



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina

Brasil

Freitas Silva, Maristela

Consentimento informado: estratégia para mitigar a vulnerabilidade na assistência
hospitalar

Revista Bioética, vol. 25, núm. 1, 2017, pp. 30-38

Conselho Federal de Medicina

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361550413004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Consentimiento informado: estrategia para mitigar la vulnerabilidad en la asistencia hospitalaria

Maristela Freitas Silva

Resumen

Este texto trata acerca de la identificación de la vulnerabilidad como una característica inherente al ser humano y presenta al consentimiento informado como estrategia para minimizarla en el contexto de la asistencia hospitalaria. Los sujetos que atraviesan una internación hospitalaria tienen su patrón de vulnerabilidad ampliado porque se encuentran en un ambiente desconocido sobre el cual no poseen dominio ni conocimiento; y también porque están subordinados al médico, el cual tiene poder para determinar conductas terapéuticas que pueden comprometer su existencia y sus proyectos de vida. La vulnerabilidad puede reducirse mediante el consentimiento informado que da prioridad a la información, la comprensión, la posibilidad de deliberación y que respeta la autodeterminación del paciente en la elección del tratamiento propuesto. En este sentido, el empleo del proceso de consentimiento informado es capaz de reducir el patrón de vulnerabilidad del paciente en el ambiente de internación hospitalaria.

Palabras clave: Vulnerabilidad en salud. Consentimiento informado. Atención hospitalaria. Bioética.

Resumo

Consentimento informado: estratégia para mitigar a vulnerabilidade na assistência hospitalar

Este texto trata de identificar vulnerabilidade como característica inerente ao ser humano e apresentar o consentimento informado como estratégia para minimizá-la no contexto da assistência hospitalar. Sujeitos que vivenciam internação hospitalar têm seu padrão de vulnerabilidade ampliado por estarem em ambiente desconhecido, sobre o qual não possuem domínio nem conhecimento; e também por estarem subordinados ao médico, que tem poder para determinar condutas terapêuticas que podem comprometer a existência do paciente e seus projetos de vida. A vulnerabilidade pode ser reduzida por meio do consentimento informado, que prioriza informação, compreensão e possibilidade de deliberação e que respeita a autodeterminação do paciente na escolha do tratamento proposto. Nesse sentido, o consentimento informado é capaz de reduzir o padrão de vulnerabilidade do paciente em ambiente de internação hospitalar.

Palavras-chave: Vulnerabilidade em saúde. Consentimento livre e esclarecido. Assistência hospitalar. Bioética.

Abstract

Informed consent: a strategy to mitigate vulnerability in hospital care

This text aims at identifying vulnerability as an inherent characteristic of human beings and introducing informed consent as a strategy to minimize it in the context of hospital care. Subjects who experience hospitalization are enclosed in an unknown environment upon which they have no control or knowledge. In addition, they are subordinate to the physician, who possesses the power to determine therapeutic conducts that may compromise their existence and life goals. As a result, their degree of vulnerability is increased. Vulnerability can be reduced through the informed consent that prioritizes information, understanding, possibility of deliberation and respects the patient's self-determination in the choice of the proposed treatment. Thus, the application of the informed consent process can reduce the patient's vulnerability pattern in a hospital environment.

Keywords: Health vulnerability. Informed consent. Hospital care. Bioethics.

Doutoranda librarj1964@gmail.com – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Correspondência

Rua Andrade Neves, 269, bloco 1, apt. 201 CEP 20510-230. Tijuca/RJ, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

La vulnerabilidad es una condición inherente a todo ser vivo, dado que la vida biológica está sujeta al constante riesgo de destrucción. Sin embargo, los seres humanos no tienen amenazados sólo los atributos biológicos, puesto que la construcción social de la vida humana, así como su proyecto existencial, confiere a la vulnerabilidad otra dimensión. En este sentido, surge el carácter antropológico de la vulnerabilidad, en la medida en que el individuo se reconoce vulnerable y entiende que comparte esta condición con los demás. Los seres humanos que elaboran proyectos de vida y escogen el modo de dirigir su existencia también son vulnerables a tener sus elecciones afectadas en virtud de las tensiones sociales y políticas propias de la vida en sociedad.

Se puede afirmar que todos los vivientes son vulnerables, es decir, están bajo riesgo y amenaza. Si este riesgo se concreta, si la supervivencia, la existencia o los proyectos de vida son afectados, el viviente pasa de la situación de vulnerable a la condición de vulnerado, puesto que de algún modo sufrió una agresión. Según Schramm, *parece razonable considerar más correcto distinguir la mera vulnerabilidad de la efectiva "vulneración", viendo a la primera como mera potencialidad y a la segunda como una situación de hecho, pues esto tiene consecuencias relevantes al momento de la toma de decisiones*¹.

Los pacientes en situación de internación hospitalaria que enfrentan la necesidad de someterse a procedimientos quirúrgicos pueden ser considerados vulnerables en esta situación en particular. Esto ocurre como resultado de múltiples factores, como la propia enfermedad, la falta de información respecto de su estado de salud y de las opciones de tratamiento y la falta de gestión sobre su propio cuerpo y mente. Además de eso, la posibilidad de ser considerado incapaz de tomar decisiones respecto a su propia vida y de recibir un tratamiento que se confronta con sus proyectos de vida exacerbaban la situación de vulnerabilidad.

