



REVISTA

BIOÉTICA

LATINOAMERICANA

Publicación de La Universidad de los Andes - Venezuela

Vol. 29, Número 2, 2024. ISSN: 2244-7482



MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MÉRIDA VENEZUELA



Revista de Bioética Latinoamericana / 2024 / volumen 29 (número 2)

ISSN: 2244-7482

Rev Bioet Latinoam 2024; vol 29 (2)

**LA REVISTA DE BIOETICA LATINOAMERICANA POSEE
ACREDITACIÓN DEL CONSEJO DE DESARROLLO CIENTÍFICO,
HUMANÍSTICO, TECNOLÓGICO Y DE LAS ARTES (CDCHTA-ULA).**

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES-VENEZUELA.



Revista de Bioética Latinoamericana / 2024 / volumen 29 (número 2)

ISSN: 2244-7482

Rev Bioet Latinoam 2024; vol 29 (2)

LA **REVISTA DE BIOÉTICA LATINOAMERICANA**, ASEGURA QUE LOS EDITORES, AUTORES Y ÁRBITROS CUMPLEN CON LAS NORMAS ÉTICAS INTERNACIONALES DURANTE EL PROCESO DE ARBITRAJE Y PUBLICACIÓN. DEL MISMO MODO APLICA LOS PRINCIPIOS ESTABLECIDOS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN PUBLICACIONES CIENTÍFICAS (COPE).

IGUALMENTE, TODOS LOS TRABAJOS ESTÁN SOMETIDOS A UN PROCESO DE ARBITRAJE Y DE VERIFICACIÓN POR PLAGIO.



Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una **Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional**.

Por lo que el envío, procesamiento y publicación de artículos en la revista es totalmente gratuito.





Editorial

Bioética y Familia: Un Imperativo para el Futuro

En el umbral del siglo XXI, la bioética se erige como una brújula moral indispensable en medio de los desafíos complejos que enfrenta nuestra sociedad. En la **Revista de Bioética Latinoamericana**, queremos destacar la relevancia de la bioética en la necesidad imperante de rescatar y fortalecer la familia, valorar el papel de la mujer en la sociedad y entender la trascendencia de la familia para el futuro de la humanidad. Además, no podemos dejar de un lado el peligro que representa la legalización de las drogas y el riesgo de trivializar sus efectos colaterales, recordando que la epidemia de las drogas es una de las mayores amenazas de nuestro tiempo.

La familia es la institución fundamental sobre la que se construyen nuestras comunidades. En América Latina, el 40% de los niños crecen en hogares monoparentales, principalmente encabezados por mujeres, lo que subraya la importancia de políticas que fortalezcan la unidad y el apoyo familiar. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), los hogares con ambos padres presentes tienen un 50% menos de probabilidad de vivir en pobreza extrema. La bioética nos insta a reconocer y apoyar la estructura familiar como un pilar esencial para el desarrollo humano sostenible y la cohesión social. Es hora de celebrar la familia y dar acuse de recibo a las madres y padres que se levantan cada día con el postulado de hacer avanzar la vida por medio de la familia.

Las mujeres son el corazón de la familia y de la sociedad. En América Latina, las mujeres representan el 53% de la población económicamente activa, pero aún enfrentan desigualdades significativas en términos de salarios y oportunidades laborales. Estudios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) muestran que cerrar la brecha de género en el mercado laboral podría aumentar el PIB de la región en un 34%. La bioética exige que valoremos y promovamos el papel de la mujer, no solo como cuidadoras y educadoras dentro de la familia, sino también como líderes y agentes de cambio en todos los sectores de la sociedad.

En este número de la **Revista Latinoamericana de Bioética**, exploramos cómo la bioética puede guiar nuestras acciones hacia un futuro más justo y humano. Los excelentes autores exploran varios temas como el caso de Camilo Andrés Vargas Machado y Julie Armenta Calderón sobre la violencia obstétrica; por su parte Andreina White, Julie Verzura, Mariana White, Carol Rodríguez,



Revista de Bioética Latinoamericana / 2024 / volumen 29 (número 2)

ISSN: 2244-7482

Rev Bioet Latinoam 2024; vol 29 (2)

Verónica Dudamell, Mercedes White, Andrea García, Natalia Rosal, Valeria Rizzo, Gibely Uribe y Milaidi García nos exponen la incidencia de predisposición genética al gluten; en otro artículo de exponen los resultados en la visión de los profesionales de la salud sobre la muerte médicamente asistida realizado por Norma Alicia Ordóñez Vázquez y Gustavo Ortiz Millán; por último el profesor Juan Carlos Araujo-Cuauro explora profundamente el consentimiento válidamente informado en la relación médico-paciente. Invitamos a nuestros lectores a reflexionar sobre estos desafíos y a trabajar juntos para construir una sociedad donde la dignidad humana y el bienestar común sean nuestras máximas prioridades.

Invitamos a todos los lectores, docentes, investigadores y pensadores en el campo de la Ética, Bioética y Derechos Humanos a participar en el próximo volumen de la revista con sus artículos, revisiones, ensayos, reporte de caso o reseñas de libros.

Con esperanza y determinación,

Dr. Jose Luis Martinez

Editor en Jefe

Revista Latinoamericana de Bioética.



IMPLEMENTANDO PRINCIPIOS DE AUTONOMÍA PARA COMBATIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

IMPLEMENTING PRINCIPLES OF AUTONOMY TO COMBAT OBSTETRIC VIOLENCE

Camilo Andrés Vargas Machado¹, Julie Armenta Calderón²

Resumen

El presente artículo examina la violencia obstétrica, enfatizando su impacto en la autonomía y dignidad de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto, y cómo su infracción representa una violación a los Derechos Humanos afectando la integridad física y emocional. Utilizando una metodología cualitativa, bajo un enfoque analítico descriptivo, el estudio investiga las dimensiones tanto legales como bioéticas de la autonomía y sus aplicaciones prácticas en medicina obstétrica, revelando una desconexión entre la legislación y la práctica médica. Asimismo, se brinda un análisis frente a la falta de educación en consentimiento informado y autonomía del paciente, y cómo se perpetúa esta violencia. Se propone una integración más efectiva de la bioética y los Derechos Humanos en la formación médica para mejorar el respeto por la autonomía de las pacientes y minimizar incidentes de violencia obstétrica. El estudio lleva a cabo un análisis frente a las decisiones emitidas por parte del Consejo de Estado de Colombia en materia de violencia obstétrica, dando cuenta de aquella necesidad con la cual se debe asegurar que los derechos de las mujeres sean respetados, cerrando la brecha entre teoría y práctica; con el fin de garantizar el cumplimiento efectivo de los principios de autonomía.

Palabras clave: Principio de autonomía, Consejo de Estado, violencia obstétrica, bioética, consentimiento informado.

Abstract

This article examines obstetric violence, emphasizing its impact on women's autonomy and dignity during pregnancy, childbirth and postpartum, and how its infringement represents a violation of human rights affecting physical and emotional integrity. Using a qualitative methodology, under a descriptive analytical approach, the study investigates both the legal and ethical dimensions of autonomy and its practical

¹ Profesor tiempo completo e investigador de la Universidad Cooperativa de Colombia, miembro del Grupo de Investigación UCCIDERGRUP. Doctorando en Bioética por la UMNG; Magister en Ciencia Política y Magister en Ciencia Política, Paz e Integración de los Pueblos. Universidad Cooperativa de Colombia. camilo.vargasma@campusucc.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0993-358X>

² Miembro del Grupo de Investigación UCCIDERGRUP. Abogada Máster en Derecho Ambiental-Especialista en Responsabilidad Civil y del Estado-Especialista en Gestión Pública. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta. julie.armenta@campusucc.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2561-2364?lang=es>

applications in obstetric medicine, revealing a disconnect between legislation and medical practice. It also provides an analysis of the lack of education on informed consent and patient autonomy, and how this violence is perpetuated. A more effective integration of bioethics and human rights in medical education is proposed to improve respect for patient autonomy and minimize incidents of obstetric violence. The study conducts an analysis of the decisions issued by the Colombian Council of State on obstetric violence, giving an account of the need to ensure that women's rights are respected, closing the gap between theory and practice, in order to guarantee effective compliance with the principles of autonomy.

Key words: Principle of autonomy, Council of State, Obstetric violence, Bioethics, Informed consent.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda la prevalente y preocupante problemática de la violencia obstétrica, destacando su impacto profundo en la autonomía y dignidad de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto. Este estudio se centra en la implementación y relevancia del principio de autonomía en el contexto obstétrico, evidenciando cómo su infracción constituye una grave violación de los Derechos Humanos y afecta directamente la integridad física y emocional de las mujeres. Por ello, el marco teórico de la investigación se sustenta en la constitucionalización del principio de autonomía, considerando la perspectiva de la bioética y las disposiciones del derecho internacional y nacional. Así, el estudio profundiza en cómo las prácticas médicas, históricamente normalizadas, a menudo ignoran las decisiones personales y el consentimiento de las mujeres, desembocando en prácticas no consensuadas y tratos deshumanizadores.

Teniendo claro lo anterior, parte de un diseño cualitativo con un enfoque hermenéutico para analizar sentencias judiciales sobre violencia obstétrica, buscando interpretar cómo se maneja el principio bioético de la autonomía. Se emplea un método inductivo, iniciando con la observación de patrones en las sentencias para desarrollar teorías sobre su aplicación práctica. El muestreo incluye la selección de sentencias relevantes, y la técnica de revisión documental ayuda a identificar y registrar datos sobre la autonomía y la violencia obstétrica mediante una matriz específica. El análisis se lleva a cabo con el software New Nvivo 11, que permite una codificación y validación



sistemática de los datos, organizados en dos categorías principales: el principio de autonomía y la violencia obstétrica. Este enfoque proporciona una comprensión profunda de las interpretaciones legales y éticas de los jueces en estos casos

La investigación también propone que la educación en bioética y derechos humanos se integre de manera más efectiva en la formación de los profesionales de la salud. Esta integración podría mejorar significativamente la calidad de la atención médica, promoviendo el respeto por la autonomía de las pacientes y reduciendo los incidentes de violencia obstétrica. Es más, se recomienda el desarrollo de políticas claras que fomenten una práctica médica que respete los principios de la bioética, como la beneficencia y la no maleficencia, alineados con la autonomía y los derechos de las mujeres. Así las cosas, el presente estudio se compone en tres acápites abordados de la siguiente manera: i) Constitucionalización del principio de autonomía a la luz de la violencia obstétrica; ii) Principios bioéticos en la lucha contra la Violencia Obstétrica; iii) Impactos de la Violencia Obstétrica en la Salud Mental.

1. Constitucionalización del principio de autonomía a la luz de la violencia obstétrica: Un enfoque desde la bioética

El presente apartado se centrará en la violencia obstétrica y como esta se desarrolla a la luz del principio de autonomía, representando una grave violación a los Derechos Humanos y la dignidad humana, y en consecuencia de ello materializando un detrimento a la autonomía, la integridad física y emocional de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. A pesar de su prevalencia, la respuesta jurídica y bioética a este tipo de violencia ha sido desigual en distintas partes del mundo y por lo mismo se hace necesaria una constitucionalización del principio de autonomía en el contexto de la atención obstétrica es un paso crucial hacia la erradicación de esta violencia, pues refuerza la necesidad de un trato respetuoso y consentido, alineado con los principios bioéticos fundamentales de la bioética (O'Brien & Newport, 2023).

Para comprender cómo se manifiesta el principio bioético de autonomía dentro de la práctica obstétrica y en determinados casos, como deriva en situaciones de violencia, es importante partir de lo que se entiende por autonomía dentro de los marcos jurídicos internacionales y posterior a ello nacionales. Se tiene entonces, que la

autonomía o principio de autonomía hace referencia a la capacidad y el derecho que poseen todas las personas de tomar decisiones libres e informadas sobre su propio cuerpo y tratamiento médico, en donde esta se manifiesta como uno de los pilares que constituyen la bioética (Neyro, Elorriaga, & Lira, 2015). Sin embargo, en el contexto obstétrico, este principio a menudo se ve comprometido, pues históricamente las mujeres se han visto expuestas a prácticas médicas no consensuadas, falta de respeto a sus decisiones personales y, en ocasiones, a un trato deshumanizador (De Alexandra, y otros, 2019). Es por ello por lo que, constitucionalizar la autonomía implica incorporar explícitamente este principio en la legislación nacional, otorgándole un peso jurídico que obligue a su cumplimiento en todas las instancias de cuidado médico, entre ellas, los procedimientos obstétricos (Arrieta, 2009). Con base a lo anterior, dentro de los principales hallazgos, se encontró que parte fundamental de los procedimientos obstétricos se encuentran relacionados al principio de autonomía, en donde dicho principio se materializa de manera efectiva cuando se cumple a cabalidad con el denominado plan de parto, este hace referencia a un documento realizado por la mujer, con destino a los agentes de salud encargados de la atención del trabajo de parto, parto y posparto, en el que se establece un diálogo de necesidades, preferencias y expectativas de la mujer con respecto a la atención (Congreso de la República, 2022).

La implementación de la autonomía en la práctica médica obstétrica no solo requiere un cambio significativo en la formación de los profesionales de la salud, sino que parte del respeto a las decisiones de la mujer gestante, en donde no solo se debe considerar su opinión respecto a su plan de parto, sino también evitar la realización de procedimientos médicos sin un consentimiento informado adecuado, o efectuar prácticas médicas innecesarias o coercitivas como episiotomías no solicitadas y el uso excesivo de medicación para acelerar el parto (Macedo, António, & Macedo, 2023). Lo anterior no solo implica educar los profesionales médicos en habilidades técnicas, sino también en competencias éticas y comunicativas que respeten los derechos de las pacientes. La formación debe enfatizar el consentimiento informado como un proceso continuo, no como una mera formalidad burocrática, y debe promover una comunicación efectiva que permita a las mujeres expresar sus deseos y preocupaciones sin temor a represalias o juicios (Vega, 2020).



Agregando a lo anterior, la constitucionalización de la autonomía supone entonces ampliar el margen de garantía sobre un principio que permite que los individuos posean control sobre aquello que determina su integridad física y mental y en ese sentido, su dignidad humana (Gonzalez, 2022). Frente a esto, dentro del marco internacional se ha abordado el principio de autonomía desde una perspectiva holística, en donde se deben tener en cuenta múltiples factores como lo son los culturales y religiosos al momento de abordar la autonomía en el campo médico, sin embargo, se ha mantenido homogeneidad al considerarla un punto a parte en la relación paternalista que se observaba entre el personal médico y sus pacientes, para dar paso a un nuevo paradigma en donde el paciente se reconoce como un ser capaz de tomar decisiones y conocer completamente su proceso y demás intervenciones médicas a las cuales se vea sometido (López & Holguin, 2013).

Una muestra de ello es el caso "Guachalá Chimbo y otros Vs. Ecuador", en donde la Corte Interamericana de Derechos Humanos aborda el principio de autonomía a través del concepto de consentimiento informado en el ámbito médico. Este principio enfatiza que los pacientes deben estar adecuadamente informados sobre sus tratamientos para que puedan tomar decisiones conscientes y voluntarias respecto a su salud (Vega, 2020), la Corte resalta la responsabilidad del Estado en asegurar y respetar la autonomía personal, especialmente en contextos donde los individuos son vulnerables, como en instituciones médicas o psiquiátricas. La Corte destaca que la autonomía debe ser protegida tanto en el ámbito privado como en el público, imponiendo obligaciones específicas al Estado para garantizar este derecho fundamental (Caso Guachalá Chimbo y Otros Vs. Ecuador, 2021).

Por su parte, Colombia ha incorporado el principio de autonomía en su jurisprudencia a partir de sentencias de la Corte Constitucional, en donde se reconoce la autonomía individual, especialmente en el ámbito de la salud y el consentimiento informado, enfatizando en como los pacientes tienen derecho a tomar decisiones informadas sobre su atención médica, lo que incluye aceptar o rechazar tratamientos específicos basados en información completa y comprensible sobre los riesgos y beneficios potenciales. En relación con ello, se resalta la sentencia C-233, misma que aborda el principio de autonomía en un contexto ético, enfocándose en la capacidad de

las personas para tomar decisiones informadas y voluntarias sobre el final de sus vidas (Sentencia C-233, 2021). Este principio, destaca la corte, opera como un derecho fundamental que incluye vivir de acuerdo con un plan de vida propio, acceder a los medios necesarios para asegurar una calidad de vida digna, y proteger la integridad física y moral del individuo.

Incluso, en repetidas ocasiones, la Corte Constitucional ha reafirmado la idea de que las decisiones médicas no solo deben ser adecuadas desde el punto de vista técnico, sino también alineadas con los deseos y el bienestar del paciente, lo que implica un respeto profundo por su autonomía personal, no solo en situaciones como el final autodeterminado de la vida, sino en otras situaciones como lo son la interrupción del embarazo, la reproducción humana asistida, y demás procedimientos médicos que, bajo toda circunstancia deben partir del consentimiento informado y la voluntad del paciente (Sentencia T - 018, 2023). Esta perspectiva es crucial, especialmente en el contexto de tratamientos al final de la vida, donde la capacidad de decidir sobre la propia existencia se convierte en una expresión clara de la dignidad humana y del libre desarrollo de la personalidad. Así, la corte consolida el concepto de autonomía no solo como un derecho individual, sino como un principio ético y legal que guía la práctica médica y las decisiones legislativas en materia de salud y derecho penal (Pinto & Gulfo, 2013).

Con base a lo anterior, resulta relevante elaborar una conexión entre el principio de autonomía y la violencia obstétrica, pues la violación de este principio en el contexto obstétrico se manifiesta a través de prácticas médicas que ignoran o minimizan la voluntad de las mujeres, imponiéndoles tratamientos o procedimientos sin un consentimiento genuino e informado (Pérez, Pérez, & Pérez, 2023). Esta forma de violencia no solo infringe la autonomía de las mujeres, sino que también puede tener impactos devastadores en su bienestar físico y emocional, dejando secuelas de trauma y desconfianza hacia el sistema de salud (Iparraguirre, Mendoza, Córdor, & Muñoz, 2023). La constitucionalización de la autonomía en este ámbito busca garantizar que todas las intervenciones médicas se realicen bajo un marco de respeto absoluto por las decisiones de las mujeres, enfatizando la importancia de la comunicación efectiva y el consentimiento informado como ejes centrales en la atención médica (Ramírez H. , 2022).



Por otro lado, un desafío importante en este proceso es la necesidad de equilibrar del principio de autonomía, especialmente en situaciones de emergencia donde las decisiones deben tomarse rápidamente (Ramírez, Corredor, & Navas, 2021). Aquí, la ética del cuidado puede ofrecer un marco valioso, enfatizando la empatía y el compromiso con el bienestar de las pacientes, respetando sus valores y preferencias incluso en circunstancias críticas (Moreno R. , 2020). Sin embargo, múltiples autores destacan una situación que converge con el principio de autonomía, esto es una posibilidad de, frente a situaciones que pudiesen comprometer la vida o la integridad física o moral del paciente, el medico podría apartarse del consentimiento y ejecutar procedimientos médicos con el fin de preservar la dignidad del paciente (Cioffi & Zaami, 2020). Sin embargo, frente a dicha situación existe una discusión profunda en donde se ve envuelta una ponderación de derechos y principios como la vida, la salud, la autodeterminación, la dignidad humana y la ética profesional (Cioffi & Zaami, 2020). Circunstancia que genera una brecha normativa y que, de cierta forma reafirma la necesidad de constitucionalizar el principio de autonomía con el fin de aumentar la claridad frente a las inconsistencias éticas y morales que permean la discusión, no solo en el ámbito general, sino en casos específicos como lo son los aspectos que rodean los derechos y la autonomía de las mujeres en estado de embarazo.

Esbozado lo anterior, es fundamental que la sociedad en su conjunto participe en este cambio. La educación pública sobre los derechos de las mujeres durante el embarazo y el parto, junto con la promoción de un diálogo abierto sobre la violencia obstétrica, son esenciales para des estigmatizar estos temas y fomentar un entorno de apoyo y respeto hacia las mujeres (Gleason, Berrio, Rios, & Merino, 2019). Solo a través de un esfuerzo colectivo y multidisciplinario será posible transformar la teoría de la autonomía en una práctica efectiva que proteja a todas las mujeres de la violencia obstétrica.

1.1. El principio de autonomía desde el derecho internacional

En el ámbito del derecho internacional, el principio de autonomía se entiende como el derecho de toda persona a tomar decisiones libres e informadas sobre su propio cuerpo y sobre los diferentes tratamientos médicos frente a los cuales desea o no

someterse, esto como manifestación de la libertad y el principio de autodeterminación que derivan de la dignidad humana (Gonzalez, 2022). En la práctica médica, este principio ha cobrado relevancia en los últimos años, pues supone un nuevo paradigma en la relación médico/paciente que se ha desarrollado históricamente, en donde el paciente se debía someter a la voluntad del profesional en salud y su accionar “paternalista” (López & Holguin, 2013). En este sentido, en la actualidad, múltiples tratados y convenciones internacionales que protegen los Derechos Humanos desarrollan la autonomía como un pilar fundamental en la búsqueda de la correcta garantía de los derechos de las personas, en donde consideran que parte del correcto desarrollo humano parte de poder tomar decisiones sobre el acceso a tratamientos, la humanización de los procedimientos médicos, e incluso la facultad de decidir sobre aspectos tan importantes como la interrupción voluntaria de la vida (Maier, 2007).

Se parte entonces de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, esta declaración fue uno de los primeros documentos en reconocer la importancia de la autonomía individual, subrayando el derecho de cada persona a no ser sometida a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Naciones Unidas, 1948), situación que, trasladada al espectro de la autonomía debe interpretarse no solo desde un aspecto penal, sino, que debe expandirse a situaciones tan básicas como la atención médica, un ejemplo de ello se evidencia en el ámbito de la obstetricia, en donde es posible evidenciar este tipo de tratos, pues la violencia obstétrica representa una serie de prácticas y comportamientos que violan los derechos humanos de las mujeres embarazadas, durante el parto y en el posparto (Silva, y otros, 2020). Este tipo de violencia incluye la violación de la autonomía personal y el consentimiento informado, aspectos fundamentales del respeto a la dignidad humana, en donde a menudo, las mujeres se ven sometidas a procedimientos médicos sin su consentimiento explícito, como episiotomías, inducción del parto y cesáreas no justificadas médicamente, lo cual no solo infringe sus derechos, sino que también puede exponerlas a riesgos innecesarios y complicaciones.

A su vez, las pacientes obstétricas pueden enfrentar situaciones donde su dignidad y preferencias personales son ignoradas (Flores & Ferreira, 2023). Esto se manifiesta en la falta de privacidad durante los exámenes, comentarios inapropiados o discriminatorios por parte del personal médico, y la negativa a permitir la presencia de

un acompañante durante el parto, aumentando así la vulnerabilidad y el estrés de la paciente (Iparraguirre, Mendoza, Córdor, & Muñoz, 2023). Estas prácticas pueden ser percibidas como tratos crueles e inhumanos, especialmente cuando se realizan sin una justificación médica clara o sin el consentimiento de la mujer. Sumado a ello, la negligencia médica y la falta de atención adecuada también constituyen formas de trato inhumano o degradante. Ignorar las señales de complicaciones durante el trabajo de parto, no proveer alivio del dolor adecuado, o la falta de respuesta rápida ante emergencias obstétricas, pueden tener consecuencias devastadoras para la salud física y emocional de la mujer y su bebé (Pérez, Pérez, & Pérez, 2023). Por otro lado, el impacto psicológico de estas experiencias puede ser profundo, llevando a condiciones como el trastorno de estrés postraumático, depresión posparto y una aversión general hacia futuras interacciones médicas. A continuación, figura que expone situaciones las cuales constituyen violencia obstétrica:

Figura 1

Situaciones que constituyen la violencia obstétrica



Nota: Elaboración propia a partir de revisión de literatura y fuentes

Continuando en el marco internacional, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) de (1966) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de (1979), refuerzan el derecho a la autonomía personal, incluyendo la toma de decisiones en el ámbito médico sin discriminación, coerción ni violencia. El PIDCP protege contra procedimientos médicos no consentidos y asegura el reconocimiento de la personalidad jurídica, permitiendo a las personas tomar decisiones legales, incluyendo las médicas (Naciones Unidas, 1966). Por otro lado, la CEDAW promueve la igualdad de acceso a los servicios de salud para las mujeres y aboga por su derecho a tomar decisiones sobre su salud sin discriminación, enfatizando la autonomía en la salud reproductiva (Naciones Unidas, 1979).

En la práctica médica, especialmente en la obstetricia, la aplicación efectiva del principio de autonomía implica garantizar el consentimiento informado (Uzcátegui & Cabrera, 2010). Este consentimiento no debe ser visto simplemente como la firma de un documento, sino como un proceso de comunicación continua donde la mujer está plenamente informada, comprende y consiente las intervenciones médicas que se le proponen (Serrano & León, 2024). Esta práctica no solo es un derecho ético fundamental, sino que también está respaldada por directrices internacionales, como las emitidas por la Organización Mundial de la Salud, que promueven la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones sobre su atención médica (Organización Mundial para la Salud, 2021). A pesar de ello, la violencia obstétrica sigue siendo una realidad para muchas mujeres, evidenciando una grave violación del principio de autonomía y como resultado de ello, la dignidad humana (De Alexandra, y otros, 2019). En respuesta, la comunidad internacional ha comenzado a reconocer y abordar específicamente la violencia obstétrica como un problema de derechos humanos, destacando la necesidad de implementar prácticas que respeten la autonomía de las mujeres y sus derechos e integridad personal.



Por ende, implementar el principio de autonomía en la atención obstétrica, por tanto, requiere una reforma profunda de las políticas de salud a nivel global, que asegure que los derechos y la dignidad de las mujeres sean prioritarios. Al abordar la violencia obstétrica desde esta perspectiva internacional, se puede avanzar hacia una práctica médica que verdaderamente respete y promueva la autonomía individual, garantizando que las mujeres reciban un cuidado basado en el respeto, la equidad y la justicia, lo cual supone un soporte fundamental para cambiar de la teoría a la praxis, haciendo que los principios de autonomía sean una realidad palpable y efectiva en el cuidado obstétrico a nivel mundial (Silva, y otros, 2020).

1.2. El principio de autonomía a la luz del ordenamiento jurídico colombiano

En Colombia, el principio de autonomía se encuentra profundamente arraigado en el ordenamiento jurídico, especialmente en lo que respecta a la protección de los derechos humanos en el ámbito de la salud. Este principio es esencial para garantizar que las decisiones relacionadas con el cuerpo y la salud de las personas sean respetadas, fundamentales para combatir la violencia obstétrica y asegurar un tratamiento digno y justo en el cuidado de la salud reproductiva (Alvarez, 2012). Este principio se refleja también en otras disposiciones constitucionales que subrayan la importancia de los derechos a la información y a la intimidad. Al garantizar el acceso a la información adecuada, la Constitución de Colombia fomenta un entorno en el cual los individuos están mejor equipados para tomar decisiones conscientes y fundadas. De igual forma, al proteger la intimidad personal, se resguarda la capacidad del individuo para tomar decisiones privadas sin interferencias indebidas, lo que es esencial en el manejo de cuestiones de salud y tratamientos médicos (Sentencia C-233, 2021)

La Constitución política de Colombia (1991) es un marco clave que respalda el principio de autonomía, destacando el derecho a la vida, la salud, la integridad física, y la dignidad. En su Artículo 16, la Constitución protege el derecho al libre desarrollo de la personalidad, lo cual puede interpretarse como una base para la autonomía personal, incluyendo la libertad de tomar decisiones informadas sobre el propio cuerpo. Este derecho es especialmente relevante en el contexto de la atención médica, donde el

consentimiento informado es un requisito para cualquier procedimiento médico, asegurando que las decisiones de los pacientes sean respetadas según sus valores y preferencias (Asamblea Nacional Constituyente, 1991).

En el ámbito de la violencia obstétrica, Colombia ha hecho esfuerzos significativos para reconocer y abordar esta problemática como una violación de los derechos de las mujeres. La Ley 2244 (2022) por ejemplo, reconoce la violencia obstétrica explícitamente y busca garantizar que las mujeres reciban un trato humano durante el embarazo, el parto y el posparto, de igual manera, asegura el derecho a un "plan de parto" que las mujeres pueden diseñar de acuerdo con sus necesidades y deseos, respetando su autonomía y decisiones informadas. (Congreso de la República, 2022). Se destaca entonces su inclusión del principio de autonomía, pues enfatiza en la atención integral y respetuosa, garantizando el derecho a la información, al respeto, a la no discriminación y a la libre determinación durante estos procesos. Del mismo modo, establece un enfoque diferencial para asegurar que todos los procedimientos médicos y la atención respeten las necesidades y deseos específicos de las mujeres (Ramos, Acuña, García, & Gómez, 2023).

