

LA INFLUENCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Azucena Couceiro Vidal ¹

La autora declara no tener conflicto de interés

RESUMEN: La introducción del consentimiento informado en Medicina ha constituido una revolución sin precedentes en la estructura tradicional de la relación clínica, un punto de inflexión en el reconocimiento del valor de la autonomía. El modelo de los derechos aporta la identificación del valor, su universalidad y la garantía de su reconocimiento. Pero dadas las características de esta relación –asimetría, vulnerabilidad-, y el poder tecnológico y sociológico que sigue asistiendo a los profesionales, el cambio está siendo muy lento y complejo. Se suma a ello la prevalencia de la perversión del modelo de consentimiento, el denominado “paternalismo con formulario”, tan extendido como lesivo.

En el artículo se analiza la historia de la relación clínica, sus diversos modelos y los datos empíricos que existen sobre el consentimiento en el ámbito clínico. Se concluye afirmando que el modelo de los derechos ya ha cumplido su función, y esbozando una propuesta: si el consentimiento quiere realizarse en la praxis clínica deberá ser complementado con el modelo de las capacidades, y superar el vínculo lógico-argumentativo habermasiano para adoptar un vínculo comunicativo que haga efectivo el desarrollo de las capacidades de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Autonomía, capacidades, consentimiento informado, derechos humanos, ética del discurso, modelos de relación clínica, rechazo de tratamiento, reconocimiento recíproco.

ABSTRACT: The introduction of the informed medical consent has been a revolution without precedent in the traditional structure of the clinical relationship, a turning point in the recognition of the value of autonomy. The rights model provides the identification of value, its universality and the guarantee of its recognition. But given the characteristics of this relationship — asymmetry, vulnerability-, and the technological and sociological power that still attending professionals, the change is very slow and complex. This includes the prevalence of perversion of the model of consent, known as “paternalism with form”, so widespread as harmful.

The article discusses the history of the clinical relationship, their different models and empirical data that exist on consent in a clinical context. It concludes by affirming that the model of rights has already fulfilled its function, and outlining a proposal: If the consent you want to be done in the clinical practice must be complemented to perform in practice with the capabilities approach, and overcome the Habermasian logic-argumentative bond to adopt a communicative bond that makes effective the development of capabilities of the patients.

KEYWORDS: Autonomy, capabilities, discourse ethics, informed consent, human rights, models of the physician-patient relationship, reciprocal recognition, refuse of treatment.

¹ Dpto. Especialidades Médico-Quirúrgicas, Área de Bioética y Humanidades Médicas, Universidad del País Vasco, España.

1. PLANTEAMIENTO

En otoño del 2001, mientras se celebraba la concesión del premio de la Paz de la Asociación de Libreros Alemanes a Jürgen Habermas, vio la luz uno de sus textos más polémicos, con carácter más de ensayo que de obra estrictamente filosófica ². En él debate el autor sobre el uso de la tecnología y sus consecuencias sobre la especie humana, para lo cual retoma a la altura del siglo XXI una de sus afirmaciones centrales en filosofía política, la de que hay una relación entre nuestras intuiciones morales, las normas jurídicas y los principios políticos. Del mismo modo que las normas jurídicas tienen un carácter normativo, también lo tiene el Estado Constitucional y de Derecho, basado en la interacción comunicativa a través de la cual se expresa la autonomía de la persona dialógica.

En el núcleo del liberalismo político este sujeto moral autónomo, dialógico y pensante, está protegido por derechos, soportados a su vez por intuiciones morales. Es así que la Ética precede al Derecho en la determinación de los bienes y valores refrendados socialmente, pero el Derecho, a su vez, institucionaliza el resultado y lo convierte en norma obligatoria, reconociendo explícitamente ese valor al que protege, y haciendo obligatorio su cumplimiento. De lo que se trata en este artículo es de analizar si la protección normativa del valor de la autodeterminación moral del individuo en el ámbito de la relación clínica ha generado cambios significativos en la praxis, propiciando el reconocimiento ético y jurídico del paciente como sujeto dialógico en esta relación.

Para ello conviene comenzar precisando dos cuestiones. La primera, que cuando hablamos de la autonomía, condición necesaria del comportamiento moral en el Estado liberal, y centrados ya en la relación clínica, importa distinguir en ella tres dimensiones: la autonomía decisoria, la autonomía informativa y la autonomía funcional. Se refiere la primera a la capacidad de tomar decisiones en el seno de la relación clínica. La segunda, al poder del paciente de disponer y controlar su información, aquella que se genera en el proceso clínico, mientras que la tercera señala el poder de actuar — o no — de acuerdo con las fuerzas propias y los condicionantes sociales y políticos ³.

Si bien las tres dimensiones están íntimamente interrelacionadas, en este artículo nos vamos a referir a la autonomía decisoria, pues se entiende que el derecho al consentimiento informado, que es una manifestación del derecho fundamental a la integridad física y moral, protege la capacidad de tomar decisiones sobre sí mismo. Así lo señala la evolución legislativa, tanto desde la primera etapa constitucional de reconocimiento de este derecho, que aparece expresada en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS),

² Habermas, J. *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?*, Barcelona: Paidós, 2002.

³ Seoane, JA, “Las autonomías del paciente”, *Dilemata*, vol. 3, 2010, p. 61-75.

como en la fase posterior de su consolidación a raíz del Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina del Consejo de Europa (CDHB), vigente en España desde el 1 de enero del 2000, y del amplio desarrollo legislativo, estatal y autonómico, que supuso la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LBAP) ⁴.

Ahora bien, y ésta es la segunda precisión, la autonomía se logra de forma progresiva, a través de relaciones intersubjetivas y en el seno de un largo proceso de socialización. Constituye un logro de la relacionalidad simétrica. Es así que el reconocimiento es la otra cara de la autonomía, y explica en gran medida la vulnerabilidad de unos respecto de los otros. Ambos, reconocimiento del otro y vulnerabilidad, son aspectos relevantes de la relación clínica. El primero por inexistente a lo largo de toda la tradición del ejercicio profesional de la Medicina, que adopta un paternalismo secular basado, precisamente, en la necesidad de proteger al sujeto cuya vida peligra, y que en tal situación no tiene la capacidad o firmeza — de ahí la palabra *in-firmus* — para tomar decisiones. La segunda, la vulnerabilidad, presenta dos dimensiones ⁵. Una es antropológica, por tanto condición intrínseca del ser humano, que señala la posibilidad de sufrir daño, física o emocionalmente. La otra dimensión es sociopolítica, referida a la susceptibilidad generada en la persona por su pertenencia a un medio, o por tener unas determinadas condiciones de vida. Si bien ambas pueden darse en el enfermo, la vulnerabilidad antropológica es consustancial a la vivencia de la enfermedad o, dicho de otra manera, la enfermedad pone de manifiesto, de forma radical, la vulnerabilidad humana, que se percibe en mayor grado cuanto más grave es la patología. Esto genera, casi de manera inevitable, una dependencia del paciente, una asimetría de la relación clínica, que si bien no invalida la simetría moral, es necesario tener en cuenta.