El individuo hospitalizado para cirugía está fuera de su ambiente social y cultural, apartado de la red social que le inspira confianza y seguridad. Por otra parte, el desconocimiento puede comprometer su capacidad de opinar sobre cuestiones relacionadas con su tratamiento. Sumado a estos factores, el paciente está sometido a los cuidados de profesionales que no conocen su historia, sus experiencias, sus deseos y proyectos de vida. Estos aspectos provocan miedo, ansiedad y conflictos en la toma de decisiones. La desinformación amplía el grado de incertidumbre y puede comprometer la calidad de la asistencia.

Entendiendo esto, Rothrock² y Smeltzer y colaboradores³ presentan propuestas de cuidado de enfermería enfocadas en la información para minimizar la ocurrencia de estas situaciones emocionales que, según ellos, son reales y están relacionadas con la asistencia quirúrgica. Estos autores entienden que el acceso a la información capacita al paciente para enfrentar sus miedos y disminuye sus fragilidades en el contexto asistencial. Siendo así, el proceso de consentimiento informado puede mitigar la situación de vulnerabilidad relacionada con la internación hospitalaria. Esto porque está centrado en la provisión de informaciones comprensibles, que permitan la deliberación del paciente acerca del tratamiento que le está siendo brindado.

Cabe destacar que tales informaciones deben ser provistas en el contexto de la relación paciente-profesional de salud. El objetivo del consentimiento informado es garantizar el respeto de la autonomía mediante el ofrecimiento de informaciones pertinentes para el procedimiento – tales como beneficios, riesgos, consecuencias y alternativas terapéuticas. El consentimiento informado ideal es señalado por autores como Muñoz y Fortes⁴, Lepine y colaboradores⁵, Fernandes y Pithan⁶ y Júdez⁷, entre otros, como un proceso de deliberación que involucra al individuo que necesita ser sometido a procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos y al profesional de salud responsable de implementarlos. En tanto un proceso deliberativo implica un intercambio de información precisa, objetiva y clara, indispensable para la toma de decisiones concientes de los beneficios, riesgos, alternativas terapéuticas y consecuencias de las acciones que están siendo propuestas.

Goldim⁸ hace una referencia al consentimiento informado como un elemento característico de la práctica médica, siendo un derecho moral de los pacientes y no sólo una doctrina legal. Según el autor, debe componerse básicamente por tres elementos, que demandan atributos tanto de los profesionales como de los pacientes involucrados: capacidad del paciente de actuar intencionalmente; ofrecimiento de información adecuada, además de su comprensión y consentimiento. Estos elementos se refieren a las condiciones necesarias para que el consentimiento pretendido sea considerado válido.

La capacidad de consentir se relaciona con la provisión de informaciones pertinentes por parte del profesional que engloban la explicitación de los riesgos, los beneficios, las alternativas terapéuticas y las consecuencias, y depende de la comprensión adecuada de estas informaciones por parte del paciente. Debe ser preservada su voluntad para aceptar o no la propuesta y, al final del proceso, se espera obtener

una decisión fundamentada, sintetizada en el acto de consentir propiamente dicho. El respeto por estas etapas contribuye a garantizar que el consentimiento informado presenta la validez ética, moral y legal necesaria para la asistencia de la salud⁸.

La obtención del consentimiento informado figura entonces como una estrategia que le brinda herramientas al individuo que necesita cuidados de salud para que pueda ejercer su autonomía, participando efectivamente de las decisiones acerca de las actividades que interfieren en el curso de su existencia. En este aspecto, la comprensión de la información, que es uno de los principales componentes del proceso de consentimiento informado, es vital. Esto es porque, de acuerdo con Leite, *el empoderamiento del individuo por medio de la información tiene un papel fundamental en el proceso de autotransformación de la persona, en la medida en que propicia un ambiente de cambios en el intento de ofrecer a los individuos involucrados cierta autonomía*⁹.

De este modo, tratamos aquí de tejer reflexiones acerca de la existencia de la vulnerabilidad de pacientes adultos y capaces, cuya salud está comprometida, internados en una institución hospitalaria pública y que demandan cuidados quirúrgicos, en el contexto de la relación médico-paciente. Igualmente, se pondera la interferencia del proceso de consentimiento informado en el patrón de vulnerabilidad de estos individuos.

Sobre la vulnerabilidad

Para Hossne¹⁰, la percepción y la conciencia de la condición de vulnerabilidad son capaces de producir en el ser humano un sentimiento de angustia frente a las amenazas a los proyectos de vida elaborados. La percepción de la vulnerabilidad y la conciencia de la necesidad de defenderse provocan la generación de estrategias de protección configuradas en las convenciones sociales, leyes y normas de conducta. Somos vulnerables hasta a los ataques de nuestra propia especie, lo cual, por lo tanto, motivó la elaboración de un armazón ético con la intención de proteger la construcción social humana: *la ética se impone, entre otras razones, porque existe vulnerabilidad*¹¹.

