciente, expresamente en su artículo 2, recepta el derecho de niños, niñas y adolescentes de intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud. Este derecho es una derivación de lo establecido en la Convención de los Derechos del Niño. En consecuencia, si bien el menor de 13 años no puede prestar el consentimiento por sí, debe propiciarse su participación (en la medida en que su edad y su madurez lo permitan) a través de la explicación sencilla de lo indispensable para que pueda comprender su estado de salud y la terapia que se propone y reconocerse su derecho a ser oído sobre estos asuntos.

6.3.b. Menores de entre 13 y 16 años

En cuanto a los menores entre 13 y 16 años, el Código Civil, en su artículo 26, establece una distinción según si el consentimiento a prestar está vinculado o no a tratamientos que resultan invasivos, comprometan su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si los tratamientos no reúnen esas características, se presume que el adolescente entre 13 y 16 años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos.

Si, por el contrario, se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores. Es decir, es necesaria la participación tanto del menor como de sus progenitores. En caso de conflicto entre ambos, el Código Civil establece que la situación se resuelve teniendo en cuenta el interés superior del menor, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

6.3.c. Mayores de 16 años

En el caso de los mayores de 16 años, el Código Civil prescribe que ya son considerados como adultos para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

6.3.d. *Personas con capacidad limitada*

Puede acontecer que una persona presente alguna patología o situación que afecte su plena capacidad de ejercicio de sus derechos. En estos casos, luego de un proceso judicial, una sentencia establecerá de qué manera –o en qué aspectos– su capacidad se encuentra limitada por su realidad. El artículo 32 del nuevo Código Civil y Comercial dispone que

el juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona mayor de trece años que padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes.

Tal como lo mencionáramos inicialmente, el nuevo Código Civil recepta el principio de capacidad de las personas, por lo cual, mientras no exista una sentencia judicial que la restrinja, debe presumirse que la persona tiene plena capacidad para tomar decisiones por sí y, por ende, prestar el consentimiento informado en forma personal.

Si se hubiera dispuesto una limitación de la capacidad, es necesario observar lo que establece la sentencia. En esta, el juez va a individualizar claramente cuál es el alcance de la restricción de la capacidad y qué actos comprende, los que deben estar perfectamente identificados y van a ser interpretados restrictivamente. Fuera de los actos que expresamente se mencionan en la sentencia, la regla es la capacidad de la persona. En este sentido, el artículo 38 del Código Civil establece que “la sentencia debe determinar la extensión y alcance de la restricción y especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible”.

Al mismo tiempo, en la sentencia –y en relación con dichos actos– el juez va a designar el o los apoyos necesarios. Continúa señalando el artículo 38 que la sentencia:

debe designar una o más personas de apoyo o curadores de acuerdo a lo establecido en el artículo 32 de este Código y señalar las condiciones de validez de los actos específicos sujetos a la restricción con indicación de la o las personas intervinientes y la modalidad de su actuación.

Esto es, la sentencia que limita la capacidad de una persona va a establecer para qué actos su capacidad se encuentra restringida y quiénes van a ser los apoyos que van a ayudarla a realizar tales actos y qué alcance debe tener la actuación que estos desarrollen. El Código Civil, en su artículo 43, define al apoyo de la siguiente manera:

cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general. Las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos.

Así, los apoyos definidos por el juez tienden a posibilitar el ejercicio de los derechos por parte de la persona, por lo cual en lugar de sustituirla o reemplazarla, el apoyo debe

colaborar para que la persona con capacidad restringida pueda ejercer sus derechos en aquellos actos en que se encuentra imposibilitada de realizar por sí sola. Por ello, se indica que el o los apoyos designados deben promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona protegida.

Los apoyos son ajustes “a medida” que deben siempre respetar la voluntad de la persona a la que asisten. Pueden ser una persona o varias; ser familiares, trabajadores sociales, instituciones, profesionales de confianza, entre otros. Pueden tener múltiples formas y actuar en diversos ámbitos: personal, salud, económico, educación y jurídico. Son “no sustitutivos” de la persona, ya que persiguen la toma de decisiones asistida.

El juez debe determinar también cuál es el alcance de la participación del apoyo: que coayude a que la persona comunique una decisión que está en condiciones de tomar (simple asistencia para la comunicación), o que colabore en la toma de la decisión (asistencia en la toma de la decisión) o que directamente sea quien toma la decisión por quien ha sido limitado en su capacidad (realización de actos en representación, según el artículo 100 y 101, inciso c, del Código Civil).

En lo que nos concierne, a los fines de dilucidar quién puede prestar el consentimiento informado para un acto médico, cabe señalar que, si el paciente es una persona con capacidad restringida, es indispensable observar la sentencia de limitación de capacidad para verificar si los actos médicos y el consentimiento a estos integran aquellos que el juez ha considerado que la persona debe realizar con la asistencia de apoyos. Si fuera este el caso, es indispensable considerar qué apoyo ha dispuesto el juez que debe tener la persona para realizar estos actos de forma válida y verificar cuál es el alcance de la actuación de este apoyo.

Si la capacidad restringida de la persona ha sido sobreviniente, esto es, no ha sido una situación permanente a lo largo de su vida, puede ocurrir que la persona haya dejado previstas directivas anticipadas. El artículo 60 del Código Civil establece que

la persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas.

En el caso de que la persona haya dejado previstas directivas anticipadas, debe observarse la voluntad que preventivamente ha establecido en estas, las que deben ser respetadas.

6.3.e. Personas absolutamente incapaces

Puede ocurrir que en otros casos las personas se encuentren afectadas de tal manera que no puedan realizar actos por sí mismas. Se trata de situaciones excepcionales. El Código Civil y Comercial establece en el artículo 32 que, cuando la persona se

encuentre absolutamente imposibilitada de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el juez puede declarar la incapacidad y designar un curador. En estos casos el consentimiento informado va a ser prestado por la persona, pero a través de su curador, quien debe intervenir en el proceso en representación del incapaz.

Si la incapacidad absoluta de la persona ha sido sobreviniente, puede ocurrir que la persona haya dejado previstas directivas anticipadas. En este supuesto, debe estarse a la voluntad que anticipadamente ha establecido la persona mediante tales directivas, las que deben ser respetadas.

6.3.f. Personas que por una situación transitoria se encuentran en incapacidad absoluta de prestar el consentimiento

Puede ocurrir también que existan casos en que una persona se encuentre transitoriamente con una incapacidad absoluta de prestar el consentimiento, por ejemplo, por haber sufrido un accidente que la ha dejado en tal situación. En estos supuestos, como es una situación coyuntural, no va a existir una sentencia judicial ni una persona que haya sido designada curadora.

