

Trabajo de Fin de Máster

**Consentimiento Informado. ¿Protección
para el paciente o para el sanitario? Un
análisis desde la autonomía y la dignidad**

Curso académico 2022/2023

Máster Interuniversitario en Bioética y
Bioderecho. Escuela de Doctorado y Posgrado.
Universidad de La Laguna

Alumna: Pérez Bandera, María

Tutor: Dr. Fernández Agis, Domingo

RESUMEN

La salud como elemento asociado a la persona, define el estado tanto físico como psicoemocional de la misma. Acceder al sistema sanitario en tanto en cuanto reconocido universalmente como derecho, debe ser motivo suficiente como para que una vez se presta, sea bajo unos parámetros de calidad. Es por este motivo por el que la temática a tratar a lo largo del presente Trabajo Fin de Máster será el Consentimiento Informado y la vital importancia que tiene en el ámbito sanitario; especialmente en el respeto a la autonomía y dignidad del paciente, albergando por ello, los orígenes del documento en el campo de la Bioética, así como el marco conceptual y legal y su aplicación. Por último, el análisis ético de dos casos clínicos servirá de ejemplo sobre las consecuencias peyorativas que tiene no aplicar bien el documento objeto de estudio en este Trabajo, o no hacerlo.

Palabras clave: Consentimiento Informado; Autonomía; Dignidad; Paciente; Profesional

ABSTRACT

Health as an associated element towards a person, defines both physical and psychoemotional states. When accessing to it as a universally recognized right, it must be enough for being delivered under quality standards. That is why the theme which is going to be treated in this Master's Dissertation will be the Informed Consent and its vital importance that has it within the health system; especially with regard to patient's autonomy and dignity, talking about its origins in Bioethics field, as well as its conceptual and legal frameworks and its applying. To finalise, an ethical analysis of a couple of cases will serve as an example about the pejorative consequences that derive from not applying correctly, the document object of study it this dissertation, or not doing it.

Key words: Informed Consent; Autonomy; Dignity; Patient; Professional

ÍNDICE

Introducción.	Pág. núm. 1
Justificación.	Pág. núm. 3
1. Análisis teórico.	Pág. núm. 4
1.1. Qué es la Bioética.	Pág. núm. 4
1.1.1. Principios de Bioética.	Pág. núm. 5
1.2. Consentimiento Informado. Origen y significado.	Pág. núm. 9
1.3. Regulación del Consentimiento Informado.	Pág. núm. 12
1.3.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.	Pág. núm. 12
1.3.2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966.	Pág. núm. 12
1.3.3. Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2000.	Pág. núm. 13
1.3.4. Declaración de Helsinki de 1992.	Pág. núm. 13
1.3.5. Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina de 1997.	Pág. núm. 13
1.3.6. Constitución Española de 1978.	Pág. núm. 14
1.3.7. Ley 41/2002 de autonomía del paciente.	Pág. núm. 15
1.4. Aplicación del Consentimiento Informado.	Pág. núm. 16
1.4.1. Capacidad y competencia.	Pág. núm. 16
1.4.2. Derecho a la información sanitaria.	Pág. núm. 19
1.4.3. Derecho a la integridad física y moral.	Pág. núm. 20
1.4.4. Derecho a la protección de la salud.	Pág. núm. 20
1.4.5. Derecho a no saber.	Pág. núm. 21
1.5. Dignidad humana.	Pág. núm. 22
1.6. Medicina defensiva y medicina asertiva.	Pág. núm. 25

2. Análisis ético. Análisis desde la autonomía y la dignidad.	Pág. núm. 27
2.1. Caso 3. “El señor Rodríguez quería información”.	Pág. núm. 27
2.2. Caso 11. “¡Y salí corriendo!”	Pág. núm. 33
3. Conclusiones.	Pág. núm. 42
4. Referencias bibliográficas.	Pág. núm. 45

INTRODUCCIÓN

¿Quién no se ha encontrado alguna vez, sumido por la incertidumbre, con la necesidad de acudir a un centro sanitario u hospitalario debido a un malestar al que pretendía encontrarle una explicación y proporcionarle un remedio? Es lo que Andorno (2012) concibe como idea de que toda persona es vulnerable por tres sencillas razones que fundamentan lo que denomina *principio de vulnerabilidad* siendo el padecimiento de enfermedades, la exposición a situaciones de riesgo -a las que va asociado, indudablemente, de un cuidado previo- y el fallecimiento. Estas tres situaciones se enmarcan en el entorno familiar o en lo que el autor denomina “familia humana” o “sociedad”, lugar donde se ubica el profesional de la medicina del que se espera, proporcione un alivio a la dolencia de la que se desconocen tanto los motivos como sus vías de tratamiento.

No obstante, hasta hace escasos sesenta años, la relación médico-paciente estaba inserta dentro de un marco de superioridad por parte del profesional frente al paciente, lo cual hacía que fuera de un carácter eminentemente vertical, dando lugar, en la década de los 70 del siglo XX en Estados Unidos -como se hará referencia en apartados posteriores- a que la ciudadanía empezara a tomar conciencia de los derechos de los que podía gozar en el ámbito sanitario reclamando así, ser parte activa en cuanto a su salud, teniendo como resultado una relación horizontal fundamentada en el diálogo y el consenso, otorgándole así un carácter más humano. Así pues, el paciente se convirtió en sujeto capaz de decidir tras haber obtenido toda la información acerca de su patología, tratamientos y riesgos-beneficios. Gracias a ello fue así cómo surgió lo que hoy se conoce como Consentimiento Informado -en adelante CI-.

Pese a ello, factores como la escasez en el tiempo de atención, la ignorancia por parte de los pacientes acerca de su patología y la terminología médica empleada, como la confianza depositada en los profesionales por ser quienes saben, deriva muchas veces, en la ausencia de un CI o de mala calidad, conduciendo a una firma del paciente en un documento que le servirá supuestamente para beneficiarse de un tratamiento o intervención médicos pero de la que saca provecho el facultativo.

Lo recientemente expuesto viene justificado así, en la realización de un Trabajo de Fin de Máster titulado “*Consentimiento Informado. ¿Protección para el paciente o para el sanitario? Un análisis desde la autonomía y la dignidad*”, dirigido a tratar el CI desde dos bloques bien diferenciados usando un método de análisis cualitativo basado en la búsqueda bibliográfica de información en manuales, artículos de revistas científicas y páginas web.

Respecto al bloque teórico, se aborda en primer lugar, la fundamentación de dicho documento objeto de estudio dividido principalmente en exponer sucintamente en qué consiste la Bioética y los principios a ella asociados -haciendo especial hincapié en el principio de autonomía- para continuar con el concepto de CI abordando tanto sus orígenes como significado del mismo.

Seguidamente, se destina un apartado a la regulación jurídico-legal tanto en la esfera internacional como estatal, así como la aplicación del CI tratando conceptos como capacidad y competencia, los derechos a la información sanitaria, integridad física y moral y a no saber, como al concepto de dignidad humana -al que también se le hace especial mención- para finalizar con un término poco tratado y desconocido como es el de la medicina defensiva y las repercusiones que ésta tiene en el ámbito sanitario.

La segunda parte de carácter eminentemente práctico, consiste en el análisis ético de dos casos extraídos del cuaderno “*Problemas prácticos del Consentimiento Informado*” de la Fundación Víctor Grífols i Lucas -titulados “El señor Rodríguez quería información” (2002:137) y “¡Y salí corriendo!” (2002:143)- desde una perspectiva de la vulneración de la autonomía y dignidad, con la finalidad de demostrar la importancia tan fundamental y trascendental que tiene que una persona reciba una buena calidad y atención médico asistencial, respetando su capacidad de autodeterminación y dignidad. Para realizar sólo un pequeño apunte, en el segundo caso objeto de análisis se añade la elaboración de un modelo de CI acorde a una atención profesional ética.

Una vez expuestos tanto el bloque teórico como práctico, se destina un tercer bloque sobre el que versan las conclusiones extraídas a partir de la elaboración del trabajo, para finalizar con las referencias bibliográficas que han propiciado y facilitado la elaboración del mismo.

JUSTIFICACIÓN

Como ya se ha mencionado, cuando la salud se encuentra en una posición de vulnerabilidad, se precisa acudir a un profesional sanitario para que sea éste quien ayude a recobrar el estado anterior. A veces, la patología es tan grave que necesita de una intervención médica o quirúrgica que pueda hacer peligrar la integridad física y psicológica de la persona por el carácter tan ingentemente invasivo del mismo, de tal modo que necesita de un Consentimiento Informado previo.

El problema reside pero, cuando fruto de la confianza hacia el profesional como por la falta de tiempo o de calidad asistencial -conocido como medicina defensiva- éste, bajo la firma del paciente en el documento, se escuda y justifica su actuación médica eximiéndose de cualquier responsabilidad, quedando dañadas tanto la autonomía como dignidad de la persona. Razón ésta por la cual, mediante el análisis ético de dos casos clínicos, se pretende demostrar que fruto de una concatenación de malas actuaciones desemboca en un ataque a la persona.

1. ANÁLISIS TEÓRICO

A lo largo de este apartado teórico, se exponen diferenciadamente tres áreas principales siendo en primer lugar, lo que se entiende por Bioética y los cuatro principios a ella asociados, para proseguir en segundo lugar, con los orígenes y definición del tema propuesto como objeto de análisis; esto es, el Consentimiento Informado. En tercer lugar, se nombran y explican las bases legales tanto internacionales como nacionales en las que se ubica dicho documento, para finalizar, con su aplicación y los derechos a éste aparejados. Por todo ello pues, se procede con el primer apartado.

1.1. Qué es la Bioética

Etimológicamente, el concepto “bioética” se divide en *bios*, vida y *éthos*, ética viendo la luz por primera vez a principios del siglo XX -más concretamente en el año 1927- por Fritz Jahr, quien hizo referencia al concepto como “*la ética de las relaciones de los seres humanos con los animales y las plantas.*” (Gracia, 2011:209) La versión actual pero, consiste en la disciplina encargada del análisis, discusión y consenso de toda temática que tenga una gran repercusión y trascendencia sociales y de la que siempre se generan debates por no haber una única respuesta al respecto. (Herazo, 2011)

Sin embargo, las primeras señales de lo que hoy se conoce como Bioética, tuvieron lugar después de la Segunda Guerra Mundial cuando, a raíz de la celebración de los Juicios de Nüremberg en 1946, se elaboró un año después el Código de Nüremberg, (Andorno, 2012) una sentencia condenatoria a los altos cargos nazis por la comisión de delitos de lesa humanidad, pero que sentaron las bases, a través de diez principios en los que se destacaba fundamentalmente de entre todos ellos, el respeto a toda persona objeto de investigación científica mediante información y consentimiento previos (Urruela, Nicolás y Romeo, 2022) así como el derecho de revocación en cualquier momento de la investigación. (Andorno, 2012)

Ello sirvió de antecedente para la que posteriormente sería la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 como a los cuatro principios fundamentales del Informe Belmont (Andorno, 2012) elaborado en 1978 por Beauchamp y Childress. Dicho Informe fue el resultado de la creación en Estados Unidos en 1974, de la *Comisión Nacional para la protección de los seres humanos sujetos a investigación biomédica y conductual*, en la que se investigaron todos los experimentos de dudosa aplicación realizados durante los años previos a la creación de la organización. (Urruela, Nicolás y Romeo, 2022)

Un año después en 1979, los mismos autores también publicaron el documento máter de la Bioética; la enciclopedia “Principios de Ética Biomédica” (Gracia, 2011:213) en la que se fundamenta a partir de entonces, toda práctica médico asistencial y de investigación basada en los cuatro principios de *no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia*. (Bátiz y Loncán, 2006)

Posterior a la sucinta exposición de lo que se entiende por Bioética, se proceden a tratar en algo más de profundidad, los principios acabados de mencionar.

