

CONDICIONES PARA PRESERVAR EL VALOR MORAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA¹

Félix Andrés Rojas

*Los médicos debemos recuperar la validez ética del consentimiento informado
como modelo de verdadera elección autónoma de los enfermos*

Thompson (2006)

Resumen

El consentimiento informado (CI) en medicina corre el riesgo de quedar reducido a un formalismo legal sin valor moral; esto puede suceder por dos cosas: 1) como consecuencia de que el paciente no comprenda con suficiencia el concepto de autonomía y 2) debido a la disminución de la autonomía práctica del paciente por efecto de la autoridad del personal médico o de las instituciones de salud. Este artículo tiene como fin mostrar bajo qué condiciones se puede evitar la reducción del CI a un formalismo legal desprovisto de valor moral. Para servir a este propósito, se considera el concepto de autonomía relacional como eje articulador que pone en relación al paciente con su comunidad moral y con el médico, lo que impulsa al personal de la salud a proporcionar las condiciones para tal fin. Así, se afirma que la valía moral del CI puede conservarse, primero, a partir de una concepción relacional de la autonomía y, segundo, mediante la aplicación, por parte del médico y de la institución, de un protocolo que disminuya la posibilidad de choque entre la autonomía y la autoridad.

Palabras claves. Consentimiento informado, valía moral, dialogicidad, autonomía relacional, autoridad e institución.

¹ Artículo para optar al título de Magíster en filosofía, Universidad del Rosario. Asesor: Dr. Wilson Ricardo Herrera Romero. Bogotá, 2015.

Abstract

The Informed Consent (IC) in medicine runs the risk of being reduced to a legal formality without moral value. This can happen for two reasons: 1) because the patient does not understand sufficiently the concept of autonomy and 2) due to the decrease, in the practice, of the patient's autonomy by the impact of the authority of the medical staff or health institutions. So, this article aims at showing under what conditions it is possible to avoid this reduction of the IC. To serve this purpose, the concept of relational autonomy is considered as the axis that relates the patient with his moral community and his physician, and this impels to health personnel to provide the conditions for that purpose. Thus, it is stated that the moral worth of the IC can be kept up, first, from a relational conception of autonomy and, second, through application, by the doctor and the institution of a protocol that reduces the possibility of shock between autonomy and authority.

Keywords. Informed consent, moral worth, dialogical, relational autonomy, authority and institution

Introducción

Es indudable que la segunda mitad del siglo XX produjo significativos avances en el campo de la investigación médica. Estos avances han traído consigo una serie de desafíos éticos que no han sido fáciles de responder ni en la reflexión teórica ni mucho menos en la práctica médica. Quizás la elaboración ética mejor lograda sea el *consentimiento informado* (CI), el cual busca garantizar el respeto² por la autonomía moral de los pacientes, es decir, pretende que estos sean respetados como los agentes morales que son. No obstante, la percepción generalizada en la última década es que el

² En este escrito se usa el término 'respeto' para referir la segunda forma de 'reconocimiento' propuesta por Axel Honneth (1996, 1997, 2010). Para Honneth, en clara discrepancia con la ética kantiana, la fuente de la moralidad está en las *relaciones intersubjetivas* y no en la *autorreferencia* de una conciencia individual que se sabe "legisladora de un reino de los fines" y obligada a cumplir su propia legislación (autonomía moral); en otros términos, para Honneth no es suficiente con que el individuo se sepa autónomo, es necesario que esa autorreferencia del individuo sea reconocida por los otros, de lo cual se puede esperar tres modos de reconocimiento: 1. Amor o cuidado (reconocimiento singular —padres e hijos—), 2. Respeto moral o respeto por la autonomía entre los sujetos (reconocimiento igualitario y recíproco). 3. Lealtad o solidaridad (reconocimiento social comunitario de la irremplazabilidad o unicidad de una persona). Ahora bien, las relaciones humanas son históricas y en este sentido están mediadas por preconcepciones de reconocimiento, por lo que no puede ignorarse que, en sociedades como la colombiana, la valoración social de la profesión médica determina de antemano el tipo de relaciones que se suscitan entre el médico y el paciente.

CI se ha convertido paulatinamente en un instrumento para institucionalizar la autonomía (SOLÓRZANO, 2012), con lo cual se corre el riesgo de dejar de lado su valía moral. Esta crítica es una invitación a indagar por las condiciones de posibilidad para que el CI conserve (no pierda o rescate) la cualidad moral que lo caracteriza, al menos, teóricamente. Por ende, el fin de esta investigación es determinar bajo qué condiciones el CI cumple con las exigencias de la autonomía moral, para lo cual se hace necesario hallar los rasgos que lo definen para, posteriormente, diseñar un procedimiento mediante el cual se pueda establecer los criterios de su valoración moral.

En el primer capítulo se hace un recuento histórico con el propósito de ubicar al lector en los antecedentes de la bioética y en las condiciones que promueven y permiten la aparición del CI; se presenta de manera general el modo en que es comprendido el CI desde la perspectiva práctica en medicina y desde la teórica en filosofía, para identificar los presupuestos básicos y comunes que subyacen al concepto mismo; con ello se pretende establecer las condiciones que permitirían, desde el punto de vista metodológico, una definición de CI más amplia y completa. En seguida, se muestra al lector los principios que rigen la bioética médica actual y los choques que se presentan entre el *principio de autonomía* y los principios de *beneficencia*, *no-maleficencia* y *justicia*; por último, en este capítulo se analiza la tensión entre dos comprensiones divergentes del concepto de autonomía: sustantiva y relacional.

En el segundo capítulo se hace un doble análisis (teórico y práctico) de los conceptos *autonomía*, *autoridad* e *institucionalidad*, términos directamente relacionados con la comprensión actual del CI en medicina; luego, se propone un concepto de CI con propósitos normativos. De esta manera, se pretende reunir las características analizadas en el texto, articuladas en torno a la noción central de autonomía relacional y sus relaciones con la autoridad y la institucionalidad. Finalmente, se propone las condiciones de posibilidad para definir la normativa del CI a fin de que se preserve el ideal de respeto por la autonomía del paciente.

La investigación tiene su centro epistemológico en una aproximación de los conceptos de *autonomía moral* y de *autonomía relacional*, los cuales —sin llegar a identificarse entre sí— se entrelazan de tal manera que construyen el plano conceptual de esta

disertación. Por último, con el objetivo de delimitar los alcances del trabajo, es necesario recordar que, aun cuando también existe el CI en los casos en que el paciente es jurídica o físicamente incapaz de actuar razonablemente (como los niños o personas con enfermedades mentales severas, en cuyo caso dicho CI sería otorgado por las personas que están a cargo del paciente), esta investigación solo aplica para los casos no urgentes de tratamientos médicos en los que el paciente es una persona adulta capaz de tomar sus propias decisiones, es decir, casos en los que el lapso que se tiene desde el momento en que se diagnostica una enfermedad hasta la eventual firma del documento del CI, es suficientemente amplio como para que el paciente pueda ejercer su agencia.

I

Historia, práctica médica y filosofía: un acercamiento a la formación moral del CI

En este capítulo se hace un acercamiento al CI desde tres enfoques diferentes, aunque siempre de manera concéntrica. El primero y más general es el *histórico*, allí se rastrea la génesis del CI hacia finales del siglo XX. El segundo es un abordaje del concepto de CI desde la bioética médica y la bioética filosófica³, de cuyo análisis emergen la autonomía y la dialogicidad como elementos esenciales o constituyentes del CI. El tercero, y último, se propone mostrar cómo y por qué en la práctica médica aparecen serios conflictos que ponen en riesgo el fundamento moral del CI.

1.1 Antecedentes históricos: la bioética y el CI en la práctica e investigación médicas⁴

La bioética, como disciplina en formación, es un campo interdisciplinar que no puede aprehenderse en una definición simple⁵; se presenta como un fenómeno complejo con matices, por ejemplo Ferrer y Álvarez (2006) destacan, por lo menos, dos grandes bloques: la bioética angloamericana y la bioética mediterránea. Dentro del primer bloque, en el que esta investigación se circunscribe, se halla la corriente del principialismo —en la que se inscriben, como se verá más adelante, Beauchamp y Childress—. Ésta se caracteriza por conceder

³ Según Maldonado (2005) los acercamientos de la biomedicina y la filosofía, dos disciplinas definitorias de la bioética, han constituido nuevos lenguajes y métodos a partir de los métodos y lenguajes propios de cada una de esas áreas del conocimiento.

⁴ Para profundizar en los antecedentes aquí referidos, consúltese los trabajos de José Luis Iglesias Benavides (2007), Miguel H. Kottow (2005) y Edith Carolina Pineda Pinzón (2012).

⁵ Tomo la definición ampliada de bioética de Ferrer y Álvarez (2006) en la que, más allá de lo acuñado por Warren Thomas Reich, los autores afirman que “preferimos hablar de las ciencias de la vida y la salud, para que quede claro que favorecemos una comprensión *bio-psico-social-espiritual* de la persona. La bioética aborda los problemas atendiendo a la totalidad de la persona y a la totalidad de las personas. No se puede olvidar la perspectiva global que Potter infundió al término que acuñó en Madison en 1970. El “*bios*” de la bioética no tiene un sentido meramente biológico, no se refiere a la mera vida zoológica o botánica, sino que incluye también la vida biográfica, la vida como proyecto de la libertad que corresponde a la existencia netamente personal” (p. 77).

[...] a las normas morales generales –a los principios– un puesto central en la reflexión bioética, sin que sea necesario negar los otros elementos de la vida moral que ocupan el puesto de honor en otras aproximaciones a la ética biomédica, tales como el análisis de casos o las virtudes (FERRER Y ÁLVAREZ, 2006, p. 122).

La bioética médica tiene como objetivo fundamental, entre otras cosas, velar por la moralidad de las interacciones en la relación paciente-médico; en efecto, se origina a partir de los antecedentes de las prácticas e intervenciones médicas y de investigación científica con seres humanos que no respetaron la integridad psicosomática de algunas personas en el pasado reciente. Así, la bioética ofrece elementos de juicio para evaluar moralmente este tipo de intervenciones y, a la vez, reglamentarlas. Dicho lo anterior, se evidencia que el nacimiento de la bioética médica y del CI son dos momentos que se cogenan, es decir, se originan mutuamente, están ligados el uno al otro.

Los primeros antecedentes históricos aparecen en la medicina antes que en la investigación en seres humanos. Según Sergio Cecchetto (2001),

hasta bien entrado el siglo XVIII los médicos gozaban de una impunidad casi completa, y son escasísimos los casos en los cuales debieron justificar sus acciones profesionales ante un tribunal. Los cirujanos, por el contrario, se vieron más expuestos a este tipo de percance en razón del estatuto artesanal de su destreza (CECCHETTO, 2001, p. 7).

El mismo autor reseña que Martin S. Pernick (1982) elaboró un trabajo importante alrededor de la noción de información y la de consentimiento desde 1780, a partir de los casos judiciales y las historias clínicas de EE.UU.; este primer periodo (1780-1890) se caracterizó por la constante negligencia médica, mientras que el segundo (1890-1920), por la agresión física y la coacción. Los casos denunciados en este lapso motivaron una nueva interpretación de los jueces sobre tales excesos: eran agresiones contra la autodeterminación de los pacientes. Fue cuestión de tiempo para que “la nueva doctrina de la agresión [hiciera] que los expertos tuvieran que subordinar su accionar al mayor beneficio del paciente pero sin intervenir por ello sobre su cuerpo sin permiso” (CECCHETTO, 2001, p. 8). Finalmente, y como consecuencia de lo anterior, durante el tercer periodo, de 1945 a 1972, se dio la aparición del consentimiento voluntario y del consentimiento informado” (CECCHETTO, 2001, p. 7).

Propiamente “la expresión ‘consentimiento informado’ (*informed consent*) fue utilizada por primera vez en el Estado de California (EE.UU.) en 1957, con ocasión del pleito *Salgo contra Leland Stanford Jr. University-Broad of Trustees*” (CECCHETTO, 2001, p. 8). Aunque “el caso *Nathanson versus Kline* selló, en 1960, el ingreso del consentimiento informado a la órbita sanitaria y, desde entonces, se lo incorporó como parte constitutiva del acto médico” (CECCHETTO, 2001, p. 8). Puede decirse, entonces, que, si bien los primeros antecedentes históricos de la reflexión bioética pueden rastrearse en las agresiones de la *práctica médica*, fueron los abusos en la *investigación* con seres humanos los que dieron, finalmente, acta oficial de nacimiento al CI en la bioética médica.

Entre los casos más conocidos—y que sirven para hacer análisis moral— están los experimentos realizados por el nacional-socialismo durante la Segunda Guerra Mundial. Por estos hechos, “en Nüremberg 23 médicos alemanes de los campos de concentración fueron hallados culpables de romper el código de ética médica al realizar espantosos experimentos médicos en los prisioneros” (IGLESIAS, 2007, p. 224). Otro caso reciente, ya en América, es el estudio clínico Tuskegee (GRAY, 1998), entre 1932 y 1972, que consistió en inocular sífilis en cuatrocientos varones negros en Tuskegee, Alabama, por parte de los servicios públicos de salud con el fin de observar el proceso natural de la bacteria hasta causar la muerte. Como parte de este mismo programa de investigación (patrocinado y ejecutado por el gobierno de Estados Unidos) se adelantó en Guatemala (REVERBY, 2012) una serie de experimentos para comprobar la efectividad de nuevos fármacos contra las enfermedades venéreas. Más recientes aún son los casos de indígenas esterilizados sin su consentimiento en Perú (1990-2000) y en México (1994-2001). Estos sucesos —no es difícil notarlo— que causaron daños directos e irreversibles a los pacientes, constituyen una violación de la dignidad de la persona y, por ende, representan crímenes contra la humanidad⁶.

⁶ “La primera declaración formal del contenido de la expresión crímenes contra la humanidad aparece en el Art. 6c del Estatuto del Tribunal Internacional Militar de Nuremberg de 8.8.1945, declarando como tales ‘el asesinato, exterminio, esclavitud, deportación y otros actos inhumanos cometidos en contra de cualquier población civil, antes o durante la guerra, o las persecuciones por motivos raciales o religiosos, en la ejecución o en conexión con un crimen dentro de la jurisdicción del Tribunal’, donde la tortura, que según el Diccionario es un ‘grave dolor físico o psicológico infligido a alguien, con métodos y utensilios diversos, con el fin de obtener de él una confesión, o

Como respuesta a las prácticas médicas del nazismo surgió el *Código de Nüremberg*, que fue elaborado en 1946, y que

inaugura nuestro tercer período en estudio. Su punto 1 hace referencia al “consentimiento voluntario” del sujeto potencial de investigación, que debe ser capaz para consentir –desde un punto de vista jurídico–; estar libre de presión, fraude, engaño, coacción o compulsión; y disponer de la información y comprensión suficiente de los elementos en juego (naturaleza, duración y propósito de la práctica, inconvenientes y peligros razonablemente previsibles, efectos derivados) como para permitirse “una decisión lúcida y con conocimiento de causa” (CECCHETTO, 2001, p. 8).

De esta manera, el Código busca orientar éticamente la experimentación médica en seres humanos (MAINETTI, 1989); entre sus consideraciones figura pedir consentimiento al paciente y prevenir situaciones que le presionen a participar en los experimentos. Después, en 1948, la Declaración de Ginebra (ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, 1948) actualizó el juramento hipocrático para que la práctica pudiera responder adecuadamente a las exigencias contemporáneas. Más adelante, en 1964, la Declaración de Helsinki (ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, 2008), estableció principios procedimentales básicos y pautas para permitir la investigación en seres humanos sin faltar al respeto del paciente y al reconocimiento de su autonomía. Posteriormente, como reacción frente al caso Tuskegee, en 1978 apareció *The Belmont Report* en el que se establecieron tres principios con el propósito de regentar la práctica médica e investigativa: respeto por las personas, beneficencia y justicia; estos principios se convertirían en la base para la reflexión ulterior en el campo de la bioética médica. *The Belmont Report*, en efecto, es la fuente principal de la investigación de Beauchamp y Childress quienes publican en 1979 *Principles of Biomedical Ethics* (2001), en el que exponen los principios de la bioética médica que aún siguen vigentes hoy: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia.

En general, las diferentes respuestas a los abusos de la investigación y la práctica médicas tienen un común denominador: subrayan la importancia de solicitar permiso al

como medio de castigo’, se encuentra perfectamente comprendida en la idea de ‘actos inhumanos’ (MATUS, 2005, p. 9).

paciente para cualquier tipo de intervención de la que vaya a ser objeto. En este escenario, y con el fin de salvaguardar la autonomía del paciente, cobra importancia el CI como mecanismo de defensa frente al abuso directo o el paternalismo de los médicos.