Sí es indispensable verificar primeramente si esa persona ha dejado sentada su voluntad mediante directivas anticipadas. Si no fuera el caso, debe adecuarse a lo dispuesto por el propio artículo 59 del Código Civil y Comercial, que establece que

si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente.

En consecuencia, si se configura la situación de que la persona está transitoriamente imposibilitada de prestar el consentimiento y no ha dejado directivas anticipadas:

- El consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente
- En ausencia de todos ellos, puede el médico prescindir del consentimiento.

Son requisitos para la configuración de estas dos hipótesis que medie una situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud.

6.4. Carácter pleno e informado

El consentimiento debe ser pleno e informado. Ello deriva de que, como lo señaláramos, una parte esencial de este es que el paciente haya recibido y entendido cabalmente información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible.

Hemos dicho que el consentimiento informado es un proceso que se caracteriza por ser el producto de un diálogo previo que se entabla entre el médico y el paciente mediante el cual el primero transmite la información sanitaria necesaria para que el paciente comprenda su estado de salud y las alternativas terapéuticas y que, finalmente, culmina con la emisión de la declaración de voluntad de este último aceptando un tratamiento.

Esta información sanitaria que el médico brinda al paciente –en un marco de diálogo– es una parte esencial, una condición indispensable para la validez del consentimiento. Nadie puede aceptar o consentir lo que no comprende. Es decir, ¿cómo podría un paciente aceptar una práctica médica cuyos verdaderos alcances y riesgos desconoce? En este contexto, el otorgamiento adecuado de información sanitaria es indispensable para que la persona esté en condiciones de poder tomar una decisión libre, consiente y voluntaria sobre el tratamiento que se le propone.

El suministro de la información sanitaria es una obligación que el personal de salud tiene que cumplir de oficio, esto es sin esperar a que el paciente se la solicite. Como lo señaláramos, tanto la Ley de Derechos del Paciente como el nuevo Código Civil enfatizan que la declaración de voluntad es emitida luego de haber recibido información adecuada, suficiente y clara sobre diversos aspectos de la salud del paciente y las alternativas terapéuticas que se le presentan. A continuación, profundizamos sobre el proceso de suministro de la información sanitaria.

7. EL PROCESO DE SUMINISTRO DE INFORMACIÓN SANITARIA

Efectuada esta revisión de lo que supone el consentimiento informado ingresaremos a un análisis más profundo del proceso de suministro de información sanitaria, elemento clave –como se señaló– para la efectiva validez del consentimiento. Ello, a los fines de profundizar la reflexión sobre sus alcances, sus problemáticas y para pensar en aportes que, desde una perspectiva multidisciplinaria, puedan efectuarse a este para su mejoramiento y su desarrollo en una consideración más humanista de la función del profesional de la salud.

En este análisis procederemos a avanzar no solo en la identificación de lo que legalmente resulta exigible, sino que, a partir de esta base legal, procuraremos efectuar otros aportes que propendan a un mejoramiento en el desarrollo del proceso.

7.1. Cómo debe ser el suministro de la información

Es indispensable distinguir en este punto, lo que legalmente resulta exigible en relación a cómo debe ser la información a suministrar, las características que la doctrina

y la jurisprudencia han ido adicionando como exigencias a cumplir por el profesional de la salud al momento de cumplir con su obligación de brindar información sanitaria.

7.1.a. Requisitos legales

Tanto en el caso de la Ley de Derechos del Paciente, como en el Código Civil se establece que la información a suministrar debe ser clara, precisa y adecuada.

En cuanto a la claridad, cabe señalar que la información debe ser suministrada por personal calificado sin excesivos tecnicismos, adecuándose a la realidad del destinatario de la información. Lo clave es que el paciente llegue a comprender cabalmente su estado de salud y la práctica que va a aceptar, con los riesgos que esta importa y lo que se procura lograr mediante ella. Al respecto, la Corte Interamericana hace referencia a que esta debe ser “culturalmente aceptable”. Para ello, el personal de salud “deberá tener en cuenta las particularidades y necesidades del paciente, como por ejemplo su cultura, religión, estilos de vida, así como su nivel de educación. Ello hace parte del deber de brindar una atención en salud culturalmente aceptable”.

Subraya el Tribunal Interamericano que desde la Declaración de Helsinki (2013) se estableció la necesidad de “prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información”. Agrega que la Declaración de Lisboa señala que la información debe ser entregada “de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pudiera entenderla”. Por lo tanto, es indispensable que, al otorgarse información sanitaria, no solo debe tenerse en cuenta lo que el médico podría considerar como razonable y necesario compartir, sino que también debería enfocarse en lo que es importante para su paciente.

En este contexto, es factible individualizar dos elementos en la información a brindarse: uno objetivo y uno subjetivo. El primero hace referencia a los datos que legalmente el profesional de la salud está obligado a comunicar. Respecto al elemento subjetivo, por su parte, importa tener en cuenta las particularidades de la persona destinataria de la información. Ello implica atender a la edad, el grado de formación, la ocupación, entre otras características de quien va a receptor esta información. La Corte Interamericana ha señalado que la consideración de este elemento subjetivo es especialmente importante cuando los pacientes pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad o con necesidades específicas de protección debido a fuentes de exclusión, marginalización o discriminación, relevantes para el entendimiento de la información.

Hemos señalado que la información sanitaria a suministrarse debe ser también precisa y adecuada, esto es pertinente en relación al enfoque de lo que se debe informar y al alcance de la información suficiente para lograr que el paciente pueda comprender cabalmente cuál es su estado de salud y las alternativas terapéuticas de que dispone. Al mismo tiempo, debe tenerse en cuenta la tolerancia del paciente a la información, evitando generar temores injustificados o brindar información excesiva e inconducente.

7.1.b. Otros requisitos

Se ha señalado que la Corte Interamericana de Derechos Humanos considera que la información que se brinda debe ser imparcial, exacta, veraz o fidedigna y oportuna. A continuación, definimos el alcance de estos términos.