Kottow¹² sostiene que existen tres niveles de vulnerabilidad humana. Dos están relacionados con el mantenimiento de la vida biológica (y serían la vulnerabilidad vital y la de subsistencia). El tercero, que denomina “vulnerabilidad existencial”, tiene relación con los límites y condiciones que pueden comprometer o amenazar la continuidad de los

proyectos de vida inherentes a la mayoría de los seres humanos. El autor se refiere al establecimiento y al respeto de los derechos humanos básicos como un modo de mitigar lo que denomina “vulnerabilidad humana fundamental”, de modo que en una sociedad justa tales derechos sean garantizados igualmente para todos los integrantes¹².

Esta pretensión conduce a creer que la concepción de derechos humanos guarda una relación directa con el reconocimiento del hecho de que la vulnerabilidad es constitutiva del ser humano y que frente a ella se hacen necesarios ciertos mecanismos que resguarden la integridad tanto de la existencia digna como de los proyectos de vida de los individuos. Es importante destacar que existe una diferencia sensible entre ser vulnerable, estar vulnerable y la condición de vulnerado. Vulnerables son todos aquellos que poseen vida biológica – o, en relación a los seres humanos, un proyecto de vida – y que son susceptibles a la intemperie o a otras eventualidades.

La diferencia entre ser y estar vulnerable se refiere al contexto en evaluación, especialmente cuando el foco es la vulnerabilidad social – inherente al ser humano y a otros animales que conviven en grupos sociales. Siendo así, determinados ambientes o estados de cosas pueden ampliar o disminuir el patrón de vulnerabilidad. Por ejemplo, un hombre que dirige una empresa probablemente no está en situación de vulnerabilidad en relación al médico que trabaja en la misma empresa. No obstante, si ese mismo hombre se encontrara enfermo y buscara los cuidados del médico, éste estaría en situación de vulnerabilidad, dada la característica de asimetría existente en las relaciones entre los médicos y los pacientes^{13,14}. Por otro lado, la condición de vulnerado se refiere al individuo que sufrió daño y, en virtud de eso, en el contexto de la vulnerabilidad humana, tuvo comprometido su proyecto de vida¹.

Luna¹⁵ sostiene que, aunque la vulnerabilidad biológica sea una condición inherente al viviente, no es lo mismo que cuando se habla de vulnerabilidad humana, puesto que existen situaciones capaces de ampliar el patrón de vulnerabilidad de determinados individuos, mientras que otros no son afectados. La autora desarrolla la concepción de “capas de vulnerabilidad” para explicar que existen contextos y características sociales y de la propia persona que, cuando se superponen, aumentan la vulnerabilidad de determinados individuos en un contexto social específico. Así, la vulnerabilidad no sería un atributo estanco que se puede asignar a alguien, sino una circunstancia que debe ser analizada en el contexto en que ocurre. Según la autora:

Este concepto de vulnerabilidad está estrechamente relacionado a las circunstancias, a la situación que se está analizando y al contexto. No se trata de una categoría, un rótulo o una etiqueta que podemos aplicar. Otra manera de entender esta propuesta, que supone pensar que alguien es vulnerable, es considerar que una situación específica puede convertir o hacer vulnerable a una persona¹⁶.

La vulnerabilidad es característica de la relación entre el viviente y el medio, y surge del desequilibrio en esta relación. Esta característica dinámica y relacional señalada por Luna¹⁵ y Oviedo y Czeresnia¹⁷ permite inferir que si las condiciones del medio presentan amenazas para la demanda de supervivencia del viviente, la consecuencia será la ampliación de sus fragilidades. Esta construcción amplia sirve tanto para tejer consideraciones acerca de la vida biológica como para las peculiaridades de la vida social. En este caso, el viviente, aquí entendido como ser humano, necesitará de cuidados y/o estrategias de protección que posibiliten reducir sus fragilidades y, consecuentemente, aproximarlos a la existencia libre de daños:

Las fragilidades de orden existencial o social se refieren tanto a los aspectos que cuestionan las certezas sobre el curso de la vida en el día a día (las trayectorias críticas de un enfermo, por ejemplo) en cuanto a las interrelaciones sociales que limitan el potencial de actuación de los individuos. Los diseños institucionales y las formas de organización social que impiden la seguridad presente y futura de la existencia y de la filiación social también limitan el ejercicio de poder y mantienen situaciones de vulnerabilidad¹⁸.

De acuerdo con esta afirmación, podemos entender que las estructuras institucionales cuyas acciones son capaces de afectar a los derechos fundamentales de los individuos – como la autonomía, la dignidad y la integridad corporal – pueden igualmente ampliar su vulnerabilidad. Esto ocurre en caso de que tales acciones no sean dirigidas con el cuidado y el respeto necesarios en relación a los proyectos existenciales de los asistidos, sujetándolos a posibles situaciones de riesgo. Cabe señalar que vulnerabilidad no es sinónimo de riesgo; más bien representa una susceptibilidad al riesgo que se presenta¹⁹. Bertolozzi y colaboradores²⁰ afirman que la vulnerabilidad está determinada por las condiciones cognitivas²¹, y de este modo el acceso a la información puede interferir en su patrón.