Como se ve, el origen de la reflexión en la bioética médica se halla en esas y otras situaciones históricas, con lo cual se hace comprensible y justificable el CI para proteger la integridad de los pacientes. Ahora bien, estos antecedentes históricos llevan a dos tipos de reflexión: una médica (referida a las prácticas) y otra filosófica (relacionada con los conceptos). No obstante la diferencia en perspectiva de estas reflexiones, y ya que su objeto general es el mismo, cabe preguntar: ¿cuáles son los aportes a la bioética y los elementos en común entre estas dos perspectivas de análisis?

1.2 Dos perspectivas del CI

Con frecuencia la práctica médica del CI obedece a una comprensión que dista mucho de la explicación filosófica; sin embargo, en este texto se pretende construir un puente entre esa comprensión médica (y la práctica que en ella se legitima) y la interpretación filosófica del CI. Para tal efecto, se hace un análisis desde la perspectiva médica ante la práctica del CI y, después, se adentra en la discusión filosófica contemporánea en torno a la relación entre el CI, la autonomía y la autoridad. Con ello, se espera lograr la construcción de un concepto de CI que responda coherentemente a las exigencias prácticas y teóricas que subyacen en las dos orillas de la discusión. A partir de dicho concepto se intenta postular algunas condiciones que, eventualmente, permitirán garantizar la preservación de su valía moral.

1.2.1 *El CI desde la perspectiva biomédica*

El primer acercamiento se hace desde la perspectiva de la bioética médica en razón de su primacía práctica. Luciana Ramos (2012) señala que el CI “es un procedimiento formal y escrito de la comunicación médico-paciente, que corresponde a una concepción de la relación clínica basada en la ética de la autonomía” (p. 294). Esta definición aporta algunos elementos, los dos primeros (1. procedimiento formal, 2. por escrito) ponen de

manifiesto una comprensión estrecha del CI pues, en cuanto procedimiento, lo reduce a un *formalismo* y, al concebirlo como *documento escrito*, limita la posibilidad de valorar el proceso mismo de diálogo que atraviesa y gobierna de principio a fin la interacción médico-paciente. Ramos se aproxima a la definición de procedimiento algorítmico (que precisa unos pasos fijos para alcanzar determinado objetivo) pero olvida, con ello, que es posible realizar una búsqueda flexible de soluciones que responda a las características de la situación, mucho más cercano a lo que puede llamarse ‘procedimiento heurístico’. Y es que, a juicio del jurista Juan Solórzano (2012), en sentido estricto “el CI no es un procedimiento debido a que [este último] es entendido como ‘método para ejecutar algunas cosas’, [y] suele realizarse siempre de la misma manera, con una serie de pasos establecidos previamente” (p. 18). Pero la simple observación de la realidad muestra que

el consentimiento informado no es igual en todos los casos, partiendo del supuesto de que no todos los pacientes son iguales y de que la capacidad de comprensión varía de acuerdo con múltiples factores (edad, nivel de educación, grado de preocupación, etc.). Es por ello por lo que el consentimiento informado no debe ser entendido como un procedimiento (SOLÓRZANO, 2012, p. 18).

Entre tanto, Eliana Quintero afirma que el CI es

un acto que se realiza a través del diálogo y se desarrolla de manera evolutiva a todo lo largo de la relación médico-paciente (...). Se fundamenta en el reconocimiento del otro como *persona capaz y autónoma*. (...) ‘Es un contrato consensual’ que puede estipularse verbalmente (2009, p. 97).

En la definición de Quintero se destaca tres hechos: 1. el reconocimiento del otro como persona, lo que configura la relación como una acción humana; 2. el hecho de que se emplea un tiempo no estipulado, con lo cual se libera al paciente de una presión innecesaria⁷ y, 3. la no limitación *per se* al documento escrito, con lo cual, los espacios de diálogo y comprensión entre las partes pueden aportar más a la finalidad del CI. Así,

⁷ Esta presión se desliza subrepticamente hacia la coacción, sin embargo, siguiendo a R. Alexy (2004) es contraintuitivo pensar que, en estados que respetan el libre desarrollo de la personalidad, pueda existir algo así como un consentimiento coactivo-informado; eso sería contradictorio, puesto que, como lo señala el autor, “la aplicación de sanción en caso de desobediencia incluye el ejercicio de la coacción física, es decir, de la coacción estatalmente organizada en los sistemas jurídicos desarrollados” (p. 8), pero nadie está obligado a obedecer en asuntos referidos a su integridad psicosomática.

pues, no debe entenderse que el CI es un procedimiento algorítmico, ni mucho menos que la firma de un formato es uno de sus rasgos definitorios.

Por su parte, Julia Thompson (2006) reconoce una doble dimensión del CI: una tradicional y otra próxima al ámbito jurídico. Según ella, aunque

para muchos autores [el CI] consiste solo en una toma conjunta de decisiones entre médico y paciente, sin embargo no es tan simple. Se considera que tiene dos significados generales: el primero se refiere a que el médico debe solicitar, “*pedir permiso*” (...), y el individuo-paciente no solo debe aceptar y cumplir una propuesta de intervención, sino además, dar su autorización mediante un consentimiento informado y voluntario. El segundo se puede analizar en función de la normativa legal del consentimiento informado, que exige que las instituciones de salud deban obtenerlo legalmente antes de iniciar un procedimiento o investigación.

Es importante hacer énfasis en la importancia de entender que, desde el punto de vista ético, el verdadero consentimiento es el primero y no este último, que solo representaría una obligación judicial. Los médicos debemos recuperar la validez ética del consentimiento informado como modelo de verdadera elección autónoma de los enfermos (THOMPSON, 2006, p. 19).

Como lo indica el pasaje anterior, se suele identificar rápidamente el CI con la firma de un contrato⁸, pero este no se limita a un documento escrito⁹ que firma el paciente con el fin de autorizar un tratamiento médico o una investigación en su persona; en cambio, tal documento es la evidencia final de un *proceso serio* de diálogo¹⁰ cuyos participantes son inicialmente dos agentes que se hallan en puntos diferentes, tanto por sus conocimientos como por la forma en que cada cual afronta la enfermedad. El primer participante (el médico) posee un conjunto determinado de conocimientos —lo que lo

⁸ Al respecto, consultar el apartado II del trabajo de Felipe Navia (2006): *Alcance del deber de información*.

⁹ Para ORTIZ y BURDILESEI el CI “más que un documento formal el consentimiento informado es un modelo de una virtuosa relación entre los profesionales de salud y los pacientes (y familiares), donde el respeto por la autonomía y autodeterminación del sujeto afectado por la enfermedad es el principio más importante en el proceso de decisión del paciente acompañado por el médico” (2010, p. 644). La cita refleja la dimensión relacional y humana del CI.

¹⁰ A pesar de que destaco sobremanera la importancia del diálogo, no se puede olvidar, como lo sugieren Ronis Pérez y Miguel Suazo, que “no todo diálogo es indicador de consentimiento informado ni de que el proceso se haya llevado de forma adecuada, se requiere de claridad en la intención de ir dando informaciones para poder concluir en que ello es conducente para la toma de decisiones y ésta estará en manos de los pacientes o en última instancia de un consenso entre ambos” (PÉREZ y SUAZO, 2010, p. 11).

transforma en una autoridad—, mientras que el segundo (el enfermo) aparece como una unidad psicosomática que corre el riesgo de sufrir un daño si no recurre al doctor —lo que lo convierte en el directamente afectado—. La finalización del proceso de diálogo presupone para su efectividad que la asimetría conceptual inicial entre los agentes disminuya. De este modo, de acuerdo con Thompson, el CI se concibe como un *proceso* dialógico que alberga varios *procedimientos* subsidiarios interrelacionados, los cuales convergen en la consecución del consentimiento de una manera no solo lícita, sino además, moral.

El Colegio Americano de Médicos (CITADO POR SIMÓN & CONCHEIRO, 1993) añade nuevos elementos que ayudan a barruntar una definición más amplia y adecuada del CI, al considerar que este exige

la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información debe ser comprensible y no sesgada. La colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente.

Además de suponer el carácter procesual y de evidenciar las etapas que se suceden, esta definición resalta —más que las anteriores— el protagonismo del paciente y las características que lo convierten en agente moral, de tal forma que participe activamente en el proceso. También destaca dos cosas: la *explicación* mediante el *diálogo* y la exigencia de cooperación mutua para que la conversación fluya de manera efectiva, clara y directa; que se mueva en la veracidad de los hechos y procedimientos subsiguientes, y en la confianza entre las partes. En la base de esto se halla la suposición de que, más allá de las diferencias propias inherentes a su nivel de estudios y demás circunstancias, los dialogantes poseen la capacidad para comprender mutuamente sus razones.

Por todo lo anterior, es válido afirmar que el CI no se reduce a un momento puntual, sino que comprende un proceso dialógico compuesto por un conjunto de procedimientos sucesivos, simultáneos o alternos, cuyo fin central es proporcionar al paciente las condiciones necesarias para que se desenvuelva como agente moral. Estos

procedimientos son: 1) la descripción y explicación de la enfermedad; 2) la descripción de los posibles tratamientos y de las consecuencias —tanto si se aceptan, como si no, dichos tratamientos—; 3), el asentimiento voluntario; 4) la firma de un documento —o un pacto verbal— que ponga de manifiesto el carácter consensual y la legalidad del aspecto contractual del CI; y, 5) seguimiento de los protocolos pre y post tratamiento por parte de ambos actores.

1.2.2 *Perspectiva filosófica: el CI según Joel Feinberg*

En este punto de la investigación se recurre a la perspectiva de la filosofía moral, ya que sus análisis —a diferencia de los de la bioética médica— permiten ahondar en la caracterización de los elementos que se conjugan para que se dé el CI y su valía moral; el análisis filosófico, por una parte, muestra el significado y alcance del CI, y por la otra, analiza las posibles justificaciones morales de este mecanismo.

Desde la óptica de Joel Feinberg (1986) cualquier tratamiento riesgoso para un paciente está sujeto al *consentimiento voluntario* o CI. El factor más importante para que la voluntad del paciente sea efectivamente respetada es brindar la *información adecuada* o, lo que Feinberg llama, siguiendo a Katzner, la *condición de información*; esta impone al médico la obligación de revelar al paciente la información necesaria¹¹, siempre y cuando el paciente esté mental y legalmente habilitado para conocerla. La revelación de la información está mediada por el deseo o la necesidad de un paciente razonable, capaz de conocer más acerca del tratamiento y las consecuencias del mismo. Mientras no haya serios indicios de demencia o irracionalidad, y aunque sus decisiones sean neuróticas o tontas, el paciente sigue siendo autónomo si está adecuadamente informado. La condición de información se satisface cuando la información poseída (o el desconocimiento de la misma) por el médico-investigador puede ser fácilmente aprehendida dentro del conjunto de creencias o de incentivos que mueven al paciente a tomar decisiones. En todo caso, lo más conveniente es revelar siempre toda la información posible (FEINBERG, 1986, pp. 306-307).

¹¹ Brindarle toda la información requerida al paciente “ciertamente es una ganancia desde la óptica de cualquiera que seriamente respete la autonomía personal, pero eso podría no ser suficiente para proteger a todos y cada uno de los pacientes o sujetos” (FEINBERG, 1986, p. 306).

De acuerdo con lo dicho, el CI exige al menos dos elementos: la dimensión dialógica entre paciente y médico, y la autonomía del paciente —estos dos evitan el paternalismo del personal médico—. Un diálogo eficaz requiere de dos agentes que compartan ciertas condiciones de información frente al asunto que los reúne, condiciones que, al menos en algunos puntos, los ubica como ‘iguales’. Así las cosas, la satisfacción de estas dos exigencias (diálogo y autonomía) favorece el proceso por el cual el paciente fundamenta moralmente su decisión.

Empero, dos factores se conjugan para afectar la fundamentación moral de las decisiones del paciente: las creencias erradas y el exceso de información. En primer lugar, las creencias erradas no permiten alcanzar la valía moral del CI por cuanto evitan que el diálogo se desarrolle adecuadamente. Por ejemplo cuando un paciente no acepta un tratamiento porque cree que no es necesario; si el paciente no acepta la necesidad del tratamiento, entonces no puede haber un diálogo adecuado con el médico. En segundo lugar, el exceso de información puede aminorar dicha fundamentación moral: más información de la requerida puede atiborrar o, incluso, confundir al paciente, aunque se encuentre en cierto margen de racionalidad (FEINBERG, 1986).

Además, en rigor, ninguna persona tiene la capacidad de comprender a cabalidad los requerimientos e implicaciones de un procedimiento médico; así, el paciente puede llegar a tener total confianza en el médico pero no la plena comprensión del procedimiento. Entonces, ¿puede decirse que en contextos médicos el CI es una ilusión o un imposible? La respuesta es no, pues si bien es cierto que el ideal de divulgar la totalidad de la información relevante y de que esta sea comprendida cabalmente no es factible¹², es innegable que el objetivo del CI es preservar la autonomía del paciente, lo que se incumple si no se le administra la información relevante para su caso de modo tal que llega a tomar una decisión sin los fundamentos adecuados. Por tanto, esta situación problemática exige buscar un punto medio entre el ideal de la plena comprensión de la información (exceso) y el actuar paternalista que omite la información relevante (defecto). En una palabra, se busca prevenir dos extremos: 1. atiborrar al paciente con los detalles técnicos que no aportan nada significativo a su decisión, y 2. tratarlo como

¹² Dado que difícilmente se actúa como persona totalmente libre, informada o autónoma.

un ser incapaz de decidir sobre sí mismo. En ese sentido, siguiendo a Beauchamp y Childress, Feinberg sostiene que es posible estar lo suficientemente informado como para tomar una decisión libre y autónoma (FEINBERG, 1986, p. 309).

La reflexión filosófica muestra que el CI es un proceso dialógico conformado por dos elementos: 1) respeto por la autonomía del paciente (que se sustenta a su vez en el segundo aspecto); y, 2) la cantidad y la calidad de la información. Por tanto, la falla en alguno de estos elementos invalida moralmente todo el proceso¹³. Por ejemplo, cuando la información que ha sido divulgada al paciente presenta omisiones graves y voluntarias el CI pierde su valor moral; o, también perdería el valor moral cuando la razón del paciente para aceptar o rechazar un tratamiento se apoya en una falsa creencia; es el caso de aquel paciente que cree no necesitar de una intervención quirúrgica ya que en su familia nadie lo ha necesitado y todos se han curado de sus enfermedades de manera ‘natural’.

Dicho lo anterior, y a partir del doble análisis precedente (biomédico y filosófico), cabe preguntar: ¿qué supuestos comunes subyacen a ambos? ¿En qué medida el hallazgo de tales presupuestos brindaría herramientas para la construcción de un concepto de CI que responda satisfactoriamente a las exigencias prácticas y teóricas de la relación médico-paciente en lo referente a la toma consensuada de decisiones?

1.3 Elementos básicos del CI

Las reflexiones en torno al CI hechas desde la medicina y desde la filosofía muestran hasta ahora algunos elementos en común: se trata de un proceso, se exige un diálogo transversal entre las partes involucradas y la autonomía del paciente es indispensable.

¹³ En esta investigación se omite el tratamiento de la *coacción* como un tercer elemento del CI debido a dos razones: 1. se considera que una forma de coacción viene dada como manipulación, en cuyo caso queda implícitamente tratada; y, 2. porque se presume, no sin problemas, que cualquier tipo de discurso en torno al CI, para que tenga sentido, no debe recurrir a la fuerza ni a la violencia. De este modo, en el campo filosófico en el que esta investigación se desarrolla, le compete a los conceptos de autonomía y dialogicidad mostrar su centralidad en la constitución del CI. Respecto de la coacción como elemento esencial del CI, consúltese RODRÍGUEZ-OCAMPO, S., VILLALOBOS-ALPÍZAR, J., CARVAJAL-CALDERÓN, M., CAMPOS-GAMBOA, G., y SÁNCHEZ-SOLANO, H. (s.f., p. 2).

No obstante, una diferencia notable persiste: mientras que para la medicina los procesos se desarrollan a partir de procedimientos o conjuntos ordenados de pasos por seguir, en la perspectiva filosófica (FEINBERG, 1986) el proceso del CI se distingue por ciertos criterios que sirven para identificar el valor moral del proceso mismo. Más allá de estas diferencias, puede decirse que el CI se concibe, en principio, como un *proceso dialógico* cuyo objetivo es preservar la *autonomía* del paciente, lo cual significa que, si hubiera que señalar los elementos fundamentales para la constitución moral del CI, estos serían el *diálogo* y la *autonomía*.

Ahora bien, la preocupación por conservar o salvaguardar el valor moral del CI en la interacción médico-paciente no es exclusiva de esta investigación. En 1979, Beauchamp y Childress (2001) establecieron cuatro principios, cuya practicidad les ha valido para ingresar al *corpus* de la bioética. Estos principios son: 1) respeto por la *autonomía* del paciente, 2) *beneficencia*, 3) *no-maleficencia* y 4) *justicia*. Las similitudes entre los cuatro principios de Beauchamp y Childress y los dos elementos fundamentales del CI vislumbrados hasta este punto en la presente investigación parecen sugerir alguna relación entre unos y otros. Cabe preguntarse, entonces, ¿es posible que lo que aquí se ha llamado *elementos fundamentales* esté a la base de los cuatro principios de la bioética? Si la respuesta es afirmativa, se confirmaría la radicalidad del *diálogo* y de la *autonomía* en la fundamentación ontológica y ética del CI.