No obstante, la implementación de estas leyes y principios en la práctica diaria todavía enfrenta desafíos, pues la brecha entre la teoría y la praxis en el contexto de la violencia obstétrica se manifiesta en reportes de malas prácticas y falta de respeto a las decisiones de las mujeres por parte de profesionales de la salud. Esto indica que, aunque los marcos legales están en lugar, la capacitación y sensibilización de los profesionales de salud en cuanto al respeto a la autonomía de las pacientes sigue siendo una necesidad urgente (Iparraguirre, Mendoza, Córdor, & Muñoz, 2023). Sumado a ello, dentro de los desafíos más destacables se encuentra la necesidad de capacitación especializada del personal médico en derechos reproductivos y atención humanizada, adecuación de infraestructura hospitalaria para cumplir con los estándares de atención, y la promoción de un cambio cultural profundo en prácticas médicas arraigadas que a menudo ignoran la autonomía de las mujeres. En esa misma línea de ideas, se requiere un robusto sistema de monitoreo y cumplimiento para asegurar que los principios de la ley se apliquen uniformemente en todo el sistema de salud, abordando así la necesidad de un parto respetuoso y libre de discriminación (Ramos, Acuña, García, & Gómez, 2023).



Igualmente, es crítico promover una cultura de respeto y protección de los derechos humanos en todos los niveles del sistema de salud. Esto incluye desde la educación médica, que debe enfocarse no solo en aspectos técnicos sino también en los éticos y humanísticos del cuidado de la salud, hasta la implementación de políticas públicas que garanticen que los derechos de las mujeres a su autonomía y dignidad sean siempre respetados (Gleason, Berrio, Rios, & Merino, 2019). Por ende, fomentar un diálogo abierto y continuo entre los proveedores de servicios de salud, las pacientes y la sociedad en general puede ayudar a avanzar hacia una aplicación más efectiva del principio de autonomía. Este esfuerzo colectivo es esencial para asegurar que la teoría de la autonomía se convierta en una praxis efectiva y transformadora, que efectivamente combata la violencia obstétrica en Colombia.

1.3. El principio de autonomía en la violencia obstétrica a partir de la jurisprudencia del Consejo de Estado de Colombia

La jurisprudencia del Consejo de Estado de Colombia ha desempeñado un papel significativo en la interpretación y desarrollo de la violencia obstétrica, especialmente en el contexto del derecho a la salud y la integridad personal. A través de diversas decisiones, este alto tribunal ha consolidado la importancia de respetar las decisiones autónomas de los individuos, incluyendo el ámbito médico y obstétrico, reconociendo la importancia de proteger los derechos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto, lo cual es fundamental para combatir la violencia obstétrica. Este enfoque jurídico contribuye a establecer precedentes que aseguran un trato digno y conforme a los derechos humanos, reforzando así el marco legal que protege a las mujeres en una etapa crucial de sus vidas y promoviendo una atención médica que respete su autonomía y decisiones personales.

Una de las maneras en que el Consejo de Estado ha abordado la violencia obstétrica, recae en los casos de responsabilidad médico-obstétrica, indicando que aunque estos casos no se rijan por un modelo de responsabilidad objetiva, se debe considerar un fuerte indicio de falla en el servicio cuando el embarazo ha transcurrido sin complicaciones y el daño ocurre tras la intervención médica durante el parto,

resaltando no solo esto como una derivación de la violencia obstétrica, sino como una manifestación de la responsabilidad del Estado sobre la materia (Sentencia 11001031500020230338900, 2023).

Con lo dicho, el Consejo de Estado en sentencia del 28 de junio de 1994 destaca que para que se configure la responsabilidad medica como resultado de la falla del servicio se debe cumplir con ciertos requisitos:

Tabla 1
Configuración de la Falla en el Servicio Médico

Requisito	Descripción
Falta o falla en el servicio	Implica omisiones, retardos, irregularidades o ausencias en el servicio médico, atribuibles a la entidad de salud y no a un agente individual.
Daño	El daño debe ser una lesión o afectación concreta de un bien jurídico protegido, caracterizado por ser cierto, determinado o determinable.
Relación del nexo causal	Es necesario un nexo causal entre la falla del servicio médico y el daño causado, condición esencial para que proceda una indemnización.

Nota: Elaboración propia a partir de la revisión de jurisprudencia relacionada (Sentencia 8839, 1994)

Por otro lado, con respecto a la violencia obstétrica en Sentencia 11001-03-15-000-2023-03389-00 del 28 de septiembre de (2023) El consejo de estado realiza nuevamente una relación entre la falla del servicio médico y la responsabilidad derivada del mismo. El caso revisado, la vida de una madre y su bebé neonato se vieron significativamente comprometidas debido a una serie de fallas en el servicio médico. Pues la victima experimentó complicaciones graves de salud que resultaron en la pérdida de su bebé y en una histerectomía de emergencia, complicaciones que surgieron después de que fue atendida en el centro de salud *Los Andes* y no fue remitida a tiempo a un hospital de mayor complejidad para recibir atención especializada, a pesar de presentar cifras tensionales muy altas. Este conjunto de eventos subraya una grave violación del principio de autonomía, ya que la paciente no solo sufrió por la falta de una remisión oportuna y adecuada, sino también por la ausencia de información clara y comunicación efectiva sobre su estado y el del feto durante la crisis. Esta falta de comunicación y acción oportuna impidió que la paciente tomara decisiones informadas



sobre su atención médica, exacerbando las consecuencias ya trágicas de la situación (Sentencia 11001031500020230338900, 2023).

Ahora bien, en cuanto al consentimiento informado, este concepto no solo se considera un derecho del paciente, sino una obligación ética y legal de los profesionales de la salud. El Consejo ha subrayado que el consentimiento informado va más allá de la simple firma de un documento; implica un proceso de diálogo y entendimiento donde el paciente debe recibir información clara, comprensible y detallada sobre su condición médica, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos asociados (Sentencia 11001031500020230737200, 2024). Este debe ser claro y detallado, especialmente en relación con las situaciones que puedan surgir de manera imprevista durante el procedimiento. La documentación y el proceso deben permitir al paciente comprender plenamente las implicaciones de las intervenciones propuestas y garantizar que cualquier autorización para procedimientos adicionales en situaciones emergentes esté bien fundamentada (Sentencia 11001031500020230737200, 2024). Esto implica una comunicación efectiva entre el médico y el paciente, donde se expliquen de manera comprensible todas las posibles variaciones que podrían necesitarse, asegurando así que las decisiones tomadas sean verdaderamente informadas y voluntarias (Uzcátegui & Cabrera, 2010). Esto es especialmente relevante en el contexto obstétrico, donde las decisiones impactan directamente en dos vidas: la de la madre y la del bebé.

Por otro lado, en el caso analizado, Tania, una madre por primera vez experimentó un trabajo de parto prolongado y complicado en el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas. Ella fue admitida con fuertes dolores y contracciones, y su hijo nació al día siguiente, pero fue remitido inmediatamente debido a su grave estado de salud a otro hospital, donde lamentablemente falleció a causa de asfixia neonatal severa. La demanda presentada busca responsabilizar a las entidades médicas involucradas por los perjuicios morales y daño a la vida de relación causados por las fallas en el servicio médico prestado durante el parto (Sentencia 66001233300020120002101, 2023).

La atención a la violencia obstétrica en este caso se centra en la evaluación de la falla en el servicio médico como causa del trágico desenlace. La argumentación se basa en el hecho de que el parto de la señora González no recibió la atención médica adecuada y oportuna, evidenciando una falta de diligencia en el seguimiento de los

protocolos médicos estándar y las guías de práctica clínica. El análisis pericial determinó que hubo una serie de omisiones en la atención durante el trabajo de parto que podrían haber contribuido a la severa hipoxia y posterior fallecimiento del neonato. Esta situación refleja un claro ejemplo de violencia obstétrica, donde la falta de atención adecuada y respetuosa hacia la paciente y su hijo durante un momento crítico contraviene los principios de cuidado y respeto que deben regir la práctica obstétrica (Sentencia 66001233300020120002101, 2023).

En casos de violencia obstétrica, la jurisprudencia ha resaltado la vulneración del principio de autonomía cuando los profesionales de la salud ignoran o minimizan las decisiones y preferencias de las mujeres durante el parto. Las sentencias del Consejo de Estado han reafirmado que cualquier acto médico sin el consentimiento explícito de la mujer constituye una violación de sus derechos. Esto incluye situaciones donde se realizan intervenciones médicas no urgentes sin la debida autorización, como cesáreas no justificadas médicamente o la no realización de estas, además del uso de fármacos para acelerar el parto sin consentimiento claro (Sentencia 13001233100020110013602, 2023).

En relación a ello, se destaca un caso analizado por la sección tercera, en donde una mujer embarazada admitida en el hospital x con indicaciones claras en torno a la necesidad de una cesárea debido a complicaciones obstétricas, incluyendo una desproporción feto-pélvica y una situación de oligohidramnios, que es un nivel reducido de líquido amniótico (Sentencia 13001233100020110013602, 2023). Todo esto en razón a que dichas condiciones presentaban riesgos significativos tanto para la madre como para el bebé, justificando una intervención quirúrgica inmediata para minimizar los peligros asociados con un parto vaginal bajo estas circunstancias. Sin embargo, debido a la falta de disponibilidad de un quirófano, el procedimiento de cesárea no se llevó a cabo. La madre fue obligada a proceder con un parto vaginal, lo que resultó en un sufrimiento fetal severo y complicaciones post-parto para el neonato (Sentencia 13001233100020110013602, 2023). Este conjunto de eventos destaca un grave fallo en proporcionar el cuidado médico necesario y adecuado, lo cual podría interpretarse como un acto de violencia obstétrica por omisión y falta de recursos adecuados, en donde se resalta que la violencia obstétrica se define no solo por actos de maltrato físico o psicológico explícitos, sino también por la omisión de cuidado adecuado y la



realización de procedimientos no consentidos o innecesarios, como podría interpretarse en este caso donde la cesárea necesaria no se llevó a cabo.

Así las cosas, se destaca como la jurisprudencia del Consejo de Estado, por lo tanto, no solo fortalece el marco legal que protege el principio de autonomía, sino que también establece un precedente crucial para la práctica obstétrica, donde los principios de autonomía deben ser implementados rigurosamente para combatir y prevenir la violencia obstétrica, asegurando así un cuidado médico que respete plenamente los derechos de las mujeres.

2. Principios bioéticos en la lucha contra la violencia obstétrica: el papel central de la autonomía

Como se ha evidenciado, la violencia obstétrica representa una violación grave y prevalente de la autonomía y los derechos fundamentales de las mujeres durante el parto y la atención médica asociada. Este tipo de violencia trasciende las meras consecuencias físicas, incidiendo de manera significativa en el bienestar psicológico y ético de las mujeres, pues al socavar su capacidad para tomar decisiones libres e informadas sobre su propio cuerpo y el proceso de parto, compromete la integridad y la dignidad personal, repercutiendo no solo en la experiencia inmediata del parto, sino también en la salud emocional y psicológica a largo plazo (Iparraguirre, Mendoza, Córdor, & Muñoz, 2023).

Uno de los principios éticos fundamentales en bioética, y específicamente en medicina, es la autonomía (Ramírez, Corredor, & Navas, 2021). Este principio se refiere al derecho de los pacientes a tomar decisiones voluntarias e informadas sobre su atención médica. Sin embargo, en el contexto obstétrico, este derecho puede verse comprometido debido a prácticas históricamente normalizadas. Estas intervenciones no solo involucran factores físicos, sino también psicológicos, y pueden manifestarse tanto por acciones directas del personal médico como por omisiones o negativas a realizar procedimientos necesarios por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud (Mella, Binfa, & Weeks, 2023).

Un ejemplo claro de esto es cuando se realizan cesáreas sin una indicación médica clara o bajo presión, sin ofrecer a la paciente información completa sobre las alternativas y los riesgos asociados (Maietti & Villareal, 2023). Esta práctica, aunque puede ser justificada bajo el pretexto de precaución, a menudo no toma en cuenta la voluntad explícita de la paciente o su derecho a elegir un parto menos invasivo (Macedo, António, & Macedo, 2023), esto sumado a que la falta de consentimiento informado y la presión para conformarse a intervenciones médicas más controladas y rápidas, reflejan cómo las normas culturales y estructurales pueden socavar la autonomía de las mujeres en situaciones críticas (Uzcátegui & Cabrera, 2010). Además, el estrés emocional y psicológico derivado de sentirse marginada en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo puede tener efectos duraderos en la salud mental y física de la mujer.

Otro caso en el cual se evidencia una vulneración frente a la autonomía en la obstetricia es el trato deshumanizado durante el parto, que puede incluir comentarios despectivos, negación de la privacidad, o la prohibición de que la mujer tome decisiones sobre su posición durante el parto (Morales, 2024). Estas prácticas no solo son éticamente inaceptables, sino que también constituyen una forma de violencia obstétrica que afecta negativamente la experiencia de la maternidad, pues desde una perspectiva ética, cada caso de violencia obstétrica es una infracción al principio de autonomía. El análisis ético de estos casos debe centrarse en cómo las acciones de los profesionales de la salud impactan la capacidad de decisión de la mujer, lo cual incluye la consideración de cómo la información es comunicada a la paciente, cómo se respetan sus deseos y cómo se manejan sus preocupaciones y miedos (Uzcátegui & Cabrera, 2010).

Esto no solo supone la necesidad de combatir la violencia obstétrica, lo que implica no solo adherirse al principio de autonomía, sino también a otros principios éticos como la beneficencia y la no maleficencia. La beneficencia, que implica actuar en el mejor interés del paciente, y la no maleficencia, que se refiere a la obligación de no causar daño, deben guiar todas las intervenciones médicas. En el contexto obstétrico, esto significa proporcionar cuidados que no solo sean técnicamente adecuados, sino también éticamente fundados, respetando siempre la autonomía y los deseos de la paciente (Neyro, Elorriaga, & Lira, 2015).



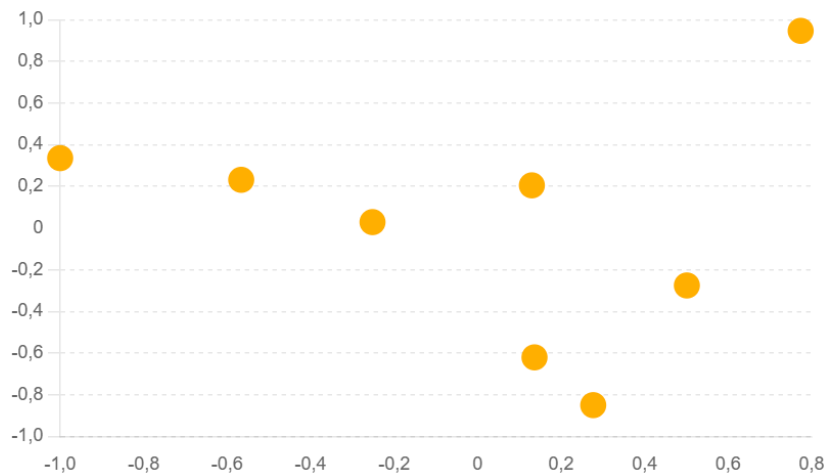
Verbigracia, en situaciones críticas donde el tiempo es esencial, la práctica del consentimiento informado puede ser limitada por la necesidad inmediata de actuar para salvar vidas. Este escenario plantea un dilema donde el principio de autonomía del paciente puede estar en conflicto con el principio de beneficencia, que dicta actuar en beneficio del paciente. En tales casos, es aceptable recurrir al privilegio terapéutico, siempre que se maneje dentro de directrices estrictas para evitar un enfoque paternalista en la relación entre el médico y el paciente (Cioffi & Zaami, 2020). Legalmente, hay circunstancias que permiten omitir el consentimiento informado si posponer el tratamiento podría causar daño permanente o la muerte. Éticamente, es fundamental abordar estas situaciones con cautela, respetando la autonomía del paciente en la medida de lo posible, por ejemplo, teniendo en cuenta cualquier directiva médica anticipada o testamento vital que el paciente pueda haber preparado previamente (Cioffi & Zaami, 2020)

Ahora bien, la aplicación efectiva de principios éticos en obstetricia exige una transformación profunda en la cultura médica, para ello, es imperativo que los profesionales de la salud no solo estén versados en las competencias técnicas necesarias para el cuidado prenatal y del parto, sino que también estén capacitados en comunicación efectiva y ética médica, incluyendo una fuerte sensibilidad hacia las diferencias culturales (Gleason, Berrio, Rios, & Merino, 2019) Por otra parte, las instituciones de salud deben desarrollar y aplicar políticas explícitas que fomenten el respeto a la autonomía de las pacientes, estas políticas deben incluir sistemas robustos de rendición de cuentas para abordar y corregir cualquier infracción a estos principios, buscando no solo mejorar la calidad de la atención médica, sino también fortalecer la confianza entre las pacientes y el sistema de salud (Welie, 2020).

En ese sentido, la lucha contra la violencia obstétrica implica un compromiso activo por parte de todos los actores involucrados, incluyendo legisladores, instituciones de salud, profesionales médicos y la sociedad en general, pues promover una cultura de respeto hacia la autonomía de las mujeres en la obstetricia no es solo una necesidad ética, sino también una obligación social que se debe asumir colectivamente para asegurar que la violencia obstétrica sea eliminada y que cada mujer tenga una experiencia de maternidad segura, respetada y digna (Iparraguirre, et al, 2023). Así, se

traerá a colación la siguiente figura la cual desarrolla un mapa jerárquico sobre el Principio de Bioética de Autonomía:

Figura 2
Mapa Jerárquico Del Principio Bioético De Autonomía



Fuente: Desarrollo propio a partir de resultado.

3. Impactos de la violencia obstétrica en la salud mental: explorando caminos para la recuperación de la autonomía

La violencia obstétrica es un fenómeno que no solo afecta la integridad física de las mujeres, sino que también tiene profundas implicaciones en su salud mental. Los efectos psicológicos y emocionales derivados de experiencias traumáticas durante el embarazo y el parto pueden ser devastadores, incluyendo trastornos como depresión postparto, trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad y una disminución de la capacidad de las mujeres para ejercer su autonomía (Iparraguirre, et al, 2023).

Lo anterior refleja que la relación entre la salud mental y el ejercicio de la autonomía en el embarazo y el parto es significativa, y por lo mismo debe ser analizada no solo desde la teoría sino con el fin de encontrar soluciones prácticas que aseguren el respeto y la promoción de estos derechos en la atención médica (Contreras, y otros, 2022). Ahora bien, cuando una mujer experimenta o es sometida a prácticas que deriven en situaciones enmarcadas dentro de la violencia obstétrica, su capacidad de tomar decisiones autónomas y sentirse en control de su cuerpo y su experiencia de parto se ve



gravemente comprometida (Macedo, António, & Macedo, 2023). Este sentimiento de pérdida de control y la infracción de su autonomía pueden exacerbar el trauma psicológico y dificultar la recuperación postparto, afectando no solo su bienestar, sino también su relación con el recién nacido y su capacidad para cuidar de sí misma y de su familia.

Primero, la autonomía es esencial para la salud mental de cualquier individuo; sentir que se tiene control sobre las decisiones importantes, especialmente aquellas relacionadas con el propio cuerpo y el proceso de parto, es crucial para la sensación de seguridad y autoestima. Cuando este control es usurpado o ignorado, puede surgir un sentido de vulnerabilidad, lo cual es particularmente traumático en un contexto tan íntimo y crucial como el nacimiento de un hijo (Gonzalez, 2022).

Del mismo modo, la infracción de la autonomía y la pérdida de control pueden generar sentimientos de ansiedad, desamparo y desconfianza hacia los profesionales de la salud, lo que puede comprometer la relación terapéutica y disminuir la eficacia de la comunicación durante y después del parto (Iparraguirre, et al, 2023). Esto a su vez puede dificultar la recuperación postparto, ya que la capacidad de la madre para confiar en aquellos que la rodean y buscar apoyo es esencial. Sumado a ello, psicológicamente, esto también puede afectar la capacidad de la madre para vincularse con su recién nacido, dado que estados emocionales negativos como el estrés, la ansiedad y la depresión pueden interferir en la formación de un vínculo afectivo saludable entre madre e hijo. Es por ello, que la interacción temprana, caracterizada por un vínculo fuerte y positivo, resulta fundamental para el desarrollo emocional y físico del bebé y para la capacidad de la madre de cuidar efectivamente de su hijo y de sí misma (Roncallo, Sánchez, & Arranz, 2015).

Para abordar estos impactos, es crucial implementar estrategias que protejan la salud mental y fomenten la autonomía de las mujeres durante el cuidado obstétrico, una de estas estrategias es asegurar que todas las pacientes reciban información completa y comprensible sobre los procedimientos médicos, opciones de parto y posibles riesgos, promoviendo así un proceso de consentimiento informado que respete su derecho a tomar decisiones informadas (Massó, 2023).

Es entonces que, los profesionales de la salud deben recibir formación específica no solo en aspectos técnicos del cuidado obstétrico, sino también en habilidades de comunicación empática y soporte emocional (Massó, 2023). Esto es vital para crear un entorno de confianza donde las mujeres se sientan escuchadas, respetadas y empoderadas para participar activamente en su atención médica, de esta forma, apoyando la recuperación mental y emocional en caso de trauma, y a su vez, colaborando en la prevención y erradicación de la violencia obstétrica.

Bajo este mismo análisis, la estrategia efectiva es la implementación de programas de apoyo psicológico postparto que estén fácilmente disponibles para todas las mujeres. Estos programas pueden incluir terapia individual o en grupo, apoyo entre pares y otros recursos de salud mental que ayuden a las mujeres a procesar y superar experiencias traumáticas (Moreno, et al, 2014). Estos recursos son esenciales para restaurar la autonomía de las mujeres, permitiéndoles recuperar el control sobre su salud mental y bienestar general. La colaboración entre los profesionales de la salud mental y los proveedores de atención obstétrica es también crucial, pues puede facilitar la creación de protocolos integrados que aborden tanto las necesidades físicas como emocionales de las mujeres, asegurando un enfoque holístico en la atención que respete y promueva la autonomía de las pacientes (Gleason, Berrio, Rios, & Merino, 2019).

Por tanto, es esencial fomentar un diálogo abierto sobre la violencia obstétrica y sus impactos en la salud mental dentro de la sociedad. La concienciación y la educación sobre estos temas pueden ayudar a romper el estigma y promover una cultura de respeto y cuidado en el ámbito obstétrico. Implementar estos cambios no solo es una cuestión de práctica médica ética, sino también un imperativo social para proteger y empoderar a las mujeres en uno de los momentos más vulnerables de sus vidas.

CONCLUSIONES

A partir de la revisión realizada dentro del presente análisis, se puede concluir que la violencia obstétrica se presenta como una serie de prácticas médicas que resultan en una grave violación de los derechos humanos, situación que impacta negativamente la dignidad y la autonomía de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto.



En donde, esta forma de violencia no solo causa daño físico, sino que también tiene profundas repercusiones psicológicas y éticas, minando la capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas y libres sobre su propio cuerpo y proceso de parto. En este sentido, se destaca como a partir de la constitucionalización, el derecho ha buscado estar a la vanguardia frente a situaciones de violencia, como es el caso de la violencia obstétrica, ello en concordancia con los esfuerzos que han realizado las autoridades, toda vez que, esto refuerza la obligatoriedad de un trato respetuoso y consensuado, alineado con los principios fundamentales de la bioética, situación que resulta no solo aplicable al campo de la obstetricia, sino a la medicina en general.

Sumado a ello, se destaca que, dentro del proceso de reconocimiento e institucionalización de prácticas que aborden eficazmente la violencia obstétrica, es fundamental garantizar que todos los profesionales de la salud reciban una formación adecuada no solo en habilidades técnicas, sino también en competencias éticas y comunicativas que respeten los derechos de las pacientes, esto como una forma de crear sinergia entre lo que supone el principio de autonomía y la dignidad humana, y a su vez integrar practicas bioéticas en la medicina contemporánea. Ahora bien, esta formación debe enfatizar la importancia del consentimiento informado como un proceso continuo y no como una mera formalidad burocrática. Además, resulta crucial desarrollar políticas claras en las instituciones de salud que promuevan el respeto por la autonomía de las pacientes y establezcan mecanismos de rendición de cuentas para aquellos casos donde se viole este principio.

En razón de ello, en el contexto internacional, se ha desarrollado una visión general de lo que supone la violencia obstétrica en relación a ciertas prácticas u omisiones médicas y hospitalarias, sin embargo, se resalta la necesidad de promover una perspectiva holística en la que se tomen en cuenta factores culturales y religiosos, y a su vez, donde se aborde la autonomía en el campo médico, manteniendo una homogeneidad al considerar la autonomía un punto aparte en la relación paternalista que se ha observado históricamente entre el personal médico y sus pacientes. Esto permitiría un nuevo paradigma en donde el paciente se reconoce como un ser capaz de tomar decisiones y conocer completamente su proceso y demás intervenciones médicas a las cuales se vea sometido, brindando no solo estos nuevos parámetros de decisión,

sino también mecanismos para configurar un nuevo paradigma ético en el campo de la medicina, en donde el paciente puede intervenir de manera activa, consiente y responsable sobre su intervención médica, incluso cuando decide apartarse de su tratamiento.

En este orden de ideas, en el contexto colombiano, la jurisprudencia ha jugado un papel crucial en reforzar la autonomía, especialmente en el ámbito de la salud y el consentimiento informado, destacando cómo los pacientes tienen derecho a tomar decisiones informadas sobre su atención médica, lo que incluye aceptar o rechazar tratamientos específicos basados en información completa y comprensible sobre los riesgos y beneficios potenciales. Esto es especialmente relevante en el contexto de tratamientos al final de la vida, donde la capacidad de decidir sobre la propia existencia se convierte en una expresión clara de la dignidad humana y del libre desarrollo de la personalidad.

Por último, para que el principio de autonomía se aplique efectivamente en el contexto obstétrico en Colombia, es fundamental fortalecer los mecanismos de supervisión y rendición de cuentas en los servicios de salud, promover una cultura de respeto y protección de los derechos humanos en todos los niveles del sistema de salud, y fomentar un diálogo abierto y continuo entre los proveedores de servicios de salud, las pacientes y la sociedad en general. Solo a través de un esfuerzo colectivo y multidisciplinario será posible transformar la teoría de la autonomía en una práctica efectiva que proteja a todas las mujeres de la violencia obstétrica, asegurando un cuidado médico que respete plenamente sus derechos.