Si el proceso de consentimiento presupone un reconocimiento mutuo, una simetría moral de la relación para que ésta no se convierta en coercitiva ni en estratégica, no bastará tan solo con el reconocimiento del carácter iusfundamental del consentimiento y su vinculación con el derecho a la integridad física y moral (art. 15 CE) ⁶. Siendo éste el primer paso, se requiere después combinar el lenguaje de los derechos con otros enfoques complementarios, si es que pretendemos modificar los modelos prácticos de comportamiento para que los derechos se hagan efectivos. El análisis de lo que ha ido ocurriendo en la clínica con el derecho al consentimiento informado nos conducirá a ello.

⁴ Seoane, JA, “La construcción jurídica de la autonomía del paciente”, *Eidon*, núm. 39, 2013, p. 13-34.

⁵ Hoffmaster, B, “What does vulnerability mean?”, *Hastings Cent Rep*, vol. 36, 2006, p. 38-45.

⁶ Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 37/2011, de 28 de marzo.

2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA RELACIÓN CLÍNICA

La relación clínica constituye la piedra angular sobre la que se asienta la práctica de la Medicina. Ha cambiado más en los últimos 25 años que en los 25 siglos previos de su historia occidental ⁷, lo que en buena medida explica la dificultad para la introducción del consentimiento.

Mark Siegler establece tres períodos, de características bien definidas, que tipifican la relación clínica a lo largo de la historia: la era del paternalismo o del médico, la de la autonomía o del paciente, y la era de la burocracia o del contribuyente ⁸. Si bien no todos los entornos cívico-culturales han transitado por todos los períodos, nos sirven como paradigmas desde los que explicar los profundos cambios experimentados por la relación clínica, entender mejor la situación actual, y aproximarnos a una respuesta fundamentada sobre la influencia real del derecho al consentimiento informado en la praxis clínica.

La primera es la *era del paternalismo*, la más extensa, pues abarca desde el año 500 a. C. hasta aproximadamente 1960. Se caracteriza por una confianza absoluta en el médico, tanto en su capacidad técnica como moral, lo que lo convierte en el único responsable de las decisiones. Es de destacar que en este período histórico la Medicina proporcionaba más asistencia a los síntomas que a la curación; se preocupaba más de los aspectos psicológicos que de los físicos; era más preventiva que curativa. Así se constata en la evolución histórica, que pone de manifiesto la forma en que durante siglos se ha intentado diagnosticar y curar con métodos casi rudimentarios. La capacidad de establecer diagnósticos con cierto grado de certeza y la capacidad de intervenir para modificar la situación biológica de los pacientes han sido a lo largo de los siglos más un objetivo que una realidad. Hay que esperar al período comprendido entre los siglos XVIII al XX para que se concreten las bases que han hecho de la medicina una ciencia moderna, con capacidad para modificar el curso de las enfermedades ⁹.

Este largo camino del “saber médico” viene acompañado de una *ética de la beneficencia*. Desde el Juramento hipocrático, todos los códigos éticos posteriores de la tradición médica constituyen la expresión de un paternalismo benefactor. A lo largo de toda esta etapa histórica la obligación no es jurídica, sino moral. Sin duda incita a la reflexión constatar de qué forma un sistema de curación relativamente ineficaz durante siglos, y basado en obligaciones

⁷ Lázaro J, Gracia D., “La relación médico-enfermo a lo largo de la historia”, *An Sist Sanit Navar* vol. 29, supl. 3, 2006, p. 7-17.

⁸ Siegler, M., “La relación médico paciente en la era de la medicina de gestión”, en AAVV., *Limitación de prestaciones sanitarias*, Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud/Doce Calles, 1997, p. 44-64.

⁹ Couceiro, A., “Tecnología, dolor y sufrimiento en las unidades de críticos”, en Bayés R, editor, *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*, Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2004, p.53-68.

morales, ha debido de satisfacer necesidades humanas básicas para poder pervivir, en cuanto que relación humana, durante siglos.

En la década de los 60 se produce una quiebra histórica: comienza en EEUU la *era de la autonomía*. En 1969 una organización de consumidores entra en contacto con la Asociación Americana de Hospitales, dando origen al primer código de derechos de los pacientes. Coincide con la puesta a punto de nuevas técnicas de soporte vital, sobre las que los pacientes quieren estar informados y también decidir si se quieren someter a estos nuevos tratamientos. En palabras de Diego Gracia, surge a partir de entonces una auténtica “rebelión de los pacientes”¹⁰. La relación clínica paternalista ya no resulta adecuada en sociedades modernas, plurales y democráticas¹¹.

En el marco de un discurso liberal y con un crecimiento exponencial de los avances técnicos, la inversión respecto del paradigma previo es total: ahora se otorga más importancia al tratamiento que a la prevención, a la curación que al cuidado, al tiempo que la toma de decisión se va desplazando desde el médico hacia el paciente. Es la “*ética del consentimiento informado*”, eje sobre el que gira la nueva relación clínica y que altera totalmente la estructura antigua. Se ha pasado, utilizando una metáfora de Adela Cortina, de la “alianza” benefactora, basada en la confianza, al “contrato” entre las partes que caracteriza a la comunidad política moderna, en la que sus miembros interpretan sus relaciones en términos de derechos, deberes y pactos¹².

Sobre este nuevo paradigma, el individualismo contractual, no exento de problemas, conviene hacer varias puntualizaciones. La primera es que tiene una sólida base ética y jurídica en el marco del liberalismo político. La segunda, que es totalmente ajeno a la tradición histórica de la profesión médica, lo que explica las dificultades de su introducción en el ámbito clínico, y su retraso de dos siglos respecto de la aparición de los usos democráticos en el ámbito político que comienzan en el siglo XVIII con las revoluciones francesa y norteamericana. La tercera, que está teniendo graves consecuencias para la relación clínica cuando en vez de ser entendido como un proceso democrático y compartido de toma de decisiones se reduce a la firma de un documento, negando así la validez ética, y también jurídica, del modelo. Es lo que se conoce como “paternalismo con formulario”. Y la última que llevado al exceso, al “autonomismo”, conduce a paradojas tan graves como el paternalismo.