Indagar sobre tal posibilidad implica revisar el papel que desempeñan la dialogicidad y la autonomía —como conceptos fundamentales que son¹⁴— al interior de los cuatro principios de la bioética. En teoría, el CI moralmente valioso puede surgir de la adecuada relación entre estos dos conceptos, si se entiende, por una parte, la dialogicidad como una condición de posibilidad para que una persona obre como un agente racional, es decir, como un ser capaz de modificar su propio conjunto de creencias en virtud de la solidez de las razones; y por la otra, la autonomía¹⁵ como condición de posibilidad para autolegislarse, esto es, para imponerse a sí mismo dichas

¹⁴ En adelante se usará el término ‘conceptos fundamentales’ para referirse a la dialogicidad y la autonomía.

¹⁵ No obstante, a esta definición de autonomía aún le faltan algunas características, las cuales se exploran más adelante.

razones, incluso si esto implica modificar el propio conjunto de creencias. Como puede evidenciarse, la autonomía y la dialogicidad son dos categorías correlativas.

Estos dos conceptos, la dialogicidad y la autonomía, no siempre son entendidos de la misma manera. En el caso del diálogo —dialogicidad—, este suele entenderse como una conversación o transmisión de información, y también como un ejercicio deliberativo y consensual, entre otras acepciones. Por otro lado, la autonomía, como ya lo señala Feinberg (1986), se entiende como soberanía, autosuficiencia, e incluso como autolegislación. Frecuentemente, en la práctica, esta ambigüedad en el uso de tales conceptos genera choques a la hora de aplicar los cuatro principios de la bioética. Como se verá en la siguiente sección, de entre estos cuatro principios el de autonomía ha tomado el puesto cardinal. Y ello, justamente, multiplica los choques con los principios de beneficencia, no-maleficencia y justicia. Los autores de *Principles of Biomedical Ethics* (2001) creen solucionar este problema mediante la ponderación *prima facie* de los cuatro principios (según cada situación particular), sin embargo, las discusiones se multiplican como consecuencia de los constantes desencuentros entre los deberes médicos y los deseos y expectativas de los pacientes.

1.4 Centralidad del principio de autonomía en el concepto de CI: choques entre los cuatro principios

Hasta aquí, la investigación sugiere que la solidez moral del CI se halla en los conceptos fundamentales de *dialogicidad* y *autonomía*; no obstante, la bioética filosófica ya ha asignado dicho lugar a los cuatro principios de Beauchamp y Childress (2001). A continuación se revisa cómo operan este par de conceptos en cada uno de los principios de la bioética. Esta sección presupone que el CI posee valor moral si se cumplen dos requisitos: 1) que el médico divulgue adecuadamente la información relevante disponible y 2) que el paciente esté capacitado racional y legalmente.

En cuanto al principio de autonomía, es claro que pretende salvaguardar la agencialidad del individuo, valor fundante de las sociedades liberales; empero, la exaltación de la individualidad que se ha dado en el último siglo ha llevado al creciente interés por

desarrollar el proyecto de vida de tal modo que se ignora al prójimo en la toma de decisiones, con lo cual, la pretensión del principio se ha desdibujado, puesto que la agencialidad se logra gracias a la cooperación de los otros. Esta situación lleva a discrepancias entre los agentes cuando se trata de tomar decisiones que, de hecho, pueden afectarlos directamente. A continuación se muestra cómo se presentan las dificultades o choques entre los cuatro principios de la bioética.

1.4.1 Principio de autonomía vs. principio de beneficencia

La primera y más recurrente dificultad entre los principios es la que con frecuencia se da entre el principio de autonomía¹⁶ y el de beneficencia. Este último, “en el ámbito médico [...] obliga al profesional sanitario a poner el máximo empeño en atender al paciente y a hacer cuanto pueda para mejorar la salud, de la forma que el profesional considere más adecuada” (BONNIN, 2005, p. 26).

Ahora bien, un caso patente del choque entre estos dos principios se presenta cuando el paciente, en uso de su autonomía, rehúsa el tratamiento médico. En el marco de una sociedad liberal pluralista, respetuosa de las diferentes visiones de vida buena, se presume que cada cual elige, dentro de sus propias posibilidades y aspiraciones, un plan de vida y busca los medios para seguirlo; mientras que someterse o verse obligado a seguir un proyecto de vida impuesto por otro es o bien una forma de irresponsabilidad o bien una manera de infantilización (no se desconoce ni se rechaza en absoluto los factores idiosincrásicos y culturales que cooperan válidamente en la formación del carácter de cada individuo).

La autonomía personal exige que las elecciones subjetivas se realicen libres de coacción, aunque es necesario reconocer que el individuo desempeña diferentes papeles en los ámbitos familiar, social, económico, político, etc., y que con dichos roles participa de distintos esquemas de cooperación social, lo cual condiciona, de hecho, la autonomía.

¹⁶ “*Principio de autonomía*: Este principio se basa en la convicción de que el ser humano debe estar libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Significa que la persona, también el enfermo, es un sujeto y no un objeto propiedad del médico o del hospital. Esto conlleva en concreto que el paciente debe ser correctamente informado, dentro de sus posibilidades, de su situación y de las posibles alternativas de tratamiento que se le pueden aplicar. Deben respetarse las decisiones de pacientes competentes, después de una adecuada información” (BONNIN, 2005, p. 26).

Además, la persona se ve atada por sus relaciones y roles sociales, de tal manera que puede sentirse instrumentalizada en función de lo que ella significa para la familia y las instituciones.

Cuando se presenta un caso clínico que pone en riesgo su propia vida, las más de las veces el paciente coordina sus esfuerzos con los de las demás personas para alcanzar su recuperación; sin embargo, también se presenta el caso opuesto en el que, debido a las pocas posibilidades de lograr la sanación, al desagrado por los resultados ofrecidos al final, a los costes ingentes o a creencias erradas, las personas deciden no tomar el tratamiento. Aquí conviene centrar la revisión en aquellos casos en los que el paciente renuncia a las terapias por razones equivocadas, como las falsas creencias o por la posibilidad de quedar con limitaciones físicas graves, es decir, en los momentos en que corre el riesgo de sufrir un daño permanente o, incluso, la muerte. En tales circunstancias las presiones aumentan y el paciente se ve obligado a lidiar con su problema de salud y con el “compromiso” de satisfacer a los miembros de las instituciones a las que está ligado. Cuando esto ocurre la autonomía del paciente es exigida al máximo.

El cuadro presentado permite ver el contraste entre tres elementos: la intención del médico de buscar el beneficio del paciente, los deseos y las buenas intenciones de las personas interesadas en la recuperación de este y el proyecto de vida del paciente mismo. Una vez conocidas la enfermedad y las posibilidades y riesgos del tratamiento (incluso con altas probabilidades de éxito), el paciente puede decidir rechazar el procedimiento terapéutico por cualquier motivo, por ejemplo, porque no quiere sentirse instrumentalizado. En este caso, el principio de beneficencia, en cuanto deber del personal de la salud de procurar el bien al paciente, puede, en ocasiones, entrar en conflicto con la decisión autónoma del paciente: *la autonomía personal es el límite, incluso, de las buenas intenciones del médico y de sus familiares.*

Aunque la vida por sí misma no es un derecho absoluto del agente, sí puede considerársela valiosa, hasta el punto de merecer los esfuerzos necesarios para protegerla. En general, para la mayoría de las personas la vida es un bien primero y

último o un bien primordial¹⁷ y se acepta la obligación intrínseca de protegerla como base de cualquier bien ulterior. De acuerdo con esto, aceptar sin restricciones que cada cual es libre de decidir, por mor de su autonomía personal, qué hacer con su salud e incluso con su vida deriva en contradicciones prácticas y en profundos dilemas éticos; es decir, se presenta un choque de intereses entre la autonomía, la corresponsabilidad de cuidar la vida, propia del principio de beneficencia, (hacia la que está dirigida la ética y el derecho positivo) y una posible instrumentalización de la persona, al ser tenida por otros como *un bienpreciado para la familia y la sociedad que debe ser protegido*.

En el caso señalado, los dos conceptos fundamentales quedan desdibujados en la medida en que aquí la comprensión de la *autonomía personal*¹⁸ se apoya en una visión individualista y restringida que omite a los otros; asimismo, en la *dialogicidad*, hay una reducción de la comprensión del diálogo a los meros actos de escuchar y responder (en los que no ha mediado un proceso dialógico profundo que implique un ejercicio deliberativo sobre los factores relevantes y el conjunto de creencias personales que lleven a un consenso apropiado) para justificar una posición personal.

1.4.2 Principio de autonomía vs. principio de la no-maleficencia

El principio de no-maleficencia indica que no se debe causar daño o hacer el mal a una persona; este principio es más obligatorio que el de beneficencia, dado que si en algún caso un doctor no cuenta con los medios para realizar un bien, al menos está obligado a no hacer el mal. De este principio se derivan “normas concretas como el ‘no matar’, ‘no causar dolor innecesario’, ‘no incapacitar física o psicológicamente’, etc.” (BONNIN, 2005, p. 26). Ahora bien, se puede dar un choque, con dos variantes, entre los principios de autonomía y no maleficencia. En la primera, el paciente tiene creencias erradas. Así, por ejemplo, cuando el doctor se enfrenta a un paciente que, apoyado en el principio de autonomía, exige que se le respete su decisión de realizarse determinado tratamiento médico en virtud de su creencia errada de que tal tratamientos es la mejor opción; en

¹⁷ Se entiende como bien *primero y último* el que sirve de sustento para otros bienes ulteriores, como los que Rawls denomina bienes primarios (RAWLS, 2006, p. 95).

¹⁸ Cuando la autonomía personal se convierte en un modo de autarquía autosuficiente, se la entenderá como autonomía individualista.

dicho caso el doctor puede advertir al paciente de las consecuencias negativas resultantes para su integridad física e incluso negarse a practicar el procedimiento médico. En este punto, las creencias erradas del paciente ponen en conflicto los dos principios mencionados.

Si bien es posible evitarlas con un diálogo que brinde información clara y completa, las creencias erradas llevan al límite la autonomía individual. Para ejemplificar la primera variante se considera dos casos: 1) Un joven de carácter firme y sin hijos cree que puede esterilizarse para disfrutar del ‘sexo libre’; es posible que no haya tenido en cuenta que las personas pueden cambiar de proyecto de vida con el pasar de los años. Una nueva lectura de sus circunstancias le permitirá percatarse de que se auto-determinó a sí mismo de forma apresurada, coartando las posibilidades de explorar otros proyectos de vida y, 2) Las personas que, pese a conocer los riesgos, solicitan una cirugía de aumento desproporcional de alguna parte de su cuerpo, aun a pesar de poner en peligro su integridad; ciertamente, esta situación enfrenta más claramente la autonomía y la no-maleficencia, sin embargo de diferentes modos, en ambos casos es clara la contradicción entre el principio de no-maleficencia y el de autonomía: ambos muestran cómo la acción médica puede llegar a ser causa directa de un mal.

En este punto cabe resaltar que la presente investigación interpreta el principio de no-maleficencia de un modo un tanto más amplio, es decir, mientras que para los autores de *Principles of biomedical ethics* el principio de no-maleficencia se puede especificar en las siguientes reglas morales: “1. No matar. 2. No causar dolor ni sufrimiento. 3. No incapacitar. 4. No causar ofensa. 5. No privar a otros de los bienes vitales” (BEAUCHAMP Y CHILDRESS, 2009, p. 153), aquí es necesario hacer notar que el hecho de que aunque el médico busque intencionalmente respetar las cinco reglas nombradas, éstas ignoran el hecho de que el doctor puede actuar con conocimiento de causa, aunque sin maldad, acerca de los perjuicios a que se someterá el paciente en un futuro próximo, con esto cabe una sexta especificación: «6. Evitar actuar si se tiene clara conciencia que del procedimiento causará un perjuicio al paciente, el cual redundará en una disminución de su calidad de vida».

En la segunda variante paciente y médico generan conjuntamente las creencias erradas por influencia de uno sobre el otro. Por ejemplo, cuando el médico —o investigador— y el paciente —o sujeto voluntario de la investigación— también apoyados en el principio de autonomía del paciente, forman creencias erradas según las cuales, dado que el paciente aceptó libre y autónomamente el tratamiento, el paciente se obliga a seguir soportando vejaciones y el médico considera que los maltratos a los que somete al paciente gozan de moralidad en la medida en que fueron aceptados autónomamente.

Para ilustrar esta variante, considérese un hecho real. En 1971, bajo la dirección de Philip Zimbardo, en la Universidad de Stanford tuvo lugar un llamativo experimento; se reclutó a un grupo de estudiantes, quienes desempeñarían los roles de guardias y prisioneros en una prisión ficticia. La investigación, conocida como el Experimento de la Prisión de Stanford, es un estudio psicológico acerca de la influencia de ambientes extremos, por ejemplo la prisión, en las conductas humanas. Si bien los “reclusos” estaban informados de que podían retirarse del experimento libremente, durante el estudio soportaron maltratos y vejaciones sustentados en una creencia falsa: el preso 8612, convencido de sus palabras, había difundido entre los demás reclusos “que habían perdido la libertad de abandonar el experimento a voluntad, de irse cuando quisieran. En aquel momento, el *experimento* de la prisión de Stanford se transformó en la *prisión* de Stanford” (ZIMBARDO, 2012, p. 39). Este hecho tuvo un impacto transformador en todos los prisioneros porque asumieron su condición como real. “Del mismo modo que la rebelión de los reclusos hizo que los carceleros empezaran a verlos como peligrosos, la afirmación de 8612 diciendo que nadie podía abandonar hizo que todos se vieran a sí mismos como verdaderos reclusos indefensos” (ZIMBARDO, 2012, p. 39).

Otra forma en la que puede darse esta segunda variante ocurre cuando un paciente tiene razones suficientes, basado en sus antecedentes e investigaciones propias, para creer que padece “X” enfermedad y logra convencer a un doctor de que los síntomas se corresponden con la misma. El doctor puede omitir tanto el protocolo como los exámenes de rigor y proceder a formular la medicina que respondería a la cadena de sintomatología descrita por el paciente. Este hecho puede llevar a que el paciente vea seriamente afectada su integridad.

Situaciones como las descritas exigen una consideración profunda de cada caso por parte del médico tratante o del investigador, incluso hasta el punto de negarse a efectuar el tratamiento con el fin de no causar un mal al paciente. A pesar de la complejidad, cabe señalar que el médico tiene la responsabilidad moral con los pacientes de mencionarles las consecuencias a largo plazo de sus decisiones y, sin perjuicio de la legislación vigente, proceder en consecuencia con la decisión informada de los mismos¹⁹.

Puede decirse, entonces, que en el choque entre los principios de autonomía y beneficencia la persona termina por evitar un bien, mientras que, cuando se enfrentan la autonomía y la no-maleficencia el paciente busca directamente un mal, aunque no parezca próximo en el tiempo o aparente ser leve.

1.4.3 Principio de autonomía vs. principio de justicia

En relación con el principio de justicia se puede afirmar que en

la bioética se plantea con frecuencia el tema de la distribución de los recursos médicos, cada vez más costosos y escasos en relación con el número de pacientes. El principio de justicia considera que un cierto nivel de servicios debe estar a disposición de todos, aunque esto no significa que todo enfermo tenga acceso a la tecnología médica de punta. A partir de este principio debes afirmar la obligatoriedad de un “mínimo decoroso” o de un “paquete de servicios necesarios” que toda sociedad debe ofrecer a cada ciudadano, esté inscrito o no en un seguro social. Todo esto teniendo en cuenta el criterio de que “casos iguales exigen tratamientos iguales”. De acuerdo con el principio de justicia, entonces, en caso de más demanda que oferta de servicios médicos, éstos no deben ofrecerse a quien paga más, sino a aquel paciente que se presume puede beneficiarse²⁰ más (BONNIN, 2005, p. 27).

¹⁹ Como se ha señalado reiterativamente a lo largo del texto, la toma de decisiones por ser consensuada, no pierde necesariamente el carácter individual, incluso, puede mantenerse en el individualismo. El paciente no decide solo con base en razones médicas sino con base en valores y motivos propios, en palabras de Forst cualquier decisión autónoma justificada éticamente es “[...] tridimensional, o sea, lo subjetivo, lo intersubjetivo y los aspectos objetivos de evaluación se juntan aquí: la pregunta por el bien “para mí” está entrelazada con la pregunta por el bien “para nosotros” y siempre conectada con la reflexión sobre el bien “en sí mismo” (2007, p. 65).