REFERENCIAS

- Alvarez, H. (2012). La autonomía: Principio ético contemporáneo. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(1), 115-132. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4978/497856286009.pdf>
- Arrieta, V. (2009). La constitucionalización del Derecho y su incidencia en Colombia. *Revista Pensamiento Americano*, 2(2), 65 - 69. Obtenido de <https://www.academia.edu/download/47360040/23-22-1-PB.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia. Obtenido de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.htm



- Caso Guachalá Chimbo y Otros Vs. Ecuador (Corte Interamericana de Derechos Humanos 2021).
Obtenido de https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_423_esp.pdf
- Cioffi, A., & Zaami, S. (2020). Legge Italiana n. 219/2017: Conseguenze sul consenso informato del malato psichiatrico e sul privilegio terapeutico. *Rivista di Psichiatria*, 55(2), 129-130.
Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85082342047&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=4632b915191664c6a45d83e2f7fec80e&sot=b&sdt=cl&s=TITLE-ABS-KEY%28privilegio+terapeutico%29&sl=42&sessionSearchId=4632b9151916>
- Congreso de la República. (2022). Ley 2244 de 2022. *POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCEN LOS DERECHOS DE LA MUJER EN EMBARAZO, TRABAJO DEPARTO, PARTO Y POSPARTO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES O "LEY DE PARTO DIGNO, RESPETADO Y HUMANIZADO*.
Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347#:~:text=Pluralismo%20Cultural, durante%20y%20despu%C3%A9s%20del%20parto.>
- Contreras, N., Sanchez, P., Sanches, E., Vazquez, V., Pichardo, M., Ramirez, M., . . . Mancilla, J. (2022). Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cirugia y cirujanos*, 90(4), 564-572. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2022000400564
- Corte constitucional. (1997). Sentencia C-239/1997. *MP Carlos Gaviria Diaz*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
- Corte Constitucional. (2021). Sentencia C - 021/21. *MP Cristina Pardo Schlesinger*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-025-21.htm>
- Corte Constitucional. (2021). Sentencia C- 025/21. *MP Cristina Pardo Schlesinger*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-025-21.htm>
- Corte Constitucional. (2021). Sentencia T- 357/21. *MP Crisitina Pardo Schlesinger*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/T-357-21.htm>
- Corte Constitucional. (2022). Sentencia C- 055/22. *MP Antonio José Lizarazo Ocambo y Alberto Rojas Rios*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-055-22.htm>
- Corte Constitucional. (2022). Sentencia SU- 048/22. *MP Cristina Pardo Schlesinger*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/SU048-22.htm>
- Corte Constitucional. (2022). Sentencia T - 357/22. *MP José Fernando Reyes Cuartas*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-357-22.htm>
- Corte Constitucional. (2023). Sentencia T -198/23. *MP Cristina Pardo Schlesinger*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2023/T-198-23.htm>
- De Alexandra, S., Do socorro, M., Alves, S., Bessa, M., Albuquerque, G., & Santana, M. (2019). Obstetric violence under the perspective of nursing professionals of the birth care. *Cultura de los cuidados*, 23(53), 119-128. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85072678104&origin=resultslist&sort=plf->

- f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28violencia+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dcf7454c27417c
- Flores, C., & Ferreira, E. (2023). The war against a linguistic expression: no more “obstetric violence”. *Cadernos de Linguagem e Sociedade*, 24(2), 160-178. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85183974344&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28violencia+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dcf7454c27417c>
- Gleason, E., Berrio, D., Rios, J., & Merino, C. (2019). Giving birth is not a matter of ethnicity, it is a matter of humanity: experiences of obstetric violence during childbirth among indigenous women. *Salud colectiva*, 15, 105- 125. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85121228937&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=ALL%28bio%C3%A9tica+AND+violencia+AND+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dc>
- Gómez, C., Maeseneer, Y., & Gastmans, C. (2020). Relational autonomy in end-of-life care ethics: a contextualized approach to real-life complexities. *BMC Medical Ethics*, 21(50), 1-14. Obtenido de <https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-020-00495-1>
- Gonzalez, C. (2022). Autonomy in Bioethics: criticisms and re-definitions. *Revista de filosofía moral y política*(67), 1 -14. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85148005397&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=8e60d9b5179b17824c1483b1fcae5eeb&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28BIOETICA+autonomia%29&sl=25&sessionSearchId=8e60d9b5179b17824>
- Iparraguirre, M., Mendoza, J., Córdor, M., & Muñoz, R. (2023). Obstetric Violence as Biopower: On the Dignity of Women. *Encuentros*(17), 411-423. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85179065339&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28violencia+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dcf7454c27417c>
- Jurado Castaño, P. A., & Moreno Mosquera, V. J. (2019). El proceso de constitucionalización del derecho y la importancia de la dimensión metodológica y el neoconstitucionalismo" Justicia y derechos: relaciones entre los derechos fundamentales y la estructura del Estado en América Latina. En A. F. Roncancio Bedoya, J. F. Restrepo Tamayo, & M. Neria Govea, *JUSTICIA Y DERECHOS* (págs. 40-60). Envigado: Fondo Editorial Institución Universitaria de Envigado.
- López, C., & Holguin, J. (2013). Autonomía, confianza y ética médica en la obra de Onora O'Neill*. *Revista colombiana de psiquiatría*, 42(1), 120 -135. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000100011
- Macedo, J., António, I., & Macedo, E. (2023). The birth plan as a safeguard mechanism the right to self-determination of women in obstetric context in Portugal. *Revista de Bioética y Derecho*(58), 223-242. Obtenido de <https://www-scopus->



- com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85165188395&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=ALL%28bio%C3%A9tica+AND+violencia+AND+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dc
- Maier, E. (2007). Convenios internacionales y equidad de género: un análisis de los compromisos adquiridos por México. *Papeles de población*, 13(53), 175-202. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252007000300008
- Maietti, F., & Villareal, J. (2023). Theoretical Approaches to the Phenomenon of Obstetric Violence: A Look at the International and Inter-American Normative and Jurisprudential Framework. *Vniversitas*(72), 2011-1711. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85170065647&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28violencia+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dcf7454c27417c>
- Massó, E. (2023). Obstetric violence as epistemic injustice: childbirth trouble. *Salud colectiva*, 19, 1-12. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85175049333&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28violencia+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dcf7454c27417c>
- Mella, M., Binfa, L., & Weeks, F. (2023). Autonomy in labour and delivery in a Latin American urban centre: a qualitative phenomenological analysis. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85188557784&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=ee32a7a6043f66c4f42bfc176498a565&sot=b&sdt=b&s=ALL%28bio%C3%A9tica+violencia+obstetrica%29&sl=34&sessionSearchId=ee32a7a6043>
- Morales, M. (2024). Violencia obstétrica y ciencias sociales. Estudios críticos en América Latina. *Revista Mexicana de Sociología*, 86(1), 257-261. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85189437987&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28violencia+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dcf7454c27417c>
- Moreno, C., Rincón, T., Arenas, Y., Sierra, D., Cano, A., & Cárdenas, D. (2014). La mujer en postparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista cuidarte*, 5(2), 739-747. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533181005.pdf>
- Moreno, R. (2020). A Bioethical Approach of "Medical Education from the Human Rights Based Approach to Health". *Investigacion en Educacion Medica*, 9(36), 96-102. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85131066817&origin=resultslist&sort=plf-f>

- f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=ALL%28bio%C3%A9tica+AND+violencia+AND+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dc
- Murrieta, A. (2023). From Giving Birth to Obstetric Violence in Mexico: Event and Public Issue. *Antipoda*, 2023(53), 29-53. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85178382350&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28violencia+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dcf7454c27417c>
- Naciones Unidas. (1948). La declaración universal de los Derechos Humanos. *Asamblea General de las Naciones Unidas*. Paris, Francia. Obtenido de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. *Asamblea General de las Naciones Unidas*. Obtenido de https://www.ohchr.org/sites/default/files/ccpr_SP.pdf
- Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. *Asamblea General de las Naciones Unidas*. Obtenido de <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cedaw>
- Neyro, J., Elorriaga, M., & Lira, J. (2015). Contraception and bioethics: Between the conscience objection and the autonomy principle. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 83(2), 125-138. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-84929667268&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=8e60d9b5179b17824c1483b1fcae5eeb&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28bio%C3%A9tica+principio+de+autonomia%29&sl=25&sessionSearchId>
- O'Brien, C., & Newport, M. (2023). Prioritizing women's choices, consent, and bodily autonomy: From a continuum of violence to women-centric reproductive care. *Social Science and Medicine*, 333, 116-110. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85167402686&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=ALL%28bio%C3%A9tica+AND+violencia+AND+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dc>
- Organizacion Mundial para la Salud. (2021). *La OMS adquiere importantes compromisos en favor del empoderamiento y la salud de las mujeres*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/05-07-2021-who-pledges-extensive-commitments-towards-women-s-empowerment-and-health>
- Orozco, L. (2021). Sexual and reproductive rights in Peru, beyond the Bicentenary. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 67(3). Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85156144508&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=ALL%28bio%C3%A9tica+AND+violencia+AND+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dc>
- Pérez, R., Pérez, M., & Pérez, D. (2023). The symbolic framework of obstetric violence. *Enfermería clínica*, 33(5), 375-376. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0->



- 85169472770&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28violencia+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dcf7454c27417c
- Pinto, B., & Gulfo, R. (2013). Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto. *Revista Colombiana de Bioética*, 8(1), 144-165. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189228429010.pdf>
- Quinche Ramírez, M. F. (2016). La constitucionalización y la convencionalización del derecho en Colombia. *Revista Jurídicas*, 13(1), 43 - 63. doi:<https://doi.org/10.17151/jurid.2016.13.1.4>
- Ramírez, H. (2022). La constitucionalización de la persona: un marco de la relación entre el Estado de derecho y los derechos humanos. *Revista Cuestiones Constitucionales*, 47, 367-395. Obtenido de [10.22201/ij.24484881e.2022.47.17533](https://doi.org/10.22201/ij.24484881e.2022.47.17533)
- Ramírez, N., Corredor, M., & Navas, S. (2021). Bioethical Recommendations For The Pandemic a Personalstic Perspective. *Persona y bioética*, 25(1), 34-49. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222021000102515&script=sci_arttext
- Ramos, B., Acuña, A., García, M., & Gómez, C. (2023). Violencia obstétrica: una revisión sistemática de literatura. *Revista de Ciencias Humanas y Sociales*(100), 60-93. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8967842>
- Rodriguez, P. (2023). Ableist obstetric violence against women with disabilities: An integrative literature review. *Salud colectiva*, 19. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85181176375&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28violencia+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dcf7454c27417c>
- Rodriguez, S., Rodriguez, D., Rodriguez, G., & Jiménez, R. (2020). Obstetric violence: Behavior of medical personnel and patient's perception in delivery rooms. Multicenter study, Anzoátegui state. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 80(4), 280-291. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85111337246&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28violencia+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dcf7454c27417c>
- Roncillo, C., Sánchez, M., & Arranz, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14-23. doi: <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>.
- Sens, M., & De Faria, A. (2019). Physicians' perception of obstetric or institutional violence in the subtle dimension of the human and physician-patient relationship. *Interface: Communication, Health, Education*, 23. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85071745383&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=ALL%28bio%C3%A9tica+AND+violencia+AND+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dc>

- Sentencia 11001031500020230338900 (Consejo de Estado 2023). Obtenido de <https://samaicore.consejodeestado.gov.co/api/DescargarProvidenciaPublica/1100103/11001031500020230338900/6E66514ED44DA010EB800D01273C079F36BF075B11EDA5CB1B457AD6FF07ABA8/2>
- Sentencia 11001031500020230737200 (Consejo de Estado 2024). Obtenido de <https://samaicore.consejodeestado.gov.co/api/DescargarProvidenciaPublica/1100103/11001031500020230737200/94AB172FAB0A052B64664EADA29A005E85E19584F268A66069B6FD6691595B6A/2>
- Sentencia 13001233100020110013602 (Consejo de Estado 2023). Obtenido de <https://samaicore.consejodeestado.gov.co/api/DescargarProvidenciaPublica/1100103/13001233100020110013602/0E8A9B918EC0001538D2310F4635C58AD9BC6ECE956E9385FFB514FB04A24CBE/2>
- Sentencia 66001233300020120002101 (Consejo de Estado 2023). Obtenido de <https://samaicore.consejodeestado.gov.co/api/DescargarProvidenciaPublica/1100103/66001233300020120002101/C92E38F2DAD2C333800B7266819FC3645131FD926F92857F5A9D72A08B206554/2>
- Sentencia 8839 (Sala de lo contencioso administrativo 1994). Obtenido de https://jurinfo.jep.gov.co/normograma/compilacion/docs/EX_08839.htm
- Sentencia C-233 (Corte Constitucional 2021). Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-233-21.htm>
- Sentencia T - 018 (2023). Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2023/T-018-23.htm>
- Serrano, C., & León, L. (2024). The Obstetric Violence and its Legal Implications in Mexico. *Cuestiones constitucionales*, 25(50), 27-65. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85188210341&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28violencia+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dcf7454c27417c>
- Silva, A., Pantoja, F., Millón, Y., Hidalgo, V., Stojanova, J., Arancibia, M., . . . Campos, M. (2020). Stakeholders' perceptions of humanized birth practices and obstetric violence in Chile: A scoping review. *Medwave*, 20(9), 1 - 13. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85095582441&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28violencia+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dcf7454c27417c>
- Suárez Manrique, W. Y. (2014). La constitucionalización del derecho en el ordenamiento jurídico colombiano. *Vniversitas*, 63(129), 319 - 354. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.VJ129.cdoj>
- Uzcátegui, O., & Cabrera, C. (2010). Bioethical aspects of cesarean section and informed consent. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 70(1), 47-52. Obtenido de <https://www-scopus-com.consultaremota.upb.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-77953149891&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3dcf7454c27417c3187e062fe7f36ba5&sot=b&sdt=b&s=ALL%28bio%C3%A9tica+AND+violencia+AND+obstetrica%29&sl=35&sessionSearchId=3dc>



- Vega, C. (2020). Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(2), 197-201. Obtenido de <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000017>
- Welie, J. (2020). Agenciamiento del paciente, autonomía y consentimiento. Perspectivas católicas. *Medicina y ética*, 31(4), 803-878. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-21662020000400803



PREDISPOSICIÓN GENÉTICA (HLA-DQA1, HLA-DQB1), SENSIBILIDAD AL TRIGO/GLUTEN MEDIADA POR IgG Y RIESGO DE PADECIMIENTO DE SÍNTOMAS: INTESTINALES, EXTRAINTESTINALES Y NEUROLÓGICOS EN PACIENTES DE UNA CONSULTA DE INMUNONUTRICIÓN.

GENETIC PREDISPOSITION (HLA-DQA1, HLA-DQB1), WHEAT/GLUTEN SENSIVITY MEDIATED BY IgG AND RISK OF INTESTINAL, EXTRAINTESTINAL AND NEUROLOGICAL SINTOMS.

Andreina White¹, Julie Verzura², Mariana White³, Carol Rodríguez⁴, Verónica Dudamell⁵, Mercedes White⁶, Andrea García⁷, Natalia Rosal⁸, Valeria Rizzo⁹, Gibely Uribe¹⁰, Milaidi García¹¹

RESUMEN

Introducción: La globalización transformó los hábitos alimentarios de las sociedades evidenciándose mayor consumo de alimentos ultraprocesados y cereales contentivos de gluten, ello, parece haber elevado la frecuencia de enfermedades asociadas, quizás, por sensibilidad alimentaria mediada por inmunoglobulina G (IgG) al trigo/gluten (STG) y predisposición genética al gluten (PGG). **Objetivo:** Establecer la relación entre PGG por

¹Licenciada en Nutrición y Dietética (Universidad Central de Venezuela). Máster en Inmunología, Máster en Metabolismo. Embajadora NutriWhite sede Madrid, España.

² Médico (Universidad de Carabobo). Magíster en Inmunología (Instituto Venezolano de Investigación Científica). Magíster en Nutrición Humana. Profesor Agregado, Cátedra Inmunología (UC). Embajadora NutriWhite sede Madrid, España.

³ Licenciada en Nutrición y Dietética (UCV). Magíster en Nutrición Holística. Miembro de la National Association of Nutritional Professionals, USA. Cofundadora de NutriWhite, Organización Internacional de Especialistas en Inmunonutrición. Embajadora NutriWhite sede Estados Unidos.

⁴ Licenciada en Nutrición y Dietética (UCV). Magíster en Nutrición Humana (Universidad Simón Bolívar). Inmunonutricionista. Embajadora NutriWhite Sede Caracas.

⁵ Licenciada en Nutrición y Dietética (UCV). Inmunonutricionista. Embajadora NutriWhite Sede Caracas.

⁶ Licenciada en Biología (Regis College). Maestría en Nutrición, Micología (USB). Estudios de postgrado Microbiota Regenera. Gluten Free Society Tier 1&2. Embajadora NutriWhite sede Caracas.

⁷ Licenciada en Biología (Regis College). Maestría en Nutrición, Micología (USB). Estudios de postgrado Microbiota Regenera. Gluten Free Society Tier 1&2. Embajadora NutriWhite sede Caracas.

⁸ Licenciada en Nutrición y Dietética (UCV). Curso online de Trastornos Alimentarios y adicción a la Comida, Asociación Argentina de Nutrición Clínica Inmunonutricionista. Embajadora NutriWhite Sede Caracas.

⁹ Licenciada en Nutrición y Dietética (ULA, Venezuela). Especialista en Inmunonutrición. Nutrición Clínica y Pediátrica (instituto Vive Sano, Brasil). Consejera en Lactancia Materna certificada UNICEF y CANIA. Inmunonutricionista. Embajadora NutriWhite Sede Caracas.

¹⁰ Licenciada en Nutrición y Dietética (ULA). Inmunonutricionista. Embajadora NutriWhite Sede Caracas.

¹¹ Licenciada en Nutrición y Dietética (ULA). Magister en Nutrición (UC). Doctoranda en Antropología (ULA). Profesor Asociado, Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, ULA, Mérida, Venezuela. Investigador invitado, NutriWhite, sede Caracas.

Correspondencia: nutriwhite.research@gmail.com

presencia de genes HLA-DQA1, HLA-DQB1, STG mediada por IgG y riesgo de aparición de síntomas: intestinales, extraintestinales y neurológicos. **Metodología:** Investigación transversal-analítica, efectuada en 100 individuos de ambos sexos con edades entre 3 y 80 años, quienes, asistieron voluntariamente a la consulta de inmunonutrición de NutriWhite periodo 2018-2023. La técnica de recolección de datos empleada fue la entrevista y el instrumento, un formulario, donde se registraron datos sociodemográficos, síntomas (intestinales, extraintestinales y neurológicos), valores IgG y HLA-DQA1 y HLA-DQB. El IgG, se determinó por ELISA y los genes por genotipificación. El análisis estadístico incluyó porcentajes y descriptivos, correlaciones y cálculo de Odds ratio (OR) usando el SPSS V.26.0. Hubo significancia estadística cuando $p < 0,05$. **Resultados:** Razón 7:3 mujeres/hombres. Edad media: $37,12 \pm 16,07$ años. 100% pacientes presentaron PGG. HLA-DQA1 más frecuente 0301-(HLA-DQ8 20%) y HLA-DQB1 (combinación de heterodímeros 87%). Alelos representativos: combinación de alelos: 55%, DQ1:18%, DQ2:12%. La PGG se asoció en 65% a la STG siendo principalmente "sensibilidad leve" (trigo 56% y gluten 52%). La STG fue mayor al trigo que al gluten (65% vs 61%) ($p < 0,01$). Sintomatología: 99% intestinal, 73% extraintestinal y 43% neurológica. **Conclusiones:** Todos los pacientes presentaron PGG y no es exclusiva para los alelos DQ2-DQ8 al haber predominio de alelos-DQ3 y DQ1. La PGG sólo se asoció en 66% a la STG, observándose mayor sensibilidad por IgG al trigo que al gluten. Hubo síntomas intestinales en todos los pacientes. DQ1 y DQ8, mostraron más síntomas intestinales; DQ8 y DQ2, síntomas extraintestinales y DQ3 síntomas neurológicos ($p < 0,05$). La determinación de STG mediada por IgG debe complementarse con genotipificación de todos los alelos.

Palabras clave: predisposición genética, sensibilidad al trigo y al gluten, síntomas: intestinales, extraintestinales y neurológicos.

ABSTRACT

Introduction: The globalization transformed society eating habits, evidencing higher consumption of ultra-processed foods and gluten-containing cereals. This seems to have increased the frequency of associated diseases, perhaps, due to food sensitivity mediated by immunoglobulin G (IgG) to wheat/gluten (SWG) and genetic predisposition to gluten (GPG). **Objective:** To establish the relationship between GPG due to the presence of HLA-DQA, HLA-DQB, IgG-mediated SWG, and risk of symptom onset: intestinal, extraintestinal, and neurological. **Methodology:** a cross-sectional and analytical research was carried out on 100 individuals of both sexes, aged between 3 and 80 years who voluntarily attended the NutriWhite immunonutrition consultation, period 2018-2023. The data collection technique used was the interview and the instrument, a form, where sociodemographic data, symptoms, IgG and HLA-DQA1 and HLA-DQB1 values were recorded. IgG was determined by ELISA and the genes by alleles genotyping. Statistical analysis included percentages and descriptors, student's t, correlations, and Odds ratio (OR) calculation using SPSS V.26.0. Statistical significance



was considered ($p \leq 0.05$). **Results:** Ratio 7:3 women/men. Mean age: 37.12 ± 16.07 years. 100% patients with PGG. HLA-DQA1 most frequent 0301-(HLA-DQ8, 20%) and HLA-DQB1 (combination of heterodimers 87%). Most representative alleles: combination of alleles: 55%, DQ1: 18%, DQ2: 12%. According to IgG, there was greater sensitivity to wheat than to gluten (65% vs. 61%) with ($p < 0.01$). Symptoms: 99% intestinal, 73% extraintestinal and 43% neurological. **Conclusions:** All patients presented GPG. The GPG is not exclusive for the DQ2-DQ8 alleles, as alleles-DQ3 and DQ1 predominate. GPG was only associated in 66% with SWG, there was greater sensitivity for IgG to wheat than to gluten. There were intestinal symptoms in all patients. DQ1 and DQ8 showed more intestinal symptoms; DQ8 and DQ2, extra intestinal symptoms and DQ3 neurological symptoms ($p < 0.05$). IgG-mediated determination of SWG should be complemented by genotyping with all alleles.

Keywords: genetic predisposition, sensitivity to wheat and gluten, symptoms: intestinal, extraintestinal and neurological.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años se han suscitado cambios importantes en la forma cómo se alimentan las poblaciones a nivel global, evidenciándose un vertiginoso incremento del consumo de alimentos ultra procesados, en muchos de los cuales, los ingredientes son cereales que contienen gluten. Este cambio en los patrones de consumo alimentario, parece haber incidido en el aumento del número de personas con reacciones orgánicas adversas al trigo y a uno de sus componentes, el gluten⁽¹⁾.

El trigo, el centeno y la cebada, son cereales con un elevado contenido de gluten en su tejido de almacenamiento (endospermo). Químicamente, al gluten, se le ha clasificado como una prolamina contentiva tanto de gliadinas monoméricas como de gluteninas poliméricas. Las gluteninas, pueden subdividirse en proteínas de bajo y de alto peso molecular, mientras que, las gliadinas se dividen en α , γ y ω -gliadinas⁽²⁾. Además, el gluten, contiene aminoácidos como la prolina, la glutamina y aminoácidos hidrofóbicos⁽³⁾ que impiden que éste pueda ser degradado totalmente por acción de las

enzimas gástricas, pancreáticas y del borde en cepillo⁽⁴⁾. Así también, se ha descrito que la α -gliadina contiene algunos de los péptidos más tóxicos del gluten, como se ha demostrado en estudios in vitro y cuyo efecto se ha mapeado en dominios específicos de la estructura⁽⁵⁾. El efecto de los péptidos es diverso e incluye penetración intestinal⁽⁶⁾, liberación de citoquinas⁽⁷⁾ y citotóxicos⁽⁸⁾.

Existen 3 condiciones asociadas al consumo de trigo y su componente gluten: Enfermedad celíaca (EC), Sensibilidad al gluten no celíaca (SGNC) y Alergia al trigo (AT)⁽⁹⁾. La EC es una condición autoinmune, mediada principalmente por la inmunidad adaptativa, linfocitos Th1, Th17⁽¹⁰⁾. La SGNC es una respuesta inflamatoria, mediada principalmente por la inmunidad innata que involucra los receptores tipo Toll y la AT es una respuesta medida por linfocitos Th2. Estas condiciones se han asociado con predisposición genética (HLA- DQA1 y DQB1), la cual, produce síntomas intestinales y extraintestinales, incluyendo los neurológicos⁽¹¹⁾. También se producen anticuerpos (IgG, IgE) que van dirigidos contra el gluten y el trigo, los cuales se miden en sangre y forman parte de los criterios diagnósticos⁽¹²⁾.

En los últimos años, ha aumentado la presencia de síntomas relacionados con el consumo de trigo y su componente el gluten, para los efectos de esta investigación, se le señalará como sensibilidad al trigo/gluten (STG). Una persona posee STG cuando no cumple con los criterios diagnósticos suficientes para ser prescrito con enfermedad celíaca o como alérgico al trigo, es decir, en ellos no se observa presencia de anticuerpos celíacos específicos o atrofia vellosa, así como cualquier otro proceso relacionado con la alergia⁽¹³⁾. En estos individuos hay activación errónea del sistema inmunitario ante la presencia de trigo, gluten u otro de sus componentes que desencadenan sintomatología variada⁽¹⁴⁾. La prevalencia de STG es elevada. Esta puede ser inclusive hasta 10 veces mayor que la de la EC⁽¹⁵⁾. Se ha reportado que en EE. UU, hay prevalencia cercana al 6% y en España, hasta 10%⁽¹⁶⁾.

En los últimos años, con la finalidad de determinar la Predisposición Genética al Gluten (PGG), por presencia de HLA- DQA1 y HLA- DQB1 se ha utilizado el método de genotipificación de los alelos DQ2 y DQ8, sin embargo, dichos marcadores sólo descartan la predisposición a la EC⁽¹⁷⁾. Existen otros alelos como el DQ1 y DQ3, que



podrían ampliar la determinación de la PGG e incluir otras condiciones asociadas al consumo del trigo/gluten. Su uso, permitiría diseñar intervenciones dietéticas pertinentes, capaces de minimizar o prevenir la sintomatología asociada a la presencia de la PGG y frenar el desarrollo de las enfermedades relacionadas al consumo del trigo y gluten⁽¹⁸⁾.

Los síntomas del paciente con STG comenzaron a reportarse desde el año 2007, pero, aún hoy en día y a pesar de los avances tecnológicos, el establecimiento de su diagnóstico, sigue siendo una difícil labor, dado que, su semiótica se confunde con la de otras patologías como el síndrome de colon irritable o con problemas inherentes a la edad del paciente u otras situaciones como mala digestión, ingestión de comidas copiosas o como un efecto adverso a la medicación ingerida⁽¹⁹⁾. La suma de estos factores desvía la atención del equipo de salud y provoca retrasos en el establecimiento del diagnóstico de STG, por lo que estas personas padecen durante años los estragos de los síntomas intestinales y extraintestinales, ocasionándoles sufrimiento y detrimento de su estado de salud y calidad de vida⁽²⁰⁾.

Los síntomas de STG son variados, comprenden los *intestinales* (dolor o cólicos abdominales, vómito, diarrea o estreñimiento y flatulencia), los *extraintestinales* (nauseas, dolor de cabeza, fatiga, eccema y falta de ánimo). También, existen otras manifestaciones importantes que se han denominado como "*mente nublada*" que incluyen: falta de concentración, reducción en el nivel de alerta, lentitud ideatoria y alteraciones en la memoria. Unos síntomas adicionales, son el entumecimiento de las extremidades, artromialgias y síntomas similares a la fibromialgia⁽²¹⁾.

El mecanismo de respuesta corporal a la STG no ha sido esclarecido del todo, no obstante, se ha planteado la hipótesis que, ante la presencia de trigo en el organismo se desencadena una respuesta inmune innata; mientras que, en la EC, hay activación de la respuesta inmune adaptativa. La respuesta inmune de STG genera incremento de la permeabilidad e inflamación intestinal, en la cual, hay liberación de citocinas y péptidos gastrointestinales. La aparición de síntomas digestivos como: dolor abdominal,

flatulencia, dispepsia o diarrea, parece estar vinculada a la afectación del sistema nervioso entérico colinérgico por la acción de estos mediadores ⁽²²⁾.

Un punto que resulta controversial es el rol directo del gluten como el “verdadero responsable” de las manifestaciones intestinales y extraintestinales, tales discrepancias, son atribuibles, a la existencia de otras proteínas en el trigo distintas al “gluten”, las cuales, parecen inhibir la acción de la amilasa tripsina (ATIS). Estos inhibidores podrían incitar la activación de la inmunidad innata y desencadenar la enteropatía. Otros elementos presentes en el trigo que parecen estar asociados a la aparición de sensibilidad, son los carbohidratos no absorbidos fermentables (FODMAPs) y los fructanos, los cuales, al parecer, incitan la aparición de colon irritable ⁽⁶⁾. No obstante, es necesaria la realización de nuevas investigaciones que ayuden a disipar las dudas existentes sobre el mecanismo de acción de estos elementos y de su participación en la STG.

El establecimiento del diagnóstico de la STG, continua siendo una proeza, ya que se le confunde con otras patologías u condiciones, este solapamiento, impide la adopción de medidas correctivas oportunas por parte del paciente como la realización de una dieta libre de detonantes alimentarios, que coadyuve a minimizar o detener la aparición de desnutrición, enfermedad hepática autoinmune, neuropatía periférica y neoplasias malignas intestinales, entre otras afecciones de importancia ⁽²³⁾.

Se evidencia, que la STG es una afección de difícil diagnóstico y de secuelas importantes para el individuo que amerita del emprendimiento oportuno de acciones para su reconocimiento y abordaje, en especial, al tratarse de una patología infraestimada, de elevada prevalencia y de presentación paucisintomática. Bajo estas consideraciones, se realizó una investigación para establecer la relación entre PGG medida por la presencia de HLA-DQA1, HLA-DQB1 con sensibilidad al trigo/gluten mediado por IgG y el riesgo de aparición de síntomas: intestinales, extraintestinales y neurológicos en los pacientes de la consulta de inmunonutrición de NutriWhite durante el periodo 2018-2023.



METODOLOGÍA.

Diseño del estudio

Estudio transversal, analítico.

Población y muestra

La población estuvo constituida por 335 pacientes que asistieron a la consulta de inmunonutrición de NutriWhite. La selección de la muestra se hizo por “muestreo no probabilístico, intencional”, supeditado a los siguientes criterios:

- Haberse realizado la genotipificación y tener resultados para los genes HLA-DQA1 y HLA-DQB1.
- Poseer resultados de la prueba de anticuerpos de inmunoglobulina G (IgG) tanto para el gluten como para el trigo.
- Tener información completa: edad, sexo, datos de sintomatología intestinal, extraintestinal y neurológica.
- Haber accedido de forma voluntaria a participar en este estudio mediante la entrega de una carta de consentimiento informado firmada. En el caso de menores de edad el consentimiento fue firmado por sus representantes legales.
- Pacientes atendidos entre abril- 2018 y abril-2023.