Por último aparece la denominada *era de la burocracia* o de los contribuyentes. En el marco de una asistencia sanitaria entendida como un bien social, pero muy costosa por su gran tecnificación, ya no hay un solo objetivo a conseguir, el “bien” del paciente, sino que éste tiene que ser sopesado con

¹⁰ Gracia, D., “Los cambios en la relación médico enfermo”, *Med Clin (Barc)*, vol. 93, 1989, p. 100-102.

¹¹ Couceiro, A., “La relación clínica en las sociedades democráticas”, *Bioética y Debat*, vol. 4, 2007, p. 17-21.

¹² Cortina, A., *Alianza y contrato. Política, Ética y Religión*, Madrid: Trotta, 2001.

las necesidades de la sociedad. Dicho en términos económicos, ya no basta con buscar la eficacia sino también la eficiencia, que se convierte en un factor fundamental para la toma de decisiones ¹³. Esta irrupción del “bien común” en el seno de la relación clínica se relaciona con el derecho a la asistencia sanitaria y el acceso equitativo de todos los ciudadanos a los servicios sanitarios ¹⁴.

Por tanto es importante señalar que el derecho al consentimiento informado surge desde instancias ajenas a los profesionales sanitarios, con una visión opuesta a lo que ha constituido el buen ejercicio de la Medicina, y en un contexto social en el que la relación clínica debe atender no sólo al valor de la vida, sino también a los valores de la autodeterminación y la equidad.

3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: PERSPECTIVAS

Analizar el tema del consentimiento informado en la práctica clínica significa no sólo transitar a través la relación clínica y de su historia, sino también ubicarse desde la perspectiva de sus integrantes con objeto de objetivar si este derecho se ha incorporado a la praxis, si se hace efectivo, y si con ello se respeta realmente.

3.1. El paciente: consentimiento y proceso de toma de decisiones clínicas

En el caso de los pacientes interesa conocer cuáles son sus expectativas, cómo valoran la información, que es un elemento esencial para el ejercicio de la autodeterminación, y si a partir de ella llegan a poder tomar decisiones sobre su proceso clínico en diálogo con los profesionales. En este sentido, los estudios de campo señalan que las expectativas relacionadas con los aspectos comunicativos son, en general, las más valoradas por los pacientes, pero también las más frustradas.

Si bien los médicos suelen coincidir con la valoración de los pacientes y entienden la importancia de estos aspectos de la atención clínica, sobrestiman otras cuestiones, como la obtención de recetas médicas, o la indicación de pruebas complementarias, que para los pacientes pasan a un segundo plano cuando se comparan con la calidad de la relación humana en términos de comunicación ¹⁵. Mostrar interés, escuchar, dar explicaciones e informar

¹³ Gracia, D., “Ética de la eficiencia”, en *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*, Bogotá: El Búho, 1998, p. 177-187.

¹⁴ Couceiro, A., “Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos”, *An Sist Sanit Nav*, vol. 29, supl. 3, 2006, p. 61-74.

¹⁵ Ruiz-Moral R, Gavilán-Moral E, Pérula LA, Jaramillo-Martín I, “¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas?”, *Rev Calidad Asistencial*, vol. 23, 2008, p. 45-51.

sobre el problema de salud, son los ítems más valorados por los pacientes, sea cual sea su edad, problema de salud y situación socioeconómica ¹⁶.

La necesidad de información en salud está ampliamente reconocida, y es básica en los contextos cívicos democráticos. A pesar de que para el ciudadano actual las vías de obtención de información son diversas, los pacientes quieren que sea transmitida por profesionales sanitarios y que se centre en los aspectos prácticos de su proceso de salud y enfermedad ¹⁷. Los datos indican que incluso en niveles asistenciales de menor complejidad técnica, como es la asistencia primaria, la información recibida no es completa, y que se suele centrar en los aspectos que le preocupan al profesional, como el tratamiento y la adherencia del paciente al mismo, dejando de lado aquello que más le preocupa al paciente: la exploración de sus necesidades y la respuesta a sus dudas.

Si bien la información es un elemento clave en los procesos de comunicación, la autodeterminación de una persona solo será posible cuando se reconozca que también reside en ella la capacidad y la responsabilidad de tomar decisiones concernientes a su propia salud. La toma de decisiones compartida es un aspecto de la relación clínica relacionado con la promoción de la "autonomía decisoria". Ahora bien, tomar decisiones significa elegir, lo que siempre es complicado, y más en situaciones de incertidumbre, o en aquellas que tienen una elevada implicación emocional, que es lo que ocurre en un gran número de situaciones clínicas. A ello hay que sumar que para que el paciente tome decisiones sobre su tratamiento deben darse las siguientes premisas: a) que el paciente desee información sobre su pronóstico y su estado de salud; b) que quiera adoptar decisiones; c) que reciba una información veraz y adaptada a sus necesidades; d) que sea acompañado en el proceso por el profesional ¹⁸.

Las revisiones sistemáticas sobre la utilidad de los instrumentos que implican al paciente en la toma de decisiones revelan que incrementa su nivel de conocimientos y que reducen la conflictividad de la relación, pero todavía se desconocen los efectos sobre el resultado final de la decisión ¹⁹. No se puede olvidar que *en el ámbito clínico decidir es escoger el riesgo que estamos dispuestos a asumir*, y eso es de una gran complejidad. Además lo que se defina como "riesgo" tiene siempre dos dimensiones, objetiva y subjetiva. No hay duda de que en su dimensión subjetiva es percibido de forma distinta

¹⁶ Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M, Piñol J, "Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo", *Aten Primaria*, vol. 331, 2003, p. 307-314.

¹⁷ González R, Gijón MT, Escudero MJ, Prieto MA, March JC, Ruiz A., "Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria", *Rev Calidad Asistencial*, vol. 22, 2008, p.101-108.

¹⁸ Mira JJ, Rodríguez-Marín J., "Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables", *Med Clin (Barc)*, vol. 116, 2001, p. 104-110.