²⁰ Se considera, no obstante, que prima la necesidad sobre el beneficio.

Sin embargo, a veces ocurre que una persona adinerada —lo que normalmente se asocia a un mayor grado de influencia social— siendo paciente (o tutor de otro) se empeña “(...) en continuar aplicando [a sí mismo o a su tutorado] tratamientos, procedimientos tecnológicos de apoyo a funciones vitales, medicamentos, cuando ya no ofrecen siquiera esperanza de curación o mejoría duradera para el enfermo, cuya agonía y sufrimiento prolongan en cambio” (MENDOZA-VEGA, 2005, p. 149). Este ensañamiento terapéutico o distanasia²¹ puede verse como un caso en el cual chocan la autonomía (entendida desde una perspectiva individualista y restringida) de un paciente o tutor y el principio de justicia, en la medida en que la decisión (apoyada en la condición económica) de proseguir un tratamiento infructuoso, desgasta innecesariamente los servicios y recursos disponibles para atender a un paciente con menores posibilidades económicas, pero con probabilidades reales de recuperación y bienestar próximos²².

La injusticia resultaría de dos maneras: primera, del desgaste innecesario de los equipos que pueden prestar de forma eficiente su función a un paciente con más probabilidades reales de recuperación; y, segunda, del hecho de que la posesión de bienes sea una condición para la prestación de un servicio médico en detrimento de alguien menos favorecido económicamente.

* * *

Como se ve en esta sección, los choques que suelen darse entre los principios fundamentales de la bioética tienen su origen en dos factores: la equivocidad del concepto ‘autonomía’ y las fallas y barreras que afectan el diálogo. De lo anterior se concluye que si bien la *dialogicidad* y la *autonomía* están presentes a lo largo del proceso de CI, todavía no está suficientemente claro lo que ha de entenderse por autonomía y dialogicidad de tal manera que no se aplican con claridad tales elementos

²¹Se define como “la práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo desahuciado o sin esperanza humana de recuperación, utilizando para ello medios desproporcionados muy dolorosos, con pocas probabilidades de éxito o muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo, la familia o de la sociedad” (BONNIN, 2005, p. 101).

²² De cualquier manera, hay que diferenciar el caso en el que el paciente, aunque no pueda recuperar el ciento por ciento de sus funciones, sí puede llevar una vida familiar y social dentro de los parámetros de la agencialidad, aunque restringida en ciertos aspectos (pérdida de un miembro o de algunas funciones motrices, por ejemplo).

en los diversos casos médicos, y por ende, surgen los conflictos mencionados entre los principios de la bioética. Así, pues, es necesario comprender la autonomía y la dialogicidad bajo una perspectiva más adecuada al propósito de preservar el valor moral del CI.

II

Construcción de los fundamentos teóricos del CI

Este capítulo tiene como objeto construir el concepto de autonomía relacional a partir de los vínculos inherentes entre autonomía y autoridad, y entre autonomía e institucionalidad; para tal fin, se señala las insuficiencias del concepto de autonomía tal y como se suele entender y las consecuencias prácticas que se desprenden de ahí. Luego, en respuesta a las falencias, se considera la posibilidad de repensar la autoridad como un servicio a la comunidad, y la confianza como eje fundamental en las relaciones con las instituciones.

Las insuficiencias que amenazan el valor moral del CI son de dos órdenes, uno teórico y otro práctico: la comprensión exigua del concepto de autonomía y la *disminución en la práctica de la autonomía efectiva del paciente*²³, respectivamente. La insuficiencia teórica consiste en concebir al otro (o a sí mismo) como un agente sustancialmente autónomo (lo que puede comprenderse cercano al planteamiento del individualismo metodológico criticado por Charles Taylor), lo cual equivale a negar la relación directa entre dialogicidad y autonomía. De esta manera, se dan las condiciones para la insuficiencia práctica, ejemplificada en el paternalismo.

Si se analiza detalladamente la aplicación práctica del principio de autonomía del paciente, puede evidenciarse que bajo el mismo rótulo coexisten distintas comprensiones de dicho principio. Por ejemplo, un médico se encuentra con un paciente afincado en su propia concepción de autonomía, decidido a obrar sin atender razones; mientras que el paciente se halla frente a un médico que aparentemente respeta esa autonomía, pero que, en virtud de su autoridad y conocimiento, puede hacer caso omiso

²³ La minoría de edad es una de las maneras en que la autonomía práctica del paciente se ve disminuida. Al respecto, y en relación con el tratamiento legal hecho en Colombia, puede consultarse el trabajo de Luz Mery Tobón Jiménez (2013) “El consentimiento informado de los menores de edad, una revisión de la jurisprudencia de la corte constitucional de Colombia”, en el que se hace un análisis de la jurisprudencia en torno al CI en menores de edad a fin de salvaguardar la integridad física y la dignidad como libertad y autonomía en desarrollo que es toda persona.

de la voluntad del enfermo sin que éste pueda al menos notarlo. En ambos casos, de una u otra forma, se ha roto la dialogicidad, elemento esencial en la interacción médico-paciente.

2.1 Primer riesgo: la comprensión insuficiente del concepto de autonomía

En la interacción entre médico y paciente —las más de las veces asimétrica— es frecuente que no se atienda al diálogo, sino que una de las partes recurra a la autoridad teórica que lo asiste para imponerse sobre la otra, a quien se la considera autónoma sustancialmente. Por ende, el agente con la autoridad teórica se inclina a ordenar ciertas directrices en vez de buscar una modificación positiva del conjunto de creencias del segundo actor. En suma, el agente en desventaja queda irrespetado en la medida en que se le considera disminuido en su agencialidad.

De lo anterior se hace necesaria una distinción entre dos comprensiones de la autonomía: una se puede denominar sustantiva o personal-individualista, y la otra, relacional²⁴ o moral. Para Gerald Dworkin, en *The theory and practice of autonomy* (1998), desde la primera perspectiva “una persona es moralmente autónoma si y solo si sus principios morales son sus propios (*his own*) principios” (Dworkin, 1998, p. 34). Esta visión filosófica de la moralidad ve al agente como necesariamente autónomo, es decir, la autonomía de un agente se funda en su capacidad de crear sus propios principios morales o en designar su voluntad como la última fuente de su autoridad moral²⁵.

²⁴ Dos trabajos que abordan el concepto de autonomía relacional son Oshana (1998) y Mackenzie y Stoljar (2000).

²⁵ Sin mengua de esta última afirmación —siguiendo a Feinberg: si la persona está bien informada y aunque sea terca y obtusa, sus decisiones son autónomas— se afirma *categorícamente* que en ningún momento se acepta que el agente moral vea debilitada su posibilidad actuar por razones propias, al contrario, la autonomía relacional refuerza las razones para que éste actúe por sí mismo y, posiblemente, de una mejor manera que si —igualmente autónoma— actuara por sí mismo sin considerar nada ni a nadie. La relacionalidad presenta, pues dos caras, una negativa, en la que se actúa al rechazar la orientación de los otros, en tal caso es una versión pobre de la relacionalidad; y, una segunda faceta, en la que se consideran, aunque no se asuman, las razones de los demás, en cuyo caso se habla de una versión positiva y enriquecida de la relacionalidad. En todo caso la relacionalidad, queda

En términos prácticos bioéticos, se puede tomar como ejemplo a un paciente que está convencido de que todas sus decisiones son autónomas y, por tanto, moralmente válidas, por el simple hecho de que son *suyas*, esto es, porque él mismo es el referente moral de su autonomía. Esta manera de entender la moral, el sujeto moral y, en particular, la autonomía se ve reforzada además por la *atomización de la comunidad*²⁶, que no es más que comprender la vida comunitaria como la simple agregación accidental de individuos. Con ello, el sujeto se ve convertido en un ente autárquico y absoluto independiente de la comunidad. Esta comprensión individualista de la autonomía y de su relación con los otros (dialogicidad) se traduce, de algún modo, en la absolutización de la voluntad caprichosa de los pacientes.

En palabras de Taylor (1997) se puede decir que

[e]l gran debate que, en este terreno, divide a «atomistas» y «holistas» ha pervivido durante más de tres siglos. Ha sido frecuente relacionar a los atomistas con los individualistas metodológicos. Estos últimos creen que a) en el orden de la explicación, se puede y se debe dar cuenta de las acciones, estructuras y condiciones sociales en términos de propiedades de los individuos constituyentes; y b) en el orden de la deliberación, se puede y se debe representar los bienes sociales en términos de concatenación de bienes individuales” (p. 239).

A partir de lo anterior, Rubén Benedicto Rodríguez (2005) señala que Taylor “se ubica en una perspectiva holista que analiza la sociedad como un todo y sostiene que los hechos sociales presentan una naturaleza tal que no puede reducirse a la del individuo” (p. 85).

Ahora bien, los conflictos entre los cuatro principios de la bioética disminuyen si se evita esta concepción individualista de la autonomía y se sigue más bien lo que aquí se ha llamado una *perspectiva relacional*. Esta implica necesariamente a las otras personas en medio de una comunidad orientada por el diálogo; la relacionalidad es una nota

tácitamente aceptada, incluso en el caso negativo, sin embargo este trabajo busca resaltar y promover la faceta positiva.

²⁶ La atomización de la comunidad se justifica en una noción deficiente de *comunidad*, comprendida como la simple agregación accidental de individuos. No se pretende caer en un comunitarismo, solamente reconocer el papel que desempeña la comunidad en la conformación del carácter de cada cual.

característica del concepto de autonomía. Se refiere al hecho de que toda acción autolegislativa tiene una relación estrecha con los demás miembros de la comunidad moral, no solo por los efectos sobre los demás, sino porque los principios morales se basan en la comunidad. En pocas palabras esta noción relacional incorpora la autonomía personal, pero evita el sesgo sustantivo, con lo cual tiene en cuenta las relaciones establecidas con los demás agentes morales. La autonomía relacional destaca la importancia de la confianza y las instituciones, por un lado, y la autoridad, por el otro.

En suma, la valía moral del CI se ve comprometida, entre otras cosas, porque el paciente cree que la autonomía se identifica con la individualidad, la autosuficiencia, la autorrealización, la responsabilidad por uno mismo, etc., lo que —según Feinberg (1986)— es una visión insuficiente²⁷. La comprensión sustantiva desconoce, hasta cierto punto, la participación de los demás agentes en la comunidad moral: el otro aparece como un posible impedimento de la autonomía personal. Tal percepción del otro induce al paciente a desconfiar o a ignorar los consejos brindados por los demás, incluso por el personal médico. Como respuesta a esta dificultad se presenta a continuación la concepción de Onora O’Neill.

2.1.1 La propuesta de solución al riesgo teórico de la autonomía sustantiva desde O’Neill: la confianza

En *Autonomy and trust in bioethics* (2004) Onora O’Neill reflexiona sobre la importancia de la *confianza* y la *autonomía* en las relaciones interpersonales, en general, y de la interacción médico-paciente, en particular. Esta pensadora relaciona estos dos conceptos con el de CI. Sus reflexiones ayudan a mostrar la importancia de tener en cuenta a las demás personas mientras se realiza las consideraciones relativas a la propia autonomía²⁸. Según O’Neill, la comprensión de la autonomía es adecuada siempre y cuando se entienda en relación con los otros.

²⁷ Las nociones comunes que señala Feinberg (1986) son: 1. Auto-posesión, 2. Diferente auto-identidad — Individualidad— 3. Autenticidad; autoselección, 4. Auto-creación —autodeterminación—, 5. Auto-legislación, 6. Autenticidad Moral, 7. Independencia moral, 8. Integridad —auto-fidelidad—, 9. Autocontrol —autodisciplina—, 10. Autosuficiencia, 11. Iniciativa —autogeneración—, 11. La responsabilidad de uno mismo.

²⁸ La reflexión de Rainer Forst en torno del concepto de autonomía ha identificado cinco maneras no excluyentes, pero tampoco asimilables mutuamente, en las que el concepto engloba las diferentes formas como ha sido

La base ética de los procedimientos de consentimiento informado puede, he sugerido, ser encontrada en el principio de autonomía. Si estamos comprometidos con el principio de autonomía, también debemos estar comprometidos con el rechazo a los principios de destrucción, lesiones, la coacción y el engaño, y a apoyar la supervivencia y la capacidad de los demás para actuar (O'NEILL, 2004, p. 145).

Para que el CI se considere moralmente justificable, la autonomía no puede ser comprendida como un acto de absoluta soberanía individual, sino que ha de considerar a los demás; así, la autonomía empieza a entenderse como autonomía en medio de los otros (autonomía moral), y no al margen de los otros o de la comunidad (autonomía individual). En este orden de ideas, se entiende que la radicalidad de ser autónomo o soberano de sí mismo consiste en ser un, como asegura FEINBERG (1986) “auténtico individuo cuya autoderminación es tan completa como sea compatible con la exigencia de que se es, por supuesto, miembro de una comunidad” (p. 48). La afirmación del autor²⁹ sirve de apoyo a la noción de autonomía *relacional*. Así pues, la autonomía no puede ser considerada una versión moral y social de solipsismo cartesiano; no se trata de elegir entre la comunidad y el individuo, sino de valorar al individuo inmerso en una comunidad.

Para entender el alcance de la relación entre autonomía y comunidad, las tesis de Marina Oshana en torno a la autonomía relacional pueden ser claves. De acuerdo con esta autora

(...) la autonomía personal, entendida como auto-gobierno, es un fenómeno social-relacional. La autonomía es una condición de las personas constituida en gran parte por las relaciones sociales en las que se encuentran las personas mismas y por la ausencia de otras relaciones sociales. (...) Las relaciones sociales no sólo causalmente facilitan o entorpecen

comprendido teóricamente y aplicado en la práctica. Su tesis concibe a los agentes morales en comunidad: “I suggest the following definition: The concept of political liberty comprises those conceptions of autonomy that persons as citizens of a law-governed political community must reciprocally and generally grant and guarantee one another, which means that political liberty includes all those liberties that citizens as autonomous freedom-grantors and freedom-users can justifiably claim from one another... and for whose realization they are mutually responsible. To spell this out, five different conceptions of individual autonomy have to be distinguished: moral, ethical, legal, political, and social autonomy” (2005, p. 229).

²⁹ Feinberg no es partidario de una noción relacional de la autonomía, no obstante, la cita está en consonancia con tal concepción.

el ejercicio de la autonomía. Por el contrario, las relaciones sociales apropiadas forman parte inherente de lo que significa ser autónomo (OSHANA, 2006, p. 49).

En consonancia con Oshana, en la presente investigación se utiliza el término *relacional* para indicar la cualidad de estar necesariamente en relación con otros, con el propósito de reforzar la idea de que los otros no aparecen en el escenario como agentes externos con los cuales se establecen interacciones eventuales, sino que la relacionalidad es la condición que permite diferentes clases de interacciones. Más aún, con el término *relacional* se quiere decir que la autonomía implica necesariamente a las otras personas en medio de una comunidad. Reducir las relaciones humanas a una fría transacción de intercambio de bienes o servicios equivale a perder, incluso, el simple goce de la presencia del otro y a simplificar groseramente lo humano en lo mercantil; sería tanto como limitarse al llano individualismo metodológico.

En esta investigación la autonomía relacional³⁰ se ve enriquecida con dos aportes de O’Neill: el primero es la diferenciación entre autonomía moral y personal³¹; el segundo es la introducción de *la confianza* como elemento indispensable y articulador de las relaciones interpersonales. “Las relaciones de confianza requieren de nosotros rechazar el engaño tanto como requieren rechazar la coerción” (O’NEILL, 2004, p. 97); de esta manera la coerción y el engaño

proporcionan las razones para tratar de establecer, mantener y respetar instituciones y relaciones dignas de confianza. Mientras que la autonomía individual está constantemente en conflicto con las relaciones de confianza, la

³⁰ En la comprensión de la autonomía relacional subyace el riesgo de la instrumentalización del otro, por ejemplo, cuando las intenciones de las personas cercanas al paciente constituyen un fin bueno, pero no se corresponde con los fines del paciente, éste corre el peligro de perder su autonomía moral y, por ende, puede ser instrumentalizado. Para prevenir tal riesgo conviene tener en cuenta la interpretación que Christine Korsgaard (1996) hace de la segunda formulación del imperativo categórico kantiano; ella afirma que para Kant la dignidad de la humanidad radica en la capacidad de conferir valor a un fin en virtud de la facultad de elección racional. Si el valor asignado al fin perseguido resulta ser el mismo para los dos agentes (médico y paciente), guiados por su facultad de elección racional, entonces no habría conflicto entre la autonomía de dichos agentes, porque los dos persiguen el mismo fin. Así, un agente puede dejarse influir dialógicamente por otro y tomar decisiones, sin que por ello sea considerado solamente un medio.