Tras la aplicación de los criterios especificados, la muestra quedó conformada por 100 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 3 y 80 años.

Principios Bioéticos

Se siguieron los principios bioéticos universales establecidos en la “Declaración de Helsinki” estipulados por la Asociación Médica Mundial ⁽²⁴⁾. Al emplearse datos personales y material genético, se solicitó la aprobación de esta investigación por parte del Comité de Ética de NutriWhite y adicionalmente, los pacientes expresaron su “participación voluntaria” mediante la entrega de una “carta de consentimiento informado”, previamente firmada. Para el caso de los menores de edad este consentimiento fue firmado por sus padres o tutores legales.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento un formulario de entrevista ⁽²⁵⁾, diseñado para los efectos de esta investigación, en este se registró: identificación del paciente, edad, sexo, resultados de la genotipificación, valores de IgG para el trigo y gluten, categorización del IgG, presencia o ausencia de sintomatología: intestinal, extraintestinal, neurológica, padecimiento de otros síntomas u patologías y una sección de observaciones, la cual, brindó información extra que pudiera ser de utilidad para el diagnóstico y tratamiento del paciente. La entrevista fue llevada a cabo por el equipo de salud que labora en NutriWhite.

Información clínica

Se preguntó al paciente el padecimiento de alguno(s) de los siguientes síntomas:

- 1) Intestinales: cólicos o dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, flatulencia y nauseas.
- 2) Extraintestinales: dolor de cabeza, fatiga, eccema y falta de ánimo.
- 3) Neurológicos: ansiedad, depresión, estrés, irritabilidad o la combinación de estas. Los datos fueron depurados y para luego ser tabulados y analizados.

Prueba de anticuerpos de inmunoglobulina G (IgG)

La respuesta orgánica a la exposición al gluten y al trigo, se efectuó mediante la realización de la Prueba de anticuerpos de inmunoglobulina G (IgG), determinada por el método de Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA).

El procedimiento de toma de la muestra fue el siguiente: en primera instancia, el paciente limpió con alcohol la superficie de punción, luego con una lanceta de uso farmacéutico realizó una pequeña incisión de la que se obtuvo sangre capilar de uno de los dedos (0,05 ml). La gota de sangre ocupó por completo cada una de las almohadillas del kit de toma de muestra y se especificó que el paciente debía esperar que la ficha con la muestra debía estar seca antes de introducirla en la bolsa Biohazard.

Una vez seca, la muestra fue enviada al laboratorio médico Alletess, Massachussets, Estados Unidos, donde la sangre extraída fue expuesta *in vitro* a un panel de componentes alimentarios, con la finalidad de medir el grado de unión del IgG total a



cada alimento. Los puntos de corte empleados fueron: sin sensibilidad detectada: menos de 0,199 (Clase 0), sensibilidad leve: 0,200-0,299 (Clase 1), sensibilidad moderada: 0,300-0,399 (Clase 2), sensibilidad elevada, mayor o igual a 0,400 (Clase 3).

Pruebas Genéticas

Se hizo por genotipificación, en esta prueba, se determina el genotipado de los alelos que codifican los genes HLA-DQA1 y HLA-DQB1 mediante la descripción de los heterodímeros presentes y evaluación de los alelos (DQ1, DQ2, DQ3, DQ8). El paciente humedeció cuatro hisopos estériles con saliva proveniente de cuatro zonas específicas de la boca (esquinas superior e inferior derecha y esquinas superiores e inferiores izquierda), los hisopos fueron enviados al laboratorio LabCorp, Burlington, Carolina del Norte, EE. UU. Se consideró PGG cuando el paciente presentaba en sus genes (DQA1, DQB1) al menos uno de los alelos: DQ1, DQ2, DQ3, DQ8.

Sesgos y limitaciones del estudio

Los factores que pudieron haber provocado sesgo en los resultados obtenidos en esta investigación, fueron:

- Auto reporte de síntomas.
- Toma de muestras por parte de los pacientes.
- Inclusión de pacientes con resultados para pruebas genéticas e IgG para trigo y gluten, esto pudo haber generado “sesgo” al excluirse individuos que presentaban quizás mutaciones genéticas o niveles altos de IgG, pero que no mostraban síntomas para el momento de la consulta.

Análisis estadístico

Una vez recabada la información esta fue depurada y vaciada en una base de datos previamente realizada en Excel 16.0 y en el paquete estadístico IBM- SPSS versión 26 La información fue ordenada en tablas y gráficos. Se emplearon en el caso de las variables cualitativas, frecuencias y porcentajes. Para el análisis de variables cuantitativas, el promedio, rangos y desviación estándar.

Las diferencias entre grupos se determinaron por “t” de student para comparar grupos pequeños; la correlación de Pearson, para variables cualitativas continuas y para medir el riesgo de desarrollar sintomatología (intestinal, extraintestinal y neurológica), se emplearon estadísticas epidemiológicas mediante cálculo de razón de probabilidades (Odds ratio [OR]) este se efectuó por análisis de proporciones. Se consideró que había significancia estadística cuando el valor de “p” fue igual o menor a 0,05.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 100 pacientes, estos fueron mayormente mujeres 69%. Hubo razón de 7 mujeres por cada 3 hombres. El promedio de edad grupal fue de 37,12±16,07 años, la edad mínima observada en la muestra de pacientes fue de 3 años y la máxima de 80 años. El promedio de edad para el género masculino fue de 32,74±21,19 años mientras en las mujeres de 39,08±12,85 años.

Tabla 1. Descriptivos de la muestra

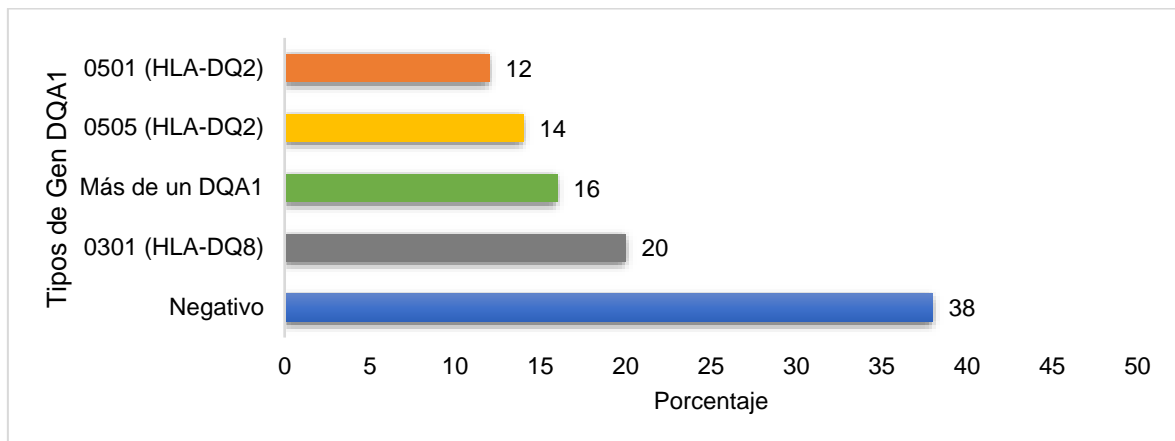
Parámetros	Dimensiones	Valores
Muestra (n)	Número de sujetos	100
Sexo	Masculino: N° (%)	31 (31)
	Femenino N° (%)	69 (69)
Razón	Mujeres/Hombres	7 mujeres/ 3 hombres
Edad (años)	Grupal	37,12±16,07 (Li:3, Ls:80)
	Hombres	32,74±21,19 (Li:3, Ls:75)
	Mujeres	39,08±12,85 (Li:11, Ls:80)

Nota: Formulario de encuesta (2023), Li: Límite Inferior, Ls: límite superior.

En la Figura 1, se describe la PGG determinada por la presencia del gen DQA1 en los pacientes abordados. Las expresiones más frecuentes para este gen, fueron el 0301 (HLA-DQ8) con 20%, el 0505 (HLA-DQ2) con 14% y el 0501 (HLA-DQ2) con 12%. Así también, 38% de la muestra presentó DQA1 negativo y un 16% tuvo dos tipos de DQA1.

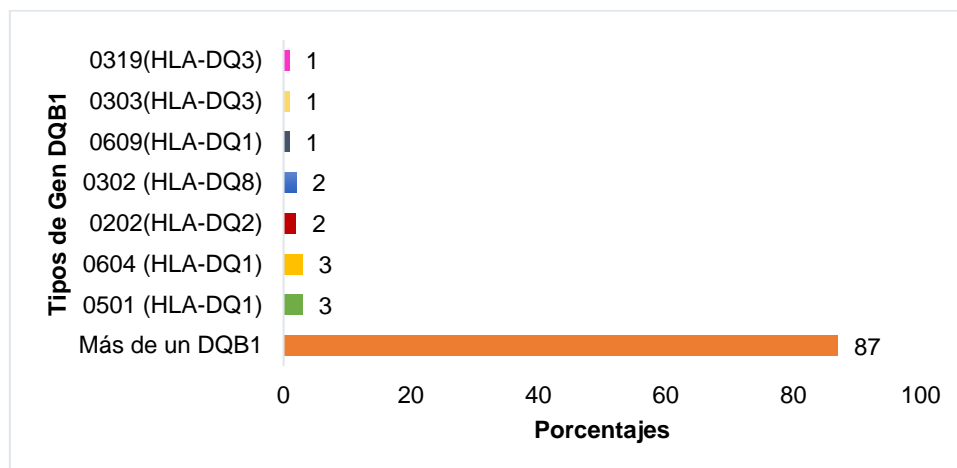


Figura 1. Expresiones del gen DQA1 en pacientes con PGG.



En la Figura 2, se representa la PGG determinada por presencia del gen DQB1 en los pacientes abordados. Puede señalarse que 86% de ellos presentó más de un tipo de DQB1, 3% el 0501-(HLA-DQ1), 3% el 0604 (HLA-DQ1). Por otra parte, 2% manifestó el 0202 (HLA-DQ2) y 2% el 0302 (HLA-DQ8).

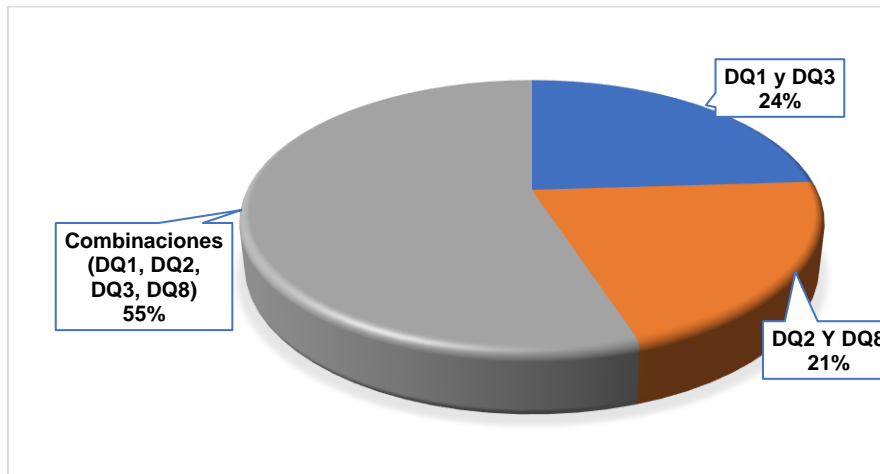
Figura 2. Expresiones del gen DQB1 de pacientes con PGG.



En la Figura 3, se presenta el genotipado de los alelos (DQ) de los pacientes con PGG. Más de la mitad de la muestra (55%) la constituyeron las combinaciones de alelos: DQ1, DQ2, DQ3 y DQ8. Aproximadamente una cuarta parte de la muestra (24%), presentó únicamente los alelos DQ1 y DQ3 o la combinación de estos, de los cuales, 17% correspondió al alelo DQ1, 2% al alelo DQ3 y 5% a la combinación de ambos alelos (DQ1+DQ3). Al analizar la presencia de los alelos DQ2 y DQ8, estos, representaron el

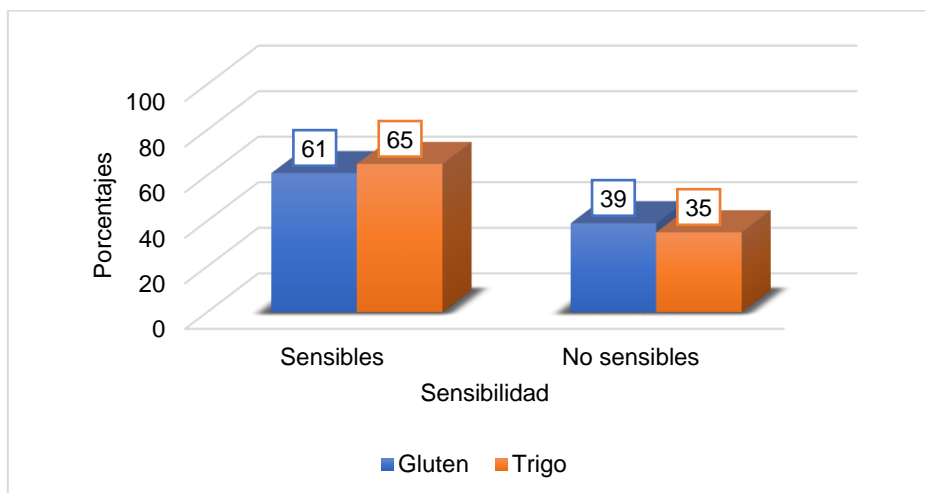
21% de los pacientes abordados, distribuyéndose de la siguiente manera: 12% correspondió al alelo DQ2, 5% al alelo DQ8 y 4% a la combinación de los alelos (DQ2+DQ8).

Figura 3. Genotipado de alelos en pacientes con PGG.



En la Figura 4, se describe la STG, en los pacientes abordados, hubo mayor sensibilidad al trigo que al gluten (65% Vs. 61%). Además, hubo pacientes en los que no se evidenció sensibilidad (Gluten 39% Vs. Trigo 35%).

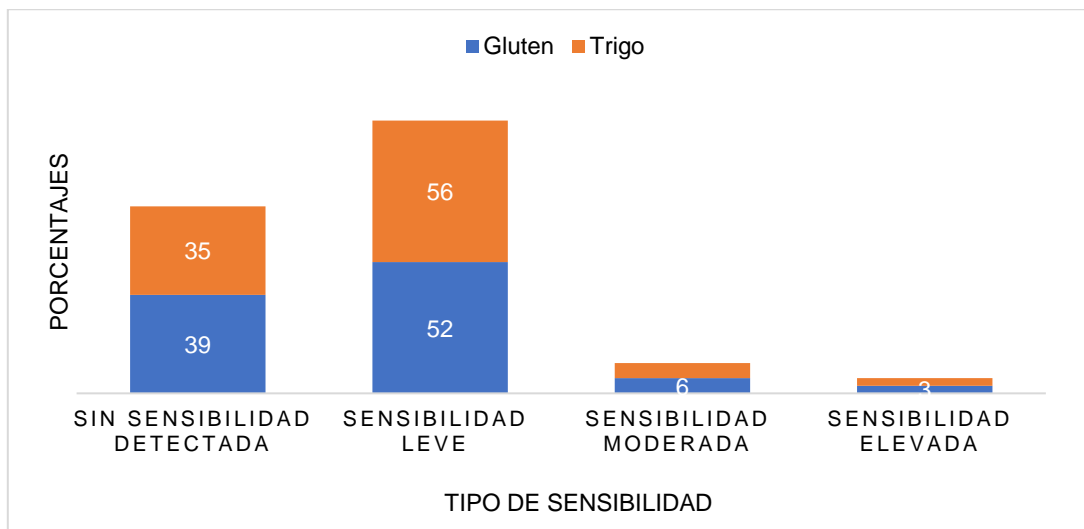
Figura 4. Sensibilidad al trigo y al gluten mediada por IgG.





En la Figura 5, se describen los grados de STG de acuerdo con el IgG de los pacientes estudiados. La mayoría mostró “sensibilidad leve” (trigo 56% vs. gluten 52%), “sensibilidad moderada” (trigo 6% vs. gluten 6%) y “sensibilidad elevada” (trigo 3% vs. gluten 3%). Por otro lado, se encontraron los pacientes “sin sensibilidad detectada” (trigo 35% vs. gluten 39%).

Figura 5. Grados de sensibilidad al trigo y gluten mediada por IgG.



En la Tabla 2, se presenta la correlación entre los niveles séricos de IgG al trigo y al gluten. Los pacientes mostraron mayor sensibilidad al trigo que al gluten con diferencias estadísticas altamente significativas ($p < 0,01$).

Tabla 2. Comparación de la correlación Trigo Vs. Gluten en pacientes con sensibilidad alimentaria mediada por IgG.

	IgG Gluten	IgG trigo
IgG Gluten		
Correlación de Pearson	1	0,937**
Sig. (bilateral)		0,000
N	85	85
IgG trigo		
Correlación de Pearson	0,937**	1
Sig. (bilateral)	0,000	
N	85	93

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

En la Tabla 2, se compara la distribución de los alelos (DQ1, DQ2, DQ3 y DQ8) de acuerdo con el grado de sensibilidad (al trigo y al gluten) mediada por IgG en los pacientes estudiados.

Al indagar en el grupo “*sin sensibilidad detectada*”, se observa que el 33% de los pacientes no mostraron sensibilidad mediada por IgG ni al trigo ni al gluten simultáneamente, de los cuales, 19% presentó combinación de alelos, 8% presentó DQ2 y DQ8 y 6% presentó DQ1 y DQ3. Hubo, además, un pequeño porcentaje de pacientes que no presentaron sensibilidad a un componente en específico tal es el caso, del 2% con DQ2 y DQ8, quienes que no mostraron sensibilidad hacia el gluten, mientras que en pacientes DQ1 y DQ3, un 1% no mostró sensibilidad hacia el trigo y un 3% no mostró sensibilidad al gluten.

En cuanto a la “*sensibilidad leve*” en los pacientes con combinación de alelos hubo mayor sensibilidad al trigo que al gluten (31% vs.30%) el mismo comportamiento fue observado en los pacientes con DQ2 y DQ8 (11% vs. 9%) y en los DQ1 y DQ3 (15% vs.14%).

Para la “*sensibilidad moderada*” hubo comportamiento contrario al reportado anteriormente, ya que en pacientes con combinación de DQ hubo más sensibilidad al gluten que al trigo (5% vs 4%), en los pacientes con DQ2 y DQ8 sólo hubo un 1% de pacientes con sensibilidad moderada al trigo mientras que en DQ1 y DQ3 el porcentaje de sensibilidad se distribuyó de igual manera para ambos componentes alimentarios (1%).

Al describir la “*sensibilidad elevada*”, esta se manifestó en igual porcentaje tanto para el trigo como para el gluten en pacientes con combinación de DQ (1%) en el caso de los pacientes DQ2 y DQ8, se observó más sensibilidad de este grado hacia el gluten (gluten 2% vs trigo 1%) y en los DQ1 y DQ3, solo hubo sensibilidad elevada hacia el trigo (1%).

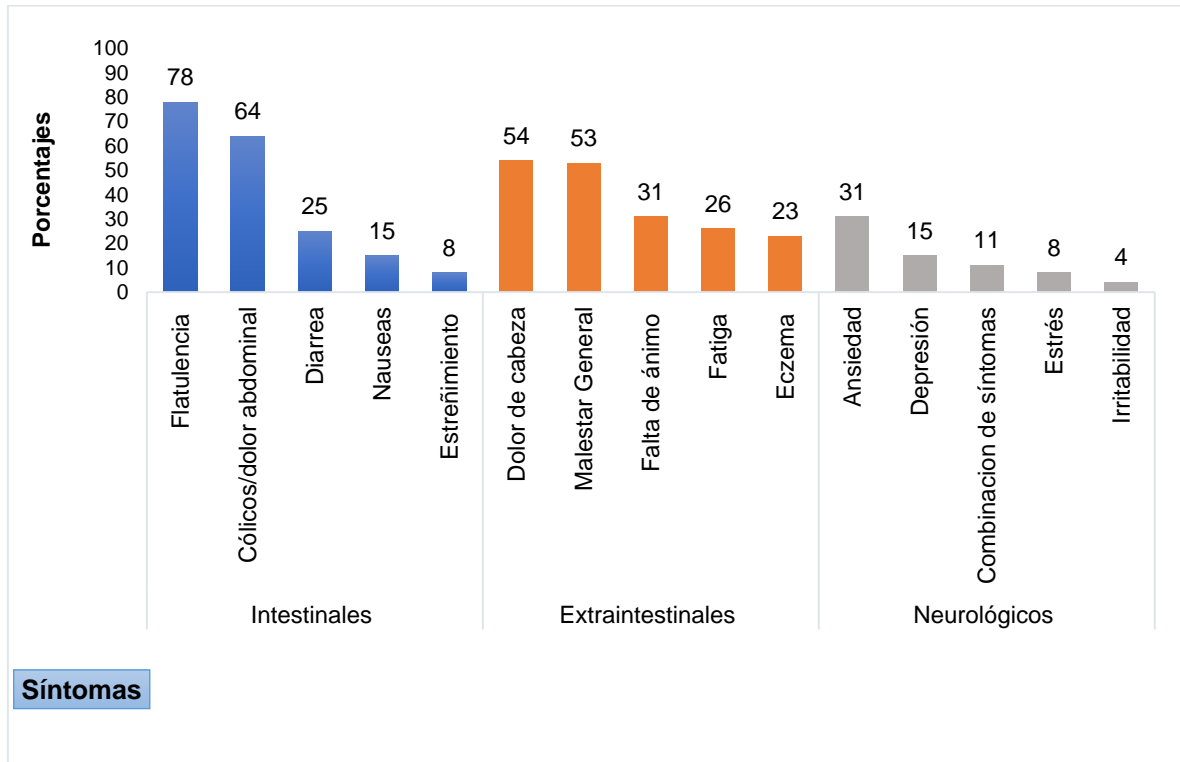


Tabla 2. Genotipado Vs. Grados de Sensibilidad al Trigo y Gluten según IgG en los pacientes abordados.

Genotipado alelos	Grados de sensibilidad								
	Sin sensibilidad			Sensibilidad Leve		Sensibilidad Moderada		Sensibilidad Elevada	
	Trigo	Gluten	Negativo Trigo y gluten	Trigo	Gluten	Trigo	Gluten	Trigo	Gluten
Combinación de DQs (N=55, 55%)			19	31	30	4	5	1	1
DQ2+DQ8 (n=21, 21%)		2	8	11	9	1		1	2
DQ1+DQ3 (n=24, 24%)	1	3	6	15	14	1	1	1	

En la Figura 6, se describen los síntomas intestinales, extraintestinales y neurológicos encontrados en los pacientes con PGG. Los síntomas intestinales más recurrentes, fueron: flatulencia (78%), dolor abdominal (64%), diarrea (25%), nauseas (15%) y estreñimiento (8%). Las manifestaciones extraintestinales mayormente encontradas fueron: dolor de cabeza (54%), malestar general (53%), falta de ánimo (31%), fatiga (26%) y eczema (23%). Los síntomas neurológicos más frecuentes fueron: ansiedad (31%), depresión (15%), combinación de síntomas neurológicos (11%), estrés (8%) e irritabilidad (4%).

Figura 6. Síntomas intestinales, extraintestinales y neurológicos en pacientes con PGG.



En la Tabla 3, se describe, el riesgo epidemiológico para el desarrollo de síntomas intestinales en pacientes con PGG según el tipo de alelo. Los pacientes con mayor número de síntomas intestinales fueron los DQ1, al manifestar 4 de 5 parámetros estudiados. Por su parte los DQ8 positivos, presentaron 3 de 5 síntomas estudiados mientras los DQ2 y DQ3 positivos, mostraron 2 de 5 de los síntomas intestinales, cada uno, respectivamente.

Al describir el riesgo de aparición para cada síntoma intestinal, se observó que los pacientes con DQ1 presentaron: diarrea (OR=2,25), cólicos (OR=1,84), náuseas (OR=1,54) y flatulencia (OR=1,08). Los DQ8 positivos: estreñimiento (OR=1,30), diarrea (OR=1,20) y náuseas (OR=1,1). Los DQ2 presentaron mayor riesgo para diarrea (OR=1,86) y flatulencia (OR=1,06) y los pacientes DQ3 más probabilidad de flatulencia (OR=2,71) y diarrea (OR=1,00). El riesgo de desarrollo de estos síntomas en pacientes con PGG fue con 95% de confianza.



Tabla 3. Odds Ratio (OR) de síntomas intestinales en pacientes con PGG según alelos: DQ2, DQ8, DQ1 Y DQ3.

Síntomas	OR- DQ2	IC (95%)- DQ2	OR- DQ8	IC (95%)- DQ8	OR- DQ1	IC (95%) DQ1	OR- DQ3	IC (95%) DQ3
Cólicos	0,92	0,40– 2,10	0,91	0,38– 2,17	1,84	0,78-4,31	0,51	0,21-1,20
Náuseas	0,44	0,14-1,36	1,1	0,33-3,45	1,54	0,49-4,90	0,48	0,13-1,85
Flatulencia	1,06	0,31– 3,10	0,85	0,32– 2,27	1,08	0,42-2,77	2,71	0,84-8,78
Diarrea	1,86	0,72– 4,83	1,2	0,49– 3,30	2,25	0,84-6,02	1,00	0,38-2,64
Estreñimiento	0,42	0,10-1,87	1,3	0,29-5,83	0,7	0,17-2,99	0,28	0,03-2,39

Nota: IC (intervalo de confianza). Valores de OR en negrilla (>1).

En la Tabla 4, se presenta el riesgo epidemiológico para el desarrollo de síntomas extraintestinales en pacientes con PGG según tipo de alelo. En los pacientes con DQ8, hubo mayor número de síntomas extraintestinales, al mostrar 4 de los 5 parámetros estudiados. En el caso de los DQ1 y DQ3 positivos, manifestaron 2 de los 5 síntomas estudiados, cada uno, respectivamente; mientras que los pacientes con DQ2, no manifestaron riesgo para el desarrollo estos síntomas, al ser su OR inferior a 1.

Los pacientes con DQ8, presentaron más riesgo para el desarrollo de síntomas extraintestinales como eczema (OR=1,51), dolor de cabeza (OR=1,27), malestar general (OR=1,23) y fatiga (OR=1,12). Por su parte, los DQ1 positivos, fueron más propensos al malestar general (OR=2,4), fatiga (OR=1,93) y dolor de cabeza (OR=1,32). Y los pacientes con DQ3, para eczema (OR=1,51) y falta de ánimo (OR=1,02). El riesgo de desarrollo de estos síntomas en pacientes con PGG fue de 95% de confianza.

Tabla 4. Odds Ratio (OR) de síntomas extraintestinales en pacientes con PGG según alelos: DQ2, DQ8, DQ1 y DQ3.

Síntomas extra intestinales	OR- DQ2	IC (95%)- DQ2	OR- DQ8	IC (95%)- DQ8	OR-DQ1	IC (95%)- DQ1	OR-DQ3	IC (95%)- DQ3
Dolor de cabeza	0,53	0,24- 1,20	1,27	0,55- 2,94	1,32	0,59- 2,93	0,54	0,23- 1,27
Malestar general	0,42	0,18- 0,95	1,23	0,53- 2,84	2,41	1,07- 5,43	0,70	0,30- 1,62
Falta de ánimo	0,88	0,37- 2,07	0,65	0,25- 1,68	0,69	0,29- 1,61	1,02	0,41- 2,52
Eczema	0,39	0,15- 1,01	1,51	0,57- 3,98	0,59	0,23- 1,49	1,51	0,57- 3,98
Fatiga	0,46	0,21- 1,04	1,12	0,48-2,6	1,93	0,85- 4,36	0,64	0,27- 1,50

Nota: IC (intervalo de confianza). Valores de OR en negrilla (>1).

En la Tabla 5, se presenta el riesgo epidemiológico para desarrollar síntomas neurológicos en pacientes con PGG según los tipos de alelos. Los pacientes con DQ3, tuvieron más riesgo para desarrollar la totalidad de síntomas con los mayores valores. Síntomas neurológicos combinados (OR=4,70), depresión (OR=2,90), ansiedad (OR=2,33), irritabilidad (OR=2,27), estrés (OR=1,07).

Los pacientes DQ2 presentaron mayor estrés (OR=4,04), síntomas neurológicos combinados (OR=2,38), depresión (OR=2,33) y ansiedad (OR=1,30). Los DQ8, irritabilidad (OR=2,30), síntomas neurológicos combinados (OR=1,70), depresión (OR=1,51) y ansiedad (OR=1,26). Los pacientes con DQ1, estrés (OR=1,48) e irritabilidad (OR=1,46).