¹⁹ Guagnoli E, Ward P, "Patient Participation in Decision Making", *Soc Sci Med*, vol. 47, 1998, p. 329-339.

por médicos y pacientes, de manera que este aspecto, por sí solo, ya justificaría la puesta en marcha del proceso y de los instrumentos necesarios para incorporarlo a la praxis clínica ²⁰.

Pese a ello los estudios ponen de manifiesto que, aun siendo informados, el 70% de los pacientes no participa en la toma de decisiones sobre el tratamiento, lo que evidencia que el modelo de toma de decisiones compartidas casi no es utilizado por los profesionales ²¹. Por otra parte, este modelo es complejo. Requiere establecer las preferencias del paciente sobre la información y sobre su papel en la toma de decisiones, identificar las diversas opciones, presentar al paciente los datos ayudándole a reflexionar, adoptar conjuntamente una decisión, y acordar un plan de acción y preparativos para su seguimiento.

Además de su complejidad procedimental el modelo también plantea cuestiones de fundamento, como quién y con qué criterios se identifica cuáles son las opciones que se identifiquen como “relevantes”, lo que en la práctica significa si se le ofrecen al paciente las opciones realmente disponibles y adecuadas ²². El problema es que el rango de alternativas razonables que se pueden ofrecer ante la mayoría de las enfermedades es muy amplio, pues viene determinado por un importante número de variables: la política sanitaria, el conocimiento y también los prejuicios- del médico sobre los valores y preferencias de los pacientes, el conocimiento del médico sobre los diferentes tipos de tratamiento disponibles, las restricciones organizativas, o la necesidad de mantener la relación clínica ²³.

A pesar de las dificultades descritas, reconocer y respetar que la capacidad de decisión no reside en el profesional sino en el paciente, siempre que éste tenga las habilidades psicológicas para entender la información relevante y las consecuencias que se derivan de una determinada decisión ²⁴, ²⁵, y generar el proceso necesario para la participación real, es un aspecto fundamental del consentimiento, si bien todavía poco frecuente en la práctica habitual ²⁶.

²⁰ Protheroe J, Fahey T, Montgomery A, Peters T, Smeeth L., “The impact of patient preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis”, *BMJ*, vol. 320, 2000, p. 1380-1384.

²¹ Barca Fernández I, Parejo Míguez R, Gutiérrez Marín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F., “La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas”, *Aten Primaria*, vol. 33, 2004, p. 361-367.

²² Ruiz Moral, R., “La participación del paciente en la toma de decisiones: cuestiones controvertidas y una propuesta integradora y práctica”, *FMC*, vol. 18, 2011, p. 205-211.

²³ Whitney, S., “A new model of medical decisions: exploring the limits of shared decision-making”, *Med Decis Making*, vol. 23, 2003, p. 275-280.

²⁴ Simón, P., “La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente”, *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, vol. XXVIII, núm. 102, 2008, p. 325-348.

²⁵ Appelbaum, PS. “Assessment of Patients’ Competence to Consent to Treatment”, *N Engl J Med*, vol. 357, 2007, p. 1834-1840.

²⁶ Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Gonzalez-Lorenzo M, Ribero-Santana A, Serrano-Aguilar P, “Decision aids for patients facing health treatment decisions in Spain: Preliminary results”, *Patient Education and Counseling*, vol. 80, 2010, p. 364-371.

3.2. El profesional de la salud: relación clínica, consentimiento y límites del ejercicio profesional

El cambio del rol que le corresponde al profesional en el nuevo modelo de relación clínica está siendo muy difícil de llevar a cabo, sobre todo en los niveles asistenciales en los que el uso de la tecnología sigue otorgando al médico el poder que mantuvo durante siglos, si bien basado en un fenómeno distinto: antes era un “poder sociológico”, mientras que ahora, con la pérdida progresiva y casi total éste, el nuevo poder es, esencialmente, “tecnológico”.

La añoranza del antiguo poder sumada a los cambios cívico-culturales y a un sistema sanitario de cobertura universal que ha empoderado a los pacientes en sus exigencias y requerimientos, conduce a que los profesionales se sientan poco valorados, y detecten un exceso de demanda, que -según ellos- dificulta la atención de calidad, incrementa el número de consultas burocráticas y también las visitas injustificadas de los pacientes, que han perdido la capacidad de autocuidado, y que son cada día más dependientes de los servicios sanitarios. Esto genera, desde su punto de vista, pacientes demandantes, críticos y exigentes ²⁷. Entre las causas de esta problemática relación se reconocen no sólo factores externos, sino también la falta de formación de los profesionales en técnicas de entrevista clínica ²⁸, comunicación, competencia emocional, manejo de los conflictos de valores ^{29, 30, 31}, etc., que les permitan modificar el tipo de relación clínica hacia modelos más deliberativos.

Las consecuencias de esta situación son relevantes, pues afectan a la puesta en marcha del modelo de relación clínica que hoy exige la *lex artis* respecto del consentimiento. También generan una permanente confusión sobre los límites actuales del ejercicio profesional.

3.2.1. Modelos de relación clínica y *lex artis*

Es tópico afirmar que los cambios históricos descritos con anterioridad se plasman en la relación clínica en cuatro modelos prácticos de actuación: paternalista, informativo autonomista, interpretativo y deliberativo ³². En el

²⁷ Loayssa JR, García M, Gaminde I, Vilches C, “Percepciones de los médicos de familia sobre la relación médico paciente”, *Aten Primaria*, vol. 15, 1995, p. 390-392.

²⁸ Borrell i Carrió, F, *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2006.

²⁹ Couceiro, A, “Enseñanza de la Bioética y planes de estudios basados en competencias”, *Educ Med*, vol. 11, 2008, p. 69-76.

³⁰ Couceiro, A, “Aprendizaje práctico de la Bioética en el pregrado: objetivos, herramientas docentes y metodología”, *Educ Med*, vol. 15, 2012, p. 79-87.

³¹ Couceiro A, Muñoz M, “El perfil de la enseñanza de la Bioética: ¿Médico virtuoso o médico capacitado?”, *Rev Educ Cienc de la Salud*, vol. 5, 2008, p. 82-91.