1.1.1. Principios de Bioética

Como ya se ha apuntado en el apartado anterior, resultan ser los pilares de la Bioética que, a día de hoy, siguen rigiendo en todas las intervenciones y tomas de decisiones en el nivel médico asistencial y de los que se vale, sobretodo en el principio de autonomía, el CI.

1. Principio de autonomía. Es uno de los pilares rectores y esenciales de la concepción de la persona a la que se le otorgan muchas explicaciones a lo largo de la historia. Desde la Antigua Grecia hasta nuestros días.

Con origen en la Antigua Grecia, deriva de “autós” como propio y “nomós” como regla, norma, ley y autoridad. Ello se tradujo en la formación de las denominadas ciudades-Estado en los que imperaba el autogobierno del pueblo. Aristóteles, habló del “ciudadano libre” como aquél capaz de poseer plena capacidad de decisión personal,

como defendería también siglos más tarde, en la Época Moderna Rosseau haciendo hincapié a la libertad e individualidad del hombre bajo sus propias leyes. Volviendo a Aristóteles, introdujo los términos “autarquía” o “autosuficiencia” y “autocracia”, entendidas como la propia gobernabilidad y propio autodomínio respectivamente; símil que mantuvo con Kant, quien usó los términos “voluntad” entendida como regirse por sí mismo en base a unas leyes establecidas y “autonomía” como la base o motor intrínsecos al hombre que defienden la dignidad. (Boladeras, 2011)

En pleno siglo XVIII, época de grandes cambios socioeconómicos, cobró especial trascendencia en cuanto al reconocimiento de la *autonomía*, la creación de la Declaración de Virginia de 1776 -dando luz verde a la independencia de Estados Unidos- y que a su misma vez creó el antecedente de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 de Francia; documento que se convertiría en las constituciones democráticas europeas que se conocen actualmente. (Boladeras, 2011)

Otro autor destacado de ese mismo período, Engelhardt, (Boladeras, 2011) acuñó el término “*principio de autoridad moral*” para referirse a la autonomía como el hecho de gozar de ésta bajo un permiso común y el “*principio de permiso*” como la necesidad de que haya un consentimiento y/o permiso por parte de una autoridad, la cual en caso de ser desobedecida, todo acto que se cometa no contiene el calificativo de moral justificando así el uso de la fuerza. El motivo se debe a que era muy crítico con la plena autonomía del paciente al entender que éste podía convertirse en sujeto demandante de atención médica a la que el profesional se convertía en súbdito perdiendo toda autoridad profesional. (Andorno, 2012).

Más adelante, ya en el siglo XX, John Rawls consideró que actuar autónomamente es sinónimo de racionalidad con el fin de poder ser ciudadanos libres e iguales. Carlos S. Nino siguiendo el hilo de Rosseau, también defendía la idea de ser ciudadanos con plena autonomía sin que el Estado interfiriera, pero añadiendo un matiz como Mill: el de no perjudicar a terceras personas. (Boladeras, 2011)

Beauchamp (Gracia, 2011) estimaba que una persona es autónoma cuando los elementos *intencionalidad*, *conocimiento* y *ausencia de control externo* se cumplen, lo cual hace concebir que la autonomía es libertad de elección, mientras que para Diana Meyers, la elección personal basándose en una vida en armonía con uno mismo.

(Atkins, 2006) Sin embargo como apuntaban Watson, Young y Dworkin ser autónomo basta con llevar a cabo los proyectos vitales en base a las convicciones, creencias y valores de cada uno sin llegar a ser influenciado por el entorno. En otras palabras, cada individuo es soberano de sí mismo. Posee la capacidad de autogobierno y el derecho a que nadie le interfiera -más bien conocido como “*principio de no interferencia*”-. (Atkins, 2006)

Trasladándolo a los pacientes, para Lorda (Boladeras, 2011) que sean autónomos significa que disponen de plena **competencia** -habilidad para- o **capacidad** -entender la información y realizar un juicio-. En términos legales, **capacidad** o **capacity** es la capacidad de obrar *de hecho o natural*, es decir, la que se tiene de por sí. Mientras que la **competencia** o **competency** es la capacidad de obrar *de derecho o legal*. Respetar su autonomía pues, se considera un “*imperativo ético.*”

Es en este momento en el que el profesional tiene como principal función la de informar, orientar y/o asesorar sobre los tratamientos y procedimientos médicos al alcance del paciente, para que éste -en pleno ejercicio de derecho a la autodeterminación- decida en última instancia, o lo que más bien Andorno (2012) conoce como Consentimiento Informado.

Así pues, en base a los criterios de Simón Lorda (2008) y para cerrar este primer principio, los 4 requisitos sine qua non para poder catalogar al paciente como persona autónoma son *voluntariedad*; disponer de *información clara y suficiente* y de *capacidad* para poder valorar toda la información y tomar en consecuencia, la decisión más adecuada.

2. Principio de beneficencia. Estrechamente asociado con la dignidad humana (Andorno, 2012) y con origen en el Juramento Hipocrático (González, 2011) es uno de los principios que guían la práctica médica en cuanto a buscar el máximo beneficio para el paciente y el respeto a su vida. Ayuda a determinar si la realización de una cierta acción médica va a tener buenas consecuencias para el mismo o si, por el contrario, va a generar más daños que beneficios. Los conceptos a éste asociados son la *buena voluntad*, *bonhomía*, *caridad*, *amor*, *altruismo* y *humanidad* (González, 2011:122) puesto que la beneficencia exige como mandato ético en el ejercicio profesional, hacer el bien para terceras personas.

Actualmente, gracias al cambio de relación médico-paciente, (Andorno, 2012) existe un consenso previo entre ambos actores en el que, el primero aporta sus conocimientos clínicos al segundo que es quien decide si quiere o no empezar o continuar con el procedimiento acorde a su patología, lo que supone para González (2011) una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. Ahora bien, cabe la posibilidad de que tenga lugar lo que se conoce como “*principio de doble efecto*” o “*principio del voluntario indirecto*”, ambas justificaciones de la incorrecta actuación médica ya sea porque en su esencia, la intención era benevolente pero las consecuencias han resultado negativas, o porque éstas son mejores que la propia actuación en sí. (Andorno, 2012)

3. Principio de no maleficencia. Del latín “*primum non nocere*” (Andorno, 2012) y también con origen en la Antigua Grecia a través de documentos significativos como el *Corpus Hippocraticum*, *Epidemias* y *Sobre las afecciones*, (Ara, 2011) significa literalmente “primero no dañar”, imperativo usado por primera vez en el siglo XIX por Auguste François Chomel. Es decir, el profesional tiene como obligación la de actuar de forma tal que no dañe al paciente, debiendo recurrir a la búsqueda de los medios para curar o atenderle lo mejor posible con la obligación de no causarle ningún daño. (González, 2011)

Sin embargo, (Ara, 2011) son dos las corrientes principales y opuestas la una de la otra que tratan de explicar la utilidad de este principio. Mientras que la primera defendida por Diego Gracia y siguiendo a Kant, se basa ante todo en no dañar, la segunda -propuesta y defendida por Beauchamp y Childress- critica el hecho de que el profesional decida por el paciente ya que, su visión sobre el diagnóstico y modos de curación pueden resultar ser totalmente contrarios a la voluntad de éste.

4. Principio de justicia. A partir de los años 70 del siglo pasado, los individuos pasaron a primer plano, pese a que los problemas socio sanitarios de los años 80 hicieron tomar conciencia de que la ciudadanía era merecedora de igualdad de trato dando lugar a la llamada “*medicina social*” (Garrafa, 2011:1026) justificando así la necesidad e importancia del contexto con tal de valorar las acciones como justas o no.

Ejemplo es la Declaración de Bioética de la UNESCO en la que se listaron todas las problemáticas, desigualdades y situaciones precarias en las que se veía sumida parte de la población mundial y que precisaba de una intervención para lograr la igualdad y por

lo tanto, lograr la justicia. Si bien es cierto que, para que un trato sea justo, primero debe haber una equidad, entendida como la proporción de las herramientas, medios y atención adecuadas a las necesidades de la población carente de éstas, con el objetivo de que logre posicionarse en el mismo lugar que el resto. En consecuencia, se logra luchar con la *vulnerabilidad*; (Garrafa, 2011:1028) esto es, el alto riesgo de padecer malas condiciones de vida de forma no intencionada.

Por todo ello, y para finalizar con este apartado, el Estado como garante de derechos ciudadanos (Andorno, 2012) debe asumir la responsabilidad de que todos los recursos disponibles -en el caso que nos atañe en materia sanitaria- están al alcance de la ciudadanía sin discriminación alguna. Y que la distribución de los mismos debe darse en condiciones equiparables o equitativas, con el objetivo de proporcionar más a quien menos tiene consiguiendo consecuentemente, un acceso justo e igualitario.

1.2. Consentimiento Informado. Origen y significado

En este apartado, se procede a tratar el objeto central de análisis de estudio del presente Trabajo Fin de Máster; esto es, el CI en cuanto a su origen y significado.

Tal y como señala Castaño de Restrepo, (2011:449) el Consentimiento Informado se ubica en lo que se conoce como *Teoría del Consentimiento Informado del Paciente o Teoría de la Información y de la Obtención de la Voluntad Jurídica del Paciente y/o de su(s) Representante(s)*. Dicho lo cual, en Estados Unidos cuna de la Bioética, despertó cierto interés evaluar la capacidad de las personas a la hora de decidir sobre su salud y tratamiento médico a recibir o no. Prueba de ello es el caso *Canterbury v. Spence* de 1972, que sirvió como prelude a lo que posteriormente devendría en el CI y en el que se enjuició la no proporción de información de un remoto supuesto de parálisis derivada de una operación de espalda. (Gracia, 2011)

Hasta no llegada prácticamente la década de los 80 del siglo XX, la relación médico-paciente era estrictamente vertical y asimétrica, siendo el profesional quien ostentaba el conocimiento y versaba todo el poder ante el segundo sujeto quien, ante la falta de conocimientos, depositaba toda la confianza en el primero. Su visión se caracterizaba así -según Myfanwy Morgan- por ser *paternalista*. (Guerra, 2016) Sin embargo, a partir de entonces, la ciudadanía empezó a tomar conciencia de que como pacientes, tenían derechos y entre ellos el de poder decidir, lo cual hizo cambiar las tornas completamente convirtiéndose, en consecuencia, en una relación horizontal, simétrica y mucho más humana. (Cabrales-Vega et al, 2012)

Pero, para que ello sea así, Ortiz y Burdiles (2010) estiman que se requiere de una actitud de confianza, comprensión y por encima de todo, de respeto a la autonomía y autodeterminación del individuo que le permita poder decidir sobre su salud y las acciones ante ésta. En consecuencia, el CI -generalmente verbal excepto en intervenciones y tratamientos invasivos- resulta ser el gran aliado al tener como misión principal la de proteger los derechos e intereses del paciente y obligar al profesional a velar por el mayor y mejor interés de éste. (Guerra, 2016)

Según Cabrales-Vega et al. (2012:503) es un “*reflejo de la capacidad y calidad de la comunicación*” médico-paciente bajo un *modelo progresivo* (Simón, 2006:32) en el que el documento sirve de guía, o bien un *instrumento* como expresión de la autonomía en la toma de decisiones, fruto de un *proceso* (Bátiz y Loncán, 2006:44) -resultado de la relación y diálogo- y de un *substrato* -en el que quedan reflejadas las decisiones-. No menos importante resulta indicar que nunca puede presuponerse que el paciente no quiera saber nada, (Simón, 2006) sino que hay que preguntar qué sabe, qué quiere saber y en qué cantidad.