Tabla 5. Odds Ratio (OR) de síntomas neurológicos en pacientes con PGG según alelos DQ2, DQ8, DQ1 y DQ3.

Síntomas neurológicos	OR- DQ2	IC (95%) DQ2	OR- DQ8	IC (95%) DQ8	OR- DQ1	IC (95%) DQ1	OR- DQ3	IC (95%) DQ3
Ansiedad	1,30	0,54-3,07	1,26	0,51-3,08	0,83	0,35-1,95	2,33	0,96-5,67
Depresión	2,33	0,69-7,91	1,51	0,49-4,69	0,42	0,14-1,30	2,9	0,95-8,89
Estrés	4,04	0,45-35,91	0,41	0,05-3,63	1,48	0,26-8,49	1,07	0,19-6,15
Irritabilidad	0,75	0,05-12,34	2,20	0,13-35,70	1,46	0,13-16,70	2,27	0,14-37,46
Varios	2,38	0,58-9,72	1,70	0,47-6,17	0,85	0,24-3,03	4,7	1,23-17,88

Nota: IC (intervalo de confianza). Valores de OR en negrilla (>1).

DISCUSIÓN

Los pacientes abordados en este estudio fueron en su mayoría mujeres adultas, ello, podría deberse al hecho de que las mujeres acuden con mayor regularidad a las consultas médicas especializadas, como la consulta de inmunonutrición, bien, para el cuidado de su salud o ante la presencia de algún padecimiento físico en particular. Las mujeres parecen ser más susceptibles al desarrollo de afecciones asociadas con el consumo de gluten y trigo, constituyendo estos compuestos alimentarios factores de riesgo para su salud, este planteamiento ha sido ratificado por la Federación de Asociaciones de Celíacos de España (FACE)⁽²⁶⁾ ente, que ha expresado, que la exposición por tiempo prolongado a detonantes alimentarios como el trigo y el gluten en mujeres sensibles, condiciona la aparición de infertilidad, problemas menstruales, osteoporosis y anemia, entre otras condiciones, las cuales, inciden negativamente sobre su calidad de vida.

Por otra parte, en cuanto al parámetro “edad” esta fue estadísticamente mayor ($p < 0,01$) en mujeres que en hombres. La edad promedio de los pacientes de esta investigación fue menor a la descrita por Burkhardt et al⁽²⁷⁾, al ubicarse en sus treintas, mientras que, los pacientes con afecciones relacionadas con el trigo y gluten reportados en otras investigaciones^{(19) (21)}, cursan con edades iguales o superiores a los cuarenta años.

Al indagar acerca de la PGG para desarrollar STG con síntomas intestinales, extraintestinales y neurológicos, es importante destacar que el 100% de los pacientes presentó PGG, al expresar al menos un alelo (DQ1, DQ2, DQ3, DQ8) para los genes DQA1 o DQB1. Estos resultados, ratifican lo expresado por Rodrigo ⁽²⁸⁾ quien, destaca la existencia de una elevada incidencia de pacientes con marcadores genéticos para STG, añadiendo además que, aunque su aparición no es criterio diagnóstico definitivo, es importante, el estudio de todos los alelos.

En conformidad con lo expresado anteriormente sobre la importancia del estudio de todos los alelos en la PGG, debe destacarse, que 52% de los pacientes, presentaron distintas combinaciones de todos los alelos, 24% los alelos DQ1+DQ3 y 21% los alelos DQ2+DQ8. La constante presencia de los alelos DQ1 y DQ3 encontrada en nuestros pacientes, parece sugerir, que el rol de estos alelos, ha sido subestimado y muchas veces, obviado en la literatura científica, en especial en el desarrollo de las enfermedades relacionadas con el consumo de trigo y gluten (STG, AT y EC), siendo circunscrito de forma casi exclusiva, a la presencia de los alelos DQ2 y DQ8, sin tomar en cuenta, la participación de los alelos DQ1 y DQ3, de manera tal, que existe poca información acerca de los síntomas exclusivos de estos alelos. La elevada tasa de incidencia de pacientes con DQ1 y DQ3 encontrada en esta investigación, parece corroborar lo manifestado por Fine et al ⁽²⁹⁾, quienes, al abordar una población de 507 pacientes encontraron que aproximadamente un 30% de ellos, expresaban los alelos DQ1 y DQ3 y que estos, además, desarrollaban síntomas sugestivos de SGNC.

Aunque la totalidad de los pacientes presentó PGG, no todos ellos manifestaron STG mediada por el IgG (trigo 35% vs gluten 39%), este hallazgo, resalta la importancia de la realización de la genotipificación y del IgG cuando se sospecha de la existencia de SGNC, AT o EC, favoreciendo así, el abordaje nutricional oportuno y la minimización de los síntomas orgánicos. Los pacientes estudiados en esta investigación fueron más sensibles al trigo (66%) que al gluten (61%) con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Estos porcentajes fueron superiores a los manifestados por Parera et al ⁽³⁰⁾ quienes, al considerar al IgG como criterio diagnóstico para la SGNC, reportaron que



aproximadamente un 50% de los pacientes estudiados presentan anticuerpos IgG positivos. Al diferenciar la STG por grados mediada por el IgG, se observó predominio de la “sensibilidad leve”, pero debe destacarse, que casi una décima parte de la muestra, mostró sensibilidad “moderada” o “elevada”.

Al diferenciar, la PGG por alelos y compararla con los grados de STG mediada por IgG se pudo observar que los mayores valores se presentaron en los pacientes con combinación de alelos (55%) y predominó la STG leve. Los pacientes que presentaron la combinación de alelos DQ1 y DQ3 manifestaron mayor sensibilidad al trigo y al gluten, que los que presentaron la combinación DQ2 y DQ8. Este hallazgo, resalta aún más la necesidad de realizar un diagnóstico integral del paciente, que incluya las pruebas de PGG con todos sus alelos (DQ1, DQ2, DQ3 y DQ8) y la determinación de IgG, ya que, en esta investigación, hemos podido observar que los síntomas asociados a la STG, suelen ser atribuidos solo a la presencia de los alelos DQ2 y DQ8 de forma automática, aunque nuestros pacientes con alelos DQ1 y DQ3 han mostrado mayor STG y síntomas que el resto de los pacientes, tal y como se expresa en los siguientes párrafos.

Es importante resaltar que el 33% de los pacientes que presentó PGG no manifestó sensibilidad mediada por IgG ni al trigo ni al gluten, sin embargo, expresaron síntomas intestinales, extraintestinales y neurológicos.

El 99% de los pacientes presentaron síntomas intestinales, 73% extraintestinales y 43% neurológicos. Los síntomas intestinales más observados en los pacientes fueron: flatulencia, dolor abdominal, náuseas y diarrea. Los extraintestinales: dolor de cabeza, malestar general, falta de ánimo y eczema; muchos de los cuales, han sido reportados por Ortiz et al ⁽³¹⁾ como manifestaciones propias de los pacientes que presentan PGG y SGNC.

Con respecto al comportamiento de la sintomatología de STG y su relación con la PGG (tipo de alelos) según Odds Ratio (OR), se observó que los pacientes tendieron a presentar mayor riesgo para desarrollar determinados síntomas según el tipo de alelos que presentaban. En el caso de los pacientes con DQ1, estos mostraron más síntomas

intestinales (diarrea, cólicos, náuseas y flatulencia). Los DQ8 (estreñimiento, diarrea y náuseas); los DQ3 (flatulencia y diarrea) y los DQ2 (diarrea y flatulencia). Se puso de manifiesto, que casi todos los sujetos, presentaron mayor riesgo de síntomas como diarrea y flatulencia, cuando existe PGG y STG; reiterándose lo planteado por Fernández et al ⁽³²⁾ quienes afirmaron que la diarrea, es la manifestación más común en la SGNC. En este estudio la flatulencia ha sido mayormente asociada con la presencia de DQ1 y DQ3 a diferencia de lo señalado por Fernández y Molina ⁽²⁰⁾, quienes lo asociaron únicamente a la presencia de DQ8. Por su parte el estreñimiento estuvo más presente en pacientes DQ8 positivos, como lo expresó, Bruderer et al ⁽³³⁾.

Las manifestaciones extraintestinales encontradas en este estudio son típicas en pacientes con SGNC, como indican Ortiz et al ⁽³¹⁾ siendo los DQ8 positivos quienes mostraron el mayor número. Por su parte, los DQ1 tendieron a presentar: malestar general, fatiga y dolor de cabeza y los DQ3 la falta de ánimo y el eczema. En torno al eczema, puede señalarse que, en este estudio, es el síntoma extraintestinal más frecuente relacionado con la presencia de los distintos alelos, atribuible quizás a lo expresado por Elli et al ⁽³⁴⁾ quienes señalan que los pacientes con EC, SGNC y AT pueden llegar a presentar cuadros de dermatitis atópica de moderada a grave, como consecuencia del consumo de gluten.

El paciente con STG es un individuo con sintomatología compleja y variada, quienes además tienden a presentar síntomas neurológicos que afectan su desempeño, los cuales en este estudio representaron un 43%. Se pudo observar que los síntomas neurológicos como ansiedad, depresión, estrés, irritabilidad y la mezcla de estos, se relacionaron con presencia de DQ3. Los DQ8, presentaron más riesgo para la combinación de síntomas neurológicos, depresión y ansiedad, los DQ2, combinación de síntomas neurológicos y depresión y los DQ1, estrés e irritabilidad. Los hallazgos de esta investigación reiteran lo expresado por otros autores ⁽³⁵⁻³⁹⁾, quienes han indicado que los síntomas neurológicos predominantes en pacientes con enfermedades relacionadas al consumo de trigo y gluten son la depresión, la apatía, la irritabilidad y la ansiedad, patologías que suelen ser tratadas de forma tardía en estos pacientes dado a los retrasos e inconvenientes en su diagnóstico.



CONCLUSIONES

Hubo PGG en TODOS los pacientes abordados al presentar al menos un alelo predisponente, este descubrimiento, exalta la necesidad de realizar la genotipificación completa de los alelos (DQ1, DQ2, DQ3 y DQ8) y no reducirla únicamente a la identificación de DQ2 Y DQ8, dado que, los pacientes con DQ1 y DQ3, también mostraron tendencias para condicionar en el paciente el desarrollo de STG y síntomas intestinales, extra intestinales y neurológicos. La determinación de los alelos DQ1 y DQ3 en los pacientes permite la intervención dietética oportuna y erradicación de la sintomatología que pone en detrimento su calidad de vida.

La PGG sólo se asoció en 65% a la STG, lo que exalta aún más la relevancia de realizar estudios de genotipificación además de la determinación de STG mediada por IgG en la población en general.

La sensibilidad por IgG fue mayor al trigo que al gluten. Aunque la mayor parte de los pacientes mostraron de acuerdo a la intensidad, sensibilidad leve, todos desarrollaron síntomas intestinales, lo que sugiere que existe una respuesta inmune alterada que genera la aparición de síntomas contra el trigo, el gluten y posiblemente, otros componentes.

Es importante destacar que la PGG se asoció principalmente a síntomas intestinales, sin embargo, los pacientes también presentaron síntomas extraintestinales y neurológicos, esto sugiere una posible inflamación sistémica, producto de un intestino permeable que puede alterar el funcionamiento de otros órganos y sistemas

Aunque todos los pacientes presentaron PGG un 33% no manifestó sensibilidad mediada por IgG ni al trigo ni al gluten simultáneamente, sin embargo, todos expresaron síntomas intestinales, extraintestinales y neurológicos, lo que reitera el valor de la realización de las pruebas genéticas

Dado que la STG es una patología en ascenso, de difícil diagnóstico y que impacta negativamente la calidad de vida de las personas y bajo la luz de estos hallazgos, resulta

realmente necesario, la realización de nuevas investigaciones que brinden a la comunidad científica y médica, más información acerca del rol de los alelos DQ3 y DQ1 en el desarrollo de STG y aparición de los síntomas. Así también, diseñar protocolos de acción, dirigidos al diagnóstico y tratamiento de la STG, que incluyan pruebas de PGG con la determinación de todos los alelos involucrados (DQ1, DQ2, DQ3 y DQ8), serología de IgG, para de forma oportuna implementar estrategias dietéticas adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos los pacientes que confían en NutriWhite para el abordaje de sus afecciones de salud. También a nuestra familia, que cada día se especializan y hacen honor a sus carreras para brindar a los pacientes servicios de calidad y garantías de salud y vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shewry PR, Halford NG. Cereal seed storage proteins: Structures, properties and role in grain utilization. *J. Exp. Bot.* 2002; 53: p. 947–958.
2. Stern M, Ciclitira PJ, Van Eckert R, Feighery C, Janssen FW, Mendez E, et al. Analysis and clinical effects of gluten in coeliac disease. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2001; 13: p. 741–747.
3. Piper JL, Gray GM, Khosla C. Effect of prolyl endopeptidase on digestive-resistant gliadin peptides in vivo. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 2004; 311: p. 213–219.
4. Fasano A. Zonulin and its regulation of intestinal barrier function: The biological door to inflammation, autoimmunity, and cancer. *Physiol. Rev.* 2011; 91: p. 151–175.
5. Lammers KM, Lu R, Brownley J, Lu B, Gerard C, Thomas KR, et al. Gliadin induces an increase in intestinal permeability and zonulin release by binding to the chemokine receptor CXCR3. *Gastroenterology.* 2008; 135: p. 194–204.e3.



6. Lammers KM, Khandelwal S, Chaudhry F, Kryszak D, Puppa EL, Casolaro V, et al. Identification of a novel immunomodulatory gliadin peptide that causes interleukin-8 release in a chemokine receptor CXCR3-dependent manner only in patients with coeliac disease. *Immunology*. 2011; 132: p. 432–440.
7. Maiuri L, Troncone R, Mayer M, Coletta S, Picarelli A, De Vincenzi M, et al. In vitro activities of A-gliadin-related synthetic peptides: Damaging effect on the atrophic coeliac mucosa and activation of mucosal immune response in the treated coeliac mucosa. *Scand. J. Gastroenterol.* 1996; 31: p. 247–253.
8. Leonard M, Sapone A, Catassi C, Fasano A. Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten no celíaca. *JAMA*. 2017; 318(7): p. 647-656.
9. Caio G, Volta U, Sapone A, Leffler D, De Giorgio R, Catassi C, et al. Celiac disease: A comprehensive current review. *BMC Med*. 2019; 17: p. 142-161.
10. Mansueto P, Soresi M, Candore G, Garlisi C, Fayer F, Gambino C, et al. Autoimmunity Features in Patients With Non-Celiac Wheat Sensitivity. *The American Journal of Gastroenterology*. 2021 May; 116(5): p. 1015-1023.
11. Martín A. El sistema HLA en el diagnóstico de la celiaquía. [Online].; 2022 [cited 2023 Abril 20].
12. Catassi C. Sensibilidad al gluten no celíaco: la nueva frontera de los trastornos relacionados con el gluten. *Nutrientes*. 2013; 5: p. 3839–3853.
13. Caminero A, Meisel M, Jabri B, Verdú E. Mechanisms by which gut microorganisms influence food sensitivities. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2018.
14. Molina- Infante J, Santoloria S, Montoro M, Esteve M, Fernandez F. Sensibilidad al gluten no celiaca: una revisión crítica de la evidencia actual. *Progresos en gastroenterología*. 2014 Junio-Julio; 37(6): p. 362-71.
15. El País. Un 10% de la población manifiesta sensibilidad al gluten. 2013..
16. Beck M. Clues to gluten sensitivity. 2011. Available from: <https://www.agogegym.com/wp-content/uploads/2012/02/Clues-to-gluten-sensitivity-WSJ.com-3.15.2011.pdf>

17. Megiorni F, Pizzuti A. HLA-DQA1 and HLA-DQB1 in Celiac disease predisposition: practical implications of the HLA molecular typing. *Journal of Biomedical Science*. 2012; 88(19).
18. Reig-Otero Y, Mañes J, Manyes i Font L. Sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC): manejo nutricional de la enfermedad. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2017; 37(1): p. 171-182.
19. Fernández-Bañares D, Molina J. *Enfermedad Celiaca*. 2017..
20. Bajor J, Szakács Z, Farkas N, Hegyi P, Illés A, Solymár M, et al. Classical celiac disease is more frequent with a double dose of HLA-DQB1*02: A systematic review with meta-analysis. *PLoS One*. 2019 Feb; 14(2): p. e0212329.
21. Verdú E, Armstrong D, J M. Between celiac disease and irritable bowel syndrome: The “No Man's Land” of gluten sensitivity. *Am J Gastroenterol*. 2009; 104(1587-1594).
22. Chandesris M, Malamut G, Verkarre VMB, Macintyre E. Enteropathy-associated T-cell lymphoma: a review on clinical presentation, diagnosis, therapeutic strategies and perspectives. *Gastroenterol Clin Biol*. 2010; 34: p. 590-605.
23. Asociación Médica Mundial. Principios Bioéticos para estudios en Humanos. Declaración de Helsinki. [Online]. 2018. Available from: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigac> .
24. Silva J. *Metodología de la Investigación: elementos basicos* Caracas: COBO; 2014.
25. FACE. Federación de Asociaciones de celíacos de España. [Online]; 2023 [cited 2023 Mayo 27. Available from: <https://celiacos.org/sabias-que-la-enfermedad-celiaca-afecta-mas-a-las-mujeres-que-a-los-hombres/> .
26. Thomas N, Gurvich C, Huamng K, Gooley P, Armstrong C. The underlying sex differences in neuroendocrine adaptations relevant to Myalgic Encephalomyelitis Chronic Fatigue Syndrome. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2022 July; 66.
27. Burkhardt JG, Chapa-Rodriguez A, Bahna SL. Gluten sensitivities and the allergist. *Allergy*. 2018 July; 73(7): p. 1359-1368.
28. Parera C, Ochoa B, Bonet C. Enfermedad celiaca: quién sabe dónde. *Rev. Ped. Atenc. Primaria*. 2018; 20: p. 269-76.



29. Rodrigo L. Celiac Disease: A Common Unrecognized Health Problem with a Very Delayed Diagnosis. *Medicina*. 2020; 56(9).
30. Fine K, Do K, Shulte K, Ogunji F, Guerra R, Osowski L, et al. High prevalence of celiac sprue-like HLA-DQ genes and enteropathy in patients with the microscopic colitis syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*. 2000; 95(8): p. 1974-82.
31. Ortiz C, Valenzuela R, Lucero Y. Enfermedad celíaca, sensibilidad no celíaca al gluten y alergia al trigo: comparación de patologías diferentes gatilladas por un mismo alimento. *Rev. chil. pediatr.* 2017 Junio; 88(3): p. 417-23.
32. Fernández-Bañares F, Accarino A, Balboa A, Domènech E, Esteve M, Guardiola G, et al. Diarrea crónica: definición, clasificación y diagnóstico. *J. Gastro. hep.* 2016 Octubre; 39(8): p. 535-39.
33. Bruderer González E, Sánchez Juárez N, Marín Sánchez M. Reporte de un caso, enfermedad celiaca en pacientes con sindrom de Down. *Rev Méd Cient.* 2020 Enero 8; 32(1): p. 19-26.
34. Elli L, Branchi F, Tomba C, Villalta D, Norsa L, Ferretti F, et al. Diagnóstico de trastornos relacionados con el gluten: enfermedad celíaca, alergia al trigo y sensibilidad al gluten no celíaca. *World J Gastroenterol.* 2015 Junio 21; 21(23): p. 7110–7119.
35. Santos-Santolaria P, Fernández-Bañares F. Enteropatía sensible al gluten y dispepsia funcional. *J. Gastro. Hep.* 2012 Febrero; 35(2): p. 78-88.
36. Tanpowpong P, Broder-Fingert S, Katz A, Camargo C. Predictores de la evitación del gluten e implementación de una dieta sin gluten en niños y adolescentes sin enfermedad celíaca confirmada. *J pediatr.* 2012; 161: p. 471–475.
37. Francavilla R, Cristofori F, Castellaneta S, Polloni C, Albano V, Dellatte S, et al. Características clínicas, serológicas e histológicas de la sensibilidad al gluten en niños. *J pediatr.* 2014; 164: p. 463–467.e1.
38. Miró M, Alonso-Garrido M, Lozano M, Manyes L. Estudios clínicos sobre la enfermedad celíaca (2014-2019): revisión sistemática de la prevalencia de la

presentación clínica y enfermedades asociadas por edades. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2021 Ago 16; 24.

39. Burkhardt J, Chapa-Rodriguez A, Bahna S. Gluten sensitivities and the allergist: Threshing the grain from the husks. *Allergy.* 2018; 73: p. 1359–1368.



EL DISCURSO DE LOS MÉDICOS SOBRE LA MUERTE DIGNA Y LA REGULACIÓN DE LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

PHYSICIANS DISCOURSE ABOUT DEATH WITH DIGNITY AND THE REGULATION OF MEDICALLY ASSISTED DEATH: A QUALITATIVE STUDY

Norma Alicia Ordóñez Vázquez¹, Gustavo Ortiz Millán²

Resumen

Introducción: La visión de los profesionales de la salud sobre la muerte médicamente asistida es fundamental para determinar las bases legales para una muerte digna, sin dolor ni sufrimiento. **Objetivo:** Conocer y analizar el discurso de los profesionales de la salud sobre la muerte digna, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido para visibilizar la necesidad de la regulación de la muerte digna. **Método:** Se realizó una investigación cualitativa que se inserta dentro del paradigma del construccionismo social. Se realizaron entrevistas usando una guía semiestructurada. Se utilizó el análisis del discurso para encontrar convergencias y diferencias en los discursos. **Resultados:** Se entrevistaron 11 profesionales de la salud, siete médicos, tres enfermeras y un enfermero de diversas entidades de país. Se encontró que los discursos concurren en que la muerte digna se considera una muerte sin dolor ni sufrimiento; la aceptación de legalizar la eutanasia y el suicidio asistido, encontrándose discrepancia entre las mujeres que apoyan la muerte asistida y llevar a cabo esta práctica. El discurso está orientado hacia la convergencia de que deben existir bases legales, respeto a las decisiones, creación de comités y atención integral al enfermo. **Discusión y conclusiones:** Los profesionales de la salud consideran que para una muerte digna es necesario el respeto a la autonomía, contar con cuidados integrales y evitar el dolor y sufrimiento. Respecto a la muerte médicamente asistida, es fundamental contar con bases legales y capacitación continua.

Palabras clave: Muerte digna, eutanasia, suicidio médicamente asistido, autonomía, análisis del discurso.

¹ Doctora y maestra en Ciencias de la Salud en el campo de estudios principal de Salud Mental Pública por el posgrado de la Facultad de Medicina y Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología, ambas de la UNAM

² Investigador en el Instituto de Investigaciones Filosóficas, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT. Es doctor en filosofía por Columbia University en Nueva York.

Correspondencia:

Dirección postal: Calle Querétaro No. 56 Colonia La Esperanza Alcaldía Iztapalapa C.P. 09910.

Dirección electrónica: camel1806@yahoo.com.mx

Abstract

Introduction: The vision of health professionals on medically assisted death is essential to determine the legal bases for a death with dignity, without pain or suffering. **Objective:** Know and analyze the discourse of health professionals on death with dignity, euthanasia and medically assisted suicide to make visible the need for the regulation of death with dignity. **Method:** Qualitative research was carried out that is inserted within the paradigm of social constructionism. Interviews were conducted using a semi-structured guide. Discourse analysis was used to find convergences and differences in the discourses. **Results:** 11 health professionals were interviewed, seven doctors, three nurses and one male nurse from various entities in the country. It was found that the discourses agree that a death with dignity is considered a death without pain or suffering; the acceptance of legalizing³ euthanasia and assisted suicide, finding discrepancy between women who support assisted death and carry out this practice. The discourse is oriented towards the convergence that there must be legal bases, respect for decisions, and creation of committees and comprehensive care for the patient. **Discussion and conclusions:** Health professionals consider that for a death with dignity it is necessary to respect autonomy, have comprehensive care and avoid pain and suffering. Regarding medically assisted death, it is essential to have legal bases and continuous training integrating bioethics.

Keywords: death with dignity, euthanasia, medically assisted suicide, autonomy, and discourse analysis.

Introducción

La muerte digna se refiere al respeto a la autonomía y toma de decisiones de los enfermos sobre lo que han determinado respecto a su muerte. Es el derecho que tiene un enfermo para que se respeten sus decisiones, valores y creencia, y así tener el menor sufrimiento posible. Ya sea que haya emitido sus preferencias a partir de sus voluntades anticipadas o que sus representantes legales expresen sus deseos de cómo morir. Lo más importante de la muerte digna es evitar el dolor y sufrimiento en los últimos días de vida, garantizando cubrir todas las necesidades de manera integral.

Entonces para que se dé una muerte digna deben presentarse condiciones necesarias como imponer límites a terceros, sean familiares o médicos, recibir información y



cuidados paliativos. Estas acciones en conjunto contribuirán a que el enfermo se encuentre lo mejor atendido, y de esta forma se produzca una muerte digna.

Es relevantes destacar que este derecho a morir dignamente y la muerte médicamente asistida, es decir, eutanasia y suicidio médicamente asistido (SMA), no son conceptos similares, sino que la muerte médicamente asistida es un elemento para garantizar la muerte digna.

La actuación del médico siempre ha estado dirigida a preservar la vida, por lo que considerar su participación en la muerte médicamente asistida causa cierto desconcierto. De esta forma, como señala Pérez (2003) el concepto popular de que la función del médico se limita a luchar contra la muerte, aparte de no ser correcto, lo coloca en la incómoda posición de perdedor obligado, porque en última instancia la muerte siempre saldrá ganando.

Es así que la actuación del médico al final de la vida ha ido cambiando, el paternalismo que prevaleció hasta mediados del siglo XX se abocó a no tomar en cuenta las decisiones del paciente, debido a que era considerado el médico una autoridad a la que se le tenía completa confianza en la capacidad técnica y en la integridad moral. Era el único responsable del destino de los enfermos y sus diagnósticos y tratamientos no se ponían en discusión porque eran emitidos por un profesional con independencia, autoridad y sabiduría (Aguilar, 2017).

Con la llegada del autonomismo, se comienza a dar una mayor importancia y respeto a las decisiones del paciente. Es fundamental que el médico establezca una buena comunicación con el paciente, de esta forma éste puede participar en la toma de decisiones en torno a su salud. El paradigma de autonomía cambia la forma en la que el paciente actúa ante las diversas opciones que le proporciona el médico, ya no es un sujeto pasivo, con base en la información comprensible decide la mejor opción para su salud o el final de su vida.

Es así que la práctica médica ha tenido que cambiar y visualizar al paciente como un ser con derechos que merece ser tomado con consideración y aliviar el dolor y el sufrimiento al final de su vida, esto implica no causar daño ni perjuicio. De esta forma la Ley General

de Salud en su artículo 166 Bis 18 especifica que, en la fase final de la vida por una enfermedad terminal, el médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica, esto con el fin de garantizar una vida de calidad y respeto a su dignidad (Ley General de Salud, 2022).

Como se comentó, una muerte digna depende de las decisiones del enfermo y de las condiciones en las cuales se encuentre, las cuales implican rechazar tratamientos, o solicitar la muerte médicamente asistida. En México la eutanasia y el suicidio médicamente asistido no son legales, sin embargo, existe aceptación de estas prácticas médicas por parte de la población general, así como de la comunidad médica. Algunos estudios han mostrado tanto la aceptación como el rechazo de los médicos hacia este tipo de prácticas.

Por ejemplo, en un estudio realizado en Perú con jueces, fiscales y médicos, se encontró el interés por la aplicación de la eutanasia, para respetar la autonomía personal y la dignidad de aquellos enfermos incurables que se encuentran en una situación irreversible y que el uso de medios artificiales alargue su agonía (Flores y Padilla, 2009).

En una encuesta sobre la legalización del suicidio asistido llevada a cabo en siete países europeos que incluían 21,531 médicos, el 47% de los médicos británicos respondió estar de acuerdo con la legalización, en contraste con el 33% que se obtuvo en el año 2010, lo cual muestra que ha habido un avance en la consideración de la muerte digna en los médicos (Medscape, 2014).

En otra encuesta llevada a cabo por el Colegio de Médicos de Chile (2019), el 46% de los médicos indica no estar de acuerdo en auxiliar a un paciente en el suicidio, entregándole o recetándole una droga letal para que se la autoadministre, pero sí está de acuerdo en que sea el profesional de salud el que administre los medicamentos, es decir, con el SMA.

En España, se observa que entre la comunidad médica la aceptación de la eutanasia ha pasado del 66% en el año 1992 al 83% en el año 2019. Este respaldo a la eutanasia tiene mucho que ver con el avance en los derechos del paciente, los argumentos relacionados



con la autonomía y la libertad del individuo, en la toma informada de decisiones sobre el final de su vida bajo determinadas circunstancias (Bernal, 2020).