³² Enmanuel E, Enmanuel L., “Cuatro modelos de la relación médico paciente”, en Couceiro A (ed.), *Bioética para clínicos*, Madrid: Triacastela, 1999, p. 95-108. (Version en español de “Four models of the physician-patient relationship”, *J Am Med Assoc* vol. 267, 1992, p. 2221-2226).

modelo paternalista el profesional se comporta como un padre solícito respecto de su paciente: decide por él e impone la mejor actuación desde el punto de vista clínico. Basado en una ética de la beneficencia, la autonomía del paciente no se considera un valor, sino todo lo contrario. No existe necesidad de informar a quien nada va a decidir, y tampoco hay duda sobre el papel cuasi sacerdotal del profesional, que protegiendo al paciente elegirá lo mejor para él y al menor coste emocional. En definitiva, el mejor valor es la máxima eficacia terapéutica, y para lograrlo se puede llegar a utilizar, incluso, la manipulación o la mentira.

Pero si pensamos en el paciente como un ser adulto la relación comienza a modificarse. A esto se añade el hecho de que todos los implicados en ella se necesitan, pues están empeñados en una tarea común. La medicina objetiva al paciente, estudiándolo como una “cosa”, pero la relación humana es dual, entre sujetos, y tiene en cuenta al paciente como “persona”. Por eso dice Laín Entralgo que la relación médico paciente es “cuasi-diádica”, una mezcla muy peculiar de los dos niveles, el cosificador u objetivo y el personal o subjetivo³³. Si se absolutiza la dimensión objetiva aparece la metáfora del médico como técnico o experto, que da lugar al *modelo informativo*, también llamado científico, técnico o del consumidor. Aquí el objetivo del profesional es proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda tomar decisiones: la naturaleza del diagnóstico, las posibles intervenciones y la probabilidad tanto de los beneficios como de los riesgos que se asocian a cualquier curso de acción. El médico queda reducido a un “experto”, y el buen profesional se identifica con el buen técnico, que conoce la información y se la transmite al paciente. El objetivo es que éste tome una decisión informada de la forma más objetiva, evitando influencias excesivas. Es la antítesis del modelo anterior, por lo que también se ha denominado *autonomista o contractualista*. En el marco de aparición de la autonomía ésta se erige como valor máximo, y establece un contrato en el ámbito del respeto a los derechos del paciente por el que cada uno de los integrantes de la relación está obligado a cumplir con las obligaciones pactadas en el mismo.

Su aparición es el resultado de la introducción de los valores democráticos en el seno de la relación clínica, que se traducen en las cartas y leyes de derechos de los pacientes. Tiene la ventaja de hacer exigible por ley el respeto de estos derechos, pero puede convertirse en un mero formalismo y llevar a una burocratización de la relación, que solo persigue la firma del “contrato”, del consentimiento informado. Se llega así al mencionado “paternalismo con formulario”, donde lo único que importa es la obtención de la firma del documento en el escenario de una medicina defensiva que poco tiene que ver con los objetivos de la relación clínica, y donde médicos y pacientes son extraños, pues prima entre ellos la desconfianza y el miedo al

³³ Laín Entralgo, P, “La relación médico-enfermo y el acto médico”, en *Antropología Médica*, Barcelona: Salvat, 1984, p. 343-363.

otro ³⁴. En este escenario no hay reconocimiento de la autonomía del otro, sino un mero pacto estratégico que no tiene legitimidad ética ni jurídica.

También es cierto que si la información es correcta, veraz y adecuada a las necesidades de los pacientes, el modelo puede ser suficiente, y hasta mínimamente respetuoso para someterse a intervenciones sencillas y de poco riesgo, pero no debe ser tomado como la única alternativa al tradicional paternalismo, ni tampoco como la mejor. De hecho es frecuente entender el derecho al consentimiento informado desde el modelo informativo, cuando en realidad no es un buen modelo clínico para obtener los fines que persigue el proceso de consentimiento. Sin duda ha propiciado la sensibilización hacia el respeto del valor de la autonomía, pero así entendido deja de lado aspectos esenciales de la relación clínica, como la vulnerabilidad y la confianza, y delega de forma cuasi absoluta la responsabilidad de la toma de decisiones en el paciente. *El autonomismo no es un buen soporte del derecho al consentimiento informado.*

Para que este derecho se haga efectivo la relación clínica debe ser entendida como un acto de habla, una acción comunicativa que se traduce en un proceso de diálogo y argumentación ³⁵. Como tal requiere un tiempo y exige el respeto a unos criterios que garantizan su moralidad y su legitimidad jurídica: ayuda mutua, voluntariedad, información, no coacción y respeto por la autonomía. En la búsqueda de otras posibilidades que superen el contractualismo encontramos el *modelo interpretativo*, en el que la tarea del profesional no finaliza con la transmisión de la información relevante sino que se suma la obligación de ayudar al paciente a manejar la nueva situación de enfermedad. La decisión que se adopte surge tras valorar las necesidades individuales, y para ello es necesario conocer los valores, miedos y expectativas de cada sujeto, e interpretarlos a la luz de la nueva situación. Por eso es que también se le conoce como *modelo personalizado*.

Es importante señalar que este modelo recoge una obligación de ayuda que se pierde en el modelo informativo. Constituye un paso real hacia el respeto de la autonomía y predispone hacia el diálogo, pero contiene el peligro de conducir a un paternalismo disfrazado si se da una interpretación abusiva del profesional, sin preguntar al paciente ³⁶. El peligro es mayor ante personas y situaciones clínicas de vulnerabilidad, como el ámbito de los cuidados paliativos, o las fases avanzadas de enfermedades neurodegenerativas, y en general todas aquellas patologías graves, muy desarrolladas, que generen graves dependencias físicas y emocionales del paciente hacia los profesionales sanitarios.

³⁴ Broggi, M., "¿Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva", *Med Clin (Barc)*, vol. 112, 1999, p. 95-96.

³⁵ Seoane, JA, "La relación clínica del siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas", *Derecho y Salud*, vol. 16, núm. 1, 2008, p. 1-28.

³⁶ Broggi, M., "Gestión de los valores "ocultos" en la relación clínica", *Med Clin (Barc)*, vol. 121, 2003, p. 705-709.

Otra posibilidad es la de asumir un *modelo deliberativo*. La deliberación es un proceso de ponderación cuidadosa de los factores que intervienen en una situación concreta a fin de buscar la solución óptima, o la menos lesiva ³⁷. Exige la escucha atenta, el esfuerzo por comprender la situación, el análisis de los valores implicados y el diálogo sobre los posibles cursos de acción, diálogo que no debe ir más allá de la persuasión, dejando que sea el paciente quien defina su vida, sus valores, y cómo éstos influyen en sus elecciones. Su objetivo es llegar a corresponsabilizar a profesionales y pacientes en el proceso, y también en la decisión.