Cuadro 1. Otras características de la información sanitaria

Característica	Descripción
Imparcial	El personal de la salud debe evitar ser parcial al momento de suministrar información sanitaria, procurando la manipulación o el retaceo de esta para influir en la decisión que posteriormente tome el paciente.
Exacta	Debe evitarse el suministro de cualquier información falsa o tergiversada, menos aún cuando ello es utilizado como mecanismo para que el profesional de la salud imponga al paciente su propia voluntad.
Veraz o Fidedigna	No puede brindarse información no veraz, información dudosa o sin un control previo en cuanto a la científicidad de esta. Diversos recursos de autoridad pueden ser utilizados para justificar la utilización de cierta información, pero siempre esta debe estar basada en evidencia.
Oportuna	La información debe ser suministrada en forma previa a que el paciente tome la decisión de aceptar o no el tratamiento médico que se le propone.

7.2. Contenido de la información

Un punto muy relevante a analizar radica en identificar cuál es la información mínima que el médico debe brindar a su paciente. En el caso de la Ley de Derechos del Paciente el artículo 6 establece que la información a suministrar debe recaer sobre: el estado de salud del paciente; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, las molestias y los efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

El Código Civil amplía el panorama de la información que debe brindarse incluyendo, además de los puntos ya mencionados, que en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, se debe informar al paciente su derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, de alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados

en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable. Asimismo, se agrega que debe informarse al paciente el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

De este modo, la información que debe ser brindada por el profesional de la salud debe incluir como mínimo:

- a) La necesaria para que el paciente tome conocimiento de su estado de salud, lo que implica la descripción de la dolencia que padece y el pronóstico esperable de evolución de la enfermedad
- b) El procedimiento propuesto por el médico de acuerdo a sus conocimientos y evidencia, y con arreglo a la *lex artis* como el más aconsejable para su estado de salud, con especificación de los objetivos perseguidos.
- c) La explicitación de los beneficios esperados del procedimiento.
- d) La descripción de los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles. Toda práctica médica conlleva ciertos riesgos, los que en algunos casos pueden verse incrementados por los antecedentes médicos y las características del paciente. Estos deben ser puestos en conocimiento del paciente para que pueda valorar debidamente el acto médico que va a consentir. Así, existe coincidencia en que deben informarse los riesgos:
 - más graves y frecuentes;
 - poco frecuentes, pero de especial gravedad por su trascendencia. Así, por ejemplo, en el caso de las ligaduras de trompas el médico tiene la obligación de informar la posibilidad eventual de que se produzca un nuevo embarazo y cuál es el porcentaje de probabilidad de que esto ocurra;
 - personalizados. El médico debe informar al paciente la existencia de riesgos específicos derivados de ciertas patologías o características previas del paciente que aumentan la posibilidad de que se configuren ciertos riesgos. Por ejemplo, si el paciente tuviera diabetes, alguna enfermedad coronaria o respiratoria crónica y esta condición aumenta la probabilidad que se configuren ciertos riesgos.
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto. El médico tiene obligación de informar al paciente no solo la práctica que le sugiere como la más aconsejable, sino que debe hacerle saber de qué otras alternativas terapéuticas dispone para afrontar su estado de salud. No es suficiente con informar el procedimiento que considera más adecuado, porque este retaceo de información impide al paciente conocer de las alternativas que dispone y, en definitiva, termina afectando la validez de su consentimiento, ya que este fue prestado con información insuficiente sobre sus opciones. Es indispensable que el médico le informe al paciente cuáles son sus alternativas para que pueda escoger entre ellas cuál es la que mejor se adecua a su propio plan de vida. El galeno debe entonces informar la práctica que considera más aconsejable, pero

también qué otra opción dispone el paciente frente a su diagnóstico. Al hacerlo debe brindar las razones para justificar su preferencia por la opción terapéutica propuesta por él. No debe manipular la información que suministra para procurar conducir al paciente a una aceptación de la práctica por él escogida, sino que debe brindar información certera y exacta de esta y de las alternativas.

- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.
- g) En caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, de alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable. El nuevo Código Civil incluyó este inciso que hace expresamente referencia a dar a conocer las opciones que el paciente tiene en caso de enfermedades irreversibles, incurables o se encuentre en estado terminal.
- h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

Si bien la información debe suministrarse en principio al paciente, la Ley de Derechos del Paciente establece que en supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, esta será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

7.3. Plazo razonable de reflexión

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el fallo que hemos citado, ha señalado que debe existir un plazo razonable de reflexión entre que la información sea brindada y comprendida y la toma de decisión con conocimiento de causa. Señala que no es posible fijar un plazo único, sino que este puede variar de acuerdo a las condiciones de cada caso y a las circunstancias de cada persona.

Es importante atender a la consideración del consentimiento como un proceso que supone el suministro de la información sanitaria por parte del médico, pero que se desarrolla con una reflexión del paciente a partir de lo que se le ha informado, que puede conducir a un nuevo diálogo con el galeno para evacuar nuevas dudas que puedan haber surgido y que concluye con la emisión de la declaración de voluntad por la cual el paciente presta la conformidad con la práctica propuesta.

7.4. Renuncia a recibir información

El paciente puede negarse a recibir información sanitaria o indicar que esta sea brindada a un tercero. En ambos casos debe dejarse constancia de esta situación en la historia clínica. En este sentido, el artículo 4 del Decreto Reglamentario de la Ley de Derechos del Paciente establece que la autorización efectuada por el paciente para que terceras personas reciban por el profesional tratante la información sanitaria sobre su estado de salud, diagnóstico o tratamiento deberá quedar registrada en la historia clínica del paciente y ser suscripta por este.

Este derecho a rechazar la información sanitaria encuentra, sin embargo, excepciones:

1) Aquellos casos en los que, a criterio del profesional, se encuentra en peligro la salud pública y/o la salud o la integridad física de otras personas, como sería el caso de las enfermedades infectocontagiosas. En este supuesto, debe informarse al paciente aun contra su voluntad por el riesgo que supone para terceros su desconocimiento.

2) Cuando sea necesario el acceso a la información para la realización de auditorías médicas o prestacionales o para la labor de los financiadores de la salud, siempre y cuando se adopten mecanismos de resguardo de la confidencialidad de los datos inherentes al paciente, que se encuentran protegidos por el secreto médico.