Empero, como sucede algunas veces, la sobrecarga asistencial a la que se ven sometidos los centros médicos y hospitalarios conduce a una mala atención hacia el paciente (Fuertes et al. 2012) por no recibir la información adecuadamente o carecer de la disponibilidad de su facultativo de confianza en los momentos de tomas de decisiones, generando así una situación de desprotección y vulnerabilidad.

Además, resulta fundamental tener en cuenta que no sólo el principal facultativo es el responsable de transmitir la información, sino que también lo es todo el equipo asistencial alrededor de éste y que está implicado en el caso. (Fuentes et al. 2012) Ésta deberá ser *suficiente y adecuada* (Iltis, 2006) de modo que permita a la persona tomar una decisión fundamentada gracias al conocimiento del objetivo del tratamiento(s) disponible(s) junto a los riesgos-beneficios asociados y posibles alternativas a tener en cuenta. (Ramos, 2021)

Es indispensable, pero, que se cumplan 4 requisitos (Ortiz y Burdiles, 2010:648) que caracterizan además la esencia del CI. Esto es, por un lado, *informado*, lo que significa que el paciente ha debido recibir toda la información *suficiente*, sin resultar ser más de la estrictamente necesaria y que sea *libre y voluntario* -de no ser así se hablaría de coacción o persuasión- y que la persona sea *capaz* para entender y decidir.

De este modo, es como se garantiza un buen proceso de toma de decisiones en el que consten la calidad de vida, la actitud, los valores, la información que conoce el paciente, su capacidad de decisión y quiénes son sus personas de confianza. Igualmente, Torralba añade que resulta un “*ejercicio de reflexión*” (Bátiz y Loncán, 2006:42) que tenga en cuenta el diagnóstico, su situación socio familiar, el grado de afectación de ésta y un diálogo de autonomía compartida.

Para finalizar, puede darse el caso en el que el paciente capaz, competente y libremente, renuncie al tratamiento (Bátiz y Loncán, 2006:44) propuesto para su patología, por lo que el profesional deberá respetar la decisión, sin perjuicio de que en caso de sospecha, se busquen posibles coacciones, presiones y/o amenazas que hayan resultado ser motivo de renuncia.

1.3. Regulación del Consentimiento Informado

En esta sección, aparecen listados por orden -desde el ámbito internacional hasta el nacional- el marco normativo elaborado por organismos científicos y jurídicos, en los que queda reflejado el CI y que es la fundamentación además, del reconocimiento de toda persona en el ámbito clínico y científico del derecho a ser informada.

1.3.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948

Documento guía y de gran calado internacional proclamado tras la Segunda Guerra Mundial como sinónimo de buena fe y de compromiso mundial de respeto a todas las personas, el concepto de *dignidad* hace acto de presencia en dos lugares. Primero, en el Preámbulo donde señala “[...] *el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.*” Y, segundo, en el artículo 1 “*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.*” (Naciones Unidas, s.f.:1)

1.3.2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966

Pese a tener más relación con las experimentaciones en sujetos humanos, la figura del CI aparece en el artículo número 7 donde aparece lo siguiente “*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.*” (Naciones Unidas, s.f.:1)

1.3.3. Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2000

Proclamada a fecha de 12 de diciembre de 2007 y ratificada en el Tratado de Lisboa del 13 de diciembre de ese mismo año (Chueca, 2011) representa uno de los textos legales que sirve de complemento de las diferentes constituciones democráticas europeas en los que tanto los valores de dignidad humana, libertad, igualdad y solidaridad, como los principios de democracia y Estado de Derecho, son pilares fundamentales de todas éstas. En su Preámbulo ya hace mención al concepto dignidad como también en el artículo 1 del Capítulo 1 al decir “*La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida.*” (Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 2000:9)

1.3.4. Declaración de Helsinki de 1997

Documento que sigue la estela del Código de Nüremberg de 1946 en cuanto a la protección de los derechos de las personas objeto de investigaciones médicas, menciona el término dignidad en el artículo 9 “*En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.*” (Asociación Médica Mundial, 2007:1)

1.3.5. Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina de 1997

Con origen en Oviedo en abril de 1997, (De Sola, 2011) supone el primer texto a nivel mundial en el que se trata el ámbito de la biomedicina con apoyo en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Por lo que respecta a la autonomía del paciente, se entiende ésta como la facultad de cada persona de poder disponer de su cuerpo y tomar decisiones libremente sobre el mismo mientras que el artículo 5 establece la obligatoriedad de información sobre toda intervención hacia su cuerpo, como los riesgos y beneficios que surjan de la misma.

“Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.” (Boletín Oficial del Estado, 1999:36826)

1.3.6. Constitución Española de 1978

Sinónimo de un Estado democrático y de derecho tras varios años de dictadura y como símbolo de libertad, entendimiento, reconocimiento y respeto de derechos ciudadanos, son tres los artículos los que se relacionan con el ámbito sanitario y el respeto por los derechos del paciente. Éstos son:

1. Artículo 10.1 del Título Primero “De los derechos y deberes fundamentales” que dice así

“La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los demás son fundamento del orden político y de la paz social.” (Albertí, 2014:37)

2. Artículo 15 del Capítulo II Sección Primera “De los derechos fundamentales y de las libertades públicas” estableciendo lo siguiente

“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes [...]” (Albertí, 2014:40)

3. Artículos 43.1 y 43.2 del Capítulo III Sección Segunda “De los derechos y deberes de los ciudadanos” donde se expone

“Se reconoce el derecho a la protección de la salud. “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.” (Albertí, 2014:62)

1.3.7. 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

Simón Lorda (2002) defiende que prueba de que el CI tuviera un reconocimiento en nuestro país, es gracias a la redacción de la Constitución española de 1978 como instrumento de garantía y protección de derechos y libertades ciudadanos. Pero, habría que esperar seis años más para ver que realmente se pondría en marcha mediante la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** resultando ser la antesala a la dignidad, autonomía y consentimiento expresado en el artículo 10.1

“Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.” (Boletín Oficial del Estado, 1986:13)

A raíz de esta ley y desde 2002 hasta nuestros días, la que rige la actuación médica y los derechos de los pacientes en el ámbito sanitario -entre los que se encuentran la dignidad, autonomía y consentimiento informado como puesta en práctica de este último-, es 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** en la cual hace mención en el artículo 2.1 a *“la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad [...]”* (Boletín Oficial del Estado, 2002:5)

En suma, cualquier acto médico tal y como establece el artículo 2.2, necesita previa y obligatoriamente del consentimiento informado de los pacientes, entendido como según el artículo 3, la manifestación libre y voluntaria del paciente capaz, tras haber recibido información, el cual será según el artículo 8.2 por norma general, verbal, excepto en los casos en los que haya una intervención o tratamientos altamente invasivos. Para ello, como se vuelve a recordar en el artículo 8.1, se precisará de que el consentimiento otorgado sea expreso, libre y voluntario.

1.4. Aplicación del Consentimiento Informado

En esta sección se va a hablar de la aplicación del CI, empezando por lo que se entiende como capacidad y competencia teniendo en cuenta los tratamientos médico-legales que tiene cada concepto, así como los diferentes criterios y herramientas usados para determinar el reconocimiento de cada uno de ellos, finalizando con los distintos derechos asociados a éste.

1.4.1. Capacidad y competencia

Hasta hace escasos 60 años, el modelo por excelencia que marcaba la relación médico-paciente era el paternalista como se ha mencionado al principio del trabajo. (Robert, Reculé y Prato, 2016) Sólo por hacer un inciso, pero, el término “paternalismo” tiene su origen tanto en el *Corpus Hippocraticum* como en el *Juramento Hipocrático*, (Vélez, 2011) documentos que establecían la regla de que el profesional debía hacer lo mejor para el paciente, y así se ha mantenido durante siglos hasta mediados del siglo XX, momento en el que el paciente gozaba de más autonomía (Simón, 2008) medida por la *competencia o competency* (Simón, 2008) -reconocimiento legal de las tomas de decisiones y resultado de la habilidad de la persona para actuar de un modo en concreto en un tiempo determinado- (Herazo, 2011) y por la *capacidad o capacity* -reconocimiento clínico de las aptitudes mentales necesarias para la toma de decisiones en un momento determinado-, (Simón, 2008) constructo multidimensional que permite tomar decisiones autónomas (Herazo, 2011) o para Marson (Sturman, 2005) el estatus clínico otorgado por un médico que, en nuestro sistema jurídico español se entiende por “capacidad de derecho o legal” o “capacidad de obrar.” (Ramos, 2021)

Al hilo de lo comentado, la Bioética en términos de evaluación de la capacidad, se refleja en 2 perspectivas principales (Herazo, 2011) propuestas por dicho autor. De una parte, la *perspectiva de la bioética principalista* en la que entran en tensión los principios de autonomía y beneficencia porque pese a que la orientación médica ha cambiado, no deja de ser la figura del facultativo la que sigue teniendo un peso mayor

en la relación establecida con el paciente, quien debe ser orientado y asesorado para poder tomar la mejor decisión. Cuando se tiene una actitud beneficiante es cuando el médico sin haber proporcionado previamente toda la información disponible, toma la decisión por el paciente privándole así de la posibilidad de ejercer su derecho a la autodeterminación.

Por otra parte, desde la *perspectiva desde los derechos humanos* puede resultar peligroso evaluar constantemente la capacidad de la persona si no se tienen en cuenta sus características personales y socio familiares, lo que conlleva realizar una evaluación de la capacidad totalmente sesgada.

No obstante, tanto Castaño de Restrepo (2011) como Robert, Reculé y Prato (2016) establecen una serie de variables para **evaluar la capacidad de los pacientes:**

- *Comprensión o understanding* como la habilidad de quedarse con la información más importante y ser capaz de parafrasearla como prueba de haber comprendido.
- *Apreciación o appreciation* como la capacidad para relacionar información con la situación.
- *Razonamiento o reasoning* como la habilidad de ponderar riesgos-beneficios y las consecuencias de cada uno en pro a tomar la decisión que mejor se ajuste.
- *Expresión de una decisión o expressing a choice* como la habilidad para transmitir la decisión. (Moye et al. 2006)

Importante señalar también que, para poder realizar una evaluación lo más apropiada y acertada posible, las **herramientas** (Robert, Reculé y Prato, 2016) que resultan ser de gran utilidad y ayuda son las siguientes:

1. Test neuropsicológicos. *Mini Mental State Examination* o la *Escala de Inteligencia de Weschler*, con el objetivo de evaluar la atención, lenguaje y función ejecutiva.