Sólo los modelos procesuales -interpretativo y deliberativo- pueden otorgar soporte práctico al derecho al consentimiento informado. Además, solo estos modelos acogen la *dimensión ética* de la *lex artis* señalada en la LBAP (art. 2.6), pues incorporan el deber de información, el deber de obtención del consentimiento del paciente en un proceso conjunto de deliberación, y las consecuencias que se derivan del ejercicio real de la autonomía, sea de aceptación o rechazo del tratamiento propuesto por el clínico ³⁸.

3.2.2. Consentimiento y límites del ejercicio profesional

En general los profesionales saben que el marco legal permite a los pacientes aceptar o rechazar tratamientos, y actúan en consecuencia. Sin embargo hay situaciones clínicas en las que el valor de la vida se percibe como inmediatamente amenazado. Si bien esto puede ocurrir en episodios críticos y potencialmente recuperables, como es el caso de un sujeto politraumatizado que ingresa en una unidad de cuidados intensivos, lo habitual es que acaezca en el marco de patologías crónicas, irreversibles, y en fases avanzadas de la enfermedad. A modo de ejemplo, el paciente con esclerosis lateral amiotrófica en fase avanzada que en un episodio de insuficiencia respiratoria rechaza el respirador, con la consecuencia de pérdida de la vida en un corto período de tiempo.

En estas situaciones, y en el momento de aceptar el rechazo de un tratamiento, se entrelazan varios aspectos que hacen que para el clínico sea complejo respetar la decisión del paciente, entre ellos:

- La dificultad por parte del profesional de entender que su obligación de mantener la vida finaliza cuando un paciente informado, capaz, que de manera voluntaria y con autenticidad respecto de sus valores previos, rechaza un determinado tratamiento, incluso cuando éste es un medio de soporte vital.

³⁷ Gracia, D., "La deliberación moral: el método de la ética clínica", *Med Clin* (Barc), vol. 117, 2001, p. 18-23.

³⁸ Seoane, JA, "El significado de la Ley básica de autonomía del paciente en el sistema jurídico-sanitario español", *Derecho y Salud*, vol. 12, 2004, p. 41-60.

- El desconocimiento de que ante un rechazo que cumple las condiciones del consentimiento, no solo decae el deber de los profesionales de intervenir, sino que no hay sanción para quien lo respeta ³⁹.
- La dificultad de ubicar esta situación dentro del escenario o paradigma al que corresponde. Al final de la vida hay que distinguir, como mínimo, cuatro escenarios: limitación del esfuerzo terapéutico, rechazo de tratamiento, sedación del enfermo terminal y eutanasia ⁴⁰. Cada uno de ellos se fundamenta de manera distinta, y sólo la práctica de la eutanasia está hoy prohibida por ley en España.
- La apelación, por otra parte incorrecta, a la objeción de conciencia ^{41, 42}, cuando en realidad lo que se produce en caso de no respetar el rechazo de tratamiento es la imposición de la propia conciencia del profesional sobre el ciudadano, imposición mediante la cual se pretende amparar la anulación de la autonomía del paciente y de sus decisiones sobre su cuerpo y su tratamiento ⁴³.

Lo que vale para la no aceptación de tratamientos también vale para su retirada, pues no se puede imponer a un enfermo un tratamiento que, una vez iniciado, ya no quiere continuar. Cabe recordar aquí el caso de Inmaculada Echevarría, paciente que tuvo sus primeros síntomas a los 11 años y cuya enfermedad fue progresando lentamente hasta que a los 42 desarrolló una tetraparesia flácida con insuficiencia ventilatoria asociada, patología que requería la ayuda de la tecnología para mantenerla con vida. Vivió nueve años más, y es en ese momento, de enfermedad grave, irreversible y muy avanzada, en el que pide la retirada del tratamiento ⁴⁴.

De nuevo el problema es la retirada de tratamientos vitales, aun en el caso complejo que comentamos, en el que la secuencia “retirada del respirador-fallecimiento” es tan próxima en el tiempo que hace difícil la comprensión de que, en realidad, la retirada sólo permite que la muerte llegue, dejando que actúe la enfermedad de base.

Si algo muestran estos ejemplos de ejercicio de la autodeterminación de los pacientes es que no es fácil reubicar los límites del ejercicio profesional. No sólo hay que atender al valor de la autodeterminación, sino también al

³⁹ Tomás-Valiente, C, *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal*, Madrid: CEPC, 1999.

⁴⁰ Simón P, Barrio I, Alarcos F, Barbero J, Couceiro A, Hernando P, “Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras”, *Rev Calidad Asistencial*, vol. 23, 2008, p. 271-285.

⁴¹ Couceiro A, Seoane J, Hernando P, “La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (I)”, *Rev Calidad Asistencial*, vol. 26, 2011, p. 188-193.

⁴² Couceiro A, Seoane J, Hernando P, “La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II)”, *Rev Calidad Asistencial*, vol. 26, 2011, p. 320-324.

⁴³ Terribas i Salas, N, “Objeción del profesional y derechos del paciente”, *FMC*, vol. 17, 2010, p. 664-670.

⁴⁴ Simón P, Barrio I, “El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas”, *Med Intensiv*, vol. 32, 2008, p. 444-451.

escenario clínico en el que se produce la toma de decisiones, a su complejidad tecnológica, y al manejo adecuado de las emociones que conllevan para un profesional situaciones de retirada de tratamientos como las descritas ⁴⁵. El profesional sabe que debe abstenerse ante intervenciones no autorizadas por el paciente, debiendo respetar su voluntad, tal y como señala la jurisprudencia constitucional respecto del consentimiento ^{46, 47}, pero esto, por si solo, no es suficiente para un manejo adecuado de las situaciones clínicas y la consecuente toma de decisiones.

3.2.3. Consentimiento y organización de las instituciones sanitarias

El análisis sobre la praxis del consentimiento informado no puede dejar de lado la perspectiva institucional. Las organizaciones sanitarias tienen que reflejar, de alguna manera, la incorporación de éste y del resto de los derechos de los pacientes. Así ha ocurrido, de forma que este proceso se ha dado en conjunción con la introducción del concepto de calidad en las instituciones sanitarias ⁴⁸.