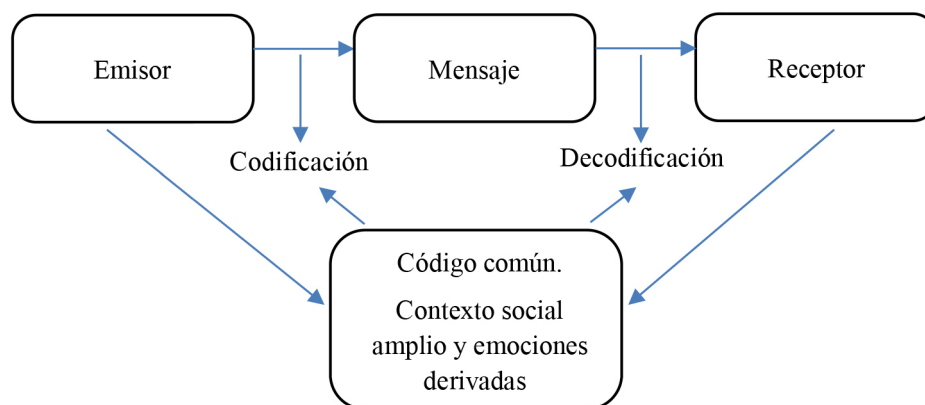
8. APORTES AL PROCESO DE INFORMACIÓN SANITARIA DESDE OTRAS DISCIPLINAS

8.1. Desde la teoría de la comunicación

La denominada teoría de la comunicación puede colaborar con la esquematización de ciertos procesos ya señalados de forma normativa. Podemos definir a la comunicación como “un proceso de transmisión y de recepción de señales (mensajes, con recursos como datos y opiniones) mediante un código (un sistema de signos y reglas) que es común tanto para el emisor como para el receptor”. Como puede observarse, esta definición exige un contexto común entre emisor y receptor: el código.

Sin embargo, esta mirada simplista sobre la comunicación ha ido evolucionando para considerar a la comunicación como un proceso de codificación y de decodificación de los mensajes basados en un contexto amplio de percepciones, creencias, prejuicios, experiencias y emociones derivadas. De esta forma, interpretar los fenómenos comunicativos solamente tiene sentido en un contexto amplio de relaciones sociales y antecedentes sobre estas.

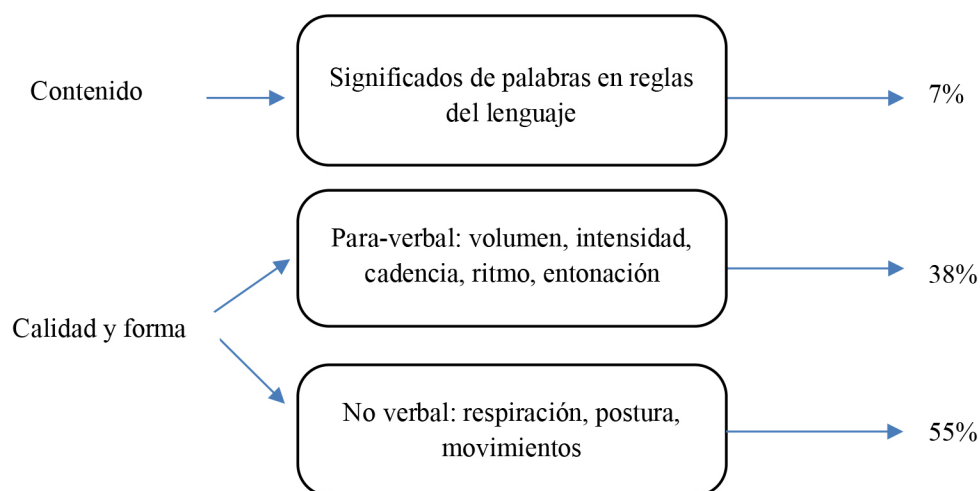
Esquema 3. Proceso contextual de comunicación



Esta visión de la comunicación es de especial importancia para los procesos en los que el contexto genera altos niveles de emotividad en el receptor del mensaje, como lo son los procesos de comunicación entre un médico y un paciente. El contexto puede verse como la cultura, la sociedad, la familia e incluso como los marcos institucionales en los que se inserta el proceso de comunicación. Todo contexto ofrece oportunidades y crea constreñimientos sobre los procesos comunicativos, siendo esto de especial relevancia para la comunicación entre médico y paciente.

Otra distinción importante, para este marco teórico, es entre el contenido de la información (el significado de las palabras, basado solamente en su ubicación según el código del lenguaje) y, por otra parte, la calidad y la forma del modo en que se comunica dicha información (la intencionalidad, basada en la denominada comunicación para-verbal y no verbal). En el siguiente esquema se identifica un porcentaje estimado de la relevancia de la calidad y la forma de la comunicación cuando se trata de comunicación en contextos de alta emotividad⁶.

Esquema 4. Elementos y su relevancia en la comunicación emocional



⁶ Se toma como referencia el material de investigación del programa de capacitación “Técnicas y estrategias de comunicación para mejorar la relación con el paciente”, de Arantxa Santamaría Jiménez, Ricardo Santamaría Lozano e Ignacio Verdú Martín.

La teoría de la comunicación, claramente, ha evolucionado para considerar a la propia comunicación como un proceso de construcción dinámico que presupone la empatía. Todo refuerzo de las palabras con procesos para-verbales y no verbales que realiza un médico debe estar atravesado por la empatía con el paciente y su contexto. Además, la comunicación –que aquí la hemos presentado como unidireccional– en realidad se inserta en un proceso dialógico que favorece esta empatía. Los elementos de escucha activa y permanente retroalimentación entre médico y paciente son necesarios en la aplicación de estos modelos definidos como empáticos.

Otro eje de interés para este documento, y que se deriva de la teoría de la comunicación, se refiere a los elementos que se utilizan para restringir el contenido de la información. En el caso de la omisión de la información esta puede desarrollarse con impersonalizaciones (el sujeto no aparece de forma clara en el mensaje), falta de comparaciones (esto evade a un punto de referencia necesario) o imprecisiones (respecto de cómo, cuándo y dónde). Por su parte, en el caso de la distorsión de la información esta puede generarse por generalizaciones falsas (inducidas de experiencias particulares insuficientes, y puede vincularse al uso de términos como “siempre”, “todos”, “nunca”, “ninguno”, “jamás”) o por limitantes que reducen el ámbito de lo que se excluye o incluye (se puede referir al uso de expresiones como “lo único”, “solamente”, “nadie más”, “lo imposible”, “lo necesario”). Dentro de estos limitantes incluimos las creencias y los juicios que determinan afirmaciones dicotómicas en el sentido de “bueno” y “malo” o “verdadero” y “falso”. En realidad, estos modelos de omisión y de distorsión del contenido de la información no implican que no sea apropiado el uso de determinados términos. Solamente se está indicando, por ejemplo, que “lo necesario” depende del contexto, así como una generalización puede ser apropiada si está bien construida para el contexto de la comunicación particular entre médico y paciente. Obsérvese, también, que muchos de los ejes mencionados por la teoría de la comunicación son claramente referenciados en las normativas de Argentina, como por ejemplo la importancia de la comparación entre alternativas de tratamientos médicos.