³¹ La expresión *autonomía personal* la utiliza O’Neill de manera muy cercana a los conceptos de autonomía sustantiva o autonomía individualista que se manejan en este trabajo.

autonomía de principios provee la base para las relaciones de confianza. (O'NEILL, 2004, p. 97)

Las relaciones de confianza exigen que entre las personas se desarrolle la honestidad y la fiabilidad mutua, pero la clase de confianza que se da en la interacción médico-paciente es de otro tipo debido a la interacción de diversos factores. Según O'Neill (2004),

estas nuevas relaciones pueden estar a la altura de su importancia mediante la sustitución de las formas tradicionales de confianza con una nueva y mejor base para la confianza. Las nuevas estructuras pueden proporcionar motivos para que los pacientes confíen aunque no conozcan a sus doctores personalmente, y tampoco entiendan los detalles de las reglas y códigos que limitan la acción de los médicos. Se supone que pueden sentirse seguros de que el poder de los médicos es ahora debidamente regulado y limitado, que los médicos actuarán con el debido respeto y que puedan obtener una reparación, cuando los médicos fallen. Aunque la confianza tradicional ha desaparecido con los contextos en los que surgió, una base más aceptable para la confianza razonable se ha asegurado, la cual se ancla en el respeto profesional por los derechos de los pacientes. Presumiblemente los ideales de confianza y autonomía se han reformado y ahora son compatibles (p. 21).

En oposición al sentimiento creciente de desconfianza interpersonal, la filósofa británica muestra que las relaciones de confianza son posibles, deseables y necesarias para cuidar el valor moral de cualquier tipo de consentimiento. En pocas palabras, el papel que juega la confianza es fundamental para garantizar el valor moral del CI porque provoca en el paciente la creencia de que el doctor actuará de la manera indicada para curarle, es decir, las decisiones autónomas del paciente presuponen que la contraparte actuará de modo responsable y razonable.

De lo anterior se deriva que la falta de confianza pone en juego el valor moral del CI; la ausencia de confianza altera el carácter relacional de la autonomía. Así, por ejemplo, si durante los procedimientos para alcanzar el consentimiento final las expectativas del paciente —en términos de confianza— no se satisfacen o, si el actuar del enfermo se sustenta en la firme convicción de que el doctor es una especie de ente que responde mecánicamente a sus dolencias o a su voluntad y por eso no es digno de confianza, entonces ocurre en ambos casos que, no obstante los procedimientos sean los adecuados, no se vela por el valor moral del CI.

Las nuevas relaciones de confianza se apoyan, más que en una ingenua idea rayana en lo ideal, en que el estado y las instituciones establezcan las medidas necesarias para que la ciudadanía, en general, pueda confiar. Es así como la rendición de cuentas (*accountability*), responsabilidad o justificación por las acciones realizadas viene a convertirse, para O'Neill, en el mecanismo por medio del cual las personas pueden ejercer el control requerido para que la sociedad mantenga la confianza institucional.

La filósofa señala que

[...] las medidas que se han introducido, conducen a formas más precisas de asegurar un mejor y más detallado cumplimiento de los requisitos impuestos externamente, y así (se supuso) una fiabilidad incrementada. Una característica destacada de este movimiento generalizado para mejorar la rendición de cuentas ha sido una creciente dependencia de los procedimientos más formales, incluyendo contratos, cartas de acuerdo y memorandos financieros que imponen condiciones de alta complejidad. Esta formalización de las relaciones y de las tareas apunta al aumento de la rendición de cuentas mediante la introducción de una mayor claridad acerca de las expectativas y acerca de las implicaciones de no cumplir con ellas. Se trata de un programa de sustitución de las tradicionales relaciones de confianza, ahora problemático, con sistemas más sólidos para asegurar la confianza (...). (O'Neill, 2004, p. 130)

En suma, la concepción sustantiva o individualista de la autonomía mantiene aislados a los agentes uno del otro. Una de las formas como se puede romper dicho aislamiento es, según O'Neill, introducir el concepto de confianza entre los agentes morales para que actúe en el conjunto de creencias de los agentes y permita que la concepción sustantiva de autonomía mute a la relacional.

2.1.2 La forma del CI vs. su valor moral

De acuerdo con O'Neill, puede efectivamente darse un procedimiento de revelación de la información al paciente para alcanzar su consentimiento que reúna la mayoría de las condiciones para garantizar su valía³², pero

a lo sumo, podemos esperar que el consentimiento dado por los pacientes en la madurez de sus facultades, aunque no sobre la base de la información completa, esté basado en una explicación razonablemente honesta del tratamiento previsto y no en una información radical o materialmente incompleta, y que los pacientes entiendan estas explicaciones y sus implicaciones más centrales y las consecuencias a un nivel razonable. Incluso este nivel de consentimiento informado exige mucho, tanto de los pacientes y de los profesionales, a pesar de que no exige ninguna forma notable de autonomía individual de ninguno (O'NEILL, 2004, p. 44).

Es decir, si los procedimientos para alcanzar el CI no exigen que la autonomía personal del paciente se abra hacia la relacionalidad, aquél carece de valor moral. Aquí conviene recordar que aunque se ha dicho que revelar la información requerida por el paciente es condición necesaria para la moralidad del CI, no por ello es condición suficiente. De tal modo, ceñirse a los requisitos formales del CI no es garantía de valía moral. Si se recuerda lo señalado en el capítulo uno, cuando se dijo que el CI en medicina es un proceso dialógico que requiere de que el paciente esté en condiciones mentales apropiadas, entonces se puede pensar a partir del texto de O'Neill que las meras condiciones formales no garantizan que el proceso preserve el valor moral del CI. Esta es una de las razones por las cuales conviene que los demás, por decirlo así, aparezcan en escena para cooperar en la toma de decisiones que lleven al CI. Pero, ¿cómo garantizar la autonomía del paciente si se permite que otras personas intervengan en la toma de decisiones? ¿No es precisamente eso una injerencia directa en la agencialidad de la persona? ¿No se convierte acaso en una forma de instrumentalización de la cual precisamente se quiere prevenir? Mediante el siguiente ejemplo se muestra que las respuestas a estas preguntas son negativas, lo que supone la posibilidad de que es precisamente la dialogicidad lo que da sentido a la decisión autónoma.

³² Los requisitos para el consentimiento informado son relevantes para la elección específicamente autónoma sólo porque son importantes para la elección de todo tipo. Lo que le pasa a la autonomía del paciente en la práctica médica es que queda aplicada por la práctica del consentimiento informado: el triunfo muy discutido de la autonomía es, sobre todo, un triunfo de los requisitos del consentimiento informado (O'NEILL, 2004. p. 38).

Un paciente de 25 años lleva alrededor de 4 meses con problemas del colon. Su médico general, después de varias consultas y tratamientos fallidos, decide remitirlo al proctólogo. Éste, en la primera consulta, que tarda veinte minutos, lee la historia clínica, hace una auscultación y recomienda exámenes detallados. En la siguiente consulta, una vez leídos los resultados de los exámenes practicados, el doctor informa al paciente que, “dada la gravedad de las lesiones y el tiempo transcurrido sin mejoría, el tratamiento recomendado es practicar una colostomía”. Después de explicarle breve y claramente en qué consiste el procedimiento quirúrgico, los cambios en su vida de ahí en adelante y lo que ocurrirá si no acepta el tratamiento, le pide que firme un documento en el que autoriza al médico para hacer la intervención. El tiempo total entre las dos reuniones con el doctor antes de firmar el consentimiento es, a lo sumo, una hora. El paciente sale consternado y le comenta a sus familiares y amigos, quienes, en conjunto, le dicen que busque alternativas; ellos le presentan a otro profesional de la salud que le recomienda ir donde un gastroenterólogo. Este especialista, apoyado en la misma evidencia que tuvo el proctólogo, sugiere un tratamiento urgente con antibióticos y un cambio radical de dieta. El paciente cumple las recomendaciones de este último profesional. Una semana después, el día de la intervención quirúrgica, el paciente, ya con algunas leves mejorías, se presenta en el hospital sin haber seguido las recomendaciones del proctólogo para la cirugía. El enfermo aborda al médico tratante y le comenta que ha decidido no someterse a dicha operación. Éste reacciona fuertemente; después le hace firmar otro documento en el que el paciente asume toda la responsabilidad por las consecuencias que se desprendan de su negativa. Aproximadamente veinte días después de iniciado el tratamiento alternativo, los problemas del colon desaparecen casi por completo y, al cabo de un mes y medio, no queda ningún tipo de malestar.

Un análisis preliminar de este caso muestra que el proctólogo tiene en cuenta los pasos legalmente necesarios para conseguir del paciente el consentimiento; no obstante, en ese momento la decisión del paciente está viciada por las recomendaciones de una autoridad en la materia, como lo es el médico especialista, pero el paciente, por su parte, ya con la debida distancia espaciotemporal, tiene la posibilidad de consultar otras perspectivas que ayudan a que su decisión sea, si bien más arriesgada, también más autónoma.

Entre las razones que tiene el paciente para buscar alternativas de tratamiento está el hecho de considerar cómo serán sus relaciones interpersonales a futuro, si bien es cierto que una cirugía de ese tipo no disminuye sustancialmente su proyecto de vida como persona, también lo es que no se limitó a pensar en lo que él podría haber perdido o ganado, sino que después de dialogar con sus cercanos los incluye a ellos y a las razones que estos le dan en su balance personal de razones.

Así las cosas, los demás entraron en la deliberación del paciente de dos maneras diferentes: en primer lugar, sus familiares y amigos, tanto como el gastroenterólogo, aportaron razones para que sus decisiones fueran mejor sopesadas; en segundo lugar, el pensarse como un ser en relación con los demás, incluso en el futuro, también aportó razones para su decisión final. El paciente no se ve instrumentalizado ni su autonomía menguada por la presencia de los demás. Al contrario. Este ejemplo ilustra el papel de las relaciones humanas en la toma de decisiones personales.

Como se puede ver, el mero proceso formal para alcanzar el CI no satisface los requisitos para que sea un acto moralmente valioso, máxime cuando la aplicación de los procedimientos se hace apresuradamente y no permite considerar a los otros dentro de las razones que mueven a la acción. Para la autora de *Autonomy and Trust in Bioethics* (2004), el problema de la ética médica es suponer que el CI es justificado *per se*. Según ella, “las éticas médicas están concentradas en una idea: el consentimiento informado es visto como ofreciendo una justificación ética necesaria y suficiente” (O’NEILL, 2004, p. 48). La causa de esta suposición es muy simple pues se considera como equivalentes el *principio de autonomía del paciente y la autonomía moral*; error que desdice de la valía del CI.

Por sí mismas, he argumentado, las concepciones de la autonomía individual no pueden proporcionar un punto de partida suficiente y convincente para la bioética, o incluso para la ética médica. Pueden alentar formas éticamente cuestionables del individualismo y la autoexpresión y pueden aumentar en lugar de reducir la desconfianza pública en la medicina, la ciencia y la biotecnología. A lo sumo, la autonomía individual, entendida sólo como un término inflado de los requisitos de consentimiento informado, puede desempeñar un papel menor dentro de una explicación amplia de las normas éticas (O’NEILL, 2004, p. 73).

Dicho en otros términos, la autonomía individual por sí misma puede bastar para conseguir legalmente el documento del CI, pero ello no garantiza que este posea un fundamento moral como se vislumbra en el ejemplo citado.

Después de señalar, por una parte, los problemas para el CI derivados de la concepción sustantiva de autonomía y, por la otra, el enriquecimiento del concepto a partir de la confianza hasta llegar a la relacionalidad, se evidencia que el sustento moral del CI no puede estar en la autonomía personal sino en la relacional. Y ello por cuanto, como se ha hecho ver a lo largo del texto de múltiples formas, el individuo es autónomo en relación con la comunidad y no solo de frente a la comunidad.

2.2 Segundo riesgo: la disminución de la autonomía práctica en relación con la autoridad del médico y la de la institución

La autonomía práctica, es decir, la posibilidad que tiene un agente moral de ejecutar sus decisiones, se ve limitada a partir de la comprensión insuficiente del concepto de autonomía. Tal limitación en la práctica es llevada a cabo por la autoridad teórica del médico y por la autoridad institucional —que se presenta bajo la forma de presión institucional, es decir, como una forma de coacción—. A continuación se presenta en conjunto las dificultades que se generan internamente en la relación de la autonomía con la autoridad y la institucionalidad; seguidamente, se intenta armonizar dicha relación recurriendo a la incorporación de dos nociones: la dupla *derecho-obligación* de O'Neill y la propuesta de Raz de considerar la *autoridad como un servicio*.

En primer lugar, para comprender la relación entre autonomía y autoridad, y autonomía e institucionalidad es necesario tener en cuenta que el conjunto de creencias que se tiene acerca de lo que se considera una persona autónoma suele determinar, en la práctica, las relaciones entre los agentes morales. El principal problema al que se enfrenta el paciente —por el hecho de estar sujeto a la autoridad del médico tratante— es la disminución de su autonomía; disminución que puede dar pie a un irrespeto hacia su persona y que se manifiesta usualmente como un uso abusivo de la autoridad teórica e institucional expresada, por ejemplo, en el paternalismo; el paciente cambia sus

creencias influido³³ por el médico y por el respaldo (o la presión) de la institución médica en general. La firma del CI puede llegar a convertirse en un acto que infantiliza al paciente, en vez de ser un medio que garantiza su autonomía; la razón de esta falencia radica en la concepción del otro como un ser disminuido en su agencia. Un error teórico en las creencias del tratante afecta la forma en que es percibido el paciente, éste finalmente actúa a partir de las directrices del médico o de la institución. Las acciones del paciente tienen de fondo la concepción errada del profesional de la salud, lo que, en últimas, se traduce en que un error teórico afecta las creencias personales del paciente disponiéndolo a aceptar con mayor facilidad las razones para el procedimiento terapéutico sugerido.

Para comprender lo precedente conviene analizar a fondo los problemas que surgen entre la institucionalidad y la autonomía. Las relaciones interpersonales implican una dimensión institucional primaria en la que cada uno de los agentes tiene en cuenta las normativas institucionales tácitas o explícitas, las cuales obligan a incluir a los otros entre las razones necesarias para actuar. El CI es una forma concreta de lo anterior; se espera que se realice las debidas ponderaciones frente a la responsabilidad derivada de cualquiera de los posibles cursos de acción antes de proceder.

Las instituciones básicas como la familia, la comunidad, la sociedad, el Estado, etc., presuponen la relacionalidad de las acciones. Aquellas tienen normas tanto implícitas como explícitas en sus códigos normativos o consuetudinarios. La *institucionalidad implica a su vez el ejercicio de la autoridad* para que tales normas sigan el curso propuesto para el bien de los miembros de dichas instituciones. En ocasiones, la autoridad tiene la tarea de velar por el bien de la institución y se ve en la necesidad de tomar decisiones que benefician si no a la totalidad, al menos a la mayoría de quienes

³³ En este caso, se hace referencia al tipo de influencias que anulan el juicio del paciente. No se desconoce que las personas se influyen recíprocamente. Para sustentar la posibilidad de un tipo positivo de influencias conviene recurrir a la perspectiva sobre el adoctrinamiento de Callan y Arena (2009); según los autores, “the powerful intuition at the root of the autonomy argument is the idea that people should be free to determine their own lives withing wide boundaries set by the rights of others, and that intelectual self-determination (which entails open-mindedness) is intrinsic to that freedom. When someone exploits the asymetry of power between teacher and learner by instilling close-minded belief, the intelectual self-rule that befits rational beings has been violated. But a good question that might arise here has to do with the quality of thinking that people exhibit when they think for themselves. If some people think badly when they think for themselves, why is intelectual autonomy preferable to having other people (the benevolent perhaps) think for us by installing true close-minded beliefs?” (p. 118).

son cobijados por la institución, lo cual puede constituirse en una doble violación de la autonomía: como paternalismo o como presión institucional.

Con respecto a la presión institucional y su relación con la autonomía, el experimento de la *Prisión de Stanford* en 1971, mencionado anteriormente (p. 20), y el de *Milgram* en 1961 ilustran el asunto. En el primer caso, se muestra cómo el poder del entorno afecta la autonomía de los agentes.

Cuesta imaginar que haya podido darse una humillación sexual como ésta en tan sólo cinco días (...). Cuando iniciaron la experiencia, todos parecían buenos chicos (...). Pero algunos carceleros han acabado actuando con maldad y otros, con su pasividad, se han convertido en cómplices de sus maldades. Por su parte, los otros jóvenes normales y sanos que hacen de reclusos han sucumbido a las presiones de la situación y los que aún continúan parecen haberse convertido en zombis. El poder situacional de este estudio de la naturaleza humana los ha acabado atrapando por completo. Sólo unos pocos han podido resistir la tentación de dominio y de poder que ofrece esta situación y han mantenido un mínimo de moralidad y de decencia (ZIMBARDO, 2012, p. 82).