Para los autores, las medidas que contribuyan a la participación efectiva del sujeto en su proceso de salud-enfermedad – como el ofrecimiento de informaciones pertinentes, por ejemplo – puede

mitigar el patrón de vulnerabilidad del paciente²⁰. Siendo así, garantizarle al paciente el acceso a informaciones relevantes acerca del tratamiento, resolviendo sus dudas inherentes al contexto en que se encuentra, puede disminuir su patrón de vulnerabilidad. Esto le brinda instrumentos que le permiten participar conscientemente del proceso de decisión sobre el tratamiento que será implementado, el cual tendrá implicancias en el curso de su existencia.

Consecuencias del reconocimiento de la vulnerabilidad

Es importante destacar que, si por un lado recibir la designación de vulnerable puede garantizar la conquista de la positivización de derechos, por otro puede también contribuir para el surgimiento o el fortalecimiento de la discriminación social, ubicando al individuo en una situación de mayor fragilidad y desamparo¹⁷. Reconocer la vulnerabilidad de los sujetos significa poner en evidencia sus fragilidades y trazar metas para superarlas, asegurando que estos sujetos puedan dar continuidad a sus proyectos de vida en condiciones similares de oportunidad a las de los demás, dentro de determinada sociedad. Se destaca que el reconocimiento de los derechos humanos fundamentales y la construcción de una estructura ética en relación a estos contribuyeron a que las fragilidades fueran identificadas y cuidadas y, de este modo, el patrón de vulnerabilidad de los grupos y/o individuos pudiese ser contrarrestado¹⁷.

Sin embargo, para alcanzar este nivel, es necesario que los derechos humanos sean reconocidos en su principio de universalidad y de indisociabilidad, permitiendo así que los integrantes de una sociedad justa gocen de las mismas posibilidades de existencia y la realización de proyectos de vida. Es claro que los derechos civiles y políticos sólo pueden ser plenamente ejercidos en la vigencia de los derechos sociales, económicos y culturales y viceversa. En todas las esferas de la vida los derechos se entrelazan, siendo interdependientes e imprescindibles para la viabilización y el alcance unos de otros y, por lo tanto, cambian el patrón de las vulnerabilidades. En este sentido, reconocer las vulnerabilidades es mitigar las diferencias de oportunidades de modo tal que todos tengan la posibilidad real de alcanzar el éxito^{10,22}.

Es importante decir que el reconocimiento de las vulnerabilidades de determinados grupos puede servir equivocadamente para estigmatizarlos y apartarlos de la convivencia adecuada en el conjunto social al que pertenecen. Esto tiene lugar cuando la puesta en evidencia de las fragilidades, en vez de garantizar

la protección, genera discriminación y exclusión social, como se observa en estudios sobre el SIDA¹⁹. Cabe destacar que el concepto de vulnerabilidad ganó fuerza y visibilidad en el área de la salud brasileña con el advenimiento del SIDA, por la asociación de la forma de contagio de la enfermedad con el concepto de riesgo.

Clasificar a determinados individuos como integrantes de grupos de riesgo dio lugar a la ocurrencia de situaciones perturbadoras que traen aparejadas la segregación y el prejuicio en relación a los portadores del virus. Además de eso, el establecimiento de poblaciones vulnerables en este contexto llevó a los individuos no clasificados como “de riesgo” a una consecuente exposición al peligro de contaminación^{19,23}. En la concepción de Luna¹⁵, el concepto de vulnerabilidad no debe servir sólo para clasificar individuos, confiriéndoles un rótulo permanente. De modo diferente, debe servir para indicar que en determinadas situaciones existe la necesidad de una mirada sensible que brinde alguna protección y una mayor consideración a los involucrados.

Hacer evidentes las vulnerabilidades que dificultan o impiden el usufructo de los derechos fundamentales propicia la construcción de estrategias de acción que pueden contribuir con la equidad social. Identificar a sujetos socialmente vulnerables debe tener como objetivo ofrecerles condiciones de superación y, a partir de eso, promover su efectiva participación en la sociedad, de manera digna e independiente, en el ejercicio pleno de la ciudadanía.

El papel de la educación

Para alcanzar con éxito la proposición presentada anteriormente, la educación es señalada como esencial. La educación formal e informal que priorice el respeto a los derechos humanos, por medio de la construcción de valores como *el respeto al prójimo, a la naturaleza y a las normas que rigen la sociedad en general*. La actitud ciudadana es necesaria para la emancipación de los derechos humanos²⁴. Otro modelo indicado como capaz de empoderar sujetos, permitiéndoles la emancipación, es aquel que tiene lugar en tanto una acción cultural para la liberación. Este modelo le ofrece instrumentos a los sujetos para comprender las determinaciones sociales y políticas de sus vulnerabilidades, y los capacita para elaborar *respuestas necesarias para la emancipación humana*²⁵. Baquero afirma:

El empoderamiento, en tanto categoría, atraviesa las nociones de democracia, derechos humanos y

*participación, pero no se limita a éstas. Es más que trabajar en un nivel conceptual; implica el actuar, involucrando procesos de reflexión sobre la acción, tendiendo a lograr una toma de conciencia respecto de factores de diferentes órdenes – económico, político y cultural – que conforman la realidad, incidiendo sobre el sujeto. En este sentido, un proceso de empoderamiento eficaz necesita incluir tanto a las dimensiones individuales como a las colectivas*²⁶.