8.2. Desde la economía de la información

La transparencia de la información no ha tenido un amplio desarrollo académico como concepto, sino que ha predominado su utilización en contextos políticos para demostrar una especie de “compromiso” que genere “confianza” entre actores. En este apartado, no nos alejaremos de esta utilización práctica de la transparencia de la información, pero –a su vez– buscaremos identificar la lógica por detrás de este compromiso que se intenta establecer entre dos actores, en este caso, entre médico y paciente. De esta forma, esta sección del documento trabaja un abordaje desde la economía de la información –para analizar y dar respuestas a la asimetría de información– aunque articula, también, elementos desde la teoría del uso pragmático del lenguaje. El objetivo de este apartado es dar soporte lógico a fundamentos teóricos y normativos ya desarrollados anteriormente.

Coincidiremos inicialmente con una idea muy simple de la transparencia como una relación entre un actor que posee mayor información sanitaria (médico) y un actor que posee menor información (paciente). Además, suponemos que el actor que posee la información y que quiere ser transparente con esa información busca establecer un vínculo de confianza que posibilite la cooperación entre ambos actores, entre médico y paciente –en este caso– y referida a facilitar un tratamiento médico.

Es importante aclarar en este punto que el presente apartado busca mostrar un enfoque que evita, desde la lógica de la transparencia, los excesos en la información asimétrica entre médico y paciente. En definitiva, y como veremos, la transparencia de la información permite revertir vínculos paternalistas y restrictivos de tipo principal-agente.

Si la transparencia intenta ser un compromiso práctico desde el punto de vista político, lo mejor es abordarla desde este mismo sentido para la relación entre médico y paciente. Las reglas de lógica abstracta que no son procesadas en tiempo real por los actores en juego difícilmente tengan el sentido práctico que la noción de transparencia parece querer tener desde el punto de vista político. Esto se aplica de forma directa a la relación médico-paciente, ya que no parece adecuado pretender un procesamiento perfecto de la información por parte del paciente –desde un punto de vista de racionalidad perfecta– en condiciones de alta complejidad sobre temas y agendas que involucran su propia salud. O, dicho de otra forma, mayores niveles de racionalidad pueden alcanzarse en fases progresivas de diálogo, siendo la transparencia de la información la primer de ellas.

Es la denominada economía de la información la que se ha centrado en el problema de la información asimétrica, entre el principal y el agente. Este marco teórico se basa en que el principal y el agente celebran un contrato (implícito e imperfecto) bajo la siguiente consigna: la capacidad del agente (médico) le permite “encargarse” de las cuestiones del principal (paciente). Siendo, en este caso, cuestiones que se refieren a la propia salud del paciente. Por lo tanto, este contrato viene a indicar que el profesional médico buscará una solución al problema de salud del paciente. El contrato implícito para definir el tratamiento acorde al problema de salud del paciente y la capacidad del médico son los dos elementos clave de este primer razonamiento según este marco teórico. Este enfoque es visto en este trabajo como una perspectiva inadecuada de la relación entre médico y paciente, pero que, como veremos, puede revertirse con determinadas condiciones de transparencia.

En lo que respecta al contrato, este no es una delegación si no que implica un compromiso del principal de controlar al agente, a los fines de que el agente ajuste su comportamiento al contrato en caso de desviación sobre este. Este control no se trata de un control externo, ya que lo que se persigue es empoderar al paciente –a partir de mejores condiciones de transparencia– para que la relación entre principal y agente adquiera características de diálogo y colaboración, revirtiendo las perspectivas paternalistas más tradicionales.

Stiglitz y Arnott (1986) definen la relación desde el riesgo que toma el principal (paciente), quien no cuenta, en general, con la información completa sobre el accionar del agente (médico). El riesgo implica que el manejo de información cerrada y privilegiada por parte del médico puede generar consecuencias negativas para el paciente. Este es el problema central a considerar desde este marco teórico de la economía de la información. De esta forma, en el marco de este problema de riesgo, el acceso del paciente a la información en condiciones de transparencia es un medio eficaz de empoderamiento y control para que el médico ajuste su conducta al contrato implícito entre paciente y profesional de la salud. O, mejor dicho, para que el comportamiento del médico se ajuste, en un mayor nivel, a la expectativa del paciente con respecto al contrato implícito entre ambos. Ante un mayor empoderamiento del paciente los términos del contrato cambian y no pueden definirse como un médico que “se encarga” del problema de salud del paciente. En definitiva, el acceso a la información no es solo control del principal sino, también, producción del propio agente para ajustar su propia conducta en términos colaborativos.

Entonces, en estas circunstancias, ¿cuál podría ser una forma de garantizar una comunicación de información transparente desde el médico al paciente? La forma implica considerar la dimensión pragmática del uso del lenguaje y en particular las máximas de cantidad, de calidad, de relación y de forma de la información propuestas por Grice (1970). Este marco tiene muchas ventajas para resolver problemas que se derivan de la información asimétrica principal-agente. En concreto nos permitirá pensar la transparencia sin modelos rígidos de lógica abstracta, y en mejores condiciones de transparencia que se derivan de la búsqueda de confianza y cooperación que suponemos en los actores en juego.

En un modelo de lógica pragmática lo que se requiere son ciertas reglas que generen confianza en otros actores, dando posibilidades de control a bajo costo; pero no se depende de la condición lógica de verdad de la afirmación, cuestión que deberá ser controlada en instancias superadoras de diálogo. De esta forma, la transparencia del médico se basa en brindar, en determinada forma, información que le permita al paciente controlar dicha información a un bajo nivel de costo. A partir de esto, se generan nuevas dinámicas de colaboración y de cooperación entre ambos.

8.2.a. Supuestos

Para el presente desarrollo, definimos los siguientes supuestos:

- 1) principal (paciente) y agente (médico) acuerdan una agenda en un tema;
- 2) el agente (médico) tiene una capacidad finita;
- 3) el principal (paciente) conoce de forma limitada 1 y 2.

La primera referencia (punto 1) trata de mostrar que entre principal y agente existe un contrato implícito específico –la agenda–, aunque incompleto, en el marco de un tema. Puede tratarse, en este caso, del tratamiento sobre una enfermedad específica en el marco de una categoría general de enfermedad. Un tema, por lo tanto, es un cierto

“estado del arte” que refleja la historia, en distintos contextos reales, de la construcción de la información con diferentes grados de legitimidad en cuanto a su precisión y completitud. La agenda es particular a un contexto mientras que el tema excede el contexto particular. Es la agenda el marco específico para la comunicación de información del agente al principal, del médico al paciente. Por otra parte, la capacidad del agente (punto 2) que posee la información es una capacidad de acceso y procesamiento de recursos informativos (selección y ordenamiento de evidencia), es decir, de transformación de datos (evidencia) en información⁷.