Interesa señalar que el desarrollo e introducción de la calidad en el mundo sanitario ha pasado por varias fases. Esto es el reflejo de que el juicio sobre el concepto de “calidad” no es algo estático, sino que varía en función de los valores a los que se otorga relevancia en cada momento histórico. Hasta la década de los 50 la calidad se centraba en asegurar unos requisitos mínimos de efectividad científica técnica y seguridad del paciente. En una segunda fase se complementó con el bienestar y la satisfacción de los pacientes, y a partir de 1990 se produjo una inflexión determinante, pues se añade la necesidad de incluir el respeto hacia un nuevo valor, el valor de la autonomía de los pacientes y de sus derechos ⁴⁹. Es así como la *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), la organización acreditadora de instituciones sanitarias más importante de los EEUU, incluyó en 1995 en el capítulo de su manual de acreditación dedicado a los derechos de los pacientes, nuevos criterios y estándares agrupados bajo el título “ética de la organización”. El nuevo capítulo del manual se titulaba “Derechos de los pacientes y ética de la organización” ^{50 51}.

⁴⁵ Borrell i Carrió, F, “Competencia emocional del médico”, *FMC*, vol. 14, 2007, p. 133-141.

⁴⁶ Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 37/2011, de 28 de marzo.

⁴⁷ García Llerena, V., *Una concepción iusfundamental del consentimiento informado: la integridad física en investigación y medicina*, Gijón: Junta General del Principado de Asturias; Sociedad Internacional de Bioética (SIBI), 2012.

⁴⁸ Hernando, P, “Los derechos de los pacientes: una cuestión de calidad”, *Rev Calidad Asistencial*, vol. 25, 2005, p. 353-356.

⁴⁹ Simón, P., “Análisis ético del desarrollo de la evaluación en calidad”, en Simón P (ed.), *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela, 2005, p. 45-52.

⁵⁰ Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations, *Manual de Acreditación para Hospitales* 1996. Barcelona: SG Editores-Fundación Avedis Donabedian, 1995, p. 48.

⁵¹ Schyve, PM, “Patient rights and organization ethics: the Joint Commission perspective”, *Bioeth Forum*, vol. 12, 1996, p. 13-20.

La realidad española es muy distinta, tanto en el origen como en los modelos de acreditación que se utilizan en nuestras instituciones. A diferencia de España, en EEUU los derechos nacieron como exigencia de “consumidores” (usuarios), en un entorno y un sistema sanitario que no es el nuestro. A ello se suma que son requerimientos de calidad reconocidos por los proveedores y acreditadores de la asistencia, algo que sólo en la última década se ha implementado definitivamente en nuestro país, si bien con gran dispersión y falta de homogeneidad entre las diferentes Comunidades Autónomas que al día de hoy utilizan diferentes modelos de acreditación⁵². Otro peligro de nuestra idiosincrasia es reducir la acreditación a sus dimensiones organizativas — “acreditación ética” —, a la mera aplicación y desarrollo de estándares, en vez de propiciar que los profesionales conozcan los derechos de los pacientes y que los incorporen en el momento más adecuado de la praxis clínica⁵³.

Para identificar qué es lo que ha pasado realmente en nuestro país conviene saber cómo son percibidos los derechos de los pacientes, tanto por los profesionales como por los ciudadanos. Respecto de los profesionales llama la atención constatar que siendo distintas las actitudes de médicos y enfermeras respecto de los derechos, ambos grupos coincidan en valorar más el derecho a la información que el derecho al ejercicio de la autodeterminación⁵⁴. Esto es indicativo de que los profesionales sanitarios mantienen todavía un “paternalismo juvenil”, pues si bien ya no consideran al paciente como un niño tampoco le tratan como adulto responsable de sus decisiones. También es sorprendente lo que ocurre en la ciudadanía. En el último estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en el que se pregunta específicamente a la población española sobre los derechos de los pacientes, el 44,5% de los ciudadanos encuestados no sabe si existe en la actualidad alguna ley en España que los regule, y sólo el 24,9% responde afirmativamente⁵⁵.

A nivel institucional interesa destacar que si bien casi todos los sistemas de acreditación incorporan aspectos como la implementación del consentimiento, o que el paciente reciba información comprensible y adaptada a sus necesidades, son muy pocos los que señalan específicamente aquellos aspectos que potencian el paso del *consentimiento burocrático* al *proceso de con-*

⁵² Durán i Navarro, J, “Fortalezas y debilidades de los sistemas de acreditación en nuestro entorno”, en Minuè Lorenzo S, Silió Villamil F., *Acreditación, profesionales y práctica clínica*, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2002, p. 45-52.

⁵³ Hernández Vidal N, Palacios Llamazares L, Gens Barberá M, Anglés Segura MT, “¿Tenemos en cuenta los derechos del paciente y la ética de la organización en la asistencia diaria?”, *Aten Primaria*, vol. 41, 2009, p. 113-115.

⁵⁴ Guix J, Fernandez J, Sala J, “Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes”, *Gac Sanit*, vol. 20, 2006, p. 465-472.

⁵⁵ Centro de Investigaciones Sociológicas, Estudio n.º 2803: *Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal*. Mayo-Junio 2009.

sentimiento. A modo de ejemplo: que la obtención del consentimiento se realice por personal capacitado; que tenga en cuenta las circunstancias, la privacidad y los efectos psicológicos en los pacientes; que sea entendible para todos los pacientes, incluyendo traducción y adaptación a problemas sensoriales; que se revise con el paciente y se le de tiempo a reflexionar antes de que lo firme; o que exista un proceso para valorar si el paciente está capacitado para otorgar un consentimiento. Y son menos aún los modelos que valoran la *promoción efectiva de la autonomía* mediante acciones concretas, como la participación del paciente y su familia en la elaboración de su plan terapéutico, la ayuda al paciente en sus responsabilidades en la asistencia, o la participación activa de su alta y seguimiento posterior ⁵⁶.

4. A MODO DE CONCLUSIÓN: DERECHOS Y CAPACIDADES

Si algo puede concluirse de este recorrido a través de la historia de la relación clínica, de sus modelos y de los niveles –individual e institucional- en los que tiene lugar, es que el consentimiento informado se basa en la palabra, y se traduce en comunicación, algo tan complejo, pero que es fuente de ayuda terapéutica y vital para la toma de decisiones difíciles.