2. Protocolos específicos de evaluación de capacidad. *Competence Interview Schedule* el cual resulta de utilidad para evaluar la capacidad de consentir o no un tratamiento una vez se ha tomado una decisión.

3. Protocolos generales de evaluación de la capacidad. En primer lugar, guiones de entrevistas para poder realizar preguntas concretas que ayuden a evaluar la capacidad. En segundo lugar, protocolos estructurados o semi estructurados como el caso del *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* de Grisso y Appelbaum (Simón, 2008) para evaluar a través de puntos, la capacidad -siendo de “nula” a “completa” – y, en tercer lugar, protocolos basados en viñetas en las que el paciente ante una situación imaginaria, debe tomar decisiones.

En el ámbito nacional, el **Documento Sitges** (Simón, 2008) supone la alternativa a las diferentes herramientas de capacidad de evaluación de los pacientes, teniendo como objetivo principal el de evaluar la capacidad de toma de decisiones en personas que padecen de demencia teniendo en cuenta 6 áreas; la propia salud, participación en investigaciones, patrimonio, actividades no laborales, decisiones sobre su persona y sobre terceros. A ellas, se les asigna una puntuación que va desde normal a función abolida.

En determinados casos pero, cuando el paciente no es capaz de decidir por sí mismo es la familia quien toma las decisiones persiguiendo -en principio- el mayor beneficio del enfermo. En este caso, las normas de actuación que se siguen son: (Ramos, 2021)

1. Criterio subjetivo. La persona que actúa en representación del enfermo, sigue estrictamente las decisiones y voluntades expresadas en el Documento de Voluntades Anticipadas.

2. Juicio sustitutivo. Una persona decide en base a lo que querría el enfermo, teniendo en cuenta las voluntades anticipadas.

3. Criterio del mejor interés. Momentos en los que se carece de familiares y/o personas de referencia y es el equipo profesional quien decide en interés del afectado.

Sin embargo, y para finalizar hay escenarios clínicos en los que la figura de representación no tiene cabida como son: (Ramos, 2021)

- **Urgencias.** Gran escasez de tiempo y grave riesgo para la vida de la persona o de la Salud Pública.

- **Renuncia a recibir información.** La persona interesada ha expresado no querer ser informada bajo ningún concepto.
- **Incompetencia.** Imposibilidad decidir por sí misma y por lo que precisa de una representación.
- **Privilegio terapéutico.** Recogido en el artículo 25 del Código de Deontología Profesional, (Castaño de Restrepo, 2011) permite que el equipo profesional ante situaciones de salud delicadas, decida, por el bien del paciente, no informarle de su estado de salud puesto que, de lo contrario, empeoraría aún más su bienestar físico y psicoemocional.

Como se ha indicado al principio de este apartado, se van a listar los derechos asociados al CI y, por ende, reconocidos a toda persona en el ámbito clínico.

1.4.2. Derecho a la información sanitaria

Considerado como un ejercicio de autonomía y respeto a las personas, (Galende, 2011) constituye el derecho de toda persona a conocer su estado de salud y/o enfermedad con la finalidad de poder tomar decisiones acordes a ello, como así aparece en *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* (Boletín Oficial del Estado, 2002) en la que se hace mención expresa en artículo 4 “*Derecho a la información asistencial*” donde los pacientes -bajo responsabilidad y obligación de los profesionales- disponen del derecho a ejercer el acceso a la información sanitaria, así como renunciar a ésta. En caso que quieran recibirla, deberá proporcionarse de forma clara, adecuada y acorde a las necesidades, lo que requerirá de una información *veraz y suficiente*, incluyendo *tratamientos, riesgos y beneficios* y posibles *alternativas*. (Galende, 2011:547)

Por todo lo comentado, mantiene relación con la denominada “*ética de la situación*” que, para Bilbeny se basa en el análisis -desde la *sensibilidad*- de los conflictos éticos que se generan teniendo en cuenta ya no sólo el contexto clínico, sino la perspectiva del

paciente como sujeto de sufrimiento y vulnerabilidad. O, tal y como sostiene Diego Gracia, (Lorda, 2002a) dicha relación se basaría en una *ética de mínimos*; esto es, exigir que la práctica profesional se asocie al respeto por la autonomía del paciente, bajo el paraguas de los principios de no maleficencia y de justicia. Contrariamente, la *ética de máximos* -amparada por los principios de autonomía y beneficencia-, obliga a que sea partícipe activo de su salud en cuanto conocimiento y tratamientos de la misma y pueda haber la confianza suficiente como para que pueda expresar sus miedos y deseos con el profesional.

1.4.3. Derecho a la integridad física y moral

En el ámbito internacional tal derecho se encuentra en el artículo 3 del Convenio de Oviedo en el que se aboga por el respeto a la integridad física y moral de la persona en todo lo concerniente a prácticas biomédicas, así como en los artículos 3 “*Dignidad humana y derechos humanos*” (UNESCO, 2005:82) y 8 “*Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad persona*” (UNESCO, 2005:83) de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005. En el caso de España, es en el artículo 15 sobre el derecho a la vida y a la integridad física y moral de la Constitución Española de 1978. Relacionado con la autonomía, el respeto a este derecho tiene dos vertientes. Por una parte, cuando se usa el CI como resultado de una información previa que ha sido meditada y con la que se ha tomado posteriormente una decisión y, por otra, cuando se respeta al paciente a no querer someterse a ningún tratamiento. (Arruego, 2011)

1.4.4. Derecho a la protección de la salud

Constituye uno de los derechos que empezó a cobrar especial importancia a partir de la segunda mitad del siglo XX. Para Andorno (2012) la atención o asistencia sanitaria (Beltrán, 2011) son consideradas como un “derecho de segunda generación de derechos humanos” compuesto a grandes rasgos según define la Organización Mundial de la Salud (Beltrán, 2011) como todos los bienes y servicios que están destinados a

promover, prevenir y educar en salud, más comúnmente conocido como prestaciones sanitarias, enmarcadas dentro de los derechos de “realización progresiva” (Andorno, 2012) bajo los cuales los Estados se comprometen a que paulatinamente, su ciudadanía se vaya beneficiando de su aplicación.

En la línea de lo establecido en el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU del año 2000, (Pemán, 2011) la salud no sólo significa el derecho a estar sano, sino disponer de unos medios y un entorno adecuados que la garanticen a través del acceso a los cuidados y aceptabilidad, sin olvidar una buena calidad asistencial, tratando de conseguir de este modo, la consecución de una atención digna. (Andorno, 2012)

Por su parte, en el artículo 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos aparece lo siguiente:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.” (Naciones Unidas, 2023:7)

Y la Organización Mundial de la Salud en el año 1946 estableció que

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.” (Pemán, 2011:578)

1.4.5. Derecho a no saber

Conocido en inglés como “right not to know”, (Gómez, 2011) la persona libremente decide no obtener información de su estado de salud ni de su enfermedad representando uno de los ejercicios de respeto a su libertad, autonomía y dignidad estrechamente ligados a su intimidad; a su esfera privada.

En la esfera legal, el artículo 4.1 de 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*, indica expresamente que cualquier individuo tiene el derecho a ser informado salvo que exprese lo contrario como así aparece “[...] Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.” (Boletín Oficial del Estado, 2002:6)

1.5. Dignidad humana

Esta sección va a estar destinada única y exclusivamente al concepto de dignidad humana y la vital importancia que tiene, junto con la autonomía, tanto en el CI como en la persona en calidad de paciente, motivo por el cual se exponen seguidamente los diferentes tratamientos a lo largo de la historia hasta la actualidad.

El concepto *dignidad*, estriba en los cimientos indispensables y fundamentales de toda sociedad y para Alegre Martínez (Guerra, 2016) va estrechamente ligado a la libertad e igualdad. Es, para Hervada (Aparisi, 2022) lo que define a una persona. Su base, su razón de ser y existir común. El elemento que nos une pese a ser diferentes unos de otros pero que en el ámbito sanitario se traduce en el absoluto respeto al paciente en cuanto a su toma de decisiones.

Etimológicamente hablando, procede de *digno* (Valls, 2015) que es excelente (aristós) o virtuoso y por ello, merecedor de reconocimiento y respeto. En la Época Clásica estaba destinado a otorgarse a todo ciudadano que representara un alto cargo público ostentando una posición de superioridad respecto del resto de la ciudadanía. Posteriormente, desde la religión, en la Edad Media, Tomás de Aquino calificaba dignidad como “*algo absoluto y pertenece a la esencia [...] del sujeto*” (Aparisi, 2022:9) también otorgada por parte de una divinidad, un ente superior al que se le debía respeto como hijos de éste (Valls, 2015) debiéndose acatarse la ley moral. Era pues, una cualidad superior a todo ser humano que sobrepasaba los límites de la razón humana; lo que hace realmente una persona con razón o para Sánchez Agesta, (Aparisi, 2022:11)

“la excelencia o el mérito de un ser y el decoro o respeto que se le debe por esta excelencia.” Ya alcanzada la Edad Moderna, era asignada como un derecho ciudadano e inherente a todo ser humano -sirva de ejemplo Kant y el concepto de autonomía moral-.

Spaemann (Aparisi, 2022) considera que a la persona hay que verla como un fin en sí mismo, por estar la dignidad por encima de todo. Consecuentemente, debe ser la razón suficiente como para que una sociedad funcione en base al respeto y la convivencia, por lo cual el Estado tiene el papel de garante mediante el establecimiento de normas, leyes y políticas que preserven ya no sólo los derechos tanto civiles como fundamentales, sino también la dignidad.

Así mismo, es un concepto definido por otros autores como Lenoir y Mathieu catalogado como *“principio matriz”* o Bayertz como el *“respeto incondicionado que merece todo individuo en razón de su mera condición humana.”* (Romeo, 2011:658) Sin embargo, Kant lo calificó como *“algo que se ubica por encima de todo precio y, por lo tanto, no admite nada equivalente.”* (Romeo, 2011:658)

Además, en el Preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, se escribió lo siguiente: *“[...] el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.”* (Naciones Unidas, 2023) Otros textos legales que también se hicieron eco de ello, fueron la Constitución alemana de 1949 -también en el primer artículo- que dice así *“la dignidad humana es intangible. Los poderes públicos tienen el deber de respetarla y protegerla”* (Andorno, 2011:659) como el Pacto Internacional de Derechos Humanos de 1966 y la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 7 de diciembre del 2000 ya mencionados en apartados anteriores.

Autores como Beyleveld y Brownsword distinguen entre *dignidad como facultad* -dotación de capacidad para actuar plenamente y desarrollar la propia personalidad- y *dignidad como restricción* -establecimiento de límites a prácticas individuales que pueden poner en jaque la dignidad individual-. (Andorno, 2019:4-5) Es, el establecimiento de los mínimos de respeto a los individuos y que preservan una buena sociedad.

Resulta también un término de muy alta protección jurídica expresamente intrínseco a la persona por el sólo mero hecho de serlo, abarcando desde el inicio hasta el fin de la vida pudiéndose considerar de 3 maneras distintas: como *base* y *razón de ser* de la inviolabilidad de la persona, como un *fin* en sí mismo y como un *límite*. (Seijas, 1997) En la práctica médica, pues, el paciente no es un objeto, sino un *sujeto* merecedor de respeto puesto que posee dignidad; un valor intrínseco propio de la especie humana. (Andorno, 2012).