La búsqueda de la emancipación psicosocial también es señalada por Paiva²⁷ como un camino fundamental para la formación de sujetos con conciencia de su ciudadanía y para garantizarles el acceso al goce de los derechos sociales como es el caso de servicios de asistencia de calidad. Para el autor, la perspectiva del individuo ciudadano es la de alguien capaz de reconocer sus derechos y responsabilidades, capaz de actuar para alcanzar sus derechos y de exigir la creación de otros nuevos. En fin, un sujeto política y socialmente comprometido en la constante tensión que implica conquistar derechos y mantenerlos en la dinámica de las sociedades desiguales en oportunidades y la distribución de recursos²⁷. Los caminos para llegar a esta conformación de sujeto están subordinados a la producción de estrategias como la facilitación de los medios de acceso, la inversión en la capacitación del individuo para ejercer la ciudadanía, la promoción de la educación liberadora y la disminución de las desigualdades sociales.

Es necesario destacar que el acceso a la educación es crucial en este proceso, pero el proyecto educativo debe valorar, integrar y respetar los valores de los sujetos en la construcción del conocimiento para que, así, puedan salir de la situación de excluidos y vulnerables²⁷. Hacer viable el acceso y la comprensión sobre el contexto de la asistencia hospitalaria en el cual el paciente está inserto es un modo de conferirle herramientas para ejercer su autonomía y tomar algún tipo de control sobre su salud y su existencia. En este sentido, el proceso de consentimiento informado se constituye en un elemento importante para ofrecer al individuo condiciones de participación en las decisiones sobre el mantenimiento de su salud.

Consentimiento informado y vulnerabilidad

Es importante considerar que la vulnerabilidad a la que aquí se hace referencia es aquella evidenciada por condiciones sociales adversas, que limitan y afectan el *potencial de actuación de los individuos (...), que impiden el aseguramiento presente y futuro de la existencia (...), limitan el ejercicio de poder (...)* [y, de esta forma,] *sostienen situaciones de vulnerabilidad*.

Se trata de la vulnerabilidad existencial y social que conduce a la imposibilidad de la afirmación y el ejercicio de la libertad y de la autonomía relativa¹⁸:

La vulnerabilidad en el plano social se refiere a la existencia de relaciones que limitan la capacidad de actuación de las personas y que retiran los apoyos institucionales de seguridad social, es decir, situaciones que niegan el ejercicio efectivo de derechos y, por lo tanto, inseguridad en el presente y evanescencia de proyectos futuros²⁸.

El modelo biomédico predominante en las instituciones de salud es un ejemplo de la situación relatada, pues privilegia la tecnología y se concentra en el carácter biológico de las enfermedades. Esto contribuye a desvalorizar la experiencia y la subjetividad del paciente, minimizando la importancia del papel de la relación personal entre los sujetos involucrados. Conduce igualmente al fortalecimiento de la asimetría en la relación entre médicos y pacientes, en la cual el profesional asume un papel dominante, puesto que tiene el poder tanto de la información y el conocimiento como de la determinación de lo que va a hacerse. Esto lesiona la capacidad de agencia del individuo bajo su cuidado, quedándole al paciente sólo el papel pasivo de someterse¹⁴.

Citado por Ayres y colaboradores²³, Gorovitz describe las cualidades indisociables de la vulnerabilidad: multidimensión, graduación e inestabilidad. El autor concluye que *las personas no son vulnerables, están vulnerables siempre a algo, en algún grado y forma, y en un cierto punto del tiempo y del espacio²⁹*. Sumando a esto la referencia que aquellos autores²³ y Luna¹⁵ hacen del carácter relacional de la vulnerabilidad, es posible atribuirla al individuo que demanda cuidados médicos en una institución hospitalaria. Dado que en la concepción occidental de derechos humanos el principio de la dignidad humana es el foco central, es posible atribuir vulnerabilidad a los sujetos que están en una posición inferior en una relación de dominación.

En este tipo de relación, el dominante es aquel que posee el poder de suplantar el derecho del otro, ya sea mediante acciones efectivas o por la negación de derechos, como el de la participación en asuntos que tratan respecto de la existencia digna del dominado en el contexto en cuestión. Para Figueiredo y Noronha³⁰, al analizar el proceso de determinación de los derechos humanos, siempre se identifican dos grupos en conflicto: los más fuertes y los más débiles. Cuando los dominantes vencen, se habla de hegemonía, y cuando el más débil vence, en virtud de su resistencia, se habla de derechos humanos. En este sentido, se configura como vulnerable aquel

que de alguna forma tiene suspendidos o denegados sus derechos³⁰:

Así, la vulnerabilidad, en este modelo, está dada por la posición que la persona o el grupo ocupa en determinada sociedad: por la relación entre la existencia de necesidades especiales y el reconocimiento de estas situaciones por parte del Estado (considerando que, en estas sociedades, es también una función del Estado garantizar derechos). Así, este modelo nos permite analizar diferentes grupos a través de claves interpretativas que los tornan simétricos, pero no iguales³¹.