En México, se han realizado algunos estudios en los que se puede ver la opinión que los médicos tienen respecto a la eutanasia y el suicidio asistido. En el Informe del estudio de opinión de los médicos sobre el derecho a morir con dignidad, llevado a cabo por Investigación en Salud y Demografía (Insad, 2015), se entrevistaron a médicos en la Ciudad de México y en Puebla. Entre algunos de sus resultados sobresale lo siguiente: Los médicos que están a favor de la eutanasia y el SMA creen que los pacientes terminales tienen el derecho a decidir acortar su vida. La mayoría lo justifica porque es para acabar con el sufrimiento emocional y físico del moribundo para que tenga una muerte digna, así como para evitar el desgaste de la familia. La condición es que sea la decisión del paciente en pleno uso de sus facultades mentales.

Los resultados de estos trabajos pueden dar cuenta de la postura de los médicos ante la eutanasia y el suicidio asistido, que han mostrado una tendencia favorable hacia este tipo prácticas médicas, principalmente para acabar con el dolor y sufrimiento de los enfermos en fase terminal.

En nuestro país la relación de la bioética con las decisiones al final de la vida ha sido clave importante para llevar a cabo estudios y propuestas muy relacionadas con la regulación de la muerte digna, sin llegar a impulsar un cambio en este aspecto.

Aún no se cuenta con la regulación de la muerte digna, a pesar de los intentos que se han llevado a cabo. Es por esta razón que en este trabajo se trata de conocer el conocimiento compartido que tienen los profesionales de la salud de la muerte digna y de la muerte médicamente asistida, para contar con elementos que contribuyan a la visibilización de una posible legalización. Se tiene que recordar que el significado y sentido de la muerte se construyen colectivamente, es decir, de la construcción social que se realiza, ya que se ha determinado que vivimos inmersos en actividades o acciones sociales, en las que el lenguaje es parte de ellas, de tal forma que impregna la totalidad de la actividad social y posibilita la construcción de acciones conjuntas entre quienes comparten contextos específicos, y estas acciones tienen significados para quienes

intervienen en ellas y las comprenden (Agudelo y Estrada, 2012). De esta forma, lo que se intenta a partir de las entrevistas es analizar el discurso que ha sido elaborado desde la interacción social (que señala el construccionismo social) de los profesionales de la salud de diferentes estados de la República, cuál es su opinión respecto a lo que consideran es una muerte digna y si están de acuerdo con la regulación de la muerte digna. Esta información puede ayudar a conocer los acuerdos y divergencias respecto a la muerte médicamente asistida en el área de la salud.

Es importante mencionar que a lo largo del escrito cuando se mencione profesionales de la salud, se hará referencia tanto a médicos como a enfermeras o enfermeros.

Metodología

Tipo de estudio

Es una investigación descriptiva transversal que se inserta dentro del paradigma del construccionismo social. A partir de este paradigma se plantea comprender, describir y analizar la realidad social que se va elaborando a partir de la interacción con los demás (McNamee en Souza, Santos, Corradi-Webster, Guanaes, Moscheta, 2010). De esta forma, las opiniones de los profesionales de la salud acerca de la muerte asistida son elaboradas y compartidas entre los sujetos, lo cual permite conocer a partir del discurso de éstos los conocimientos que surgen del intercambio e interacción con los otros respecto a este tema, y que pueden ser analizados desde el discurso como una práctica social, una de las formas más productivas de abordar la praxis social, cultural, histórica y política (Haidar, 1998).

Objetivo general

Conocer y analizar el discurso de los profesionales de la salud sobre la muerte digna, la eutanasia y el SMA para visibilizar la necesidad de la regulación de la muerte digna.

Participantes



Se entrevistaron once profesionales de la salud, tres enfermeras, un enfermero y siete médicos, de diversas entidades, el rango de edad va de los 27 a los 61 años. Se utilizó el muestreo bola de nieve para contactar a los participantes. Es una técnica para encontrar al objeto de investigación, en la cual un sujeto le da al investigador el nombre de otro, que a su vez proporciona el nombre de un tercero, y así sucesivamente (Atkinson & Flint, 2001).

Tabla 1. Características de los participantes

Participantes	Edad	Especialidad	Estado
Lalo	32	Medicina Familiar	Guadalajara
Susana	27	Médico general	Guadalajara
María	37	Enfermera pediátrica oncológica	Tabasco
Ana	31	Medicina interna	Ciudad de México
Daniela	31	Licenciatura en enfermería	Ciudad de México
Ignacio	32	Oncólogo Pediatra	Guanajuato
Gerardo	30	Licenciatura en Medicina	Puebla
Alma	31	Médico general	Torreón
Orlando	38	Licenciatura en enfermería	Jalisco
Javier	61	Médico general y ortopedista	Morelos
Karla	31	Enfermera oncológica	Ciudad de México

Nota: Elaboración propia a partir de las entrevistas realizadas a profesionales de la salud.

Instrumento

Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada que abarcó las siguientes temáticas:

- Rol del médico
- Muerte digna
- Regulación de la muerte digna

La información para el análisis en este trabajo se toma de los temas de la guía de entrevista de muerte digna y regulación de la muerte médicamente asistida.

Procedimiento

Para contactar a los participantes se estableció comunicación con un médico que a su vez contactó con otro profesional de la salud y así sucesivamente se obtuvo la muestra para este estudio. Es importante resaltar que se realizaron once entrevistas debido a que se consideró que se alcanzó la saturación teórica.

Una vez que se tuvo contacto con los participantes, se procedió a explicar el objetivo del estudio y se solicitó el consentimiento informado y el permiso para audiograbar la conversación. La duración aproximada de las entrevistas fue de 30 a 40 minutos. Una vez que se audiograbaron las entrevistas se procedió a realizar las transcripciones, y se comenzó a realizar el análisis de la información mediante el análisis del discurso.

Con las transcripciones se dio el primer acercamiento a la información, tratando de categorizar e ir marcando cada uno de los párrafos en donde existían argumentos que coincidían o expresaran propuestas divergentes. Después de este primer tratamiento de los datos, que es más exploratorio y descriptivo, se procedió a realizar un análisis más profundo a partir del análisis del discurso (AD), el cual permite realizar una interpretación de la problemática que se está estudiando. El AD emerge de las ciencias sociales y aborda el lenguaje como un evento comunicativo dentro de un contexto social en donde se sitúan las interacciones humanas. De este modo, el AD explora las relaciones entre los textos y la realidad haciendo visibles los discursos, sus puntos de origen, como ellos fluyen, y qué los acompañan. El AD es un fértil campo metodológico para investigadores de las ciencias de la salud dado por las prácticas discursivas



específicas en las cuales el lenguaje se manifiesta dentro de los contextos institucionales de salud en la sociedad (Amezcuca y Gálvez, 2002).

Resultados

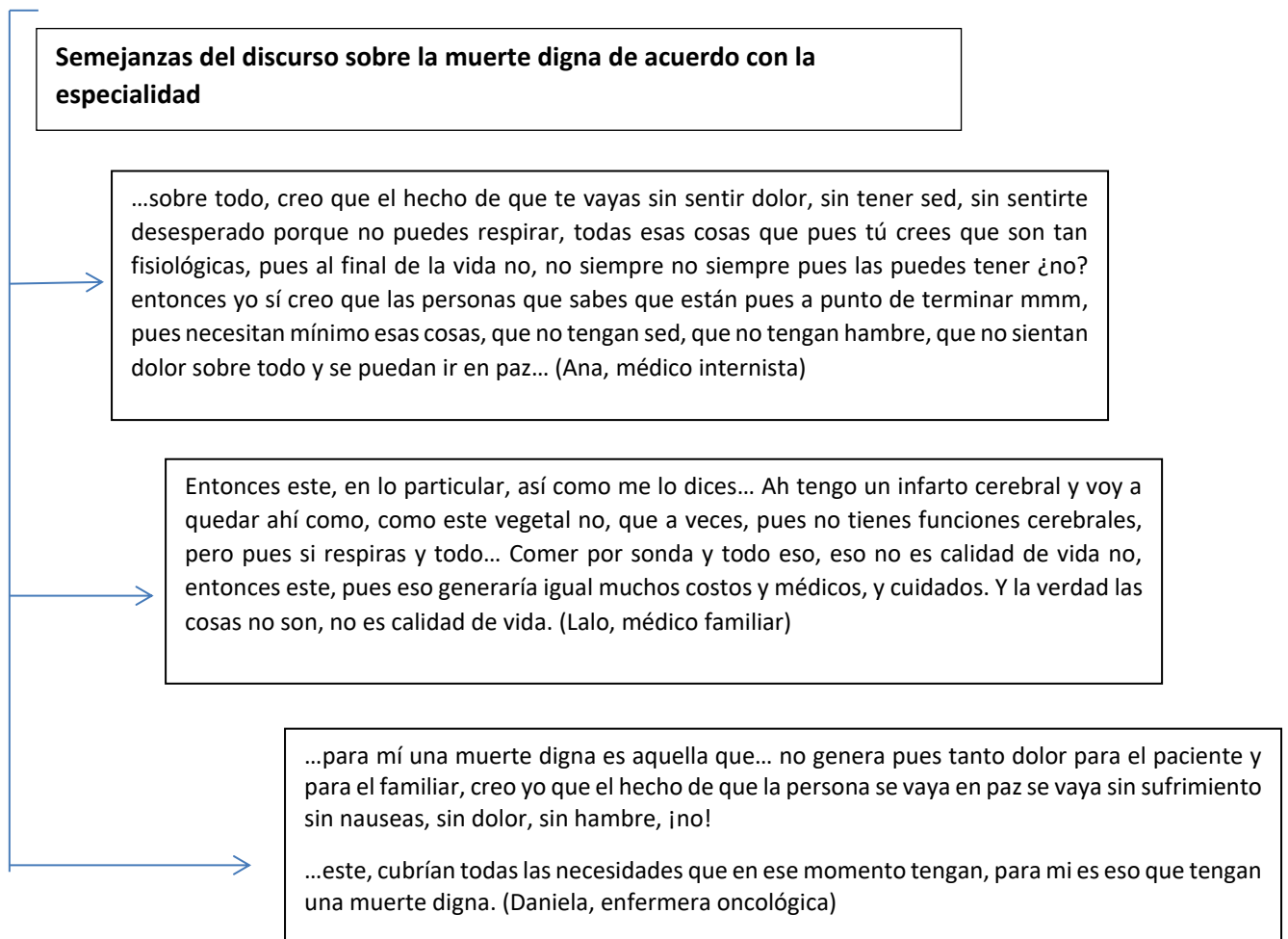
En las entrevistas que se realizaron a profesionales de la salud de diferentes estados del país respecto a su opinión sobre qué es la muerte digna, se encontraron comentarios que versan sobre una muerte sin dolor, sin soledad, con atención a las necesidades, acompañado y rodeado de familiares. Se puede observar que la elaboración de sus discursos coincide y está orientada hacia lo que consideran la muerte digna, relacionado con el morir sin dolor, de forma tranquila y con el menor sufrimiento posible.

Pues de igual manera, este, con familia y el menor dolor posible. Sí, lo más tranquilo. Este y sí en dado caso, pues este las personas, la mayor de las veces lo que le temen es al dolor y es a la soledad. Entonces yo creo que una muerte digna sería un poquito más enfocada hacia eso, pero pues cada paciente es, es un mundo, pues... (Lalo, médico familiar)

...estar... con mis familiares más queridos y disfrutarlos a ellos, sobre todo estar con ellos en esos momentos y más... decirles que la muerte es un proceso por el que todos, todos, todos tenemos que pasar. (María, enfermera)

De acuerdo con diferentes especialidades, también se puede observar que reflexionan y construyen sus discursos de forma coincidente sobre la forma en que se puede producir la muerte, es decir, dejan visible la calidad de vida, la manera en la que los enfermos puedan estar lo mejor atendidos en todas sus necesidades en los días finales de su vida. Esto puede interpretarse porque han experimentado acontecimientos

cercanos con la muerte, o bien a lo largo de su experiencia laboral pudieron vivenciar estos acontecimientos.



Es importante señalar que en sus discursos prevalece el respeto de las decisiones del paciente, así como de morir en el hospital o en sus casas. Es decir, que a lo largo de su discurso se puede identificar el respeto a la autonomía del paciente, para que así éste pueda tener una muerte con menos dolor y sufrimiento.



...una muerte digna para mi... eh pues creo que los términos que decide el paciente una muerte de la mejor manera, creo que... si evidentemente pues depende de los deseos de cada persona, ¿no? (Susana, médico general)

Ehhh, yo creo yo creo que la muerte digna la muerte es que tú como paciente terminal o paciente, se escucha mal desahuciado, pero a veces solemos

desahuciar a la gente por por mil situaciones no, no, que es la muerte que el paciente pues sí, decide de cómo terminar con su vida o sea desde el hecho de que deciden hacerlo en un hospital, o hacerlo en su casa, con quién quiere estar por qué no es lo mismo estar rodeado de enfermeros o que ni cuentas se den que falleciste, a que estés en tu casa y estés con su familia ¿no? (Ana, médico internista).

En el caso del siguiente discurso, sobresale el principio bioético de beneficencia y no maleficencia al comentar que se deben respetar los derechos de los pacientes y de sus familias al final de la vida:

Ayudar a las personas a cumplir con su ciclo de vida, de una manera en que se respeten sus derechos y se respeten sus ideologías, ayudándole a no sufrir y no lastimarlo a él, ni a la familia. (Gerardo, médico general)

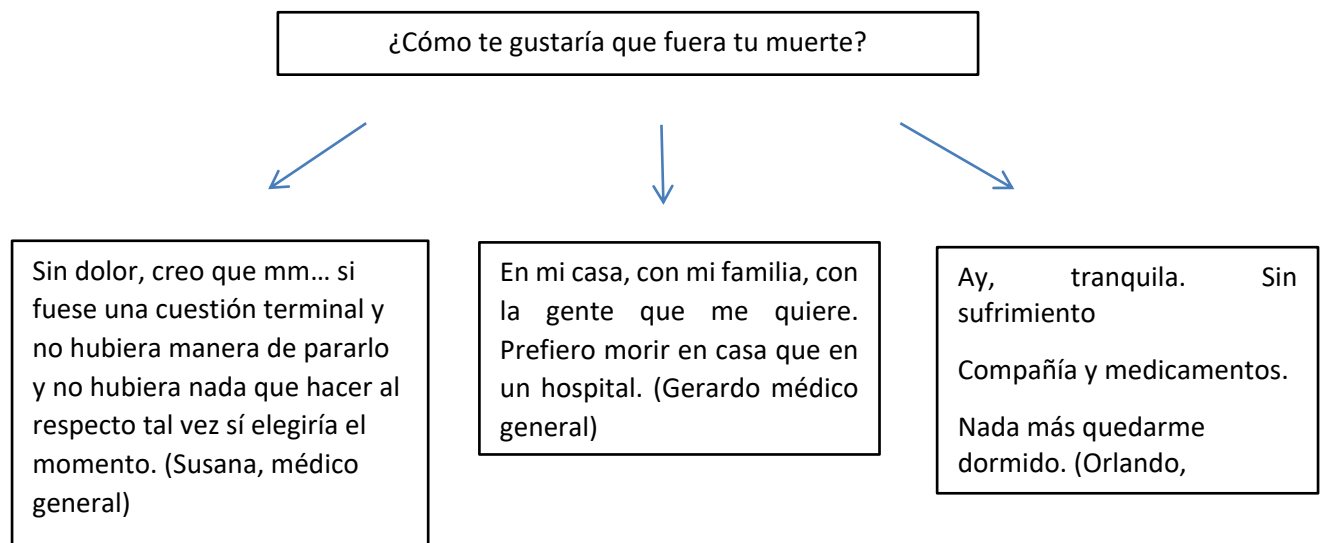
También se puede ver que experiencias previas de muerte de algún familiar o amigo, orientan el discurso hacia la reflexión de qué es la muerte digna y cómo debe llevarse a acabo.

Experiencias previas sobre la muerte		
<p>Sí, o sea, de igual manera, es lo que digo este ehm, es muy doloroso a veces... este... tener algo terminal o el cuidar a las personas. Si uno lo hace de mil amores, pero hasta que no lo vives... este... pues te vas desgastando y desgastando, desgastando...</p> <p>Ya a veces que este o que incluso que ni te volteas a ver, de lo que estás haciendo, te das cuenta que tu calidad y tu integridad hay veces que también se ve afectada. (Lalo, médico familiar)</p>	<p>Pero yo sí le dije a mi doctora que iba a ser... pues... mi jefa, que iba a ser la que trataría en caso de llegar, sí, yo sí le dije que en cuanto yo empezara a saturar a 85% que me entubaran y que sólo 2 semanas me dejaran el ventilador que si en dos semanas no podían extubarme (risa nerviosa) o sea eso lo dije como de la manera fea ¿no? yo le dije que me que me pusiera algo para que tuviera un paro cardiorrespiratorio.</p> <p>...pero pues o sea al final del día yo no quiero pasarme meses en un ventilador, que me hagan una traqueotomía, o sea no, yo sí le dije si llegas como dos semanas y se acabó, entonces no hice como tal un documento ni nada, ni me fui al hospital, pero, yo como médico si llego a estar en ese punto yo sí planeo dejar una voluntad anticipada o algo para manejar el cómo quiero morir (Ana, médico internista)</p>	<p>...le comentaba a mamá "Sabes que este yo si decidía ir a cuidados paliativos desde un principio, palear mis síntomas hasta que, o sea, hasta que se pueda"... este... y ya la verdad es que yo le decía a mi mamá "Sabes que yo no voy a aceptar ningún tratamiento y a vivirlo". Incluso hubo una compañera enfermera que su mamá tenía cáncer, y ella decidió no darle... bueno, ella junto con su mamá decidieron que no querían tratamiento la, la señora y le dio cuidados paliativos entonces yo vi lo que poco o mucho que vivió la... la señora, este... estuvo muy tranquila, viajó paseó, comió, todo lo que quiso hacer... (Daniela enfermera oncológica)</p>

Al indagar sobre cómo desean que fuera su muerte, todos los discursos se alinean hacia evitar el dolor, el sufrimiento y morir en casa rodeados de sus seres queridos. Esto es lo que opinan independientemente de la profesión, ya sean médicos o enfermeras, lo que



puede indicar que está en el imaginario colectivo, así como en la construcción y elaboración cotidiana dentro de sus contextos, lo que es la muerte digna. Para ellos, una muerte digna que se orienta principalmente a estas condiciones; quizás por experiencias que han tenido en su ámbito profesional, lo que ha ayudado a reflexionar y elaborar sus discursos sobre estas preferencias.



Al cuestionar a los participantes sobre la regulación de la muerte digna, específicamente de si están a favor de legalizar la eutanasia o el suicidio asistido, acciones que se dirigen a ayudar a los enfermos a la muerte médicamente asistida y que se lleva a cabo en otros países, la mayoría de los comentarios se dirigen hacia estar de acuerdo con esta acción; sin embargo, se pueden observar perspectivas discursivas diferentes.

De esta forma, estar de acuerdo con la regulación de la eutanasia o suicidio asistido, la opinión es elaborada de forma muy distinta según la posición discursiva de la que se hable. Así, se puede comentar que están de acuerdo con estas medidas, pero cambia su posición discursiva al estar de acuerdo en apoyar a morir a las personas que lo solicitan, bien por estar ante un dilema, por no estar seguro de hacerlo por convicciones propias o porque los pacientes no tienen la suficiente madurez para tomar estas decisiones y prefiere optar por la objeción de conciencia. Entonces, la posición que toman de no participar en aplicar la eutanasia o proporcionar medicamentos para el SMA, muestra

que también se necesita capacitar adecuadamente sobre este tema a los profesionales de la salud.

Posiciones discursivas respecto a la legalización de la eutanasia y el suicidio

Posición A (Susana, médica general)

Estaría a favor... creo que sí tendría que pensarlo en su momento. Evidentemente son cuestiones ya personales y además de cada profesional de la salud creo que tal vez lo haría, sin embargo, no es un sí rotundo.

Posición B (Ana, médica internista)

Sí, yo sí estaría a favor... Si sólo es por el hecho de que ya no mhm... pues sí ellos creen que ya no hay nada más por hacer, y no intentan, bueno, no es que no intenten, pero si ya no ven que no hay más posibilidades, ahí sí sería como mi dilema...

Posición C (Diana, enfermera oncológica)

¡Este... hójole! Pues, este... es muy complicado... no yo creo que no, yo creo que no más bien pasaría así la banderita, este paciente y demás, con todo respeto lo decidió, así pues, quien esté a favor o quiera apoyar... pues paso.

Posición D (Alma, médica general)

Votaría a favor... no me gustaría en un momento dado yo tener que hacerlo.

Es interesante resaltar que en estas perspectivas discursivas diferentes se presenta una discrepancia en mujeres de diferentes especialidades de la salud, que convergen en no ayudar a los pacientes, una vez legalizada la muerte asistida, y si llegaran a solicitar la muerte médicamente asistida, aunque están a favor de estas prácticas. Esto quizás pueda deberse al rol de cuidadoras que tradicionalmente se les ha atribuido a las mujeres dentro de la sociedad, por lo que aún están inseguras de apoyar con estas medidas, pero sí en ayudar y seguir tratando a los pacientes.

También se puede ver que existen diferencias internas en las posiciones discursivas. Hay algunos grados de unanimidad en la que los participantes concuerdan en que es necesario implementar la muerte asistida (eutanasia y suicidio asistido) fundamentada en la ley para que de esta forma puedan actuar los profesionales de la salud, así como



en el respeto de las decisiones de los pacientes, incluso con una visión más orientada a la bioética.

La muerte médicamente asistida tiene que estar fundamentada en una ley:

Sería bueno ya contar con esa ley. Se disminuiría mucho el sufrimiento en los pacientes terminales. Que ya sabemos que ya no se puede hacer nada. Entonces yo creo que se eliminaría. Obviamente, pues que ellos estuvieran de acuerdo, ¿verdad? Sí no, o sea, obviamente que esté bien requisitado, bien fundada y motivada la ley, este, y yo creo que disminuirles el sufrimiento cuando en realidad el paciente ya es un... es terminal, ya no se le puede hacer nada, ya se agotaron todas las instancias, sería bueno implementar la ley. (Orlando, enfermero)

Respeto de las decisiones de los pacientes y existencia de comités:

Y te hace sentir que aún puedes decidir sobre ti, digo, la mayoría de los viejitos en nuestros país, pierden ese derecho de decidir, porque terminan siendo los hijos de sus hijos ¿no?, entonces a veces los médicos hacemos mucho por un paciente, por lo que te pide la familia, no tanto por lo que tu paciente quiera, entonces, sí, sí es ... ahhhh ayyy jme da mucho sentimiento! Sí tenemos que respetar tanto la voluntad, como la autonomía de nuestros pacientes. (Ana, médica internista)

Si por ejemplo, tenemos un paciente que solo quiere morir por algún padecimiento, que no sea terminal, no tomaría la responsabilidad, se tendría que acudir a un consejo médico, para poder definir y actuar con diferentes puntos de vista. (Gerardo, médico general)

Es importante destacar que comparten varios médicos el discurso fundado en que es importante la sensibilización y educación tanto del personal de salud como de la población en general para conocer y aceptar la muerte médicamente asistida.

No todas las personas saben en qué consiste o que es, o sea, casi casi que cuál es el perfil de una persona para esta posibilidad, entonces este... yo sé que tienes que pasar por psicólogos, psiquiatras, por muchas situaciones para poder considerarse apto para este tipo de situaciones. Entonces, sí creo que sea

pertinente que se regule en todo el país, pero tenemos que ser antes educados el gremio médico y después la población en general, porque también si tú como médico le propones eso a tu paciente tú no sabes cómo lo va a tomar. (Ana, médico internista)

Por último, se puede comentar que solamente un médico planteó en su discurso estar en contra de la muerte médicamente asistida (tanto eutanasia como suicidio asistido), esto debido a que considera que es mejor proporcionar cuidados paliativos hasta el final de la vida, utilizando la ortotanasia y así evitar sufrimiento. Es interesante ver que su discurso está bien fundamentado y claro en los conceptos que utiliza, además de que es el profesional con mayor edad (61 años) ya que el resto tiene alrededor de 31 años. Quizás el proceso generacional pueda estar relacionado con la forma de elaborar su discurso.

No, la eutanasia no estoy de acuerdo, cómo, ¿cómo te diré?... La eutanasia en su etimología significa el buen morir... creo que en su práctica no, es una forma de llevar alguien a la muerte, de alguna manera "acabar con su sufrimiento", según creo que es la teoría que se maneja... pero para mí no es una... es una muerte intencional, acabar con alguien intencionalmente, incluso creo que no domino bien, pero la Asociación Médica Mundial tiene una definición clara como si es un acto deliberado, de dar fin a la vida. No, yo no estoy de acuerdo con la eutanasia, ni con la distanasia, tengo bien claro los conceptos que maneja la bioética, pero sólo estoy de acuerdo con la ortotanasia. (Javier, médico general)

Como se observa a lo largo de este análisis del discurso se puede ver la diversidad en la forma en la que los profesionales de la salud expresan su discurso sobre la muerte digna, así como la regulación de la muerte médicamente asistida. Aunque si bien están de acuerdo en que se implemente, no todos tendrían la convicción de ayudar a morir, tal es el caso de las mujeres. También se puede visibilizar las coincidencias y diferencias desde sus perspectivas para que se regule la muerte médicamente asistida.

Discusión



En este trabajo se encontraron discursos similares entre los profesionales de la salud respecto a la muerte digna. Todos estos discursos convergen en que una muerte digna es aquella en la que se respetan las decisiones de los enfermos, se evita el dolor y el sufrimiento. Además, al cuestionar sobre la propia muerte, coinciden en afirmar lo mismo, una muerte sin dolor, acompañados de sus seres queridos y estar en casa.

Es evidente, a partir de la revisión de la bibliografía, que los profesionales de la salud en otros estudios tienen una opinión similar sobre la muerte digna. De esta forma, en un estudio cualitativo llevado a cabo por Investigación en Salud y Demografía (2015) (Insad), para los médicos el significado de morir con dignidad es que el paciente terminal sin posibilidad de mejora tenga el derecho a decidir cómo quiere que sean sus últimos días y elegir si desea recibir o no tratamientos e intervenciones médicas, independientemente de la opinión o el deseo de médicos y familiares, como se muestra en la siguiente viñeta:

“Una buena muerte” o “calidad de muerte” consiste en que el paciente muera sin dolor y sin sufrimiento en un ambiente de tranquilidad, acompañado de sus seres queridos.

“Morir sin dolor o sin asfixia, rodeado de tu familia, en paz.”

La concordancia en el discurso que se presenta en los médicos respecto a la muerte digna indica que hay un significado compartido que se ha elaborado colectivamente y que puede estar influenciado por la cultura y la sociedad. En este caso, puede ser la educación recibida, o la práctica médica que ha sido compartida en las instituciones de salud.

También, se encontró que los médicos refieren que la muerte digna está muy relacionada con la calidad de vida y la atención que deben recibir los enfermos en etapa terminal, al tratar sus necesidades como las de hambre, sed, dolor y soledad.

Es así que Flórez (2003) al respecto señala que el concepto de muerte digna para los médicos, no es solamente limitar los tratamientos y permitir así la muerte de pacientes terminales; se trata de seguir respondiendo a las necesidades desde el

cuidado del enfermo, aliviar el dolor, disminuir el sufrimiento psíquico, otorgar todo el apoyo afectivo y emocional, cubrir las demandas espirituales y religiosas y, simplemente, estar ahí con el paciente, participando en su proceso de muerte y encontrando todo el sentido trascendental.

También los médicos en este estudio comentan que la muerte digna está muy relacionada con el respeto a la autonomía, es decir, las decisiones que toman al final de su vida, así como la empatía que puede surgir con los pacientes que se encuentran en la fase terminal de una enfermedad.

Respecto al respeto a la autonomía, es importante mencionar lo que una médica comentó en su discurso sobre las decisiones de los adultos mayores, coincidiendo con algunos estudios que demostraron que la discriminación por edad, los estereotipos y los prejuicios negativos contra los adultos mayores aún existen, y estos son frecuentemente objeto de abuso. Pueden ser tratados de “manera condescendiente”, por ejemplo, mediante el uso de un lenguaje infantil. A veces esto ocurre “excluyéndolos por completo de las conversaciones de tratamiento” o simplemente ignorando sus deseos (Tauber-Gilmore, et al., 2018, Naderi, et al., 2019).

Es relevante comentar que, en otros estudios sobre la dignidad, los médicos han identificado otros aspectos importantes de tomar en cuenta en el enfermo en fase terminal. De esta forma, Peicius, et al. (2022) realizaron una encuesta anónima a 168 profesionales de la salud, que tuvo como objetivo evaluar las asociaciones entre los comportamientos que violan la dignidad de los pacientes en fase terminal y las barreras que impiden garantizar la dignidad en los entornos de atención de la salud desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Se encontró que la deshumanización, la humillación, la falta de atención, el control, y la manipulación se identificaron como las principales formas de conducta que violan la dignidad.