Por este motivo, cuando una persona se encuentra en una situación de vulnerabilidad, tanto la comunicación como la sensibilidad hacia el paciente son clave, (González, 2006) lo que desemboca a la ejecución de una buena práctica médica y de calidad. De hecho, Chochinov (Andorno, 2019:7) propuso un modelo sanitario de conservación de la dignidad -en inglés *dignity-conserving care model*- formado por tres parámetros: *preocupaciones* que presenta el paciente acerca de su enfermedad, *factores psicológicos y espirituales* y el *entorno* sociofamiliar.

No obstante, no pude terminarse esta sección si no se hace un pequeño apunte de dos términos asociados a la dignidad; persona y ser humano. En cuanto al término *persona* se refiere, cada legislación nacional define qué entiende por este concepto (González De Cancino, 2011) si bien es cierto que, en el siglo XIX, en los primeros Códigos Civiles tanto de América Latina como de España, hacía referencia a todo aquello que presentara unas características físicas propias de la especie humana. Un siglo más tarde, se reconocería mediante la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. *Ser humano* para López de la Vieja, (2011) hace referencia a los sujetos de la familia humana.

1.6. Medicina defensiva y medicina asertiva

Con tal de ponerle fin a este bloque teórico se van a exponer, sucintamente, un par de conceptos asociados a la praxis médica y objeto de afectación al paciente no exentos de importancia como son la medicina defensiva -en el sentido peyorativo- y la medicina asertiva -en el sentido positivo-.

Hay una tendencia a pensar que el CI resulta ser un modo que tiene el profesional para escudarse ante posibles repercusiones por las actuaciones médicas. Es la llamada “medicina defensiva”, entendida como la práctica de uso innecesario e incluso excesivo de tratamientos, pruebas y otros procedimientos realizados al paciente, que sirvan como justificación ante posibles represalias por parte de éste, si presenta una demanda por la praxis médica.

Considerada el “cáncer de la medicina” por ser una práctica que cada vez va más en auge y pone en entredicho la profesionalidad y credibilidad de los facultativos sanitarios, empezó a hablarse del mismo en la década de los 60 definiéndola como *“la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito explícito y principal, de defender al médico de la crítica, contar con evidencias documentales ante una demanda y evitar controversias, todo ello, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente.”* (Ortega-González, Méndez-Rodríguez y López-López, 2009:5)

Datos que avalan esta práctica se muestran en un estudio realizado en 2005 por Studdert en el que Japón encabeza la lista con un 98%, Estados Unidos con un 93%, Gran Bretaña con un 75% y México un 61,3%.

En el caso de España, según la Organización Médica Colegial, (Asociación de Derecho Sanitario de la Comunidad Valenciana, 2019) se estima que 9 de cada 10 médicos del servicio de urgencias realiza pruebas diagnósticas prescindibles a modo de prevenir problemas legales; una de las prácticas más comunes, sumado a extender más el tiempo de espera -con el consecuente peligro del aumento de la posibilidad de agresiones-, así como invertir dinero en procedimientos innecesarios.

En suma, las características que la definen son principalmente, solicitar más pruebas médicas u ofrecer alternativas totalmente fútiles, citar de más al paciente o derivarle a otros especialistas por la incapacidad de dictaminar un diagnóstico, atender a aquellos pacientes que presenten patologías fácilmente tratables y que los centros hospitalarios deban asumir altos costes de seguros de responsabilidad profesional o incluso no ofrecer especialidades altamente complejas. (Ortega-González, Méndez-Rodríguez y López-López, 2009)

No obstante, la versión opuesta es la llamada “medicina asertiva” destinada a garantizar una buena relación médico-paciente basada en la confianza. Resultan pues indispensables tres actitudes principales: *seguridad, respeto y buena comunicación*. (Tamayo, 2003)

Para terminar, otros elementos no menos importantes que también complementan dicha relación son actuar en base a la *lex artis*, prestar atención a la comunicación tanto verbal como no verbal, respetar al paciente y hacerse respetar como profesional, (Rodríguez, 2006) así como estar constantemente actualizado en información médica para poder proporcionar la mejor calidad asistencial posible. (Narro, 2006) Sólo así puede conseguirse cumplir con la garantía de la autonomía del paciente en cuanto a la toma de decisiones. (Rodríguez, 2006)

2. ANÁLISIS ÉTICO. ANÁLISIS DESDE LA AUTONOMÍA Y LA DIGNIDAD

Para este bloque, se ha estimado oportuno escoger del cuaderno “Problemas prácticos del consentimiento informado” de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (2002), dos casos ejemplo de la nula o deficiente aplicación del Consentimiento Informado en el contexto sanitario. Para la realización de su análisis, se usará el modelo mixto, en el que se realizará un análisis del contexto, las partes implicadas en el mismo, los principios de la Bioética que han podido verse afectados y más concretamente, la justificación acerca del por qué tanto la autonomía como la dignidad de los pacientes se han visto vulneradas para finalizar con las conclusiones obtenidas a raíz del análisis.

2.1. Caso 3. “El señor Rodríguez quería información

El Sr. Rodríguez, un profesor de Instituto de 51 años, ha acudido muy asustado a la consulta de la Dra. B, su médico de familia, porque las pastillas que le dio para tratarle su primer episodio de gota aguda le han producido una gran diarrea.

Cuando la Dra. B le explica que este es un “efecto secundario habitual” de estas pastillas, y que además ya lo pone el prospecto del medicamento, el Sr. Rodríguez se enfada porque no le hubiera advertido de esto y le pregunta si no existía otra alternativa de tratamiento.

La Dra. B le dice que sí, aunque en su propia experiencia menos eficaz, y con otros efectos secundarios, como acidez de estómago y posibilidad remota de sangrado digestivo. El Sr. Rodríguez le dice que cómo no le explicó eso, porque él a lo mejor hubiera preferido ese tratamiento.

La Dra. replica que su obligación es tratar a los pacientes de la manera lo más efectiva posible con el poco tiempo de que dispone para cada uno, y que si no le parece bien, que se cambie de médico.

1. Problemática que se expone y partes implicadas

En el caso planteado, se trata de un hombre de mediana edad que al ingerir un medicamento para su tratamiento de gota, sufre como efecto secundario diarrea. Acude a su médico de cabecera quien le responde que es el mejor tratamiento que le ha podido dar dada la gravedad de otros efectos secundarios y motivado además por la falta de tiempo, a lo cual el paciente le responde que podría haberle informado de ello, pero la médico le replica que si estima conveniente se cambie de facultativo.

2. Principios involucrados

Para empezar, hay una carencia tanto de calidad asistencial como de relación médico-paciente en tanto que la profesional no fue capaz de dialogar detenidamente con éste y explicarle los posibles efectos secundarios de las pastillas. La situación expuesta señala una relación basada en una “ética de mínimos” si se entiende que la médico actuó de forma benevolente evitándole al paciente unos efectos adversos más graves, sumando el factor tiempo que jugaba en su contra. No así con una relación basada en una “ética de máximos” por la inexistencia de una comunicación previa y por ende no haber habido participación alguna por el paciente.

Además, su modo de actuar como defiende Myfanwy Morgan resulta ser claramente paternalista por el hecho de que, sin consultar, decidió ella misma recetarle las pastillas que consideró más adecuadas. Con lo cual, denota una falta de confianza -fundamental en la base de la relación médico-paciente- al no respetar ni tener en cuenta a éste. A ello, hay que añadir que quizá el hombre represente el perfil de paciente confía plenamente en la capacidad y conocimiento de su médico de familia; el que “se pone en sus manos”. Consecuentemente, la decisión unilateral de la médico, sumado a la respuesta que le dio son muestra de quiebra de confianza y de incluso traición si el paciente tiene este punto de vista.

Unido a lo anterior, la actitud que muestra la médico, resulta ser ejemplo de práctica de *medicina defensiva*, en tanto en cuanto recurre a la vía rápida suministrando un medicamento por falta de tiempo y el paciente, ante la situación de vulnerabilidad bajo la que se encuentra, confía en el criterio médico. Sin embargo, se desconocen las

circunstancias bajo las que se da tal situación, así como si el paciente mostraba una actitud desafiante y/o agresiva.

Ahora bien, si nos ceñimos a los clásicos principios de bioética, en primer lugar, dadas las circunstancias, podría considerarse que la profesional tomó una decisión basada tanto en el *principio de beneficencia* como en el de *no maleficencia*, en el sentido de que a falta de tiempo y dados los peores efectos secundarios que presentaban otros tratamientos, consideró suministrarle el que menores y leves ocasionaba.

Por lo que respecta a la *autonomía*, y a tenor de la información proporcionada en el caso, se presupone que el paciente siguiendo a Simón Lorda -teóricamente plenamente capaz y competente para entender la información y obrar en consecuencia- no ha recibido información alguna a lo que tratamientos respecta, sino que se le han recetado unas pastillas para su dolencia. Además, añadir que, de éstas, tampoco le informó la profesional sobre los efectos secundarios, por lo que al paciente no se le ha otorgado la oportunidad de decidir si tomárselas pese a saber el efecto que podría darle o bien evitar el malestar gastrointestinal al que podría someterse y decidir por la ingesta de otras pastillas que le pudieran ocasionar acidez de estómago y, remotamente -lo cual da la razón al paciente- un sangrado estomacal.

En este caso, ciñéndonos a lo dispuesto en el artículo 5 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 -pese a tratarse exclusivamente de experimentos médicos- junto al artículo 7 del Convenio de Oviedo, el paciente se habría visto sometido a un tratamiento sin su consentimiento y sin saber de las consecuencias/riesgos-beneficios.

Siguiendo a Kant la voluntad se ha visto vulnerada por no haberle sido otorgada la posibilidad de decidir lo mejor para sí mismo; en este caso, para su salud. No se ha cumplido, tampoco lo que para Atkins supone la libertad de elección o como diría Meyers, la elección personal. Con lo cual, tanto el “principio de no interferencia” como el imperativo ético bajo el que debe trabajar la médico de respetar la autonomía del paciente, se han visto incumplidos.

Volviendo a la profesional, su decisión podría verse amparada por Engelhardt, por en primer lugar, el “principio de autoridad moral” en tanto que poseedora de conocimientos y, en segundo lugar, por el “principio de permiso” bajo el que el paciente, en caso de querer un cambio de tratamiento, debe pedir permiso a la médico para que sea ésta quien determine si acepta o no. En caso contrario, el paciente se convertiría en mandatario al solicitarle a quien tiene conocimiento, lo que más le conviene convirtiendo pues a la médico en una mera gestora/tramitadora de peticiones, restándole importancia y valor en consecuencia, a sus conocimientos y profesión.

Sin embargo, acorde a lo establecido en el artículo 9 de la Declaración de Helsinki, tanto la autodeterminación del paciente como su dignidad e integridad no se han visto respetadas por la decisión unilateral de la profesional, si bien es cierto que ésta optó por garantizar la salud del hombre como cometido ético profesional, ubicado en el artículo 43 de la Constitución Española siendo, además, servidora pública en este caso.