Ciertamente, se puede llegar a creer que los estudiantes que participaron en el experimento de la Prisión simplemente actuaron de la forma en que lo hicieron dada su adaptabilidad al medio que siempre los ha acostumbrado a actuar por hábito; y que además carecieron de convicciones morales o que durante tal periodo no deliberaron moralmente, sin embargo, basta con leer dos extractos del diario de uno de los guardias para darse cuenta de lo contrario. El primero corresponde a los momentos previos al experimento:

«Como soy una persona pacífica no puedo imaginarme haciendo de carcelero y/o maltratando a otras personas. Espero que me elijan como recluso. Al ser una persona contraria al sistema que rechaza de una manera activa el *establishment* político y social, existe la posibilidad de que algún día acabe preso y tengo curiosidad por saber cómo me las arreglaría en esa situación» (ZIMBARDO, 2012, p. 90).

Y el segundo corresponde al quinto o penúltimo día del mismo:

« [...] Tenemos una crisis de autoridad; esta conducta rebelde puede socavar el control total que tenemos sobre los demás. Decidimos atacar la solidaridad de los internos y le

decimos al nuevo que los demás no tendrán visitas si no se come las salchichas. Me acerco al hoyo y le doy un porrazo a la puerta [...] Estoy muy enfadado con él porque causa molestias y problemas a los demás. He decidido obligarle a comer, pero no ha habido manera. He dejado que la comida le resbalara por la cara. No me creía capaz de hacer algo así. Estaba muy disgustado conmigo mismo por haberle forzado a comer. Pero estaba más disgustado con él porque no comía» (ZIMBARDO, 2012, p. 90).

Este caso deja ver como una persona con convicciones morales y que delibera moralmente, sucumbe a la presión del entorno.

Por su parte, en el experimento de Milgram se puede ver la manera en que las personas se ciñen a los mandatos de la autoridad y cambian su comportamiento tradicional respecto del trato debido a las demás personas. En los años subsiguientes a la Segunda Guerra Mundial, durante los juicios de responsabilidad por las atrocidades del nazismo, muchos de los acusados alegaban en su defensa que eran personas comunes y corrientes que “sólo obedecían órdenes”. Stanley Milgram estaba intrigado, así que realizó el siguiente experimento en la Universidad de Yale. Se trataba de averiguar qué tan fácilmente puede “convencerse” mediante órdenes a personas corrientes para causarle daños terribles a otro ser humano.

Con el pretexto de desarrollar una investigación sobre el papel del castigo en el proceso de aprendizaje, Milgram obtuvo la participación voluntaria de 40 hombres entre 20 y 50 años de edad, con distintos grados de escolaridad. El procedimiento sería el siguiente: dos voluntarios escogerían “al azar” el rol que asumirían: maestro o alumno. El alumno era atado a una silla de descargas eléctricas; él debía aprender una lista de palabras emparejadas. En otra habitación el maestro vigilaría que el alumno siguiera el orden correcto; si aquel se equivocaba, el maestro aplicaría descargas eléctricas al alumno, conforme éste fuera cometiendo errores, progresivamente desde 15 hasta 450 voltios (descargas mortales). Lo que el maestro desconocía era que tanto el investigador que guiaba el experimento como el alumno eran cómplices del juego. El alumno se equivocaba a propósito. Cuando el profesor se negaba a ocasionar una nueva descarga, el investigador le ordenaba que siguiera con el experimento, que ese era el procedimiento y que debía continuar.

El “profesor” llega enseguida a una tensión crispante. Para él, no es un juego: el conflicto es intenso y evidente. El manifiesto sufrimiento del discípulo le empuja a abandonar la prueba. Pero cada vez que duda en administrar una descarga, el experimentador le ordena seguir. Para zafarse de su compromiso, el sujeto debe romper decididamente con la autoridad (MILGRAM, 2005, p. 2).

El 65% de los maestros llegó a aplicar a sus alumnos el máximo de 450 voltios (a pesar de los gemidos de dolor y súplicas del falso alumno) y ninguno de los participantes se negó rotundamente a dar menos de 300 voltios.

Los dos experimentos hacen notar la influencia del entorno en la conducta personal, en ambos están presentes la autoridad institucional y la autoridad teórica. En el caso Milgram, por ejemplo, el investigador juega como la autoridad institucional (o autoridad práctica) que representa una institución de gran prestigio como lo es la Universidad de Yale, y, al mismo tiempo, él es considerado como el experto, como el científico que sabe lo que está haciendo (autoridad teórica). El punto común a los dos experimentos es que las personas cambian sus actitudes cotidianas de respeto consigo mismos y por los demás frente a las presiones de las circunstancias y de las autoridades de facto. Así, pues, la institucionalidad y la autoridad teórica influyen directamente en la toma de decisiones de los agentes.

Lo mismo ocurre en el ámbito del CI: la institucionalidad (el hospital) y la figura del doctor (autoridad teórica), quiéranlo o no, ejercen presión sobre el paciente a la hora de dar su aprobación para que le sea practicado un tratamiento médico. Estas tensiones entre la autonomía (del paciente) y la autoridad (del médico) y la institución claramente pueden viciar el CI. Es necesario, entonces, explorar posibilidades para aliviar estas tensiones y garantizar la valía moral del CI. A juicio de quien escribe, esto es posible a partir de la dupla derecho-obligación propuesta por Onora O’Neill y de la noción de autoridad como servicio de Raz.

2.2.1 *La respuesta de O'Neill: La dupla derecho-obligación*

Una de las notas características del CI es que es un *derecho reconocido*³⁴, en este sentido, se hace necesaria la consideración de la dupla *derecho-obligación*, la cual se apoya en la relacionalidad. Según O'Neill, aunque

la retórica de los derechos domina la vida pública de hoy, creo que no tomaremos en serio los derechos a no ser que vinculemos las reivindicaciones de derechos al pensamiento riguroso sobre las obligaciones, sobre la acción y sobre las capacidades que los agentes y las instituciones necesitan para el cumplimiento de sus obligaciones, y por lo tanto para respetar los derechos de los otros. Si tratamos de pensar en los derechos de forma aislada, terminamos haciendo un gesto hacia supuestos derechos al ofrecer indicaciones confusas de lo que asegurarían, dejando de lado especificar la acción necesaria para respetarlos. Este enfoque poco esforzado corre el riesgo de llevar a toda la empresa, a la que el movimiento de los derechos humanos se suscribe, al desprecio (O'NEILL, 2004, p. 82).

La dupla derecho-obligación es la manera en que se presentan las relaciones entre los agentes morales; se enmarca dentro de la concepción relacional de la autonomía toda vez que los derechos individuales encuentran su contraparte en las obligaciones hacia las demás personas. Compartir, cohabitar o coexistir con los demás, más allá de simplemente estar en la proximidad local, es estar en relación; se puede afirmar que coexistir es “ser-en-relación-con” o correlacionado.

Esta correlación implica el *reconocimiento* del otro como sujeto de derecho y obligaciones³⁵; desconocer al otro significa menospreciarlo, lo cual es consecuencia

³⁴ Si bien se tiene por cierto que el derecho y la obligación son estatuidos correlativamente, no puede negarse que es propio de un derecho ser exigible, es decir, si uno de los agentes morales olvida su deber para con el otro, éste puede exigirle o que cumpla el deber que le compete o que respete su derecho, lo que vendría a ser lo mismo, en tal sentido, el principio de exigibilidad primaria, sobre el de reciprocidad. Según Cruz “Günther fundamenta las normas secundarias a través de los principios de reciprocidad y exigibilidad. Si alguien infringe una norma válida, entonces se infringe el principio de reciprocidad, es decir, una de las condiciones por las cuales el resto dio su consentimiento para su cumplimiento general. El consentimiento moral de un cumplimiento general justifica una medida empírica, es decir, su exigibilidad” (2009, p. 178)

³⁵ Otra perspectiva que ayuda a la comprensión de la correlación derecho-obligación es la dupla derecho-deber analizada por Joel Feinberg en su texto *La naturaleza y el valor de los derechos*, en el que señala que “el tener derechos, por supuesto, hace que sea posible reivindicarlos o reclamarlos; pero es este ‘reivindicarlos o reclamarlos’ lo que confiere a los derechos su significado moral especial. (...) Tener derechos nos permite ‘levantarnos como hombres’, mirar a los ojos a los otros, y sentirnos de un modo fundamental iguales a cualquiera.(...) [La] ‘dignidad humana’ tal vez no sea sino la reconocible capacidad de reivindicar pretensiones. Por lo tanto, respetar a una persona, o concebirla como poseedora de dignidad humana, es simplemente pensar en

directa de entender la relación como una cosa radicalmente desigual en la que uno de los miembros parece no satisfacer los requisitos necesarios para ser reconocido. En las relaciones humanas se supone que unos y otros se consideran de manera igual y esto implica que las partes se ven como sujetos que tienen derechos y que exigen de los otros respeto; y, recíprocamente, asumen el deber de respetar los derechos de los otros. Ahora bien, el CI materializa un derecho que todos tienen: decidir en relación consigo mismos, y se exige a los otros y, en especial, a quienes ayudan (como el personal de la salud), que respeten y faciliten esa decisión.

El recorrido realizado hasta este punto con la ayuda de los argumentos de O'Neill ha permitido, en parte, justificar la relación de la autonomía con la institucionalidad en torno a la relacionalidad, por cuanto se ha establecido que las instituciones mismas implican una serie de reglas que presuponen de antemano las relaciones con los demás.

2.2.2 La respuesta de Raz: la autoridad como servicio

La labor realizada hasta este punto ha mostrado que la relación entre la autonomía, y la institucionalidad y la autoridad es compleja. La respuesta de O'Neill ayuda a comprender la manera como la autonomía se fortalece y adquiere un carácter relacional a partir de la confianza en los demás y, por supuesto, en las instituciones. Pero la relación entre autonomía y autoridad escapa a su análisis, por lo cual recurrir a Joseph Raz³⁶ parece el camino propicio.

A pesar de que la relación entre la autoridad y la autonomía es controvertida debido a lo paradójico de la misma,

ella como una potencial reivindicadora de pretensiones" (2006, p. 240). A lo anterior se suma que la posibilidad de reclamar un derecho va de la mano con el deber de la otra persona de atender la reclamación —esta es una relación, la mayoría de las veces, recíproca—.

³⁶ La autoridad en general puede dividirse en legítima y *de facto*. Esta última alega ser legítima, o se la considera así, porque resulta efectiva en la imposición de su voluntad sobre una cantidad de personas, sobre las que afirma tener autoridad; quizás debido a su pretensión de legitimidad es reconocida por buena parte de los gobernados; no obstante, no necesariamente posee legitimidad. La autoridad legítima puede ser práctica o teórica (o ambas). Las instrucciones que dicta una persona o institución con autoridad práctica constituyen razones para la acción de sus súbditos, mientras que el consejo de una autoridad teórica constituye una razón para que aquéllos que consideran que tal persona o institución posee autoridad sostengan una creencia (RAZ, 1994, p. 229).

[L]as paradojas de la autoridad pueden adoptar diferentes formas, pero todas ellas se refieren a la alegada incompatibilidad de la autoridad con la razón y la autonomía (moral). Estar sometido a la autoridad, se argumenta, es incompatible con la razón, puesto que ésta exige que siempre se actúe con base en la balanza de razones de la que uno está consciente. Es de la naturaleza de la autoridad requerir sumisión aun cuando se piense que lo que nos es requerido es contrario a la razón misma; por lo tanto, el sometimiento a la autoridad es irracional. Similarmente, el principio de autonomía implica que se actúe con base en el propio juicio en todas las cuestiones morales. Como la autoridad algunas veces requiere que se actúe en contra del propio juicio, exige, así, el abandono de la autonomía moral. Como todas las cuestiones prácticas pueden implicar consideraciones morales, toda autoridad práctica niega la autonomía moral y es, consecuentemente, inmoral (RAZ, 1982, p. 18).

Ahora bien, en la relación dialógica médico-paciente la autoridad del primer agente *está al servicio del segundo* para abrirle el horizonte de comprensión de lo que significa consentir el tratamiento propuesto. Esto permite intuir que un *proceso serio* que conduzca a la firma del documento final del CI, previamente ha considerado al otro en un marco institucional³⁷ que orienta las acciones de ambos agentes, lo que viene a significar que la autoridad, tanto la teórico-práctica del médico como la práctica de las instituciones, no menoscaba³⁸ la autonomía en virtud de que no impone razones que anulen el propio juicio, sino que ofrece una guía o unas recomendaciones que le permiten al paciente sopesar mejor sus propias razones para la acción, es decir, el médico puede ofrecer razones exclusionarias³⁹.

Teniendo en cuenta lo anterior se infiere que el CI, comprendido como un proceso dialógico entre dos agentes morales, es un espacio en el que confluyen la

³⁷ La experiencia y la tradición juegan un papel importante al asignarle fiabilidad a dichas instituciones. La confianza en que éstas cumplan sus funciones de la forma esperada es un factor de disminución de la ansiedad, aunque no se da una garantía racional de que efectivamente actuará de la manera deseada.

³⁸ Tal menoscabo se da en el presupuesto —no meditado seriamente— de que toda autoridad práctica implica la obediencia.

³⁹ Con este tipo de razones, Raz pretende dar cuenta de la naturaleza de la autoridad y del problema de la legitimidad. Según Bayón, en el esquema de Raz una razón puede ser superada en peso por otra del mismo orden o excluida por otra de orden superior; y en este último caso la razón excluyente prevalecería sobre las razones de primer orden que excluye no en virtud de su mayor peso —como si una y otras hubiesen de ser sopesadas dentro de un mismo balance—, sino en virtud de un principio general del razonamiento práctico a tenor del cual las razones para no actuar por otras razones prevalecerían siempre sobre éstas, en el sentido de que las últimas quedarían retiradas o desplazadas de la consideración del agente por las primeras (1991, p. 40).

institucionalidad y la autoridad (teórico-práctica del médico y la teórica de la institución médica) y la autonomía (de los agentes relacionados). Quedan conectados, pues, al CI la institución y la autoridad. El CI viene a convertirse en el instrumento —y prueba material— que señala que la autoridad teórico-práctica del médico y la institución médica buscan respetar la autonomía del paciente. La noción de autoridad como servicio (que se explicará más adelante) es el gozne que permite realizar tales conexiones, puesto que se pretende que las recomendaciones teóricas del doctor —sin caer en un adoctrinamiento ciego— pasen a hacer parte del conjunto de razones que el paciente sopesa a la hora de determinar el curso de la acción.

Para destacar aún más que la autoridad y la autonomía no riñen necesariamente, conviene tener en cuenta uno de los aspectos que presenta la autoridad, según Raz, de acuerdo con la llamada tesis de la justificación normal⁴⁰:

si otro razonamiento general es mejor que el mío, entonces comparar en cada ocasión los dos conjuntos de argumentos puede ayudarme a detectar el error y a reparar mi razonamiento. Puede ayudarme de forma más indirecta, alertándome del hecho de que puedo estar equivocado, y obligándome a razonar de nuevo mi conclusión, en una segunda comprobación. Pero si no es suficiente para que mi rendimiento llegue hasta el nivel de la otra persona, entonces mi mejor curso es dar a su decisión la fuerza preventiva. Mientras esto es hecho donde la mejora de los resultados es más importante que decidir por sí mismo esta aceptación de la autoridad, lejos de ser irracional o una abdicación de la responsabilidad moral, es de hecho el camino más racional y la mejor manera de cumplir con las responsabilidades de cada uno (1986, p. 69).

La interpretación más común y frecuente de la autoridad señala que tomar del razonamiento de otro las razones para el propio actuar constituye una pérdida de la autonomía, lo que se convierte en paternalismo en la medida en que uno de los agentes ha renunciado a su propio juicio para seguir el de una autoridad. Pero la cita anterior señala que asumir las directrices de la autoridad a partir de la comprobada eficiencia de

⁴⁰ La manera normal y primaria de establecer que debe reconocerse la autoridad de una persona sobre otra, implica la demostración de que el supuesto gobernado probablemente cumplirá mejor con las razones que se le aplican (distintas a las supuestas órdenes dotadas de autoridad) si acepta las órdenes de la supuesta autoridad como obligatorias y autoritativas, e intenta cumplirlas, que si intentara seguir las razones que se le aplican en forma directa (RAZ, 1994, p. 231).

los resultados es asumir la responsabilidad debida⁴¹. En primera instancia, pareciera lesionada la autonomía. Pero antes de ceder a tal insinuación hay que tener en cuenta que la relación entre autoridad-institucionalidad y autonomía relacional permite pensar que, mantenidas las condiciones básicas de respeto y responsabilidad por el otro (estas dos condiciones guardan cierto aire de familiaridad con los criterios de *reciprocidad* y *generalidad* de Forst⁴²), los actos de autoridad institucional son una forma de valorar la autonomía moral en razón de que las instituciones establecidas —teniendo en cuenta el respeto y la responsabilidad, y el gozo de la confianza de las personas— buscan ofrecerle al paciente unas directrices a las que pudiera o no acogerse después del proceso de diálogo. Una institución cuyas reglas son bondadosas, bien intencionadas y paternalistas, no satisface el respeto requerido al agente moral llamado paciente; en su lugar otra, cuyas reglas y procedimientos consideren al paciente como agente moral y lo involucren dialógicamente en el consentimiento de su tratamiento evita la paradoja de la autoridad.