Aunque los médicos indiquen en su discurso el respeto y empatía ante el enfermo en fase terminal, es importante destacar que existen ciertas conductas que tienen que atenderse para evitar la violación a la dignidad, ya que existe un discurso ideal de la



atención del enfermo, pero existen ciertas conductas no adecuadas en la atención al enfermo en fase terminal que prevalecen y deben identificarse.

En el discurso de los médicos, en este estudio, destaca la importancia que le dieron a las experiencias previas de la muerte para reflexionar acerca de la muerte digna. En este caso, en algunos estudios como en el de Cotto de Almeida, Cordeiro, Feitosa y Procopio (2021), se encontró que docentes de medicina al cuestionarles sobre sus sentimientos en cuanto a la muerte de sus pacientes, cinco docentes (22,72%) manifestaron dolor/tristeza, tres (13,63%) declararon impotencia, tres (13,63%) afirmaron sentir calma/alivio/tranquilidad, mientras que dos (9,09%) relataron que no tienen contacto y dos (9,09%) afirmaron que nunca vivenciaron dicha experiencia, lo cual indica que estas emociones pueden jugar un papel importante en la reflexión ante la muerte.

En esta misma secuencia de ideas, Elaskar, Rivas, Salomon y Carena (2016) indican en un trabajo que realizaron con médicos, que ante la experiencia de pérdida de un paciente, manifestaron sentirse muy impactados ante la muerte de pacientes jóvenes, diagnósticos terminales recientes o fallecimientos inesperados, principalmente acompañado de impotencia ante dichos escenarios, que varían no solo con el paciente, sino también en relación con la historia de vida del médico y sus creencias o espiritualidad, experiencias y vivencias personales.

El discurso de los médicos respecto a cómo desean que sea su muerte es muy similar a lo que consideran sobre una muerte digna. De esta forma, desean morir rodeados de sus seres queridos en su casa, tranquila y sin dolor.

Nuevamente, se puede apreciar en el estudio cualitativo llevado a cabo por Investigación en Salud y Demografía (2015) (Insad), que para algunos médicos tanto a nivel personal, como pensando en sus pacientes, lo ideal sería que la muerte ocurriera en el hogar, porque estaría en su ambiente con sus seres queridos y sin las incomodidades propias de un hospital.

“Mi opinión personal sería mejor que falleciera en su casa un paciente y yo desearía eso para mi propia muerte y para la muerte mis cercanos.”

Es relevante mencionar que, en el estudio de Morais, Nunes, Cavalcanti, Silva y Gouveia (2016), al aplicar una Escala de Percepción de Muerte Digna, se encontró que los médicos prefieren morir en el hospital (74%) y los estudiantes de medicina en sus casas (74%). Ante estos resultados, llegan a la conclusión de que el contacto con la muerte durante el ejercicio profesional tal vez justifique esa diferencia, dado que la muerte puede haberse naturalizado, es decir, haber pasado a ser algo cotidiano tratado técnicamente, lo que caracteriza el “curtimiento” emocional de los profesionales.

Este cambio en la percepción de la forma de morir de los médicos puede deberse a diversos factores culturales e incluso ideológicos que pueden influir en la forma de pensar en la muerte, ya sea de sí mismo o de los otros. En nuestro país, el mayor apego a la familia, la falta de empatía médico paciente, y la carencia de servicios de calidad pueden ser algunos de los principales factores que se relacionan con una muerte en casa.

Respecto al discurso de los profesionales de la salud sobre estar a favor de legalizar la muerte médicamente asistida, referida a la eutanasia y el SMA, señalaron estar a favor, sin embargo, cuando se les cuestionó si participarían en estas acciones cuando un paciente lo solicitara, algunos indicaron tener dudas o no estarían dispuestos a hacerlo. En algunos estudios que se han llevado a cabo en otros países, se ha encontrado esta misma tendencia en cuanto a estar a favor de la muerte asistida, pero realizarla les causa ciertos conflictos o rechazo.

Young et al. (2017) entrevistaron a enfermos, cuidadores, médicos y la población general sobre las actitudes hacia las intervenciones al final de la vida encontrando lo siguiente: el 98.9% de los médicos estaban a favor de la eutanasia pasiva que los demás grupos de la población, y tenían una actitud más negativa hacia el final activo de la vida (eutanasia activa, SMA). Los participantes que preferían la eutanasia pasiva tenían más probabilidades de tener niveles más altos de educación e ingresos. La educación se asoció con una actitud positiva hacia la eutanasia activa, mientras que haber tenido un rol de cuidador se asoció negativamente. Un mayor nivel educativo y ausencia de la religión se asoció con la aprobación del SMA.



Un estudio realizado por Lionel et al. (2015) tuvo como objetivo explorar en una muestra de médicos franceses los posibles determinantes de una opinión favorable sobre la eutanasia en general y ante una situación específica, encontrando que menos de la mitad de la población estaba a favor de la eutanasia; los médicos internos se mostraron significativamente más favorables a la eutanasia que los especialistas en cuidados paliativos; los individuos que creían en Dios y eran médicos internos tuvieron una opinión favorable sobre la eutanasia en general.

Hetzler et al. (2019) llevaron a cabo una encuesta a 188 médicos involucrados en la atención al final de la vida. El objetivo de este trabajo fue evaluar las creencias de los médicos estadounidenses sobre la legalización nacional del SMA. Los resultados de la encuesta muestran que el 60% (112) de los médicos pensaban que el SMA debería ser legal. De ese 60%, el 13% (14) respondió “sí” cuando se les preguntó si realizarían la práctica si fuera legal.

Un estudio realizado por Hetzler y Dugdale (2016) encontró que el 63% de los médicos pensaban que el SMA debería ser legal, pero solo el 22% de ese porcentaje estaría dispuesto a participar en la práctica.

Esta discrepancia entre el porcentaje de médicos que creen que el SMA debería legalizarse y el porcentaje que realmente estaría dispuesto a practicarlo si fuera legal es consistente con los hallazgos en la literatura y los datos de encuestas anteriores (Hetzler y Dugdale, 2016; Essinger, 2003). Essinger concluyó que las actitudes estaban influenciadas por tres factores principales: la ética, la religión y el papel del médico para aliviar el dolor y el sufrimiento.

En los resultados de este trabajo se puede observar que las mujeres integran en su discurso el estar a favor de la muerte asistida pero no participar en ésta. Retomando lo que indica Essinger, un factor muy ligado a esta postura es la religión y el papel del médico.

Respecto al género en la práctica médica, Bertakis (2009) y Sandhu et al. (2009) encontraron que el género y el conocimiento de los cuidados paliativos son los dos factores estadísticamente más significativos que influyen en el tema de la vida y la

muerte, sugiriendo que los médicos del género femenino tienen mayor conocimiento de los cuidados paliativos y pueden tener menos dificultades en el tema de la vida y la muerte. En cuanto a los resultados de que las médicas tienen menos dilemas, se especula que la razón puede estar en los estilos de comunicación que son diferente entre géneros. Estudios previos respaldan que las médicas tienen un estilo de comunicación más alentador (tanto verbal como no verbal), se centran más en el paciente y brindan consultas más prolongadas que sus contrapartes masculinas.

Sin embargo, como podemos ver en este trabajo, las mujeres son las que tienen más dilemas para participar en la muerte asistida, esto puede deberse, como se señaló, a la religión, convicciones personales o al papel de cuidadoras que se ha interiorizado culturalmente en el país.

El discurso de los médicos con relación a la muerte médicamente asistida está muy ligado a considerar la existencia de bases legales, acuerdos realizado en comités, descartar enfermedad mental para que así se pueda llevar a cabo.

Al respecto, Hetzler et al. (2019) encontró en su estudio que los médicos llevarían a cabo la muerte asistida si existiera capacitación constante ya que está fuera del alcance de su práctica, bases legales claras, indicaciones precisas en los centros hospitalarios, y apoyo al paciente con atención integral. Asimismo, la mayoría de los médicos no estuvo de acuerdo en que los pacientes de nivel socioeconómico más bajo, minorías raciales o étnicas y aquellos con discapacidades mentales o físicas se sentirían presionados para terminar con sus vidas a través de SMA. Estas opiniones están respaldadas por al menos un estudio, que encontró que no había un mayor riesgo de abuso del SMA en poblaciones según la raza/origen étnico, ingresos y discapacidades (Battin et al., 2007).

Finalmente, de entre todos los discursos sobre la muerte médicamente asistida, solamente un participante argumentó estar en contra tanto de la eutanasia como del SMA, indicando que lo ideal es el uso de los cuidados paliativos. Es importante destacar, que es el participante que presenta mayor edad, por lo que un factor importante en la aceptación de la muerte médicamente asistida es la edad. De esta forma, Lionel et al. (2015) exploraron en una muestra de médicos franceses los posibles determinantes de



una opinión favorable sobre la eutanasia, encontrando que los médicos más jóvenes, los médicos solteros, los que no tenían hijos, los que no habían cuidado de alguien que se acercaba al final de la vida y los especialistas en medicina general eran más favorables a la eutanasia.

Lo que se puede observar a lo largo de este trabajo es que los discursos de los profesionales de la salud concuerdan con lo que se ha encontrado en la literatura. Sin embargo, es importante señalar que estos discursos se han construido socialmente, es decir, que el significado de la muerte se ha construido colectivamente; por lo que lo social y lo cultural están presentes en esta visión de la muerte digna.

Conclusiones

La muerte digna es una condición necesaria que se tiene que considerar al final de la vida. Consiste en el respeto de las decisiones, intereses y planes del enfermo en cuanto al proceso final de su vida. No debe confundirse la muerte digna con la muerte médicamente asistida, pues existen varias concepciones de la muerte digna por lo que no pueden equipararse. Para algunas personas la muerte digna equivale a recibir cuidados paliativos o que la muerte se dé de forma natural, para otros puede ser la eutanasia o el SMA.

Realizada esta diferencia, se puede visualizar en este estudio que los discursos de los profesionales de la salud coinciden con lo que se ha encontrado en la literatura. La muerte digna es considerada una muerte tranquila, en paz, con todos los cuidados necesarios, pero también se ha encontrado otra cara de la moneda, no tratada en este trabajo pero que es importante mencionarlo, en la que la violación a la dignidad de los enfermos existe, es un realidad que debe de atenderse, ya que entre los factores que la fomentan están la deshumanización, la humillación, la falta de atención, el control, y la manipulación que se identifican como las principales formas de conducta. Por lo que, de una manera romántica, por así decirlo, se visualiza la muerte digna, pero no es descartable pensar en que los servicios de salud del país aún existen algunas de estas conductas hacia los enfermos en el final de sus vidas.

El discurso de los participantes siempre se dirigió hacia la aceptación de la legalización de la eutanasia y el SMA, sin embargo, en lo que respecta a la discordancia entre la aceptación de la eutanasia y el SMA con la negación a llevar a cabo estas prácticas se pueden observar varios factores que se relacionan, como son la religión, la ética y el papel del médico para aliviar el dolor y el sufrimiento; siendo las mujeres las que dudan en llevarlas a cabo. Esto nos puede indicar que para las mujeres es aún más difícil tomar esta decisión, quizás por su rol de cuidadoras que ha prevalecido culturalmente en la sociedad de nuestro país.

No obstante, en general, los profesionales de la salud tienen la convicción de ayudar y evitar dolor y sufrimiento en los enfermos en situación terminal, por lo que es fundamental contar con leyes que respalden la actuación de los médicos, mayor capacitación y entrenamiento, educación a la población en general y atención integral a los enfermos.

Las experiencias previas de muerte han sido un pilar muy importante para la sensibilización, ya que a partir de sus discursos se refleja el sufrimiento y desolación que experimentaron los profesionales de la salud al enfrentarse con la muerte, ya sea de un paciente, un ser querido o una vivencia propia. Las experiencias de muerte pueden estar muy asociadas con una mayor empatía hacia el dolor y sufrimiento de los enfermos, lo cual conduce a reflexionar más sobre ésta y aceptar la regulación de la muerte médicamente asistida en el país.

Las nuevas generaciones muestran una mejor tendencia hacia la aceptación de la eutanasia y el SMA. La visión que se tienen de la muerte médicamente asistida se ha elaborado social y culturalmente, en un entorno en el que la comunicación y los conocimientos son construidos socialmente. De esta forma, las generaciones han ido cambiando su forma de pensar y de expresarse respecto a lo que es la eutanasia y el suicidio asistido, los médicos de la vieja escuela, como algunos participantes los llamaron, están en desacuerdo con estas prácticas principalmente por los riesgos legales a los que se pueden enfrentar, mientras que las nuevas generaciones se encuentran más abiertas a un cambio paradigma de atención al enfermo en fase terminal.



De acuerdo con todo lo anterior, es indispensable mejorar la enseñanza tanto de los médicos como se las enfermeras en el trato a los enfermos en fases terminales, con cursos de bioética a lo largo de la formación, utilizando una didáctica de espacios de intercambio, de discusión y constante retroalimentación de las experiencias de profesores y alumnos. Además, algo relevante es hacer visibles las limitaciones de la medicina, para así contar con elementos para detener tratamientos en el momento adecuado, y con esto contribuir a que los enfermos tengan una muerte digna. Además, es indispensable contar con la visión y el apoyo de médicos y enfermeras para así plantear políticas de salud centradas en la muerte digna y la legalización de la muerte médicamente asistida.

Referencias

Agudelo, B. M. y Estrada, A. P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (17) ,353-378. [en línea]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=574261387015> [Consulta: 3 de mayo 2022].

Aguilar, F. B. (2017). Las edades de la medicina. La medicina burocrática. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 32(2), 114-120. [en línea]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202017000200114&lng=es&tlng=es [Consulta: 14 de mayo 2022].

Amezcuca, M., y Gálvez, T. A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76: 423-436.

Atkinson, R. y Flint, J. (2001). Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies. *Social Research Update*, 33: 1-5.

Battin, M. P, van der Heide, A., Ganzini, L., van der Wal, G., Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2007). Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in “vulnerable” groups. *J Med Ethics*, 33(10), 591-597.

Bernal, C. I. (2020). La eutanasia, tendencias y opiniones en España. *Rev Esp Sanid Penit*, 22 (3), 119-123. [en línea]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18176/resp.00020> [Consulta: 1 de mayo 2022].

Bertakis, K. D. (2009). The influence of gender on the doctorpatient interaction. *Patient Educ Couns*, 76, 356-360.

Colegio Médico de Chile, A. G. (2019). Encuesta de opinión acerca de la muerte asistida médicamente. <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/04/PPT-Encuesta-Eutanasia.pdf>.

Cota de Almeida, N. P., Cordeiro, L. P., Feitosa, V. R, y Procopio, M. A. (2021). La ortotanasia en la formación médica: tabúes y desvelos. *Revista Bioética*, 29(4), 782-790. [en línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294511> [Consulta: 5 de mayo 2022].

Elaskar, M. A., Rivas, M. D., Salomon, S., Carena, J. A. (2016). Reflexión sobre la experiencia de la muerte del paciente en mi ejercicio profesional. *Revista Médica Universitaria*. Facultad de Ciencias Médicas, 12 (2).

Essinger, D. (2003). Attitudes of Tennessee physicians toward euthanasia and assisted death. *South Med J*, 96(5):427-35.

Flores, V. M. y Padilla, Y. S. (2009). "La no punibilidad de la conducta del médico que realiza el Homicidio a Petición en nuestro ordenamiento jurídico". [Tesis de Licenciatura en Derecho, Universidad Nacional de la Amazonía peruana].

Floréz, L. J. (2003). La importancia de una muerte digna: consideraciones éticas. *Medicina Integral*, 41 (2), 57-60.

Haidar, J. (1998) "Análisis del Discurso" en Galindo, Jesús (coord.) (1998). Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. CONACULTA, pp.117-164.

Hetzler, P.T., y Dugdale, L.S. (2016). Academic Physician Perspectives on the Legalization and Practice of Physician-Assisted Suicide. *Connecticut medicine*, 80 9, 559-561.

Hetzler, P.T., Nie, J., Zhou, A.G., & Dugdale, L.S. (2019). A Report of Physicians' Beliefs about Physician-Assisted Suicide: A National Study. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 92, 575 - 585.

Investigación en Salud y Demografía (Insad) (2015). Informe del estudio de opinión de los médicos sobre el derecho a morir con dignidad. Derecho a Morir con Dignidad. <https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2017/09/2015.pdf>.

Ley General de Salud. (2018). México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. [en línea]. CAPÍTULO IV, De los Derechos, Facultades y Obligaciones de los Médicos y Personal Sanitario, Artículo 166 Bis 18. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf.

Lionel, D., Baumstarck, K., Dudoit, D., Duffaud, F., Auquier, P., et al. (2015). Determinants of favourable opinions about euthanasia in a sample of French physicians. *BMC Palliative Care, BioMed Central*, 14 (1), pp.59. [en línea]. Disponible en: [ff10.1186/s12904-015-0055-6ff](https://doi.org/10.1186/s12904-015-0055-6ff) [Consulta: 10 de mayo 2022].

Medscape. (2014). Medscape Ethics Report 2014, Part 1: Life, Death, and Pain. <https://www.medscape.com/features/slideshow/public/ethics2014-part1>.

Motta de Morais, I., Nunes, R., Calvancati, T., Silva, S.A, y Gouveia, V.V. (2016). Percepciones de estudiantes y médicos sobre la "muerte digna". *Revista Bioética*, 24(1), 108-117. [en línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241112>. [Consulta: 8 de mayo 2022].

Naderi, Z., Gholamzadeh, S., Zarshenas, L., Ebadi, A. (2019). Hospitalized elder abuse in Iran: A qualitative study. *BMC Geriatr*, 19, 1–13.

Peičius, E., Urbonas, G., Harrison, W. D., Urbonienė, A., Kuznecovienė, J., Butkevičienė, R., Astromskė, K., & Kalėdienė, R. (2022). Dignity Violations and Barriers to Dignity Assurance for Terminally Ill Patients at the End of Life: A Cross-Sectional Analysis. *Medicina (Kaunas)*,



Lithuania), 58(2), 294. [en línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina58020294> [Consulta: 5 de mayo 2022].

Pérez Tamayo, R. (2003). El médico y la muerte. Conferencia magistral. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
<http://www.acervo.gaceta.unam.mx/index.php/gum00/article/view/50782>.

Sandhu, H., Adams, A., Singleton, L., Clark-Carter, D., Kidd, J. (2009). The impact of gender dyads on doctor-patient communication: a systematic review. *Patient Educ Couns*, 76, 348-355.

Souza, L., Santos, M., Corradi-Webster, C., Guanaes, C., Moscheta, M. (2010). Construcción Social y Salud: Una entrevista con Sheila McNamee. *Revista Javeriana*, 9 (2). [en línea]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64716832022> [Consulta: 7 de mayo 2022].

Tauber-Gilmore, M., Addis, G., Zahran, Z., Black, S., Baillie, L., Procter, S., & Norton, C. (2018). The views of older people and health professionals about dignity in acute hospital care. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), 223–234. [en línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.13877> [Consulta: 8 de mayo 2022].

Yun, Y. H., Kim, K. N., Sim, J. A., Yoo, S. H., Kim, M., Kim, Y. A., Kang, B. D., Shim, H. J., Song, E. K., Kang, J. H., Kwon, J. H., Lee, J. L., Nam, E. M., Maeng, C. H., Kang, E. J., Do, Y. R., Choi, Y. S., & Jung, K. H. (2018). Comparison of attitudes towards five end-of-life care interventions (active pain control, withdrawal of futile life-sustaining treatment, passive euthanasia, active euthanasia and physician-assisted suicide): a multicentred cross-sectional survey of Korean patients with cancer, their family caregivers, physicians and the general Korean population. *BMJ open*, 8(9), e020519. [en línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020519> [Consulta: 9 de mayo 2022].



CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO O LEGÍTIMAMENTE DECLARADO. ¿OBLIGACIÓN ÉTICA-DEONTOLÓGICA O JURÍDICA DEL EJERCICIO MÉDICO?

VALIDLY INFORMED OR LEGITIMATELY DECLARED CONSENT. ETHICAL-DEONTOLOGICAL OR
LEGAL OBLIGATION OF MEDICAL PRACTICE?

Juan Carlos Araujo-Cuauro¹

Resumen

La génesis, evolución y progreso de los derechos humanos, como los valores, principios y los derechos autonomía y dignidad, tuvieron implicancia en la generación de instituciones protectoras de los derechos de las personas, entre ellos, el consentimiento válidamente informado o legítimamente informado. Por tanto, en el presente artículo se realizará una disertación que aclare algunos conceptos y que se espera que contribuya a guiar la práctica de los medico/as. El objetivo de la presente investigación persigue principalmente, a través de un proceso de revisión bibliográfica describir los diferentes problemas éticos, deontológicos y legales que se plantean el médico/a de si el documento de consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado es una ¿Obligación ética-deontológica o jurídica del ejercicio médico? Metodología. Revisión bibliográfica en Pubmed, Medline, Embase, entre otros., se incluyeron diversos artículos. Investigación la cual se aborda desde el enfoque cualitativo documental con la revisión bibliográfica. El consentimiento informado es el acuerdo de voluntades entre médico y paciente en el que el primero realiza una propuesta de plan médico o quirúrgico, informa riesgos, beneficios y solicita autorización para realizar procedimientos médicos diagnóstico o terapéutico derivadas del acto autorizado. Posteriormente, a través de la deliberación libre de presiones y vicios del consentimiento se da la aceptación mediante la decisión del paciente, del familiar o representante legal sea el caso. Conclusión. El documento de consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado es simultáneamente una exigencia ético-legal de los actos jurídicos de la relación médico-paciente, siendo una institución primordialmente jurídica con profundas implicaciones éticas-bioéticas.

Palabras claves. Consentimiento, informado, legítimo, médico, obligación, ética, jurídica.

¹ Catedrático Titular de la Escuela de Derecho, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas y de la Escuela de Medicina Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia (LUZ). Doctor en Ciencias Médicas de la Universidad del Zulia (LUZ). Médico Cirujano de la Universidad del Zulia (LUZ). Abogado mención Summa Cum Laude de la Universidad del Zulia (LUZ). Email: jcaraujoc_65@Hotmail.com. Correo institucional: j.araujo@sed.luz.edu.ve. Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6559-5370>

Abstract

The genesis, evolution and progress of human rights, such as values, principles and the rights to autonomy and dignity, had implications in the generation of institutions that protect the rights of individuals, among them, validly informed or legitimately informed consent. Therefore, in this article a dissertation will be made to clarify some concepts and it is hoped that it will contribute to guide the practice of physicians. The main objective of this research is to describe the different ethical, deontological and legal problems that the physician may face regarding whether the validly informed or legitimately declared consent document is an ethical, deontological or legal obligation of the medical practice. Methodology. Bibliographic review in Pubmed, Medline, Embase, among others, several articles were included. This research is approached from a qualitative documentary approach with a bibliographic review. Informed consent is the agreement of wills between doctor and patient in which the former makes a proposal of a medical or surgical plan, informs about risks, benefits and requests authorization to perform diagnostic or therapeutic medical procedures derived from the authorized act. Subsequently, through deliberation free of pressure and vices of consent, acceptance is given through the decision of the patient, family member or legal representative. Conclusion. The validly informed or legitimately declared consent document is simultaneously an ethical-legal requirement of the legal acts of the doctor-patient relationship, being a primarily legal institution with profound ethical-bioethical implications.

Key word. Consent, informed, legitimate, medical, obligation, ethical, legal.

“Es que no todo lo que se considera ético es legal, ni todo lo legal es siempre ético”

Introducción

Para poder ejercer plenamente el arte de la medicina, resulta indispensable y necesario conocer y manejar algunos conceptos básicos sobre la ética y el derecho. El desconocimiento de estos temas hace que muchas situaciones que se plantean en la práctica del ejercicio médico pongan en ‘jaque mate’ al propio médico, que puede incluso llegar a dudar de sus propias actuaciones o de las de sus colegas. El principal problema radica en que cada sujeto tiene su propia forma de ver y entender el mundo, de pensar y de sentir, y puede ocurrir que la perspectiva que tenga un médico sobre la situación de enfermedad de un paciente no sea la misma que la de él.

Uno de los aspectos más innovadores de la medicina que ha sufrido más cambios en los últimos años debido al cambio de la tradicional y paternalista relación médico-paciente,



lo constituye el consentimiento válidamente informado o legítimamente e declarado. Para algunos individuos quizás represente un simple cuestionario que tienen que responder y firmar antes de cualquier acto médico en lo posible y, de esta manera liberar de toda responsabilidad al médico/a ⁽¹⁾.

Pero para el gremio médico, la pluralidad lo contemplará al consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado, como un documento previo a cualquier intervención médica de cierta magnitud, requerimiento que ha sido impuesto por el empuje o presión judicial a la que está siendo sometida, en este escenario, en los últimas décadas se ha observado un fenómeno de en cuanto a la judicialización de la medicina, en cuya aptitud los pacientes ya no persisten como sujetos pasivos de la relación médico-paciente en razón de la actuaciones médicas que les causan algún tipo de daño no previsto ⁽²⁾.

El carácter dinámico del consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado como término jurídico, se refleja en las diversas formas de definirlo. De este modo, podemos encontrar tantas definiciones como autores se han dedicado a estudiar el tema desde diversas perspectivas o realzando su esencia a partir de distintos elementos

Desde la óptica de la percepción moderna del consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado se vincula en su origen más a un término jurídico (derecho) y no a un término de la medicina, Pero desde la óptica del acto médico este forma parte muy importante del ejercicio médico, ya que surge de la tradicional relación médico-paciente, siendo este un derecho del paciente y una obligación ética y legal para el médico/a. Se trata de un acto médico que no puede ser substituido por otro de carácter meramente formal o administrativo. El consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado es considerado dentro de la práctica médica como elemento integrante y fundamental de la llamada *lex artis*. Es el acuerdo de voluntades entre médico y paciente ⁽³⁾.

Por ello, la adecuada comprensión del consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado puede determinar la suerte de los litigios civiles y penales iniciados por las supuestas víctimas contra los profesionales de la salud, así mismo como los procesos disciplinarios que determine el código de deontología.

Es muy cierto e indiscutible que en los últimos años se viene apreciando un incremento exagerado de las demandas judiciales a los médico/as e instituciones médicas sanitarias. El comportamiento entre la medicina y el derecho ha pasado de ser una cooperación de auxilio afable a entrar en campo de un conflicto de intereses, el propio documento de consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado es un reflejo, en parte, de dicha creciente judicialización de la medicina. La figura del consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado es una de las grandes contribuciones del derecho a la medicina. Sus primeros antecedentes, se hallan en litigios en los que se cuestionaba el resultado dañoso para el paciente a propósito de la actividad médico asistencial realizada por profesionales médico/as ⁽⁴⁾.

Sucede pues, que el problema más importante no está, en el desconocimiento o en las diferentes conceptualizaciones que se tenga sobre este documento, sino que su principal problema es que este formato, se ha introducido en la práctica médica desde la esfera de pensamiento ético, por lo que, con mucha frecuencia, se utiliza el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado como justificación de una serie de abusos en dicha relación ⁽⁵⁾.

La sociedad globalizada a impuesto y acogido, el uso de la expresión "Consentimiento informado", expresión muy personal que solo le compete o concierne al paciente o usuario, pero para ello este necesita de la información suministrada por el equipo médico que lo asiste, para determinar autónomamente si desea o no sojuzgarse a los procedimientos médicos asistenciales recomendados. Es por esto que es de suma importancia con este artículo esclarecer algunos aspectos importantes sobre el abordaje de dicha temática, con el interés de aportar y reducir el gran desconocimiento que embarga a los médico/as, con la finalidad de que su proceder sea el adecuado y el ajustado a las normas jurídicas y deontológicas, que de este proceder de su acto médico, no se generen futuras demandas contra estos, ya que todo es producto de ese desconocimiento acerca de los requisitos necesarios para la validez jurídica o deontológica del término de consentimiento informado ⁽⁶⁾.

El consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado más allá del aspecto de lo ético tratará que el paciente no sólo conceda, sino que coopere activamente con el médico/a en la estimación de las alternativas diagnósticas-



terapéuticas, y en el proceso de toma de decisiones al respecto. Es el documento médico más importante y relevante de la relación médico-paciente. Su regulación en el ordenamiento jurídico venezolano se encuentra disperso en la normativa de diferente naturaleza como la Constitución, legislación civil, la Ley Orgánica de Salud y la Ley del Ejercicio de la Medicina. Además de las anteriores, en el Código de Deontología Médica implica respetar principios éticos-bioéticos-morales como la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Visto de esta forma, la pregunta de la investigación a formular el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado ¿Es un documento jurídico (legal) o deontológico (ético-bioético) de los actos médicos de la relación médico-paciente?