Es un hecho que el contexto hospitalario no es un lugar de dominio del paciente. Allí éste se encuentra biológica y socialmente fragilizado, apartado de la convivencia social y familiar en virtud de su situación de salud que le impone restricciones físicas, laborales y sociales, factores que, asociados al desconocimiento sobre su situación de salud y su tratamiento, generan miedo y sensación de incapacidad. El propio lenguaje biomédico, impregnado de términos específicos y científicos, dificulta la comprensión completa de los aspectos relacionados con su estado de salud. Además de esto, y muchas veces en razón de esto, es notoria la asimetría existente en la relación médico-paciente.

Los dos actores sociales que participan de esta “conversación” hablan lenguajes distintos, aspecto muchas veces no valorado por aquel para quien es posible conciliar los dos idiomas – el profesional. Se puede decir que la asimetría es incluso esperada. Pero lo que no se puede admitir en el contexto de esta relación es que el médico utilice esta asimetría para suspender la libertad de decisión del individuo sobre su propio cuerpo, desconsiderando sus proyectos de vida con un modo de acción que elimine su autonomía e ignore su capacidad de actuar. Para Goldim³², no respetar la autonomía de una persona es violar su derecho fundamental de autodeterminación, es ir en contra del principio del respeto a la persona que compone la base de la bioética principialista, que busca orientar la conducta ética en las relaciones entre profesionales y pacientes.

Para Beauchamp y Childress³³, es fundamental para la autonomía que la persona esté libre de influencias controladoras, así como de factores limitantes que perjudiquen su deliberación. Vale recordar que el respeto a la autonomía en el contexto de la asistencia a la salud está representado por la necesidad de obtener el consentimiento informado del paciente en relación a procedimientos terapéuticos, quirúrgicos y de exámenes, situaciones en las que tienen lugar la manipulación y la

invasión del cuerpo físico³³. No obstante, la simple obtención del documento de consentimiento no garantiza que el sujeto haya sido respetado y/o haya tenido consideradas sus debilidades ante el contexto en cuestión.

Para efectivamente tener consideración por la vulnerabilidad del paciente, así como mostrar respeto por su autonomía, es imprescindible que el consentimiento informado haya sido obtenido de forma procesual, privilegiando la información, comprensión y la ausencia de coerción sobre aquel que consiente. Si el consentimiento informado fue dado bajo la observancia de estos aspectos, puede decirse que la autonomía fue respetada, que el patrón de vulnerabilidad del individuo en aquel contexto fue contrarrestado. La reducción de la vulnerabilidad del paciente tiene lugar porque se le dieron las informaciones pertinentes asegurándole la comprensión de los beneficios, riesgos, alternativas terapéuticas y consecuencias de la intervención propuesta. En base a este contenido será posible que éste entienda y delibere sobre el mejor camino a seguir en el contexto de la asistencia en la que se encuentra.

Sobre la cuestión de la información, Leite destaca que – cuando es adecuada, es decir, privilegia la comprensión – confiere al paciente la posibilidad de salir del papel de mero receptor, llevándolo a la categoría de *actor central del proceso de apropiación*⁹, permitiéndole ser un agente activo y participativo. Esto nos permite inferir que cuando el paciente recibe información pertinente y de modo adecuado sobre su enfermedad y sobre las opciones de tratamiento existentes, su patrón de vulnerabilidad en el contexto de internación hospitalaria se reduce. De acuerdo con Schramm³⁴, la calidad de la información suscita preocupaciones importantes en el campo de la bioética, puesto que la información es la parte del mensaje susceptible de manipulación y como tal puede estar implicada en conflictos de intereses y/o estructuras de poder y dominación de unos humanos sobre otros.

Por esto es necesario el cuidado para que la información atinente a la cuestión del consentimiento esté exenta de características coercitivas o manipuladoras. El autor destaca además que el acceso a la información libre y amplia es vital en el contexto de la asistencia, dado que debe tener como objetivo brindarle herramientas al individuo para que pueda protegerse de abusos o acciones que perjudiquen su libre actuar³⁴. No obstante, es necesario señalar que, así como la atención a la cualidad de las informaciones y su adecuado entendimiento son necesarios, también la voluntad del paciente debe ser respetada.

El consentimiento informado sólo reduce el patrón de vulnerabilidad del individuo cuando es obtenido libre de influencias coercitivas, sin uso de la persuasión o de la manipulación por parte del profesional.