El seguimiento o acogimiento a la autoridad se justifica en la nombrada tesis de la justificación normal, la cual señala que la autoridad se vuelve legítima cuando ha probado en el pasado que sus razones han mostrado ser las correctas y que precisamente por ello, los que están sometidos a ella confían en ella y prefieren dejar su juicio de lado y dejarse guiar por ella.

⁴¹ “(...) en ocasiones el intento de actuar según un cierto conjunto de razones resulta auto-frustrante, y que en esos casos lo que la racionalidad exige es el seguimiento de una estrategia indirecta, es decir, el abandono del intento de tomar la propia apreciación acerca de lo que exige aquel conjunto de razones como guía directa de la acción, teniendo sin embargo dicho abandono como resultado el mejor seguimiento de las mismas. Si fuese posible demostrar que, al menos en determinadas circunstancias, un individuo ajusta mejor su conducta al conjunto de razones para actuar que efectivamente tiene si, en vez de seguir su propia estimación acerca de qué es lo que aquellas razones exigirían en esa ocasión, hace lo que la autoridad le ordena que haga, habría quedado demostrado que suspender o postergar el propio juicio, lejos de suponer una abdicación de la racionalidad práctica, sería precisamente lo que haría un agente verdaderamente racional” (BAYÓN, 1991, p. 25).

⁴² Para ser capaces de distinguir razones “aceptables” de “no aceptables” se requiere dos criterios: *reciprocidad* y *generalidad*. Primero, las razones que justifican demandas normativas específicas no deben ser rechazables recíprocamente; es decir, el autor de esas demandas no debe pretender derechos y privilegios que él niegue al destinatario de esas pretensiones. Además, el autor no debe proyectar sus propias opiniones, intereses o valores sobre otros, y así decidir por los otros, sin permitir el cumplimiento del criterio de reciprocidad. Lo mismo aplica para los destinatarios de las demandas. Segundo, en un contexto moral no debe restringirse la comunidad de justificación de manera arbitraria, sino que debe incluir a todos aquellos afectados por las acciones o las normas en una forma moral relevante. Estos dos criterios tomados en conjunto confieren a las personas morales un — ciertamente cualificado— fundamental *derecho al veto*: el derecho básico a la justificación (FORST, 2005, p. 40).

El *respeto por la libertad del otro* está a la base de la concepción de autoridad de Raz, esto debido a que en ningún caso se lesiona la capacidad de decidir, sino que se ofrece una alternativa beneficiosa sin que ello signifique pasar por encima de la voluntad de nadie. Hay buenas razones para ceder el juicio propio a la autoridad del otro. El punto por destacar —y que tiene que ver con esto— es el hecho de que el respeto por la libertad del otro es la base de la autoridad, lo que tiene que ver con que la autoridad, a través de su ejercicio, se tiene que ganar la confianza de las personas, y para ello tiene que mostrar efectivamente que sus decisiones son más beneficiosas para ellas, que otras alternativas.

* * *

Al comparar los elementos comunes entre O'Neill y Raz se ve que —cada uno a su modo y en sus propias categorías— rescatan la primacía de las razones que reúnen el mejor balance de razones, o sea la de aquellas que pueden inclinar la balanza hacia el beneficio personal del paciente, salvaguardando su autonomía, sin que ello implique de suyo afectar el bien común. La concepción de Raz acerca de las directrices de la autoridad, gira en torno a la idea de directiva, norma o ley como una *forma de servicio*⁴³.

Por una parte, la autoridad se justifica si se puede mostrar que sus decisiones traen mejores soluciones para las personas, en lugar de que éstas se rijan por sus propias decisiones. Así, por ejemplo en el plano de la autoridad teórica es mejor recurrir —como lo señala Raz— a un asesor financiero para que éste maneje los bienes que invertirlos uno mismo; si bien aquel no garantiza la efectividad al ciento por ciento, sí ofrece mayores expectativas de beneficio. Por otra parte, aunque ciertamente este filósofo mantiene la idea de que la autoridad práctica se define como el derecho que tiene un sujeto de mandar y ser obedecido, también lo es que aquella interpretación no incluye de suyo que dicha autoridad deba ser tiránica, malintencionada o que no pueda

⁴³ Para este autor, cada individuo sólo puede ser obligado a actuar por sus propias razones, no por razones de terceros o de carácter colectivo. Raz defiende esta intuición de la siguiente manera: “[la autoridad], si es obligatoria (binding) para los individuos, tiene que estar justificada por consideraciones que los obligan (which bind them)”. Por ende, la autoridad sólo debería considerar, al menos en principio, las propias razones de cada individuo, si pretende fundar una obligación. [...] Lo distintivo, por otra parte, de la “autoridad como servicio” es el argumento en favor de su legitimidad, basado en la mayor experiencia o habilidad racional de ella (OLIVEIRA, 2005, p. 5).

prestarse para el beneficio común. Para Raz, la función central de la autoridad en el terreno práctico es permitir la cooperación y la coordinación de las acciones. Esta función también se puede extender a la autoridad teórica. Ahora bien, esta función es compatible, y en un ámbito democrático, viene acompañada de la autonomía de las personas.

La autoridad y la autonomía son compatibles si se tiene en cuenta que la primera es asumida por los agentes morales como legítima porque ha demostrado ser eficaz en la medida en que ofrece razones que coordinan de mejor forma el interés social de dichos agentes. En ese sentido, la autoridad que actúa como un servicio para los demás, no busca imponerse sino servir mediante la postulación de razones que han demostrado mayor efectividad, hecho que genera confianza entre las personas, la cual a su vez se convierte en una razón para asumir como propias las directrices autoritativas. De modo tal que las razones dadas por la autoridad pueden ser aceptadas, de manera autónoma, como razones exclusionarias que reemplazan las razones para la acción propias de un agente.

Incluso las mismas razones exclusionarias, aquellas que anulan el propio balance de razones para la acción, son perfectamente comprendidas como un modo de economía de tiempos y esfuerzos personales. Este es un caso que pudiera, prototípicamente, presentarse al interior del proceso dialógico del CI, es decir, si —de nuevo recurriendo al valor que puede brindar la experiencia personal y comunitaria— las razones que aduce el personal médico han demostrado ser eficientes en casos similares al que padece el enfermo, entonces la decisión más razonable es, después del proceso de diálogo, acogerse al tratamiento sugerido. No hay que olvidar que el diálogo es bidireccional, lo que quiere decir que el doctor también acoge sugerencias particulares del paciente en su tratamiento y postratamiento.

Las razones para la acción no pueden restringirse a cálculos racionales — instrumentales— es decir, que las razones para optar por un curso de acción no quedan limitadas a cálculos egoístas de beneficio personal a corto plazo. La autoridad de la que goza la institución médica no subyace en el hecho de que una persona pueda ahorrarse el tiempo, la energía y los recursos que representa el formarse en medicina para tener

un conocimiento propio y adecuado que le permita tomar decisiones sobre sí mismo en cuestiones médicas de modo tal que se preserve ‘intacta su autonomía’, sino que reposa en la legitimidad de sus directrices a partir de las razones que ofrecen para actuar, en tanto en cuanto consideran la autonomía relacional de los agentes morales que se ven sometidos a tales normas, así, entonces, el valor moral se funda en el respeto por aquéllos.

No es descabellado pensar que tanto en los casos en los que un paciente se acerca al nivel máximo de información adecuada y pertinente en torno a su procedimiento terapéutico, como en los que renuncia a saber cualquier información, ya se excluyen las propias razones por las razones que da el médico y en consecuencia actúa la autoridad teórica del profesional de la salud y la práctica de la institución médica como ofreciendo *razones exclusionarias* para la acción. En este orden de ideas, una autoridad médica es ilegítima cuando no está justificada, y puede darse cuando hay fallas en el proceso dialógico o si se oculta información relevante. Pero aún si se superan estos obstáculos, queda el riesgo latente de que el principio de autonomía sea viciado por una creencia obstinadamente errónea acerca de la autonomía. En mi opinión, la principal creencia errónea sería considerar la autonomía como ajena a los demás, aislada e individualista, lo que también conduciría a la pérdida de la valía moral del CI.

Pero, ¿cuál es la razón por la que la autonomía personal de corte individualista afecta el valor moral del CI? La razón yace en que la ruptura con la comunidad⁴⁴ moral supone un grave desconocimiento de los vínculos íntimos que permiten el desarrollo de cada persona en medio de una comunidad. Con lo cual se abre la puerta a modelos de acción que pudieran atentar contra la dignidad humana, como lo han mostrado tantos ejemplos a lo largo de la historia. No se trata de supeditar el juicio personal al comunitario sino de considerar a los demás como si estuvieran, hasta cierto punto, ofreciendo —e incluso siendo— razones que pueden entrar en la balanza de razones final. El punto es evitar dos extremos, por una parte ceder el juicio en asuntos relativos

⁴⁴ Puede sonar reiterativo, pero conviene recordar que —a pesar del dejo instrumentalizador— el hecho mismo de que una persona sea valiosa en sí misma es motivo suficiente para considerar que su daño o afectación es un perjuicio para la riqueza total de la comunidad moral: el daño de uno de sus miembros —valiosos— es un daño y una pérdida para la comunidad.

de salud a la autoridad de los demás, personas e instituciones y, por la otra, evitar cerrarse a todo tipo de razones.

Retomando el asunto de la autoridad y su relación con el CI surge otra pregunta, si la autoridad se comprende como lo insinúa Raz —como servicio y como razón exclusionaria—, ¿cuáles son las consecuencias de dicha comprensión en la aplicación del consentimiento informado? Para responder a este interrogante hay que tener en cuenta que, para el sentido común, la conjunción de autoridad e institucionalidad se enfrenta a la autonomía; de dicha conjunción surge la acusación —no sin fundamentos— de que el CI se ha convertido tanto en una forma de institucionalizar la autonomía como en una forma de protección legal del personal de la salud frente a posibles demandas penales de los pacientes. Pero, ahora, al considerar la autoridad de otro modo, como autoridad entre seres racionales, y la agencia del paciente en medio de la autonomía *relacional*, se puede llegar a sugerir un cambio en la concepción del CI como un espacio de respeto, de reconocimiento e incluso de valía, y no como un simple formalismo institucional.

Sumado a lo que Raz explica, O'Neill sugiere que la confianza permite que las relaciones humanas no se limiten a meros cálculos fríos y racionales sino que sigan siendo humanas, aún si no hay certeza de que los resultados esperados en aspectos de salud sean los deseados:

La mayoría de nosotros confía en la seguridad de los medicamentos comunes sin saber mucho, en todo caso, sobre los procedimientos de seguridad y pruebas de eficacia en los que han sido sometidos, o sobre las empresas y los organismos reguladores responsables de estos procedimientos, y mucho menos si se asume que estas empresas y los organismos reguladores tienen buena voluntad para con nosotros (O'NEILL, 2004, p. 14).

La experiencia cotidiana o “tradicición”, llevan a la confianza, de modo tal que las relaciones humanas no se restrinjan a meros cálculos egoístas o de interés particular. Las reglas con las que se establezcan las instituciones médicas, para este caso, son sujeto de confianza, solo en la medida en que tienen en su base la idea de agentes morales autónomos que comparten elementos propios de una comunidad (moral). Las instituciones sobre esa base comunitaria relacional y de respeto por los agentes

dictaminan, desde su propia autoridad, una serie de acciones a seguir que deben redundar en beneficio de los agentes morales involucrados.

En este apartado se ha tratado de mostrar que no necesariamente tiene que haber una oposición entre la autoridad y la autonomía. Si se concibe la autonomía en términos relacionales, y la autoridad es legítima, en el sentido propuesto por Raz, entonces es posible concebir de nuevo el CI como un garante de respeto a la autoridad del paciente. Con esta forma de concebir el CI, se puede hacer frente a los dos riesgos señalados arriba y que atentan contra la valía del CI, a saber: una concepción insuficiente de la autonomía, y consecuentemente, la disminución en la práctica de la autonomía efectiva del paciente. El primer riesgo se busca salvarlo mediante el recurso a las nociones de autonomía relacional y de confianza con las cuales muestra la relevancia de la vida en comunidad y la importancia que tiene constituirse en sujeto moral en medio de otros agentes morales; el segundo riesgo se pretende conjurarlo atendiendo a la relación dada entre la autonomía relacional y la autoridad institucional para señalar que no se produce necesariamente una incompatibilidad si la autonomía es entendida relacionamente.

Conclusiones

Para que la puesta en práctica del CI cumpla la función perseguida (preservar su valor moral mediante el respeto a la autonomía del paciente) y no se reduzca a un formalismo legal, no sólo se requiere que sea comprendido en torno al concepto de autonomía relacional, sino que se cumplan dos condiciones, una teórica y otra práctica.

Desde la perspectiva teórica el valor moral del CI recae sobre la concepción relacional de la autonomía, ya que esta tiene en cuenta a la comunidad moral, al interior de la cual se hallan los agentes morales de la relación médico-paciente. El médico, por su pertenencia a la comunidad moral, está al servicio de sus pacientes, asistido y respaldado por una institución que en principio protege los intereses de ambas partes. Así se ve que la autonomía relacional se articula con la autoridad teórica del médico y la institución médica.

El recorrido hecho lleva a considerar tres aspectos que se requieren para la preservación moral del CI, los cuales se presentan como una alternativa de solución al problema de la institucionalización del mismo. Los mencionados aspectos son la comprensión adecuada del concepto de CI, un procedimiento para su aplicación y los recursos materiales para su realización. Los tres aspectos, en su conjunto, aumentan la posibilidad de que el proceso del CI cumpla el objetivo para el que fue creado: respetar las decisiones autónomas de los pacientes.

- *Síntesis del concepto de CI*

En primer lugar, este trabajo saca a la luz las notas esenciales del concepto de CI, cuya comprensión amplía las posibilidades de preservación de su valor moral. Así, pues, aquí se propone entender el CI en medicina como *un proceso dialógico entre agentes morales que busca respetar la autonomía del paciente en torno a sus decisiones (o las de su apoderado), respecto de los procedimientos sugeridos por una autoridad médica.* Este concepto sintetiza una red de conexiones sin las cuales queda viciada su

comprensión, por lo tanto ha de entenderse atravesado por dos nociones centrales: dialogicidad y autonomía relacional. La *autonomía relacional* es un concepto complejo que se fundamenta en la dialogicidad⁴⁵ y se construye a partir de la confianza, la autoridad-servicio, el derecho-obligación y la institucionalidad; la nota común a estos conceptos es el respeto y el reconocimiento del otro, en suma, *la presencia del otro*. Como resultado de la autonomía relacional es posible motivar al paciente para que modifique su conjunto de creencias mediante una serie de incentivos que respeten su autonomía –no se trata de adoctrinamiento ni de manipulación–.

Adicionalmente, se puede decir que este proceso dialógico entre agentes morales –que se asienta en el principio de respeto por la *autonomía* del paciente– aparece tanto como un derecho del paciente o su apoderado, como una obligación del personal de la salud; busca que se alcance una decisión sobre la realización de cualquier tipo de tratamiento terapéutico; requiere de las condiciones mínimas de suficiencia, calidad y sinceridad en la comunicación, de modo tal que el diálogo permite que el paciente conozca la información pertinente para actuar según su voluntad y libertad, o sea, sin coacción. El proceso, en la medida de lo posible, debe finalizar con la firma de un documento con efectos legales en el que el paciente (o su apoderado) acepta o rechaza el tratamiento recomendado por el personal de la salud con la clara conciencia de los posibles costos, riesgos y beneficios para la integridad del paciente. Ahora bien, cuando se habla de *proceso dialógico* se quiere decir que no se limita a un momento puntual espacio-temporal, sino que las etapas que lo constituyen sirven como garante de la preservación moral del mismo, seguidas las recomendaciones señaladas de antemano.

Sin embargo, ¿qué procedimiento o qué directrices pueden ser establecidas para que, respetada la idiosincrasia de los agentes morales, el final del proceso dialógico dé como resultado un CI que se ajuste a la definición anterior y que sea moralmente válido? Cabe la posibilidad de que la idea del CI cimentado *necesariamente* en las nociones de dialogicidad y autonomía relacional (y en el conjunto de conceptos que intervienen),

⁴⁵La dialogicidad es simultáneamente el plano y el fundamento en el cual se construye la autonomía relacional y como el constructor de la misma.

aún no sea *suficiente* para preservar la valía moral del CI. Ante esta posibilidad se propone un procedimiento que ayudaría a preservar aún más el valor moral del CI.