Respecto a la *dignidad*, reconocida tanto en el Preámbulo como artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, como de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, el artículo 9 de la Declaración de Helsinki y los artículos 10.1 y 15 de la Constitución Española, también se ha visto vulnerada por las siguientes razones: la primera, por el daño físico ocasionado, pese a ser de carácter leve pero que resulta en última instancia, incómodo y, debido a la falta de conocimientos médicos, ha generado en segundo lugar, un daño psicológico fruto de una sensación de incertidumbre y vulnerabilidad que podrían haber sido totalmente evitadas en caso de que la profesional hubiera proporcionado la información previamente.

Sumado a lo anterior, dignidad es sinónimo de reconocimiento y respeto; la parte más inherente y razón de ser del ser humano. Tal y como se ha comentado en el trabajo, uno de los papeles del Estado es el de garantizar el respeto y convivencia en base a sus políticas y legislaciones por lo que, la médico como servidora pública ergo figura de representación del Estado a través del ejercicio de su profesión, debe como imperativo ético, garantizar y asegurar la correcta asistencia sanitaria y respeto fundamental hacia la persona a la que atender.

El derecho a la información sanitaria como señala Galende, no ha sido del todo respetado por los siguientes motivos: no se la ha transmitido la información acerca del tratamiento recetado como de otros, ni tan siquiera de las alternativas que pueden ser objeto de valoración como tampoco de los riesgos ni beneficios tanto de las pastillas recetadas como de las otras.

La actitud de menosprecio hacia la voluntad del paciente, así como el modo de dirigirse a éste cuando le insta a cambiar de facultativo si no está satisfecho con la atención recibida, son modos de no respetar como establecen Lenoir y Mathieu el “principio matriz” o Bayertz y Kant como aquello considerése sobrehumano, de valor incalculable.

Si se tienen en cuenta a Beyleveld y Brownsword, la profesional ha actuado violando la dignidad como *facultad* en el momento que el paciente no pudo decidir sobre qué tratamiento podría resultarle más factible, resultando así una práctica que *restringe* la dignidad al ser la médico quien decide por su paciente.

3. Conclusiones del caso

A raíz de lo comentado, se extraen las siguientes conclusiones: en primer lugar, la médico de familia es plenamente conocedora de la patología de su paciente dándole pleno conocimiento de los tratamientos e incluso alternativas médicas a los que puede someterse el hombre. En segundo lugar, sabiendo que el hecho de sufrir una diarrea puede ser más probable que el de un sangrado estomacal -recuérdese que se especifica como remoto- da aún más motivos al paciente para que se queje de ello. El hecho de que la médico pueda llegar a basarse en que, si las posibilidades son remotas, no tiene sentido alguno proporcionar una información que en este caso bajo su criterio no sería suficiente porque resultaría alarmar al paciente innecesariamente, no es motivo de justificación para que, en su defecto, no hubiera advertido de los efectos muy probables que podían provocar las pastillas que le recetó así como de la alternativa de las otras.

Así mismo, incluso la falta de tiempo no exime del desconocimiento sobre qué medicamentos puede recetar sabiendo como se ha mencionado al inicio de este apartado, de la dolencia que sufre el paciente. En tercer lugar, hay un factor que juega en contra de éste y es el de no haber leído el prospecto de las pastillas. Ello podría resultar ser un pleno ejercicio de autonomía si, tras la lectura de los efectos secundarios, decide o no

ingerirlas, a pesar de que el léxico médico puede resultar confuso e incluso tratarse de un paciente que sea aprensivo ante las enfermedades y prefiera que su médico de familia en la que confía, le resuelva toda duda y le tranquilice.

Con todo, una relación médico-paciente basada en el diálogo y la confianza resulta ser la mejor aliada para hacerle frente a una patología independientemente de su gravedad. El miedo causado por la situación de vulnerabilidad sólo puede verse disminuido si el paciente percibe que el profesional denota interés y muestra una actitud abierta y de escucha. Cada persona tiene modos distintos de percibir y vivir una dolencia. Incluso, aun tratándose de la misma, puede no ser vivida igual por encontrarse la persona en un momento de su vida que le haga más susceptible o sensible a los hechos generándole en consecuencia, más malestar.

2.2. Caso 11. “¡Y salí corriendo!”

Como hacía dos días que me dolía una muela y me parecía que me la tenían que quitar fui directamente a mi odontólogo de cupo para que me la sacase. Una amable enfermera, cuando en la puerta le dije que venía a que me quitasen una muela, se volvió, entró en la consulta y salió con este papel en la mano. Me dijo “léalo y téngalo firmado cuando pase”. Así que me senté en la sala de espera, lo leí...

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION SIMPLE

Don/Doña:

(Nombre y dos apellidos del paciente)

De Años de edad, y D.N.I. N.ª

Con domicilio en:

DECLARO

Que El/La Doctor/a:

(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información) me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la

EXTRACCION DEL DIENTE/MOLAR

En consecuencia, comprendo que no mantendré ese diente/molar y, que, únicamente, podrá ser sustituido por una prótesis.

- 1. - El propósito de la intervención es la extracción del diente/molar, ya que, aunque podría recurrir a técnicas conservadoras como la periodoncia o la endodoncia, las descarto por el estado que presenta, y que hace imposible su conservación.*
- 2. - La intervención puede precisar de anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.*
- 3. - La intervención consiste en la aplicación de un fórceps a la corona, practicando la luxación con movimientos de lateralidad, de manera que pueda desprenderse fácilmente del alvéolo donde está insertada.*

4. - Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente/molar que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, que exigiría, para cohibirla, la colocación en el alveolo de una torunda de algodón seca. También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique interrrenal o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará con la extracción.

5. - El/la odontólogo/a/ estomatólogo/a me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones como:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO en que se me EXTRAIGA LA PIEZA
DENTAL.

En (LUGAR): A fecha de:

Fdo.: El/la odontólogo/a/estomatólogo/a

Fdo.: El Paciente.

¡ Y me fui corriendo antes de que la diligente enfermera volviera a salir a llamarme!.

1. Problemática que se expone y partes implicadas

En el caso aquí expuesto, se trata de un hombre que acude a su odontólogo con el objetivo de que le extraigan una muela de la que tiene molestias. Nada más entrar, una enfermera le da un papel que debe leer. Resulta ser un consentimiento informado en el que se expone que el paciente descarta, de entrada, cualquier otra intervención que no sea la extracción y que por ello acepta precisar de anestesia local. En segundo lugar, aparecen una serie de puntos que tratan de las posibles complicaciones que puede haber durante la extracción -las cuales también consiente- como que las patologías que pueda presentar pueden afectar al transcurso de la intervención, finalizando con que toda la información ha sido recibida de forma clara y comprensible por parte del facultativo y que, por ello, el paciente firma el documento y permite que se le realice la intervención.

2. Principios involucrados

Si bien la enfermera hizo bien en proporcionarle un Consentimiento Informado por escrito puesto que es la vía a tomar cuando va a realizarse una intervención un tanto invasiva, en este caso, resulta evidente que desde el principio, la concatenación de actos además del modelo de CI son erróneos. Podría decirse que tanto los principios de *beneficencia* como de *no maleficencia* están presentes al hacer el intento de otorgar un CI previo a una intervención y en el que además, se exponen los motivos que justifican el otorgamiento del documento como las complicaciones que pueden surgir y la aceptación de ello. Ahora bien, la enfermera, basándose tan solo en la intención del paciente de extraerse la muela, le hace entrega directamente de un documento que, pese a no tener una terminología clínica de difícil comprensión -al menos para este paciente en concreto- hace patente la excesiva información y, sin saber siquiera si realmente requiere del tratamiento propuesto en el documento, se le hace entrega de éste.

Centrándonos en el *principio de autonomía* el paciente, como en el caso anteriormente mencionado, demuestra ser -según la diferenciación de Lorda- plenamente capaz y competente para poder leer el documento, entender y comprender toda la información la cual, debido a su exceso y deficiente calidad, hace que éste opte por salir de la consulta sin esperar a que la enfermera salga a recoger el CI firmado.

No obstante, aun siendo el CI ejemplo clave de la autonomía de la persona, le ha sido negada la posibilidad de poder recibir una información clara, suficiente, veraz y adecuada como señalan Lorda, Iltis, Ortiz y Burdiles y Galende incluyendo los riesgos-beneficios reales. Por la simple razón de que, de entrada, ni el odontólogo ha recibido al hombre.

Al igual que con el caso anterior, el derecho a la información sanitaria defendida por Galende, ha sido muy pobre ya que, aun habiendo sido informado en un documento acerca de la intervención quirúrgica y sus posibles complicaciones, ésta ha sido, cuanto menos, deplorable sumado al hecho de no haberle atendido antes de proporcionarle tal documento. Incluso las complicaciones que resultan ser posibilidades remotas, y sin saber si el paciente presenta alguna de las patologías listadas en el punto 5, son añadidas en el documento sin más.

Al hilo de lo acabado de comentar en este último párrafo, otros puntos del CI explicitan que el odontólogo le ha transmitido toda la información previamente -un hecho totalmente inexistente- y que acepta el procedimiento a seguir, lo que resulta ser otro ejemplo de *medicina defensiva* al proporcionar el documento esperando a que sea firmado para que en caso de cualquier consecuencia fallida, como el paciente ha consentido previamente, el profesional no tiene ninguna repercusión legal posterior.

Sin embargo, asociando este hecho con el “principio de autoridad moral” de Engelhardt, tal documento ampararía y justificaría las acciones previstas, ya que el odontólogo en este caso es quien posee los conocimientos debiéndolo asumir el paciente. Sirva como ejemplo la cita donde aparece lo siguiente “*en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará con la extracción.*”

Por todo ello, y para finalizar con el principio de autonomía, ni la voluntad para Kant como la libertad de elección de Atkins o elección personal de Meyers, se han visto totalmente satisfechas en tanto que éstas se han ejercido pero de una forma sesgada; es decir, el paciente ha tomado la elección libre de abandonar la consulta del odontólogo pero no porque tras recibir detalladamente la información de su afección y tratamientos más adecuados, ha optado por negarse, sino porque el contenido del CI presenta algunos errores como son el de no incluir en qué consiste la extracción y las razones expresas que conducen a ello, como tampoco las verdaderas complicaciones y/o efectos

secundarios que pueden derivarse tanto de la intervención como de la anestesia y qué métodos de recuperación pueden haber.

Por lo que a la **dignidad** respecta, en este caso también se ve vulnerada porque el CI, resulta ser un ataque a su persona por en primer lugar, haberlo recibido sin ser visitado por su odontólogo como en segundo lugar, encontrarse sumido en una situación de vulnerabilidad y miedo a raíz de la lectura de toda la información que describía supuestos remotos como “*desprenderse fácilmente del alvéolo*”; “*pueda producir un proceso infeccioso*”; “*rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique interradial o de la tuberosidad.*”

La consecuencia a esto resulta ser el no cumplimiento del Preámbulo y artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos como tampoco dichos puntos de la Carta Europea de los Derechos Fundamentales, en los que se señala en sendos documentos, que la dignidad no puede verse vulnerada por ser intrínseca e inviolable, el artículo 5 del Convenio de Oviedo en el que se indica expresamente el cumplimiento de recibir información adecuada incluyendo riesgos y beneficios, así como los artículos 10.1 y 15 de la Constitución Española relativos a la dignidad y a la integridad física y moral respectivamente.