8.2.b. *Lógica y control*

Reformulamos las máximas de Grice (1970) como condiciones de transparencia de la información desde un agente a un principal, desde un médico a un paciente. Decimos, que el médico es transparente con la afirmación⁸ “A” si:

- 1) el agente (médico) tiene evidencia de “A”;
- 2) el principal (paciente) no tiene evidencia de “A”;
- 3) para todo “B” más relevante en el tema que “A” (“B” > “A”), “B” no cumple todas 1, 2 y adaptable al dominio (se encuentra dentro de la agenda médico-paciente y dentro de capacidad del médico).

La máxima 1 implica una obligación del médico de brindar evidencia sobre lo que afirma, mientras que la máxima 2 implica que el agente no debe dar información (afirmación más evidencia) que el principal ya tenía. Este último punto tiene algún grado de complejidad superior, ya que puede ser difícil que el agente conozca la información que no tiene el principal, aunque este es un requisito muy importante de la teoría del uso pragmático del lenguaje para enfocarse en el suministro de la información. En este sentido, hemos mencionado anteriormente la importancia de que el profesional de la salud pueda ser preciso en el suministro de la información sanitaria.

La máxima 3 es la que requiere de un mayor desarrollo. Nos interesa la comparación entre “A” y “B” para observar la relevancia en la agenda que tiene la afirmación “A”. “B” puede ser más relevante en el tema, pero nunca en la agenda. Obsérvese que esta lógica está muy presente en la legislación argentina del consentimiento informado ya que, en lo que refiere al contenido de la información que debe suministrar el médico, se resalta la necesaria explicitación de las alternativas terapéuticas respecto a la opción recomendada.

El agente, en este punto, se centrará en demostrar que no existe un “B” más relevante en la agenda que su afirmación “A”. Es decir, que “A” es parte del tema (“A” y “B” se deducen del estado del arte) y que “A” es la afirmación más fuerte que podía hacer en la agenda. De esto se trata esta máxima para el agente (médico).

⁷ La información resulta de la integración de diferentes componentes (recursos) en un argumento. Por eso, en realidad, cuando se habla de transformación de datos en información se está pensando en la integración de la evidencia en un argumento informativo. Si bien no las abordamos aquí, existen otras capacidades que no se vinculan con la construcción de la información, como ser la infraestructura física con la que cuenta el médico.

⁸ Se restringe el análisis de transparencia a los argumentos en forma de afirmación. El concepto de argumento se refiere entonces, en este apartado, a una afirmación con sus recursos.

¿Cómo es la construcción de esta comparación que hace el agente? Todo “B” lo construye el agente a partir de un “B” que contiene distintos criterios de construcción de la información (el estado del arte). A partir de este “B”, el agente acota los criterios, transformando “B” en “B”. Esto implica que el agente acota el estado del arte, ordenando los que son aplicables a su contexto (la enfermedad específica o las características del paciente, por ejemplo). Lo importante es que esta acotación se hace en relación a la capacidad del agente y a lo que el agente entiende que son los límites del contrato implícito principal-agente (lo que entiende que es la agenda de tratamiento de la enfermedad). Para cumplir la máxima 3 no debe existir un “B” más relevante que “A” en la agenda. En este sentido, lo que definimos como dominio del médico es su marco de actuación, según su capacidad y los límites que entiende para el tratamiento de la enfermedad (el contrato o la agenda). Esquematizamos, ahora, en cuatro cuadrantes el lugar que ocupa el dominio para visualizar este punto central de la lógica.

Esquema 5. Dominio y cuadrantes externos para el médico

Capacidad	1	2
Sin capacidad	3	4
	Tema	Agenda

Desde la visión del médico (agente) tenemos cuatro cuadrantes. El cuadrante 1 implica información posible dentro de la capacidad del agente y dentro del tema (“B”), pero fuera de la agenda específica principal-agente. El cuadrante 2 representa el dominio, información dentro de la capacidad del agente y de la agenda principal-agente. El cuadrante 3 se encuentra fuera las capacidades del agente y fuera de la agenda principal-agente. Finalmente, el cuadrante 4 si bien es información dentro de la agenda principal-agente, es información que excede la capacidad (de acceso o de procesamiento de información) del agente.

El punto importante aquí es que, al acotar el tema a la agenda, el agente buscará demostrar que no hay un “B” más relevante en la agenda que “A”. La acotación implica demostrar que no todos los criterios del estado del arte son aplicables al contexto particular principal-agente (dominio), sino solamente algunos afirmados por el agente, según su capacidad.

Es relevante mencionar que “A” es original en la agenda (información que el principal no tenía (máxima 2), aunque no es original en el tema, ya que proviene de la acotación de este.

Por otra parte, es claro ahora que si existiera un “B” (que cumple 1, 2 y es adaptable al dominio) más relevante que “A” estaríamos ante un problema de falta de transparencia de “A”, como el problema de información imprecisa o incompleta.

¿Cómo funciona este modelo desde el lado del paciente? En este contexto de máximas de transparencia que debe cumplir el agente (médico), el principal (paciente) puede ejercer el control, con distintos costos para él. La transparencia, como la hemos definido, se relaciona con ciertas condiciones que posibilitan el control por parte del principal sobre el agente, es decir que se posibilita un control del paciente sobre la información que provee el médico. En realidad, esta perspectiva empodera al paciente y da lugar a dinámicas colaborativas y cooperativas superando, además, al propio enfoque simple de control.

En primer lugar, si existe evidencia de lo que afirma el agente, el principal puede realizar el control interno de la evidencia (una crítica interna) al plantear alguna hipótesis del tipo “No-A”. Es decir, utilizar una especie de derrotador bloqueante (García, 1995) como control, que se define como la interpelación posterior a la transparencia activa del agente. En segundo lugar, el principal puede saber si el agente le proporcionó información que el propio principal ya tenía. Finalmente, tercero, el principal podrá ejercer control externo (una crítica externa), verificando los estándares que el agente acotó desde el tema. En este último caso se entiende que la verificación que hace el principal es desde su propio “B” al cual llamaremos “B’ ”. Es decir, el principal desde su propia idea del estado del arte observa si el agente acotó estándares al dominio (pero ahora, desde la percepción que tiene el principal de los límites del dominio).