- *Procedimiento para la aplicación del CI*

O'Neill (2004) afirma que pueden darse todas las condiciones procesuales para que el CI sea moralmente valioso y aun así no serlo, porque los meros procesos solo garantizan la satisfacción de los requisitos del consentimiento informado, pero no la autonomía del paciente. Ante ese riesgo el concepto construido aquí es una respuesta. No obstante, se puede hacer el ejercicio inverso y preguntarse si basta con el concepto sintetizado para la valía moral del CI; la respuesta parece ser: no. ¿En qué se apoya esta respuesta? Se asienta en que es posible que tanto médicos como pacientes conozcan el concepto y éste solo represente información, con lo cual no pasaría de ser, a lo sumo, un bello ideal.

Ante tal negativa se requiere esbozar una serie de criterios procedimentales para revisar de antemano si el concepto de CI sintetizado puede cumplir el objetivo para el cual fue desarrollado: respetar al paciente como agente moral.

Dichos criterios morales, en síntesis son:

1. Cerciorarse de que los participantes (el personal de la salud y los pacientes o sus tutores) sean competentes racionalmente⁴⁶.
 - 1.1. Garantizar que el diálogo esté presente a lo largo del proceso.
 - 1.2. Revelar mutuamente toda la información relevante disponible.
 - 1.3. Procurar la mayor claridad posible en la revelación de la información.
2. Considerar al otro como una persona con derechos y deberes.
 - 2.1. Aceptar ser interpelado por el otro.

⁴⁶ En circunstancias habituales se espera que al menos uno de los participantes sea racional, en cuyo caso tendrá la responsabilidad moral de asesorarse con las autoridades competentes para buscar el mejor camino a seguir a fin de resolver el asunto de una manera respetuosa de la dignidad del paciente.

- 2.2. Justificar racionalmente las pretensiones propias de cada miembro de la relación.
3. Reconocer la autoridad como un servicio legítimo a la comunidad.
 - 3.1. Confiar en la institucionalidad —o al menos en la posibilidad de que sus funciones correspondan a las necesidades del paciente—.
4. Garantizar las distancias psicológicas y físicas prudenciales entre doctor y paciente, a fin de evitar cualquier tipo de manipulación o, incluso, coacción.

La suma de las notas esenciales (el nuevo concepto de CI) y el procedimiento sugerido (los cuatro criterios señalados) aumenta las posibilidades de que en la práctica médica el CI sea garante del respeto por la agencia del sujeto. Sin embargo, se considera que hace falta aún considerar los recursos materiales para que aumente, todavía más, la posibilidad de cumplimiento del fin práctico del CI. Entonces, ¿cuáles son los recursos materiales que posibilitan la realización del CI en condiciones de moralidad?

- *Recursos materiales para la realización práctica del CI*

Para que la autoridad médica y la institucionalidad no se conviertan en paternalismo deben ser conscientes de su pertenencia a una comunidad moral de modo tal que el respeto que piden para sí, sea de la misma clase de respeto que están dispuestos a reconocer en todos y cada uno de los miembros de la comunidad. El respeto por el otro parte de reconocerlo como un agente moral digno.

De este modo, la autoridad teórica está al servicio de los que la requieren para su beneficio, pero debido a la labilidad de la voluntad humana es indispensable que la institución médica intervenga y desarrolle una serie de protocolos que tengan en cuenta las condiciones psicológicas del paciente y sus familiares, los tiempos requeridos para que la decisión se tome bajo la menor presión posible, es decir, sin coacción, las adaptaciones del lenguaje al nivel de académico y cognitivo del paciente, además de que

convendría que este tipo de procedimientos protocolarios creasen una cierta distancia física y psicológica entre paciente y médico para evitar que por algún tipo de consideración determinada el paciente se incline por las sugerencias de su doctor sin haber realizado antes una reflexión seria que lo lleve a tomar determinado curso de acción.

El protocolo que se puede desarrollar y utilizar debe tener en cuenta los aportes de las disciplinas pertinentes según el caso y la decisión de los miembros de la relación médico-paciente; disciplinas que tengan injerencia efectiva en el conjunto de creencias de los agentes directamente involucrados, a condición de perseguir siempre el grado más alto posible de respeto por la autonomía del paciente. En este sentido, es posible considerar un comité bioético interdisciplinario⁴⁷ que desarrolle diferentes modelos de acercamiento al paciente, los cuales tengan en cuenta una amplia gama de variables según el distinto tipo de personas que interactúan en las actuales sociedades interculturales. Por ejemplo, un grupo interdisciplinario puede estar conformado por un representante de la comunidad a la que pertenece el paciente, también puede haber, entre otros: un representante de su religión, de su etnia, de su condición sexual, un psicólogo, un sociólogo, aparte por supuesto de los médicos especialistas para cada tipo de enfermedad⁴⁸.

Lo anterior deja entrever que ha de haber un núcleo fijo (personal médico, psicólogo y abogado) del protocolo y una serie de componentes variables (por ejemplo, un representante de la religión del paciente) que respondan a la variedad de situaciones que se presenten. Sin duda, esto demandaría, al inicio, costos ingentes en tiempo, preparación y dinero, pero con el tiempo redundaría en el respeto —y precisión conceptual y práctica— de la autonomía del paciente a la vez que tales grupos interdisciplinarios serían una muestra y un garante de la relacionalidad de la autonomía moral.

⁴⁷ El hospital Pablo Tobón Uribe se pregunta y responde: ¿Qué es el comité de Bioética? Es un comité interdisciplinario de carácter permanente, deliberativo y asesor que brinda apoyo al equipo asistencial y administrativo en la discusión de dilemas éticos que se presentan en la atención médica y en la investigación biomédica, mediante la educación, formulación de políticas, análisis de casos y autoevaluación.

⁴⁸ REVISTA MÉDICA HONDUREÑA (2012) y FERNÁNDEZ, M. L., y MORENO, E. L. (2003-2004).

En resumidas cuentas, los protocolos con sus núcleos fijo y sus componentes variables orientados por el respeto al paciente, articulados en el concepto de autonomía relacional serían las dos condiciones bajo las cuales se preservaría el valor moral del CI.

Finalmente, se puede decir que estas condiciones en la práctica no deben prescindir de la concepción de autonomía relacional, la cual logra conjugar armónicamente la tensión autonomía y autoridad-institucionalidad manteniendo el valor moral de las decisiones autónomas de los pacientes. Con este trabajo, solo se pretende abrir otra vertiente a una discusión que convoca a los agentes morales. De aquí en adelante quedan algunas preguntas que servirían para ahondar la reflexión. Una de ellas puede ser: ¿Bajo qué criterios se puede seleccionar a los participantes del comité bioético multidisciplinar? ¿Cómo enseñar a los médicos e instituciones de salud qué es, cómo se aplica, cómo se vulnera o respeta la autonomía relacional?

Referencias

ACP-AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS (1984, julio). American College of Physicians Ethics Manual: Part I: History of Medical Ethics, The Physician and the Patient, The Physician's Relationship to Other Physicians, The Physician and Society. *Annals of Internal Medicine*, 101(1), 129-137. doi: 10.7326/0003-4819-101-1-129

ALEXY, R. (2004). *El concepto y la validez del derecho* (2ª ed.). Barcelona: Gedisa.

ANÓNIMO. (2012). Los comités de ética asistencial. *Revista médica hondureña*, 80 (3), 126-129. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-3-2012-10.pdf>

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (1948). *Declaración de Ginebra*. [Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM, Ginebra, Suiza, septiembre 1948 y enmendada por las siguientes Asambleas: Sydney, Australia, agosto 1968. Venecia, Italia, octubre 1983. Estocolmo, Suecia, septiembre 1994]. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/normativas/declaracion_ginebra.pdf Un enlace opcional es <http://www.unav.es/cdb/ammginebra1.html>

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (2008). *Declaración de Helsinki. Principios médicos para la investigación médica en seres humanos*. [Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por las siguientes Asambleas: Tokio, Japón, octubre 1975. Venecia, Italia, octubre 1983. Hong Kong, septiembre 1989. Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996. Edimburgo, Escocia, octubre 2000. Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea Médica General de Washington, 2002. Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de Tokio 2004. Seúl, Corea, octubre 2008]. Recuperado de http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

BEAUCHAMP, T., y CHILDRESS, J. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. [Fifth Ed.]. New York: Oxford University Press.

BEAUCHAMP, T., y CHILDRESS, J. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. [Sixth ed.]. New York: Oxford University Press.

- BENEDICTO RODRÍGUEZ, R. (2004). *Charles Taylor: identidad, comunidad y libertad*. [Tesis de doctorado], Universidad de Valencia, España.
- BONNIN, E. (2005). *Moral de la vida. Manual de teología* (3 ed.). México: Dabar.
- CALLAN, E., y ARENA, D. (2009). The Oxford Handbook of Philosophy of Education. En H. Siegel (Ed.), *Handbook of philosophy of education* (pp. 105-121). Oxford (Oxfordshire, Inglaterra): Oxford University Press.
- CAMPOS Zamora, F. (2008). *Ética del discurso y corrección formativa*. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/juridicas/article/viewFile/9782/9228>
- CECCHETTO, S. (2001). Antecedentes históricos del consentimiento del paciente informado en Argentina. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*, 6(1), 7-14.
- DÍAZ, G. (1993). *Autonomía y Paternalismo*. Castilla: Universidad de Castilla-La Mancha.
- DONOSO, D. (2003). Charles Taylor: una crítica comunitaria al liberalismo político. *Polis*, 6. Recuperado de <http://polis.revues.org/6775>; DOI: 10.4000/polis.6775
- DWORKIN, G. (1998). *The Theory and Practice of autonomy*. New York: Cambridge University Press.
- FEINBERG, J (1986). *Harm to self. The moral limits to the criminal law*. New York: Oxford University Press.
- FEINBERG, J (2006). La naturaleza y el valor de los derechos. En M. PLATTS (Comp.), *Conceptos éticos fundamentales* (pp. 225-249). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- FERNÁNDEZ, M. L., y MORENO, E. L. (2003-2004). Los comités de evaluación ética y científica de la investigación en seres humanos en los países latinoamericanos y el caribe: una propuesta para su desarrollo. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile. Recuperado de http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/cd_ei_sh_c1_ce_latinoamerica.pdf
- FERRER, J. J., y ÁLVAREZ, J. C. (2006). *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Sevilla: Universidad de Comillas-Desclée de Brouwer.
- FORST, R. (2005). El derecho básico a la justificación: hacia una concepción constructivista de los derechos humanos (Traducción de Francisco Cortés Rodas). *Estudios Políticos* 26, 27-59.

Recuperado de <http://revistaestudiospoliticos.udea.edu.co/index.php/estudiospoliticos/article/viewFile/1405/1450>

GRAY, F. (1998). *The Tuskegee syphilis study. The real story and beyond*. Montgomery, AL: New South Books.

HONNETH, A. (1996). Reconocimiento y obligaciones morales.(Traducción del alemán de Federico Maxínez). Universidad Goethe, Frankfurt.Artículo escrito a petición del Consejo Editorial de la *RIFP*, 8, 5-17. Recuperado de http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:filopoli-1996-8-6443431F-2BE8-F544-3A97-47FoDA074DF8&dsID=reconocimiento_obligaciones.pdf

HONNETH, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales* (trad. Manuel Ballesteros). Barcelona: Crítica.

HONNETH, A. (2010, mayo-agosto). *Reconocimiento y criterios normativos. Una entrevista con Axel Honeth / Entrevistador: Gustavo Pereira*. *Revista Andamios*, 7(13), 323-334.Recuperado de https://www.academia.edu/301939/Reconocimiento_y_criterios_normativos._Entrevista_a_Axel_Honneth

IGLESIAS BENAVIDES, J. L. (2007). El Juramento de Hipócrates ¿Aún vive? *Medicina Universitaria*, 9(37), 219-230.

KORSGARD, Ch. (1996). *Creating of kingdom of ends*. Cambridge: University Press.

KOTTOW, M. H. (2005, mayo-junio). Conflictos en ética de investigación con seres humanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 862-869. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n3/20.pdf>

MAINETTI, J. A. (1989). *Ética médica*. La Plata, Argentina: Quirón. Recuperado de <http://www.bioeticanet.info/documentos/nuremberg.pdf>

MALDONADO-VEGA, J. (2005). Algunas preocupaciones de la bioética en relación con la medicina en el siglo XXI. En I. GÓMEZ CÓRDOBA y C.E. MALDONADO (Comp.), *Bioética y educación. Investigación, problemas y propuestas* (pp. 137-157). Bogotá: Universidad del Rosario.

- MATUS, J. P. (2005). El Informe Valech y la tortura masiva y sistemática como crimen contra la humanidad cometido en Chile durante el régimen militar. Su enjuiciamiento desde la perspectiva del derecho penal internacional. Apuntes a propósito de la obra de Kai Ambos: "Der Allgemeine Teil des Völkerstrafrechts". Revista electrónica de Ciencia Penal y Criminología, 7, 1-39. Recuperado de <http://criminet.ugr.es/recpc/07/recpc07-07.pdf>
- MILGRAM, S. (2005). Los peligros de la obediencia. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 4(11). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30541124>
- NAVIA, F. (2006). Consentimiento informado y responsabilidad civil médica. *Revista de derecho privado*, 11, 157-170. Recuperado de <http://revistas.uexternado.edu.co/index.php?journal=derpri&page=article&op=view&path%5B%5D=577&path%5B%5D=545>
- O'NEILL, O. (2004). *Autonomy and trust in Bioethics*. New York: Cambridge University Press.
- ORTIZ, A., y BURDILES, P. (2010). Consentimiento informado. *Rev. Med. Clin. CONDES*, 21(4), 644-652. Recuperado de http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_21_4/19_Dr_Burdiles.pdf
- OSHANA, M. (2006). *Personal Autonomy in Society*. Hampshire: Ashgate Publishing Limited.
- PÉREZ, R., y SUAZO, M. (2010, enero-marzo). Consentimiento informado, autonomía y beneficencia en la consulta hospitalaria de la ciudad de Santo Domingo. *Ciencia y Sociedad*, 35(1), 7-20. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/870/87014544001.pdf>
- PINEDA PINZÓN, E. C. (2012, agosto-diciembre). La esterilización femenina forzada en el contexto latinoamericano. *Anamnesis. Revista de Bioética*, 7, 51-57.
- QUINTERO, E. (2009). El consentimiento informado en el área clínica: ¿cómo, dónde y cuándo? *Revista MedUNAB*, 12(2), 96-101. Recuperado de <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=37&path%5B%5D=35>
- RAMOS, L. (2012). El consentimiento informado. *Revista Panacea@*, 13(36), 294-298. Recuperado de http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n36-revistilo_LCRamos.pdf
- RAWLS, J. (2006). *Teoría de la justicia* (6 reimpresión). México: Fondo de Cultura Económica.

- RAZ, J.(1994). *La ética en el ámbito público*. Gedisa: Editorial.
- RAZ, J. (1982). *La autoridad del derecho*. México: UNAM.
- RAZ, J. (1986). *The Morality of Freedom*. Oxford: Clarendon Press.
- REVERBY, S. M. (2012, junio). Sífilis por “exposición normal” e inoculación: um médico da equipe do estudio Tuskegee na Guatemala, 1946-1948. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 15(2), 323-349.
- RODRÍGUEZ-OCAMPO, S., VILLALOBOS-ALPÍZAR, J., CARVAJAL-CALDERÓN, M., CAMPOS-GAMBOA, G. SÁNCHEZ-SOLANO, H. (s.f.). Consentimiento informado en investigación biomédica. Recuperado de https://umshare.miami.edu/web/wda/ethics/PABI_Agendas/costa_rica/Modules/Module14850.pdf
- SIMÓN P., y CONCHEIRO P. (1993). El consentimiento informado: teoría y práctica. *El médico interactivo. Diario electrónico de la salud*. (100), 659-663. Recuperado de <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/informes/informe/consentimiento.htm>
- SOLÓRZANO, J. F. (2012). *Elementos estructurales del consentimiento informado*. Facultad de Jurisprudencia, 64, [ISSN: 0124-700x] Bogotá: Editorial Universidad del Rosario. (Borrador de investigación). Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3365/Fasc%C3%ADculo64.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- TAYLOR, Ch. (1997). *Ensayos sobre el conocimiento, el lenguaje y la modernidad*. Barcelona: Paidós.
- THOMPSON, J. (2006). Los principios de ética biomédica. *Programa de educación continua en Pediatría (Sociedad Colombiana de Pediatría -SCP), Curso continuo de actualización en Pediatría (CCAP), año 5, módulo 4, 15-34*. Recuperado de <http://www.scp.com.co/precop/modulo5.php> - Enlace directo a la versión en PDF http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_4/15-34.pdf
- ZIMBARDO, (2012). *El efecto Lucifer. El porqué de la maldad* [Versión Adobe Reader]. Barcelona: Paidós (Primera edición en libro electrónico). ISBN: 978-84-493-2733-9 (epub). La primera edición impresa en inglés fue publicada en 2007 por Random House, New York.