No menos importante resulta ser la ley por excelencia 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 la cual dentro de su articulado, reserva algunos artículos dirigidos al CI como al respeto a la autonomía y dignidad -no cumplidos- como el artículo 3 destinado al CI como la manifestación libre y voluntaria del paciente tras recibir la información y que, de hecho, el punto número 5 del modelo facilitado del caso así lo recoge. Así mismo, tal y como estipula el artículo 8.1 acerca de la voluntariedad y libertad de la persona, en este caso ni tan siquiera ha tenido lugar por haber decidido el paciente huir de la sala.

Para finalizar, como dignidad y respeto van íntimamente ligados, éste último se ha visto violentado por la no recepción ni atención previas del odontólogo, sino que simplemente se le ha solicitado a leerse y firmar un documento a leer. Quizá pueda deberse a un error de base de la enfermera al dar por seguro que el paciente acudía para

que le fuera extraída una muela, pero aun así, no resulta ser la mejor atención, siendo omitido el imperativo ético de garantizar y asegurar la asistencia sanitaria de calidad.

3. Conclusiones del caso

Las conclusiones que se extraen de este caso son que desde el primer momento, la sucesión de los hechos no se ha realizado correctamente porque la enfermera, aceptando la petición del paciente de extraerse una muela, no preguntó acerca de su dolencia ni tan siquiera informó al odontólogo por ello, sino que, optó directamente por entregarle un CI sin más. Otro factor es el de un modelo de CI de base, muy general, mal confeccionado y mal redactado dando como resultado la decisión del paciente de marchar del lugar perdiendo la ocasión de ser debidamente atendido por el profesional.

Por todo lo comentado y haciendo especial alusión al CI, éste no puede ser usado como método para que cualquier persona, tras haber realizado una lectura del contenido, firme y acepte con todas las consecuencias, sin más, usado de parapeto legal para los profesionales todo y contemplándose la posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento como menciona el punto 5 *“[...] en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.”* Pero, póngase por caso que, una vez iniciada la intervención, el paciente decide interrumpirla. ¿Qué opciones hay entonces? O bien se decide proceder porque no sería tolerable dejar una intervención quirúrgica a medio hacer con los entonces potenciales riesgos que podría conllevar, o interrumpirla.

Si se optara por la primera opción, la autonomía y dignidad se verían respetadas, no obstante lo cual tendría unas malas consecuencias físicas que requerían, expresamente de unas curas quizá más molestas vulnerando así su dignidad. En relación con el segundo supuesto, tanto autonomía como dignidad se verían vulneradas por la decisión médica del odontólogo de continuar con la intervención con el propósito de evitar la realización de una herida que no tuviera después un control asociado a unos males mayores.

Por último, los presupuestos tales como “sé”, “he comprendido”, “estoy satisfecho”, “comprendo”, “las descarto”, no resultan ser los mejores aliados para el paciente, debido a que, bajo estas expresiones, lo que prestan son plenas garantías al profesional, pero ninguna al paciente. Presuponen de antemano, sin haber tan siquiera dado la opción a mantener un diálogo, a que el paciente aceptará lo que aparezca redactado en el documento, el cual cuando queda por escrito y firmado, se convierte en un tipo de aceptación a lo que suceda. La posibilidad de revocación pues, no siempre puede resultar fructífera -y es un elemento a tener en cuenta- porque como cabe esperar, los procedimientos quirúrgicos no pueden dejarse a medio realizar; motivo por el cual el paciente no ve satisfecha su voluntad y al profesional se le otorga plena libertad.

4. Modelo de Consentimiento Informado

En la página siguiente, se expone un modelo de CI para la extracción de un molar en el que se usa un lenguaje más sencillo y acorde a la patología que presenta el paciente. Para la elaboración del mismo, se han tomado como referencia dos modelos obtenidos de la página web del Colegio Oficial de Dentistas de Almería, siendo más concretamente “Consentimiento para la extracción de dientes incluidos” y “Consentimiento para la extracción dental”. (Colegio Oficial de Dentistas de Almería, 2023)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXTRACCIÓN DE MOLAR

Yo, D/Dña. como paciente de
D./Dña. con número de
colegiado/a del Colegio Oficial de Odontólogos
de

EXPONGO

1. Que, en virtud de los artículos 2.1, 2.2, 3, 8.1 y 8.2 de 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* en base al respeto hacia mi persona, se me ha informado de la patología y de las opciones médico quirúrgicas más adecuadas a ésta.
2. Que la dolencia que presento, dolor en un molar, requiere de su extracción por la posible afectación a las piezas de alrededor, por lo que se estima más conveniente, la extracción de ésta, aunque no por ello queda exenta de posibles complicaciones más recurrentes que se citan en el punto siguiente.
3. Que el/la odontólogo/a me ha informado de las complicaciones más comunes asociadas a la intervención tales como sangrado posterior, pérdida de sensibilidad temporal o permanente en la zona afectada y alrededores, hinchazón, dolor, alergias a la anestesia o a cualquier otro producto usado para la intervención y sus curas.
4. Que, en caso de complicaciones, hay medios de curación, aunque el periodo que transcurra hasta la completa recuperación dependerá del grado de afectación y características personales.
5. Que el lenguaje empleado para la proporción de la información ha sido claro y sencillo permitiéndome plantear todas las dudas acerca de la patología y tratamientos.
6. Que se me ha ofrecido la opción de no aceptar dicha intervención, sin perjuicio por ello aun siendo consciente de las consecuencias de no someterme a ésta.

Por todo lo anteriormente expuesto, ACEPTO y CONSIENTO se me realice la extracción del molar.

En, a de de 2023.

FDO.: Odontólogo/a

FDO.: El/la paciente o su representante legal

* El facultativo/a, en su pleno uso de conocimientos, realiza la intervención que estime más conveniente previa información y consentimiento del paciente, sin menoscabo de aceptar su responsabilidad en caso de posibles complicaciones.

3. CONCLUSIONES

El derecho a la salud y a recibir asistencia sanitaria de calidad, está reconocido como derecho universal para la ciudadanía y constituye un mandato de las Administraciones de proporcionarlo pese a no cumplirse como se sabe, en algunos lugares del mundo e incluso en nuestro territorio.

A lo largo de la elaboración de este Trabajo de Fin de Máster, se ha podido vislumbrar la dificultad que entraña lograr el equilibrio del cumplimiento de los derechos del paciente y los deberes del profesional, sin que haya una confrontación entre los mismos en la práctica sanitaria. Y precisamente es lo que la bioética, como campo de estudio interdisciplinar de todas las controversias sociales resultado de la posible vulneración de derechos, tiene por delante la valoración de la misma. En este caso, del Consentimiento Informado, resultado de uno de los textos más mundialmente reconocidos como es el Código de Nüremberg, que sirvió a su vez, de precedente de la posterior Declaración Universal de Derechos Humanos.

Como se ha podido ver a grandes rasgos, capacidad y competencia son dos elementos que, si bien tienen definiciones distintas, no dejan de ser elementales a la hora de poner en práctica el Consentimiento Informado. Esto es, se requiere que la persona sea capaz -que logre entender- y competente -que logre hacer- y para ello se valen muchos profesionales a través de test neuropsicológicos, protocolos específicos y generales para evaluar la capacidad y el más conocido aquí en España como es el Documento Sitges. Todos, con el espíritu de guiarles a ejecutar su práctica lo más adecuada y ajustada posible respetando siempre los derechos de los pacientes cuando se consideran vulnerables por sus características psicológicas que les impidan poder discernir correctamente y requieran del apoyo de terceras personas.

No menos importante si cabe, son tanto los cuatro principios de bioética como las varias consideraciones y definiciones que han tenido el concepto de autonomía como dignidad a lo largo de los siglos por parte de autores que han pasado a la historia y que hoy día siguen vigentes, como es el caso de Aristóteles en la Antigua Grecia, Tomás de Aquino en la Edad Media, Kant y Rosseau en la Época Moderna y Rawls y Engelhardt en el

siglo XX. Curiosamente, todo y la diferencia de modos de ver y comprender al ser humano, coinciden en un punto y es el de reconocer la importancia que tiene la persona como ser o entre con un valor intrínseco, incalculable y difícil de definir como es la dignidad, sin olvidar además su independencia, autonomía y libertad.

Al hilo de lo anteriormente comentado y que guarda estrecha relación con el tema central, el Consentimiento Informado, partió con la idea de servir de instrumento que reconociera la plena autonomía y dignidad de la persona en cuanto a su salud, permitiéndole tomar las decisiones lo más adecuadas y acordes posible de forma libre y voluntaria tras recibir la información de la patología por parte del facultativo, bajo el paraguas del respeto, trato adecuado y personalizado.

Si bien no es una práctica totalmente extendida y realizada por los facultativos, el quid de la cuestión reside empero, en el momento en el que se hace un mal uso del mismo, usado como un papel de “firme usted aquí” mediante el que se responsabilice al paciente de toda mala consecuencia eximiendo al profesional por ello. Tampoco debe permitirse que sea visto y considerado como un mero trámite administrativo, como tampoco ser usado como herramienta, antesala y/o autorización a realizar cualquier intervención, sin recibir la atención adecuada ni ceñirse a las características personales del paciente; es decir, sin ser un trato individual y personalizado y la información se base en una consecución de terminología médica que dificulte la comprensión de la misma. Ello resulta ser un craso error y una falta de respeto. Precisa pues, de un diálogo previo basado en información clara, veraz, suficiente y comprensible.

Estimo pues, que tanto el concepto como la formulación del Consentimiento Informado tal y como se entiende hoy día, están mal planteados. Se debe ser consciente de que, tras la firma hay una persona con nombre y apellidos, motivo por el cual no puede tolerarse verla y tratarla como una dolencia y tratamiento. El hecho de que ésta acepte unas consecuencias negativas ante una intervención o medicación, no es significativo de despreocupación y desprotección por parte de ésta. Incluso, los daños que puedan ocasionarse no se solventan con una indemnización, sino que, en la medida de lo posible, deben evitarse o, al menos, informarse de éstos previo diálogo y consenso.

Consecuentemente, la responsabilidad en este documento debe ser compartida siendo, por una parte, la del paciente de aceptar y asumir para posteriormente consentir los efectos y/o complicaciones que puedan derivarse tanto de si acepta someterse a tratamiento como no, y, por otra, la del profesional en el momento en el que también acepta, asume y consiente, la causación de complicaciones a raíz de la intervención porque ¿Quién realiza tal intervención? El profesional, ergo las complicaciones no tendrían lugar si la intervención no se ejecutara.

Tal práctica pues, necesita urgentemente de una revisión pero sobretodo, y más importante, de una educación a nivel profesional y social. En el primer caso, hay una carencia ingente de conocimientos éticos y deontológicos que respalden la buena práctica profesional y defensa de los derechos humanos. Con especial interés de los derechos del paciente en el ámbito sanitario. Pero no es culpa de los profesionales, sino de cómo está planteada la visión de las profesiones sanitarias por no estar adaptadas acorde a los cambios sociales ni estar focalizadas en las personas, sino solamente en las patologías, diagnósticos y tratamientos.