Sin duda el derecho al consentimiento ha constituido un punto de inflexión en el camino de reconocimiento del valor de la autonomía. Aporta la universalidad objetiva o de contenido, y subjetiva -todas las personas- que caracteriza a los derechos; identifica un bien básico, el respeto a la autodeterminación en la relación clínica; garantiza su reconocimiento y permite su exigencia. Constituye una respuesta, un intento de resolver los problemas que en este momento histórico plantea la relación clínica al tener que ajustarse a las nuevas formas éticas y jurídicas de toma de decisiones en las sociedades liberales, tan opuestas a lo que ha sido la manera tradicional del ejercicio de la Medicina.

Pero como se ha mostrado a lo largo del artículo, el modelo de los derechos se muestra insuficiente en la consecución de los objetivos deseados, y su perversión genera justo lo contrario de lo que se quiere proteger: conduce a una medicina defensiva -paternalismo con formulario- en vez de al reconocimiento del paciente en el seno de una relación basada en la confianza mutua. La principal debilidad del modelo de los derechos es su realizabilidad. Conviene entonces asociarlo a otro enfoque, el de las capacidades, siendo así que ambos, como señalan A. Sen y M. Nussbaum, están estrechamente ligados.

El enfoque de las capacidades entiende el reconocimiento de un derecho como una tarea afirmativa, y pensar en términos de capacidades aporta un

⁵⁶ Suñol S, Vallejo P, Beltrán JM, Hilarión P, Bañeres J, Orrego C, "Derechos de los pacientes en los principales sistemas de acreditación hospitalaria", *Rev Calidad Asistencial*, vol. 20, 2005, p. 343-352.

criterio para pensar sobre lo que realmente significa en la práctica reconocerle un derecho a alguien ⁵⁷. Las capacidades son facultades básicas de elección y libre configuración de la vida ⁵⁸, y su objetivo es proporcionar a las personas los medios para elegir y actuar, combinando las capacidades internas del individuo con las condiciones externas adecuadas. Es éste el punto donde converge el contractualismo con el enfoque de las capacidades, ya que la igualdad política requiere el apoyo a un amplio espectro de actividades y opciones vitales que configuren el espacio en el que es posible — real — que el individuo defina su bien, siendo el agente central de su vida.

Una lista abierta de las capacidades centrales propuestas desde este enfoque abarca los siguientes espacios: vida; salud corporal; integridad corporal; sentidos, imaginación, pensamiento; emociones; razón práctica; afiliación; juego; control del propio entorno, tanto político como material ⁵⁹. Ya no es sólo que la salud, la vida o la integridad corporal sean capacidades básicas, sino que también son “bienes” sobre los que los individuos deben poder elegir en el marco del proceso comunicativo de consentimiento. Para ello es necesaria una reformulación del procedimiento, del soporte dialógico habermasiano que da cauce a las pretensiones de validez del diálogo entre seres que se reconocen como agentes morales.

Veracidad, inteligibilidad, verdad, relevancia y corrección son los atributos exigibles a toda acción comunicativa entre médico y paciente. El primer paso es descubrir que a partir de ellos se está reconociendo entre los interlocutores un igual derecho a la participación en la discusión, y en los afectados -pacientes- el derecho a que sus intereses sean tenidos en cuenta. Establecer este *vínculo lógico discursivo es conditio sine qua non* entre los seres dotados de competencia comunicativa, cuyo soporte y fundamento se encuentra en el modelo de los derechos y en las normas que desarrollan el consentimiento informado.

Pero la comunicación contiene muchas otras dimensiones, sin las cuales no tiene éxito. Además, y como ya se ha señalado repetidamente, los pacientes se encuentran en unas condiciones de asimetría material y cultural tan grandes que es muy difícil llevar a cabo un diálogo que, cumpliendo exclusivamente con las exigencias descritas, conduzca a decisiones justas ⁶⁰. A modo de ejemplo, un aspecto relevante de la relación clínica: la información. Se pueden cumplir los requisitos lógicos — que sea verdadera, inteligible, relevante- , pero con ello solo se habrá dado el primer paso. La información en bruto no tiene utilidad para el paciente, cuya necesidad es comprenderla, integrarla en su proceso, descubrir las emociones que genera su conocimiento, entender el significado de las alternativas, relacionarlas con su escala de

⁵⁷ Sen, A, “Human rights and capabilities”, *J Human Develop*, vol. 6, 2005, p. 151-166.

⁵⁸ Sen, A, *Desarrollo y libertad*, Barcelona: Planeta, 2000.

⁵⁹ Nussbaum, M, *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*, Barcelona: Paidós, 2007.

⁶⁰ Cortina, A. “Ethica cordis”, *Isegoria*, vol. 37, 2007, p. 113-126.

valores, y tomar una decisión en el seno de un proceso temporal y en el marco de una relación de confianza.

Es así que la capacidad de estimar, la de interpretar, la de *re-conocer* al interlocutor, son necesarias para que el profesional haga efectivo, no sólo el derecho, sino también el desarrollo de las capacidades de los pacientes, de forma que sean ellos quienes puedan descubrir lo que consideran valioso respecto de su vida y su salud. Es éste un *vínculo comunicativo*, que si bien presupone el vínculo lógico-discursivo va más allá. Atender a este lado experiencial del reconocimiento es fundamental ⁶¹, pues sin esta experiencia es difícil que a una persona — profesional de la salud- le interese averiguar en serio si es justo el contenido de las decisiones que afectan a otras personas — pacientes — con las que, en el mejor de los casos, no les une más que un vínculo lógico argumentativo. Sin duda que un proceso deliberativo como el descrito, en realidad un auténtico proceso de consentimiento informado, que incluya razones, emociones y estimaciones, que reconozca al interlocutor y que desarrolle sus capacidades para elegir lo que considera valioso, es complejo. Requiere no solo un fundamento teórico, sino también práctica comunicativa y entrenamiento de nuevas habilidades profesionales.

Todo ello interesa a la Ética, pero también al Derecho ⁶², pues si bien corresponde a la justicia la dimensión de reconocimiento intersubjetivo y la aplicación del reconocimiento jurídico a través de los derechos, también le interesa que el ideal regulativo de la autonomía personal se realice en el seno de la relación clínica.

⁶¹ Conill, J. *Ética hermenéutica*, Madrid: Tecnos, 2006.

⁶² Nussbaum, M. *El ocultamiento de lo humano. Repugnancia, vergüenza y ley*, Buenos Aires: Katz, 2006.