En este último sentido, el principal podría plantearle al agente algún tipo de hipótesis de control externo como: “B” (derivada de “B’ ”) > “A”. Es decir, que los límites en el dominio (que entiende el principal) son más “amplios” que los comunicados por el agente (ya que para el principal el dominio incluye a su “B”).

En la práctica es claro que solamente se espera la utilización de esta lógica en la forma de re-preguntas del paciente, sin necesariamente tener este el conocimiento de los contenidos específicos sobre las ciencias de la salud. Se podría, por ejemplo, desde el paciente, buscar confirmar si terapias alternativas presentadas por el médico como sub-óptimas no se relacionan con una interpretación acotada que realiza el profesional de la salud sobre el problema del paciente o si no se relacionan con las propias restricciones de la especialidad disciplinar del médico.

En definitiva, esto implica, para el principal, que puede haber un “B” más relevante en la agenda⁹ que “A”. Se trata de un “B” más preciso, más completo, y que no tenía el principal, y se trata de un “B” que podría ser alcanzado por el dominio. Este es el planteo de control externo, en forma de hipótesis, que puede realizar el principal.

Es importante observar que de lo que se trata es de ver si el agente (el médico) sub-dimensiona o no el dominio. La interpretación distinta sobre el dominio entre principal y agente es lo que determina el problema de falta de transparencia y sus posibilidades de control.

⁹ Puede tratarse, por ejemplo, de una alternativa de tratamiento médico que considera de forma amplia el impacto psicológico y social de una enfermedad.

También es relevante prestar atención a que la hipótesis de control externo que ejerce el principal puede beneficiarse de si el agente transparenta su propio “B”. Esto posibilita la comparación –baja el costo de control– entre un “B” del agente y un “B” desde la visión del principal.

Otra cuestión que puede comentarse en este punto es que la transparencia activa del agente queda establecida en las tres máximas, pero luego es necesario pasar a mecanismos de transparencia pasiva para que el principal ejerza este tipo de control que estamos señalando. Esto es fundamental, porque entonces entendemos que desde esta lógica se deriva la idea de que la transparencia activa no puede existir sin mecanismos de transparencia pasiva (acceso a información). Es interesante también observar que con la transparencia pasiva se da una relación más dialógica entre principal y agente. El agente deberá demostrar, luego de los planteos de hipótesis de control del principal (y si quiere mantener su postura), que el “B” del principal no tiene evidencia, es información que el propio principal ya tenía, o que no es adaptable al dominio del agente.

En definitiva, nos encontraríamos en una condición de falta de transparencia si existe un “B” (omitido por el agente), con evidencia, más relevante que la información “A” (planteada por el agente), que es información que el principal no tenía, y es información que correspondía informar porque está dentro de la agenda principal-agente y dentro de las capacidades de acceso y procesamiento de información del agente.

Con el cumplimiento del requisito de transparencia activa, el agente demuestra que su afirmación es parte del tema y posibilita que el principal ejerza el control, con las distintas hipótesis de control que se relacionan con las máximas 1 y 3.

Es decir, el agente (médico) con este requisito ha ordenado (por acotación del tema) los estándares de mayor relevancia, para construir la información más precisa y más completa que podía. En este contexto, el principal (paciente) desde la lógica aquí descrita, podría plantear, como dudas, si existen estándares más relevantes para su problema de salud. La solución dependerá de si el planteo del principal se ajusta o no al dominio del agente. O, mejor dicho, dependerá de cómo se resuelve un diálogo entre principal y agente sobre los límites del dominio.

Hay otro punto importante a tratar. Existe una relación entre el control interno y el control externo. Sobre todo, en el sentido de que con una mayor profundidad en el control externo se refuerzan las posibilidades de control interno (baja el costo). En este sentido, la idea de costo de control tiene que ver con el esfuerzo necesario del principal para plantear un derrotador bloqueante (García, 1995) del tipo “No-A” o hipótesis de control del tipo “B” > “A”. Es decir, se trata del costo que tiene el principal para realizar el control. Como podemos observar, esto cambia la perspectiva paternalista y restrictiva del enfoque principal-agente a una dinámica colaborativa y cooperativa basada en el diálogo y su progreso.

La derivación lógica que viene de considerar a la transparencia como concepto político permite adaptar las máximas pragmáticas del uso del lenguaje en este marco de

economía de la información. En definitiva, se destaca la necesidad de relacionar la creación de confianza con la reducción de costos de control del paciente y, particularmente, establecer una vinculación entre mecanismos activos y pasivos de transparencia de la información por parte del profesional de la salud. Proporcionar evidencia y explicitar la deducción del tratamiento recomendado –y de otras alternativas– también es relevante para este marco lógico de economía de la información.

8.3. Desde la experiencia de la praxis médica

La experiencia de la praxis médica ayuda a brindar mejores interpretaciones sobre los procesos ya señalados en este documento. Por lo tanto, en este apartado, indicamos diversos aportes de profesionales de la salud que se complementan con la descripción teórica, legal y lógica de los apartados precedentes de este documento.

En este sentido, se ha identificado, desde la praxis, que durante el proceso de suministro de información es fundamental que el profesional de la salud tenga en cuenta las “emociones del paciente”, utilizando las herramientas de comunicación que aumenten la claridad de la información en este tipo de contextos de alta emotividad y estrés. Si bien otros antecedentes han referido a este punto, la caracterización del paciente como emocional representa un nuevo sentido desde la praxis médica.

Además, el modo y el lenguaje¹⁰ que el profesional utilice en la entrevista deben ser congruentes con las características individuales de cada paciente, lo cual implica desarrollar procesos de “empatía en las formas comunicativas”. Cabe recordar que la consideración cultural y social del destinatario de la información se encuentra presente en desarrollos precedentes de este documento.

El carácter dialógico, también, ha sido destacado como necesario en la praxis médica, ya que escuchar y dar lugar a preguntas, así como “permitir y facilitar una segunda opinión médica” resulta relevante. Obsérvese que facilitar una segunda opinión médica se desprende del análisis lógico del apartado que trabaja el aporte desde la economía de la información. Es decir, el diálogo sobre una posible solución que mejore la propuesta del profesional de la salud puede ir acompañado por una duda sobre el dominio: la adecuada definición del problema de salud o las restricciones propias de la especialidad disciplinar del médico. En este punto, el trabajo en equipo (entre profesionales de la salud) también es un elemento destacado desde la praxis médica, para facilitar nuevas consultas con diversos profesionales de la salud.