En el segundo caso, la ciudadanía generalmente, posee escasos o nulos conocimientos médicos, lo que les lleva a confiar en el profesional, quien debe ser consciente de ello e intentar poner sus esfuerzos en que la persona que tiene enfrente pueda ser partícipe de su salud. Afortunadamente, la mayoría de profesionales se involucran con el paciente y persiguen lograr su máximo bienestar, actuando pues, con una verdadera actitud de vocación. Sin embargo, la pregunta es ¿Se logrará algún día formalizar Consentimientos Informados en los que se valoren potencial y realmente los intereses de la persona? Se desconoce. Pero, mientras tanto puede empezarse a trabajar en el replanteamiento del sentido y valor del tal documento para usarlo con el fin con el que surgió: respetar la autonomía y dignidad del paciente.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albertí, E. y González Beilfuss, M. (2014). *Leyes políticas del Estado*. Pamplona: Civitas. Biblioteca de Legislación.
- Andorno, R. (2011). Dignidad humana. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo II i-z* (pp. 658-663). Comares
- Andorno, R. (2012). Los principios de la bioética. En R. Andorno, *Bioética y dignidad de la persona* (32-49). Tecnos
- Andorno, R. (2019). La dignidad humana como principio biojurídico y como estándar moral de la relación médico-paciente. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 195(792), 1-10.
<https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2316/3342>
- Aparisi, A. (2022). La fundamentación de los derechos. Declaraciones internacionales. *Aspectos antropológicos Tema 8* (1-35). Máster Interuniversitario de Bioética y Bioderecho ULL-ULPGC
- Ara Callizo, J.R. (2011). Principio de no maleficencia. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo II i-z* (pp. 1176-1178). Comares
- Arruego Rodríguez, G. (2011). Derecho a la integridad física y moral. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo I a-h* (pp. 551-560). Comares
- Asociación de Derecho Sanitario de la Comunidad Valenciana (30 de enero de 2019). ABC: Medicina Defensiva. <https://adscv.com/2019/01/30/medicina-defensiva/>
- Atkins, K. (2006). Autonomy and autonomy competencies: a practical and relational approach. *Nursing Philosophy*, 7(4), 205-215. <https://onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbtk.ull.es/doi/epdf/10.1111/j.1466-769X.2006.00266.x>

- Bátiz, J., & Loncán, P. (2006). Problemas éticos al final de la vida. *Gaceta Médica de Bilbao*, 103(2), 41-45.
<https://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/420>
- Beltrán Aguirre, J.L. (2011). Asistencia sanitaria. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo I a-h* (pp. 98-106). Comares
- Boladeras Cucurella, M. (2011). Principio de autonomía. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo I a-h* (pp. 107-113). Comares
- Cabrales-Vega, R.A., Calvachi-Jiménez, J.V., Foronda-Castro, J.E, Giraldo-Pinto, D.L., Jojoa-Saa, J.A., Mendoza-Ortiz, V.P., Ugarte-Julio, L.A., & Martínez, J.W. (2012). ¿Quién se informa con el consentimiento informado? *Revista de Salud Pública*, 14(3), 502-511. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n3/v14n3a13.pdf>
- Castaño de Restrepo, M.P. (2011). Consentimiento. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo I a-h* (pp. 449-462). Comares
- Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. (BOE, 23 de julio de 1999). <https://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf>
- Consentimiento Informado para la extracción dental. Colegio Oficial de Dentistas de Almería. (2023). https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.codeal.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F10%2FCONSENTIMIENTO-PARA-LA-EXTRACCION-DENTAL.doc%3F_g1%3D1*1tc4wgv*_ga*NTg2MDQxNzg2LjE2Nzg0NDQ4NDM.*_up*MQ..&wdOrigin=BROWSELINK

- Consentimiento Informado para la extracción de dientes incluidos. Colegio Oficial de Dentistas de Almería. (2023). https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.codeal.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F10%2FCONSENTIMIENTO-INFORMADO-PARA-LA-EXTRACCION-DE-DIENTES-INCLUIDOS.doc%3F_gl%3D1*9iorbm*_ga*NTg2MDQxNzg2LjE2Nzg0NDQ4NDM.*_up*MQ..&wdOrigin=BRO
- Chueca Rodríguez, R. (2011). Constitucionalismo y Bioderecho. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo I a-h* (pp. 462-474). Comares
- Declaración de Helsinki de la AMM-Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Asociación Médica Mundial (2007). <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2005) https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
- De Sola Llera, C. (2011). Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo I a-h* (pp. 484-490). Comares
- Diario Oficial de las Comunidades Europeas (2000). Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf
- Fuertes Rodrigo, C., Pérez Álvarez, C., Babiano Castellano, B., Galbe Sánchez-Ventura, J. (2012). Consentimiento informado: algo más que una firma. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 14(56), 331-334. https://pap.es/files/1116-1553-pdf/pap56_08.pdf

- Galende Domínguez, I. (2011). Derecho a la información sanitaria. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo I a-h* (pp. 544-551). Comares
- Garrafa, V. (2011). Principio de justicia. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo II i-z* (pp. 1025-1035). Comares
- Gómez Sánchez, Y. (2011). Derecho a no saber. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo I a-h* (pp. 593-600). Comares
- González De Cancino, E. (2011). Persona. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo II i-z* (pp. 1253-1262). Comares
- González R. Arnaiz, G. (2006). Bioética: ¿Se puede hablar de una ética profesional sanitaria? *ÁGORA*, 25(1), 135-165
<https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/1305/06.Gonzalez.pdf?sequence=1>
- González Rodríguez Arnaiz, G. (2011). Principio de beneficencia. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo I a-h* (pp. 121-128). Comares
- Guerra Vaquero, A.Y. (2016). El paciente como sujeto de derechos. La autonomía de la voluntad como fundamento del consentimiento informado y de las instrucciones previas. *Bajo Palabra. Revista de Filosofía*, (12), 153-162
<https://revistas.uam.es/bajopalabra/issue/view/634/328>
- Gracia Guillén, D. (2011). Bioética. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo I a-h* (pp.209-226). Comares
- Gracia, D. (2011). El consentimiento se hace informado: 1945-1972. En D. Gracia, *Fundamentos de Bioética* (pp.165-173). Triacastela
- Gracia, D. (2011). El principio de autonomía. En D. Gracia, *Fundamentos de Bioética* (pp.182-1187). Triacastela

- Herazo, E. (2011). Aspectos bioéticos de la evaluación de la capacidad mental en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 152-163. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80619286013.pdf>
- Iltis, A. (2006). Lay concepts in informed consent to biomedical research: the capacity to understand and appreciate risk. *Bioethics*, 20(4), 180-190. https://www.academia.edu/25451272/Lay_Concepts_in_Informed_Consent_to_Biomedical_Research_The_Capacity_to_Understand_and_Appreciate_Risk
- La Declaración Universal de Derechos Humanos. Naciones Unidas (s.f.). https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986). <https://boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- 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. (BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002). <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- López de la Vieja, M.^a T. (2011). Ser humano. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo II i-z* (pp.1522-1528). Comares
- Moye, J., Guerrero, R.J., Karel, M.J., Edelstein, B. & O'Connell, C. (2006). Empirical advances in the assessment of the capacity to consent to medical treatment: Clinical implications and research needs. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 1054-1077. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0272735805000917?token=5C185FC9CF9EEDF7ED81FA9E2D39D5A9B68A97C40FEB9AD6B198C1FAE5E3F7AB70D41F36CB4A45A254D2FF70801E15D3&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230316114200>
- Narro Robles, J. (2006). Las consecuencias del acceso: ¿Medicina defensiva o medicina asertiva? *CONAMED*, 11(7), 32-34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4050171>

- Ortega-González, M., Méndez-Rodríguez, J.M., & López-López, F.H. (2009). Medicina defensiva en las instrucciones de salud. *CONAMED*, 14(1), 4-9. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2009/con091b.pdf>
- Ortiz A., Burdiles, P. (2010). Consentimiento Informado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(4), 644-652. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864010705824>
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado (2023). https://www.ohchr.org/sites/default/files/ccpr_SP.pdf
- Pemán Gavín, J. (2011). Derecho a la protección de la salud. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo I a-h* (pp. 577-583). Comares
- Ramos, S. (2021). Módulo 4: Los derechos de la persona enferma. En “Curso Introducción a la Bioética en la Práctica Clínica (9ª Edición)” <https://www.aulaoncologia.org/course/view.php?id=577§ion=6#tabs-tree-start>
- Robert, S., Reculé, J.I., & Prato, J.A. (2016). Evaluación de la capacidad del paciente para emitir un consentimiento válido: ¿es posible la estandarización? *Revista Médica de Chile*, 144 (10), 1336-1342. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n10/art14.pdf>
- Rodríguez Almada, H. (2006). De la medicina defensiva a la medicina asertiva. *Revista Médica del Uruguay*, 22(3), 167-168. <https://www.rmu.org.uy/revista/2006v3/art1.pdf>
- Seijas Villadangos, E. (1997). La dignidad de la persona como fundamento del Ordenamiento Constitucional español. *Revista de las Cortes Generales*, 42, 341-347. <https://revista.cortesgenerales.es/rcg/article/view/1045/314>
- Simón Lorda, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(102), 325-348. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n2/v28n2a06.pdf>

- Simón Lorda, P. (2002). Casos prácticos. En M.A. Broggi, *Problemas prácticos del consentimiento informado* (135-147)
<https://www.fundaciogrifols.org/documents/4438882/4449015/cuaderno5.pdf/3a34abc2-5da3-4443-bdf9-79866b563e46?t=1420643097000>
- Simón Lorda, P. (2002). El consentimiento informado: abriendo nuevas brechas. En M.A. Broggi, *Problemas prácticos del consentimiento informado* (11-63)
<https://www.fundaciogrifols.org/documents/4438882/4449015/cuaderno5.pdf/3a34abc2-5da3-4443-bdf9-79866b563e46?t=1420643097000>
- Simón, P. (2006). Diez mitos en torno al consentimiento informado. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(6), 29-40.
<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original3.pdf>
- Simón Lorda, P. (2011). Rechazo del tratamiento. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo II i-z* (pp. 1356-1364). Comares
- Sturman, E.D. (2005). The capacity to consent to treatment and research: A review of standardized assessment tools. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 954-974.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0272735805000498?token=471C0EC612F2E432CDC7357B6450524EB16758AEE7CFC9CC1D7CF97762106B695177E99A641F3B01522318C053FC4F59&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230224141120>
- Tamayo, C. (2003, noviembre). Medicina asertiva. En Tamayo, C. *La Comunicación Humana y el Derecho Sanitario* [Simposio] Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Ciudad de México.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2003/con034d.pdf>
- Urruela Mora, A., Nicolás Jiménez, P., & Romeo Malanda, S. (2022). Lección 22. Investigaciones que implican procedimientos invasivos en seres humanos. En C.M. Romeo Casabona (dir.), P. Nicolás Jiménez, S. Romeo Malanda (coord.), *Manual de Bioderecho (adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas)* (pp.575-601) Dykinson <https://aegh.org/wp-content/uploads/2022/07/Manual-de-bioderecho.pdf>

Valls, R. (2015). El concepto de dignidad humana. *Revista de Bioética y Derecho*, (número extra, recopilatorio especial), 278-285.
<https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/14719/17894>

Vélez Puyada, J. (2011). Paternalismo. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo II i-z* (pp. 1233-1236). Comares