De acuerdo con Lorda y Concheiro³⁵, el consentimiento obtenido sin que el paciente actúe de forma voluntaria no es ético ni legalmente aceptable. Los autores destacan que en la relación médico-paciente el profesional detenta mayor poder, y esto le posibilita actuar persuasivamente cuando no presenta alternativas para la propuesta terapéutica que ofrece. También le posibilita actuar coercitivamente cuando, al proveer las informaciones, teje amenazas implícitas o explícitas frente a la deliberación del paciente que no acate la propuesta ofrecida. La manipulación deliberada de la información, dada de manera tal de hacer que el paciente crea que la mejor alternativa es la que se está ofreciendo, también compromete la calidad del consentimiento obtenido. Para los autores, en todos estos casos la voluntad del paciente es anulada, y el consentimiento deja de representar la expresión de una elección autónoma³⁵.

Según Beauchamp y Childress³³, así como Ferrer y Álvarez³⁶, la mayoría de las teorías que postulan la autonomía acuerdan en que existen dos condiciones esenciales para que una acción sea autónoma: la libertad externa – inexistencia de fuerzas coercitivas o controladoras – y la agencia – o libertad interna, que es la capacidad de actuar intencionalmente. Sin embargo, cabe destacar que el hecho de ser autónomo no significa que el individuo sea respetado como agente autónomo, puesto que esta atribución está condicionada al reconocimiento del derecho de la persona *de tener sus opiniones, de hacer sus propias elecciones y de actuar en base a valores y creencias personales*³⁷.

Para personas insertas en el contexto hospitalario, con peculiaridades tan distintas de la realidad social que vivencian, parece interesante la explicación de la autonomía intersubjetiva defendida por Schumacher y colaboradores³⁸. En esta modalidad, el sujeto, a pesar de sus fragilidades, tiene reconocidas sus peculiaridades y se percibe respetado e integrado en la deliberación de las acciones que remiten a su propia vida e intereses particulares. Cabe destacar que las acciones de cuidado que restringen o impiden la participación del sujeto – por medio de la negación de informaciones pertinentes y/o por considerarlo incapaz de aprehender elementos que lo capacitarían para la deliberación sobre las mejores opciones para la recuperación de su salud – eliminan la posibilidad del ejercicio de cualquier tipo de autonomía.

Esto porque atacaban directamente su auto-respeto, su autoconfianza y su autoestima, llevándolo a percibirse incapaz de decidir y de tomar para sí el curso de su existencia. Deja, así, que tales decisiones sean tomadas íntegramente por aquel que supuestamente detenta el poder sobre su existencia en el ambiente hospitalario, aquel que es dueño de un conocimiento inaccesible para el paciente, el médico³⁸. En este contexto, la obtención del consentimiento informado de acuerdo con el modo procesual pregonado por la bioética principalista es capaz de minimizar la vulnerabilidad del sujeto. Esto porque el ofrecimiento de informaciones pertinentes y accesibles a su entendimiento lo capacita y le posibilita participar efectivamente de su asistencia, respetando su capacidad de agencia, elaboración y deliberación.

El acto de consentir se refiere así a la actitud del paciente. Actitud ésta fundamentada en la reflexión sobre las posibilidades presentadas, en la elaboración acerca de los riesgos y las consecuencias que la propuesta terapéutica le impone, y en la decisión sobre lo que en su opinión es lo mejor para su existencia, considerando el contexto social y cultural en el cual está inserto. La información que se pretende es aquella que no se limita a describir protocolos. Al contrario, se amplía al presentar y discutir con el sujeto las posibilidades de conducta, respetando sus peculiaridades culturales y sus proyectos existenciales, de manera tal de asegurar que el acto de consentir no sea resultante de una imposición o coerción.

El proceso de obtención del consentimiento informado es un indicador del respeto a la autonomía del paciente. El impedimento de la autonomía en el contexto hospitalario compromete el desempeño del sujeto en la determinación de qué caminos serán tomados para recuperar su salud. Así, independientemente del hecho de requerir o no el derecho de tener su autonomía respetada, el paciente tendrá su situación de vulnerabilidad ampliada en este contexto en caso de que sea impedido de participar de las decisiones que se refieren al curso de su vida en tanto sujeto de procedimientos terapéuticos.

Trabajo desarrollado en el ámbito del Programa de Posgrado en Bioética, Ética Aplicada y Salud Colectiva de la Universidad Federal de Río de Janeiro.

Referências

1. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. RBB. 2006;2(2):187-200. p. 192.
2. Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

Consideraciones finales

La situación de enfermedad y la necesidad de internación hospitalaria hacen más vulnerable al individuo en la medida en que generan sentimientos de miedo y de inseguridad relacionados con la continuidad de la propia existencia. Este factor, asociado al componente de desinformación sobre las consecuencias del tratamiento y de los procedimientos que se llevarán a cabo, puede comprometer la capacidad de agencia de este sujeto, aumentando sus fragilidades. En contrapartida, el conocimiento acerca de las implicancias en el contexto de internación hospitalaria ayuda y brinda herramientas al individuo, haciendo viable el proceso de deliberación respecto de la conducción de su tratamiento. En consecuencia, éste puede actuar de algún modo en el control de su propia existencia, manteniendo viables sus proyectos de vida.