Otros aportes son la consideración especial sobre el tiempo de reflexión del paciente, ya que desde la praxis se entiende que se debe propiciar un tiempo considerable en las consultas médicas y repetir el diálogo médico-paciente las veces que resulte necesario. Incluso, en este punto, se ha destacado el soporte que las nuevas tendencias de telemedicina puedan aportar¹¹. El apoyo de familiares y de la estructura física –pañuelos,

¹⁰ Tanto el lenguaje verbal como el no verbal se identifica como importante desde la praxis médica.

¹¹ Al mismo tiempo, la telemedicina implica nuevos desafíos. Por ejemplo, definir buenas prácticas para evitar una

infusiones y ventanas al exterior— son resaltados en la praxis para facilitar el diálogo y, en definitiva, la adherencia al tratamiento, a los fines de evitar los conflictos y malentendidos. Los elementos de estructura física no han sido identificados en apartados precedentes de este documento y, por lo tanto, representan un novedoso aporte desde este enfoque de praxis.

En el caso de menores y personas incapaces o con capacidad limitada, la actitud del profesional de la medicina en el suministro de información debe “reforzarse” ya que este al comunicarse con terceros, en realidad, desconoce el vínculo real —y el nivel de cercanía— que estos que mantienen con el paciente. Estos terceros muchas veces se encuentran en situaciones de alta responsabilidad que los superan, lo cual implica una consideración especial del profesional de la salud ante este tipo de situaciones. Considerar y resaltar la importancia de la relación con el tercero resulta, también, un aporte valioso desde esta perspectiva.

De esta forma, desde la praxis médica, se identifican nuevos significados y sentidos, que complementan las descripciones conceptuales, normativas y lógicas trabajadas en los apartados precedentes de este trabajo.

CONCLUSIONES Y ESTRATEGIAS DE APLICACIÓN Y TRANSFERENCIA

En el presente trabajo, desarrollamos las bases conceptuales y normativas del suministro de información sanitaria al paciente en el contexto de nuestro país. Además, abordamos estas bases desde diferentes perspectivas disciplinares, para enriquecer el mensaje. En el marco de la conceptualización del proceso de consentimiento informado, se resaltó la importancia del previo suministro de la información sanitaria al paciente. Luego, se trabajó el consentimiento informado en la legislación argentina; para ello, se destacaron —como cuestiones especiales— el consentimiento para cuestiones académicas y el consentimiento en operaciones estéticas, la revocabilidad del consentimiento y la forma de tal consentimiento. De forma analítica, se desarrollaron los diversos elementos del consentimiento informado: el carácter previo, el carácter libre, el carácter personal, y el carácter pleno e informado.

En lo que respecta al proceso de suministro de información sanitaria, se profundizó en cómo debe ser el suministro de la información, el contenido de esta, el plazo razonable de reflexión y la renuncia a recibir información. Finalmente, se realizaron diferentes aportes al proceso de información sanitaria desde otras disciplinas: desde la teoría de la comunicación, desde la economía de la información y desde la experiencia de la praxis médica.

comunicación “distante”.

En definitiva, se trata de un documento que reflexiona sobre el diálogo médico-paciente desde una multiplicidad de perspectivas y disciplinas, a partir de un aporte descriptivo, pero también analítico. Sin embargo, consideramos, que las estrategias para aplicar los contenidos desarrollados dependen de una gran diversidad de dimensiones, entre otras posibles: el contexto y su coyuntura, las oportunidades y las restricciones de cada institución, y las técnicas elegidas. Considerando estas dimensiones, algunas posibles recomendaciones estratégicas de aplicación son:

- Trabajar en la capacitación permanente de los profesionales de la salud, en materia de suministro de información sanitaria al paciente.
- Desarrollar procesos y mecanismos amigables para la capacitación de dichos profesionales.
- Trabajar de forma participativa con los profesionales de la salud, para incorporar la visión de la praxis médica en todo desarrollo formativo.
- Arraigar la temática en la cultura organizacional de las instituciones de salud.
- Considerar la base normativa, pero –al mismo tiempo– pensar y aplicar adaptaciones dinámicas acordes a la diversidad de los contextos.

La mayoría de estas estrategias apuntan a desarrollar el diálogo entre la institución y el profesional de salud, y entre los pares médicos que pueden compartir sus experiencias. Es decir, la aplicación efectiva depende del diálogo, de la misma forma que este documento promueve el diálogo entre el profesional de la salud y el paciente.

El Centro de Bioética de la Universidad Católica de Córdoba, con casi 20 años de vida, apoya la docencia y la investigación interdisciplinaria en el ámbito de la universidad, así como también propone métodos e instrumentos que ayudan en el proceso de toma de decisiones y en las prácticas institucionales cotidianas. En este contexto, esperamos que el presente trabajo pueda ser una herramienta útil de debate, consulta y desarrollo de aplicaciones sobre el proceso de consentimiento informado y sobre el previo suministro de información sanitaria del profesional de la salud al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andruet, A. (16 de abril de 2018). La información médica incompleta y la afectación a los proyectos de vida de las personas en respeto de su autonomía. Diario *La Ley*.
- García, A. (1995). Una aproximación a la programación en lógica rebatible. En *I Congreso Argentino de Ciencias de la Computación*.
- Grice, H. P. (1970). *Logic and Conversation*. Elsevier.
- Papa Pablo VI (1964). *Carta encíclica Ecclesiam suam*. El “mandato” de la Iglesia en el mundo contemporáneo.

Santamaría Jiménez, A., Santamaría Lozano, R. y Verdú Martín, I. (2018). *Técnicas y estrategias de comunicación para mejorar la relación con el paciente*. <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/2018/Modulo%201-%20La%20comunicacion.pdf>

Stiglitz, J. y Arnott, R. (1986). Moral Hazard and Optimal Commodity Taxation. *Journal of Public Economics*, 29.

Normativas, declaraciones y jurisprudencia

Asociación Médica Mundial. (septiembre/octubre de 1981). *Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos de los Pacientes*. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>

Asociación Médica Mundial. (octubre de 2013). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Argentina. (21 de octubre de 2009). *Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

Argentina. (5 de julio de 2012). *Decreto Reglamentario a la Ley de Derechos del Paciente 1089/2012*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/199296/norma.htm>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (10 de octubre de 2003). *Caso María Mamérita Mestanza Chavez vs. Peru*. Informe 71. <https://www.cidh.oas.org/women/Peru.12191sp.htm>.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (30 de noviembre de 2016). *Caso I.V. vs. Bolivia*. http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf

Unesco. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Unicef. (20 de noviembre de 1989). *Convención de los Derechos del Niño*. <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>



Centro de
Bioética