En el proceso de consentimiento informado, el componente de la información es un elemento esencial que no se restringe al ofrecimiento de datos, sino que abarca la garantía de la comprensión adecuada por parte del individuo para que pueda deliberar sobre el mejor camino para sí y para su tratamiento. Con esto, podemos decir que el proceso adecuado de obtención del consentimiento informado contribuye a contrarrestar el conjunto de fragilidades que el paciente experimenta en la asistencia hospitalaria. En consecuencia, su vulnerabilidad en este ambiente se ve reducida.

De este modo, el proceso de consentimiento informado es un importante elemento para transformar el patrón de vulnerabilidad de individuos en situación de internación hospitalaria para la realización de cirugías. Es necesario destacar, sin embargo, la necesidad de que este consentimiento sea obtenido de forma procesual, mediante el ofrecimiento de informaciones que brinden herramientas relevantes para la reflexión y la deliberación del paciente. Así, su autonomía será respetada en este contexto y a partir de esto éste podrá consentir (o no) para la realización de procedimientos, configurando así su participación efectiva en estos eventos que obviamente interferirán en su proyecto de vida y en su construcción social.

3. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, editores. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
4. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: CFM; 1998. p. 53-70.
5. Lepine MLI, Montoya JPB, Villaronga OP, Leal EH, Echarte JL, Durán JFS. Consentimiento informado: opiniones del personal sanitario de un hospital universitario. Rev Clín Esp. 2007;207(10):483-8.
6. Fernandes CF, Pithan LH. O consentimento informado na assistência médica e o contrato de adesão: uma perspectiva jurídica e bioética. Rev HCPA & Fac Med UFRGS. 2007;27(2):78-82.
7. Lorda PS, Júdez JG. Consentimiento informado. Med Clín. 2001;117(3):99-106.
8. Goldim JR. Consentimento informado. [Internet]. 1997 [acesso 3 fev 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2lK8iPm>
9. Leite RAF. Direito à informação em saúde: análise do conhecimento do paciente acerca de seus direitos [dissertação]. Ribeirão Preto: USP; 2010 [acesso 28 ago 2016]. p. 43. Disponível: <http://bit.ly/2lmq61Z>
10. Hossne WS. Dos referenciais da bioética: a vulnerabilidade. Bioethikos. 2009;3(1):41-51.
11. Hossne WS. Op. cit. p. 42.
12. Kottow M. Vulnerabilidad y protección. In: Tealdi JC, director. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Unesco; 2008. p. 340-2.
13. Leite RAF. Op. cit.
14. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(1):139-46.
15. Luna F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. Jurisprudencia Argentina. 2008;4(1):60-7.
16. Luna F. Op. cit. p. 64.
17. Oviedo RAM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. Interface Comun Saúde Educ. [Internet]. 2015 [acesso 4 out 2016];19(53):237-49. Disponível: <http://bit.ly/2mkzLnz>
18. Oviedo RAM, Czeresnia D. Op. cit. p. 244.
19. Ayres JRCM, Paiva V, França I Jr, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M *et al.* Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. Am J Public Health. 2006;96(6):1001-6. DOI: 10.2105/AJPH.2004.060905
20. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2 Esp):1326-30.
21. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF *et al.* Op. cit. p. 1327.
22. Carbonari PC. Direitos humanos: sugestões pedagógicas. Passo Fundo: Instituto Superior de Filosofia Berthier; 2010.
23. Ayres JRCM, França I Jr, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-40.
24. Andrade DAM. A relevância da educação não formal na emancipação dos direitos humanos [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2015 [acesso 3 fev 2016]. p. 39. Disponível: <http://bit.ly/2kKA4eY>
25. Baquero RVA. Empoderamento: instrumento de emancipação social? Uma discussão conceitual. Rev Debates. 2012;6(1):173-87. p. 184.
26. Baquero RVA. Op. cit. p. 183-4.
27. Paiva V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/aids e o processo de emancipação psicossocial. Interface Comun Saúde Educ. 2002;6(11):25-38.
28. Oviedo RAM, Czeresnia D. Op. cit. p. 246.
29. Ayres JRCM, França I Jr, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Op. cit. p. 138.
30. Figueiredo I, Noronha RL. A vulnerabilidade como impeditiva/restritiva do desfrute de direitos. Rev Direitos e Garantias Fundamentais. 2008;(4):129-46. Disponível: <http://bit.ly/2mceqxr>
31. Figueiredo I, Noronha RL. Op. cit. p. 136.
32. Goldim JR. Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia. [Internet]. 1997 [atualizado 14 mar 2004; acesso 10 dez 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2l6A4SQ>
33. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2013.
34. Schramm FR. Información y manipulación: ¿cómo proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de la protección. RBB. 2005;1(1):18-27.
35. Lorda PS, Concheiro LC. El consentimiento informado: teoría y práctica. Med Clín. 1993;100(17):659-63.
36. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005.
37. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. p. 142.
38. Schumacher AA, Puttini RF, Nojimoto T. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. Saúde Debate. [Internet]. 2013 [acesso 15 ago 2016];37(97):281-93. Disponível: <http://bit.ly/2maWp2v>