La falta de información y de conocimiento acerca de este tema puede ser la consecuencia, por un lado, del carácter jurisprudencial que se le ha atribuido tradicionalmente a la deontología médica y, por otro, de que la mayor proporción de publicaciones científicas que se aproximan a los problemas morales y legales de la práctica médica adoptan la perspectiva del paciente y sus derechos, y no tienen tanto en cuenta los conflictos del médico/a.

Por tanto, en el presente artículo se realizará una disertación que aclare algunos conceptos y que se espera que contribuya a guiar la práctica de los médico/as. El objetivo de la presente investigación persigue principalmente, a través de un proceso de revisión bibliográfica describir los diferentes problemas éticos, deontológicos y legales que se le plantean al médico/a de si al momento de obtener el documento de consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado este representa una ¿Obligación ética-deontológica o jurídica del ejercicio médico?

Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica, en Pubmed, Medline, Embase, entre otros., se incluyeron diversos artículos de investigación la cual se aborda desde el enfoque cualitativo documental con la revisión bibliográfica. En el caso específico de esta investigación es describir los diferentes problemas éticos, deontológicos y legales que se plantean al médico /a durante la práctica médico asistencial para obtener el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado. Por lo que se realizó en línea a través de una convocatoria mediante una encuesta por el correo electrónico

y la red social *WhatsApp*, se invitó a participar a 200 médico/as, pertenecientes a establecimientos del Ministerio de Salud (MSP), Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) y otros establecimientos de salud pertenecientes a la red privada de salud, que está constituida por 8 ítems en forma de afirmaciones.

Al inicio de la aplicación del instrumento encuesta se especificó también las implicaciones, propósitos y que los datos proporcionados por su participación se utilizarían de forma totalmente anónima y que los datos recabados son exclusivamente para fines de investigación.

Consideraciones éticas. Debido a que se involucran aspectos bioéticos con sus principios, la investigación se llevó a cabo atento a los reparos ético-morales, e igualmente bajo el enfoque de las normativas vigentes (requisitos de las Good Clinical Practices–GCP, disposiciones regulatorias y adhesión a principios éticos con origen en la Declaración de Helsinki), y de la ley *habeas data*.

Se procedió mediante la estructuración de un mapeo teórico a partir de una selección de la literatura existente. El proceso indagativo se desarrolló en la segunda etapa del 2022 y comprendió desde el punto de vista de su operatividad de dos momentos: En un primer momento se llevó a cabo la constatación de fuentes documentales escritas, primarias y secundarias, de los artículos escritos que abordan la temática los cuales sirven para identificar y para elaborar la selección de la literatura y los autores analizar con respeto al tema sobre el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado como obligación deontológica y/o jurídica. En el segundo momento y último momento, se procedió a redactar el trabajo para su publicación, análisis y coherente discusión.

Consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado. Conceptualización y denominaciones

El acelerado avance de la biotecnificación de la medicina, que ha permitido nuevas terapéuticas más renovadas y más avanzadas, valdría decir más eficaces, pero también más peligrosos e invasivos, el documento que por su naturaleza que han adoptado los individuos en la relación médico-pacientes, y por ende, en la consideración de que la salud es un derecho consagrado en la constitución bolivariana (art. 83), y junto a los fundamentos jurídicos más esenciales en donde la figura con mayor preponderancia, es el derecho a la autodeterminación con esencial atención a la llamada autonomía



personal, que les da a los sujetos de derecho, el derecho a seleccionar, ejercer o ejecutar o no definidas actuaciones de la vida civil. Desde otra óptica, dicha autonomía reside en la facultad que tienen los individuos de tomar decisiones libres y conscientes sobre su propia persona, así como de sus propios bienes cívicos-ciudadanos ⁽⁷⁾.

Por lo tanto, ese mandato, es un resultado de la libertad que tienen las personas para gestionar sus propios intereses acorde con sus deseos o pretensiones. Por ello, se puede enunciar que, en el escenario de la relación médico-paciente, el informar y consentir es la representación más genuina de dicha autonomía, ya que le corresponde al paciente acceder o no a determinados procedimientos médicos, las justificaciones acerca de los riesgos que se puedan generar del acto médico practicado, como pormenorizar la responsabilidad sobre los fracasos previsibles, el cual se debe tener en cuenta y aplicar a cualquiera que sea la magnitud de la intervención practicada.

Es por estos que, en las últimas dos décadas, el respeto por la autonomía de la voluntad de los individuos se ha hecho más relevante, por lo que esta temática de puede afrontar desde distintas perspectivas con sus característica e inconvenientes inherentes. Desde lo ético-bioético, tecnocientífico, filosófico, jurídico, deontológico, entre otros, Toda esta perspectiva de enfoques tiene sin duda, valor y relaciones intrínsecas, pero, por ello, no puede confundirse la esencia respectiva de los mismos.

Si bien es cierto la denominada teoría de la información y de la obtención de la voluntad jurídica del paciente y/o de su representante/s. Las obligaciones de seguridad a cargo de los actores médico/as, jurídicamente inculpan el deber de no someter al paciente a riesgos injustificados, ni siquiera con el otorgamiento de su asentimiento ⁽⁸⁾.

El médico y/o la institución prestadora del servicio de salud, conforme sea el caso, por su sola potestad científica quieran obligar al paciente la asistencia médica que estos estimen conveniente, cuando éste se muestre en circunstancia médicas y legal para ejercer su autonomía, es decir, cuando puede percibir y absorber la información y disponer de acuerdo a la expectativas de sus propios intereses, los que no constantemente concuerda con los intereses de las especialidades médicas o del personal médico/a o institución prestadora de los servicios médicos asistenciales.

Es por eso que no es lo mismo contemplar, la decisión informada del paciente como la consecuencia de un acto médico, a contemplarla como un acto jurídico. Las obvias

carencias formativas en temas jurídicos de los médico/as, hacen que estos sean habitualmente extraños a la identificación, utilización y aplicación de la formalidad ineludible para que la proclamación de voluntad o decisión del paciente o de sus representante/s, sea válida jurídicamente y por tanto nazca la obligación de aceptarla y respetarlas, siendo sea esta la esencia desde el plano de lo jurídico, lo que da pie a una de las grandes situaciones problemática como lo es el abordaje y aplicación de esta temática, es quienes son parte esencial en su aplicación en la consuetudinaria y congestiva actividad médico asistencial, no están conformados para el manejo jurídico e inclusive del manejo ético y bioético del consentimiento, lo que no los libera del cumplimiento de las normas impositivas, que son de obligatorio cumplimiento, que en cada país como sucede en Venezuela, puedan regular mal que bien esta formalidad si se quiere decir así, la ignorancia de la ley no exime de excusa para la responsabilidad ⁽⁹⁾.

Atendiendo a estas consideraciones sobre las bases de las ideas expuestas entonces ¿Qué es el **consentimiento**? Se conoce como consentimiento al acto y resultado de consentir (aprobar la concreción de algo, condescender, tener por cierto algo, otorgar, permitir, entre otros.). La idea de consentimiento, de acuerdo con el significado del término, implica admitir, tolerar o soportar una determinada condición. El consentimiento se estableció como obligación de los Estados en el artículo 7º del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), entendido como derecho humano a la integridad.

¿Qué es un **consentimiento válido**? El consentimiento válido es un proceso de comunicación entre el paciente y su prestador de servicio de atención médica que a menudo conduce a un acuerdo o permiso para la atención, el tratamiento o los servicios. Cada paciente tiene el derecho de obtener información y hacer preguntas antes de que se lleven a cabo los procedimientos médicos requeridos. Si los pacientes adultos están mentalmente facultados para tomar sus propias decisiones, la atención médica no puede comenzar hasta que ellos provean su consentimiento válido ⁽¹⁰⁾.

El proceso de consentimiento válido asegura que el prestador de servicios de atención médica, le haya dado información sobre su condición, así como las opciones de tratamiento y pruebas antes de decidir qué hacer. ¿Por qué se tiene que firmar el documento de consentimiento? La finalidad principal del proceso de consentimiento



válido es “proteger al paciente”. El documento de consentimiento es un documento legal que garantiza un proceso de comunicación continuo entre el paciente y el prestador de atención médica. Esto implica que el prestador de atención médica le ha dado información sobre su condición y opciones de atención médica (diagnóstico, tratamiento), bien sean verbales o por escrito, es importante que el paciente entienda toda la información suministrada, incluso si es necesario repetirlas muchas veces, o que el médico/a las explique de maneras diferentes ⁽¹¹⁾.

Su conceptualización en la actualidad ha evolucionado en el sentido de que para que un consentimiento sea válido no solo tiene que ser otorgado en la relación médico-paciente del acto médico, por alguien mentalmente y legalmente apto, sino autónomamente concedido, y no ordinario, es decir seguidamente de haber sido informado de cada proposición, notificado o informado de todos aquellos aspectos que le es significativo en el vínculo con la determinación precisa, de no cumplirse con lo antes mencionado pueden surgir las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los riesgos o peligros más comunes y evidentes?, ¿Se tienen otras alternativas u opciones?, ¿Cuál es el pronóstico en caso de no acceder o aprobar lo planteado?, ¿Qué es lo más conveniente?

Posteriormente, establece que para que pueda enunciarse de la emisión del consentimiento la acción misma de consentir respecto de algo, en este caso de la atención médica que se desea recibir tienen que concurrir al menos tres componentes: la capacidad, la voluntariedad y la información. También se debe hacer referencia al objeto y a las formalidades del acto ⁽¹²⁾.

Entonces que se conoce y se entiende como ¿**Consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado**? El término consentimiento informado, abordado en la jurisprudencia norteamericana en 1957, se introduce en la atención médica a partir de la Carta de Derechos de los Pacientes de la Asociación Americana de Hospitales, en 1973, y en la investigación biomédica con el Informe Belmont (1979), de la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* ⁽¹³⁾.

Sin embargo, este término ha tenido sus propios disertadores, por lo que existen dos tipos de corrientes, los de tendencia idealistas y los realistas. Por un lado, los de tendencias idealistas estiman el válidamente informado o legítimamente declarado

como una concepción plenamente centrada del ejercicio médico, el cual debe quedar determinado por una interacción recíproca entre médico y paciente que magnifique la autonomía de estos últimos. Por otro lado, los realistas, en tanto, no discuten a nivel ideológico de los razonamientos de los idealistas, sin embargo, en lo absoluto, rechazan de su plausibilidad específica, no les aparenta ser admisible que la totalidad del común denominador de los pacientes anhelen, verdaderamente, ser plenamente informado ni que, aun si lo pretendieran, esto sea factible ⁽¹⁴⁾.

Entonces el válidamente informado o legítimamente declarado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de los procedimientos producto de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de esta, los riesgos y de los beneficios de la terapéutica recomendada o implantada, para solicitarle a continuación su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no inconcebible, la cooperación del paciente debe ser obtenida sin coacción y/o sujeción, el médico/a no debe ni puede sacar ventaja ni aprovechar de sus conocimientos intelectuales sobre el paciente ⁽¹⁵⁾.

En términos generales, se puede conceptualizar como la aceptación por parte de un paciente, de un procedimiento médico bien sea para diagnóstico o terapéutico, después de habersele brindado la información adecuada para involucrarse autónomamente en la decisión médica, es decir aquel que se otorga con libre albedrío, sin amenazas ni incitaciones, tras informar oportunamente al paciente una información apropiada, accesible con un dialecto que este entienda y comprenda. Así mismo en el Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos, se define el válidamente informado o legítimamente declarado de la siguiente manera: Consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de esta y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, y a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica ⁽¹⁶⁾.



Desde el campo de la actividad médica el válidamente informado o legítimamente declarado se entiende y se percibe de otra forma y tiene otras trascendencias, ya que es contemplado más desde la perspectiva de la ética médica e inclusive de la bioética, ya que este se desprende más allá de ser un acto jurídico o normativo es, sencillamente, un acto humano de comunicación entre el médico y el paciente que puede legitimar el ejercicio del acto médico que consiente y establece obligaciones y derechos correlativos. Es por esto que se aprecia la importancia de poderlo observar como un procedimiento o medio y, no únicamente como un instrumento, formulario o documento que pueda llegar a tener la potestad de amparar o resguardar el proceder del personal médico/a. Al tener claro y entendido éstos como la parte de todo un proceso que respalda y protege por los distintos principios y/o fundamentos éticos, bioéticos y jurídico. Es por ello por lo que para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el válidamente informado o legítimamente declarado esta lo define: “como el proceso donde la persona decide, libre de cualquier forma de coacción o influencia indebida, el participar en una investigación después de haber recibido información relevante para tomar la decisión... Así pues, el válidamente informado o legítimamente declarado es tanto un proceso dinámico como interactivo” ⁽¹⁷⁾.

Es un proceso que propicia la decisión libre, autónoma y digna por parte del paciente, sobre su cuerpo, salud y entorno social. Las obligaciones médicas oscilan de la *lex artis ad hoc*, de las obligaciones de medios o de resultado que se adquieren, que comprende tanto obligaciones jurídicas como éticas, con sus subsecuentes responsabilidades. Tales obligaciones se gestan a partir de la relación médico-paciente, se esclarecen con la adjudicación de información suficiente, clara, honesta y precisa y con la corresponsabilidad en la toma de decisión de ambas partes. El reto es redimensionar este acto, bajo el reconocimiento de su valor jurídico y ético. Entonces es una obligación, y el documento médico que se debe redactar, escribir y aplicar a beneficio e interés para separar detalladamente la responsabilidad sobre los infortunios presumible, y este se debe aplicar sin importar cual sea la magnitud de acto médico asistencial y sus consecuencias ⁽¹⁸⁾.

El consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado puede contener la capacidad de figurar una clase de asentimiento para la intromisión sobre la integridad

física del paciente, lo que suprime determinada ilegitimidad en el comportamiento del médico/a, a no ser que se personifique una maléfica actividad profesional, mediante la comprobación de dolo o culpa.

No obstante, se necesita, tener en cuenta, que el paciente es la parte más frágil o el débil jurídico en la relación médico-paciente que se establece con el médico/a, precisamente por ignorar los aspectos técnicos de la medicina. En la actualidad al paciente lo resguarda el derecho de estar informado sobre las decisiones terapéuticas tomadas por el médico/a; denominándosele a esta concepción como consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado del paciente.

El consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado es un requerimiento preliminar para cualquier actuación médica, pero en muchas ocasiones ese consentimiento no necesariamente debe ser explícito; como es el caso en la atención de emergencia o urgencia, donde normalmente el consentimiento se presume, lo que se percibe como la doctrina de la presunción de consentimiento. Sin embargo, para los procedimientos estimados como frecuentes y que son un tanto difícil que ocasionen algún perjuicio, suele estimarse que el consentimiento está tácito en las condiciones tradicionales de la prestación de la atención médica. Finalmente, para los procedimientos más invasivos o riesgosos, siempre es necesario el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado. Se tiene que considerar y tomar en cuenta que para que el paciente otorgue este consentimiento, tiene que estar óptimamente en capacidad mental, física y legal ⁽¹⁹⁾.

Por lo tanto, las jurisdicciones éticas, bioéticas y jurídicas convienen en que los profesionales médicos/as están constreñidos a garantizar, como mínimo, que el paciente comprenda; (a). Su estado médico actual, que comprenda su eventual evolución si no se realiza ningún tipo de conducta terapéutica; (b). Tratamientos potencialmente útiles, que incluyen descripción y explicación de los posibles riesgos, beneficios y efectos colaterales; (c). El informe profesional del médico/a como la deseable elección u opción; y (d). Las dudas e Incertidumbres mancomunadas con cada uno de estos elementos ⁽²⁰⁾.

Si embargo, la utilización o el empleo del vocablo válidamente informado o legítimamente declarado para hacer referencia al consentimiento válido en



medicina o consentimiento médico válido, ha sido objetado, en su alegato ¿Es **legítima** la palabra válidamente informado o legítimamente declarado? puesto que por un lado es un enunciado reiterativo, ya que en verdad no hay consentimiento válido si no es informado, es decir si no informo no consiento. Por lo se trata en verdad es de un asentimiento, ya que el consentimiento conlleva en que ambas partes estén en el mismo plano horizontal, con igualdad de condiciones, lo que no se da en la relación médico-paciente.

Pero si a su vez se emplea la palabra consentimiento como el equivalente acuerdos de intenciones, pero a su vez también se muestra enteramente inadecuada por evidentes razonamientos, ya que, al hablar de consentimiento del paciente, sólo se concibe a la evocación de la voluntad de éste, y no al convenio de disposiciones de quienes puedan ser partes en una relación contractual médico asistencial. Además, es inapropiada el empleo de dicho enunciado, porque en muchas ocasiones sencillamente lo que hay es una adhesión del paciente a las condiciones propuestas por la otra parte en el contrato el médico, caso en el cual se considera antitécnico, jurídicamente, utilizar la expresión consentimiento y no adhesión.

En cuanto a la rigurosa intransigencia jurídica, en la enunciada teoría se debería denominar voluntad jurídica del paciente o le podemos agregar nosotros, pretensión jurídica e informada del paciente. Sin embargo, se sigue empleando en todas las veces el término consentimiento porque no se conocen teoría con ese nombre ⁽²¹⁾.

No obstante, el término válidamente informado o legítimamente declarado en la actualidad, no se dan las circunstancias para hacer mención a esta expresión dentro de los parámetros de un acto negocial y por ello, muchas veces lo que se presenta es un sencillo asentimiento o adhesión del paciente a las condiciones propuestas por el prestador del servicio médico asistencial objeto contentivo del contrato. Entonces, el consentimiento válidamente informado es un instrumento que asegura y a la vez que resguarda la autonomía del paciente y el cual debe firmarse antes de la actuación médica, ya que, de lo contradictorio, si se logra posteriormente de ejecutada, el documento carece de valor jurídico. Así mismo conviene destacar en este punto que el consentimiento válidamente informado no exonera de una mala praxis, ni tampoco obliga al médico a ejercer una medicina a la defensiva ^(22, 23).

Consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado. ¿Obligación jurídica del ejercicio médico?

Que el documento de consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado, se haya transformado en los últimos años en un instrumento tan importante del ejercicio médico diario, puede llevar a pensar que se trata de un mecanismo fundado en la ética, bioética y deontología médica; pero en realidad es que se trata de un instrumento fundado en la praxis del ámbito jurídico, como una manifestación de la custodia de la autonomía y de la libertad de las que el derecho se ha adjudicado desde siempre, y que de modo natural pasó a la praxis médica cuando ésta se modernizó y en su evolución se conminó a desentenderse del llamado paternalismo como modelo de la relación médico-paciente.

Nunca el médico/a debe perder de vista la naturaleza jurídica del consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado, puesto que establece una responsabilidad para el médico/a, cuya inobservancia es por sí misma causa de obligación que pueden llegar implícitamente al campo de lo penal. Esta temática, desde lo jurídico, tuvo su inicio y se acentuó en los Estados Unidos, debido a las series de demandas basadas en actos que provocaron lesiones o daños para los cuales el paciente no había dado su aceptación o consentimiento o asentimiento ⁽²⁴⁾.

La evolución del consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado genero ciertas consecuencias importantes de aspectos jurídicos, es una noción general de la voluntad y la decisión jurídica del paciente. Es la exteriorización de la decisión del paciente y en su defecto, de sus representantes o allegados responsables, cuando ello es jurídicamente viable, con miras a celebrar un contrato de administración, prestación de servicios médicos hospitalario o de suministro, aplicación, implantación, de productos médicos, entre otras variables (integrante del consentimiento); y/o para autorizar o no la prestación de uno o varios servicios de atención médica en cualquiera de sus modalidades y todo lo que tenga que ver con los mismos, siempre que se trate de aspectos sobre los cuales el usuario del servicio tenga la potestad de decidir (asentimiento o disasentimiento), habiendo sido debidamente previa la información, oportuna, veraz, simple, aproximada, inteligible y moderadamente ilustrado sobre los componente necesarios para que pueda tomar una decisión ⁽²⁵⁾.



En el proceso y progreso del termino consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado, con el tiempo ha genero ciertos efectos, resultados, frutos y/o secuelas de considerables apariencias jurídicas, es una reflexión general de la intención o voluntad y la disposición acorde con sus intereses, y relevante jurídicamente al paciente.

Pero hay que entender que la voluntad de un paciente puede admitir distintas motivaciones o cometido, los cuales se deben esclarecer debido a que se pueden prestar para un juego de palabras como; consentimiento, adhesión, asentimiento, disentimiento, utilizadas para describir y/o exponer la naturaleza de las disposiciones del paciente o usuario en las diferentes percepciones que le permitan aceptar su intención, deseo o voluntad.

Si el paciente es parte de un convenio o acuerdo de voluntades para la prestación de servicios de asistencia médica su intención o voluntad puede intervenir en la configuración y perfeccionamiento de este, incorporando el elemento consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado, cuando es probable una mayor libertad de disentimiento entre las partes de las condiciones del mismo, o asentimiento, es decir una simple adhesión, según sea el caso ⁽²⁶⁾.

En virtud del amparo jurídico que tienen los pacientes del derecho a ser informado y a la aceptación o no de ciertas decisiones sobre la asistencia, de uno o varios servicios médicos y otras figuras vinculadas. Los derechos que tiene el paciente a ser informado y a aceptar determinadas decisiones asociadas con el interés de su salud, tienen su preámbulo en determinados principios y derechos básicos, como los que surgieron con el Tribunal Internacional de Núremberg, de 1946, donde se aprobó el Código de ética médica de Núremberg, el cual recoge una serie de principios que debían regir la experimentación con seres humanos, para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales; el principio 1º estableció que “El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial”.

Declaración de Helsinki de 1964. Promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM) Documento ético no vinculante, pero que tiene influencia internacional. Establece principios básicos como es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano” y el que determina que “Para tomar parte en un proyecto de

investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados”. Declaración de Derechos del Paciente. Asociación Americana de Hospitales (1973). En la misma, se establece en: **2.** “El paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonablemente comprensibles para él”. **3.** “El paciente tiene derecho a que su médico le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previamente a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento”. **4.** “El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley. También tiene derecho a ser informado de las consecuencias médicas de su acción”. En la Declaración de Lisboa sobre los Derechos de los Pacientes (AMM, 2005). “Derecho a la autodeterminación. El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico/a informará al paciente las consecuencias de su decisión. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado”.

Por último, la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos (2005). Esta última, en relación con el consentimiento informado prescribe lo siguiente: Artículo **6º**. Consentimiento **1.** “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno” ⁽²⁷⁾.

En el ordenamiento jurídico venezolano existe resguardado constitucional, para tales derechos como, el libre desarrollo de la personalidad (autonomía art. **20º**. “Toda persona tiene derecho al libre desenvolvimiento de su personalidad...”), a la libertad en todas sus manifestaciones (art. **44º**. “La libertad personal es inviolable; ...”), libertad de conciencia (art. **61º**. “Toda persona tiene derecho a la libertad de conciencia y a manifestarla, ...”), de cultos (art. **59º**. “El Estado garantizará la libertad de religión y de



culto”); el derecho a la información veraz e imparcial (art. 58° “... Toda persona tiene derecho a la información oportuna, veraz e imparcial, sin censura, de acuerdo con los principios de esta Constitución”.); el derecho a la intimidad (art. 60°. “Toda persona tiene derecho a la protección de su honor, vida privada, intimidad, propia imagen, confidencialidad y reputación”); el derecho de integridad física, psíquica y moral (art. 46° numeral 3 “Ninguna persona será sometida sin su libre consentimiento a experimentos científicos, o a exámenes médicos o de laboratorio, excepto cuando se encontrare en peligro su vida o por otras circunstancias que determine la ley”.) de la Constitución bolivariana.

Al mismo tiempo en leyes nacionales como la Ley Orgánica de Salud en su artículo 69°. Los pacientes tendrán los siguientes derechos: “El respeto a su dignidad e intimidad, ...”. “Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, ...”. Ley del ejercicio de la Medicina en su artículo 97°. “La persona debe hallarse bien informada de la finalidad del experimento y de sus riesgos y dar su libre consentimiento. En caso de incapacidad legal o física, el consentimiento debe obtenerse por escrito del representante legal del paciente y a falta de éste, de su familiar más cercano y responsable”⁽¹⁶⁾.

Estos derechos también cuentan con amparo Supra Constitucional (Derecho internacional), en virtud de la implementación o aplicación de los convenios y tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Venezuela según el artículo 23° de la Constitución, los que regularmente contemplan aquellos derechos y hasta hacen evidente mención a la competencia que tiene un ser humano de expresar, su voluntad en los discernimientos antes invocados.

En ese sentido, se enmarca el inicio para el avance jurídico de la figura del consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado se circunscribe y se restringe en la tutela de la libertad que produce el derecho en razón de los vínculos interpersonales que se despliegan en la sociedad, en la búsqueda de que cada sujeto de derecho pueda fomentar su vida y ciertas acciones en el ejercicio pleno de su principio de autodeterminación o su libre albedrío en coalición de sus predilección y convencimiento personales, de modo que ninguna persona pueda establecerle a otro su

disposición o voluntad, obteniendo lucro ilícito o disconforme y salvo todavía pueda constreñirlo a proceder en oposición de su voluntad. Por lo tanto, se establece que el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado es, desde la óptica del derecho, un acto jurídico y como tal debe satisfacer las formalidades genéricas que la ley indica para estos casos, igualmente de las determinadas normas que se dispongan en la ocasión precisa y en correspondencia a las disposiciones puntuales existente ⁽²⁸⁾.

No obstante, hay que tener muy presente que cuando la información a exponer tiene que ver con los riesgos esto origina las más abismales desigualdades entre los protagonistas de la relación médico-paciente, como igualmente la negligente e insuficiente información acerca de determinados aspectos engendra de igual modo los desacuerdos entre los juriconsultos relacionado con la conformación o no de vicios o defectos en el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado, principalmente en cuanto al desconocimiento y a la inexactitud precisa o definitiva.

Igualmente se debe considerar y tener en cuenta el desproporcionado avance y empleo de la tecnología (biotecnología) en la actividad médica (biomedicina) si bien ha ocasionado una desmedida condescendencia, así mismo desde el fondo la factible concepción de riesgos peligro o amenaza de todas índoles, lo que destaca el alcance de la obligación de informar sobre los mismos y el derecho de decisión del paciente de acuerdo con su probable seguridad integral ⁽²⁹⁾.

Por una parte, el derecho a la información adecuada, veraz y oportuna, su reglamentación trasvasa entre dos límites asimismo arriesgado: si se pregona un efímero deber de información a cargo de los medico/as, se puede confinar las probabilidades de ejercicio de la autodeterminación o de la autonomía del paciente o usuario, ya que se podría manifestar que ninguno puede atreverse a decidir sobre lo que no conoce, comprende y/o entiende (vicios de la declaración de voluntad por ignorancia, error determinante, por dolo entre otros.), así lo estipula el artículo **1.146°** del Código civil venezolano. “Aquel cuyo consentimiento haya sido dado a consecuencia de un error excusable, o arrancado por violencia o sorprendido por dolo, puede pedir la nulidad del contrato”.

Ahora bien, sí, se pregona lo antagónico un exagerado deber de información, se puede endosar responsabilidades jurídicas excesivas por prescindir el más mínimo detalle.



Mientras que por otra parte, la omisión del deber de información, así como el conseguir la disposición del paciente o de sus representantes legales acatando su condiciones de legitimidad y la desobediencia del dictamen legalmente notable, o el acatar la que por el contrario no lo es, en la mayoría de los casos, puede generar, para los medico/as, responsabilidades jurídicas de diversa naturaleza: punitivas-sancionatorias (ético-deontológico, administrativas, penal, entre otras), e indemnizatorias (Responsabilidad Civil, administrativa- indemnizatoria).

Por lo tanto, si el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado es un documento jurídico (acta) del acto médico de la relación médico-paciente, da pie al nacimiento de responsabilidades jurídicas como la responsabilidad civil pero en cuestión de responsabilidades civil coexiste contrariedades sobre la delimitación del nexo de causalidad y la manera de tasación de la indemnización de los daños en la cuestión en los cuales se delibera la responsabilidad civil originada sólo de la omisión del deber de informar, o del deber de obtención de la voluntad del paciente o de sus representantes legales de modo conveniente y acatando la misma cuando es eficiente, pese a que la atención médica correspondiente se haya suministrado de manera impecable desde otras perspectivas científicas.

Sin embargo, sobre el nexo de causalidad, hay una discusión abierta de si existe o no la relación de causalidad, entre la falta del deber de informar y los daños cuya indemnización reclama el o los ejecutantes. Es común que jamás se pueda percibir qué decisión habría adoptado el paciente o sus representantes legales de habersele suministrado la información ignorada. Por ello, se sustentan, posiciones que van desde la ignorancia de la relación de causalidad, hasta la verificación de la misma que a su vez tienen incidencia en la estimación de la indemnización, bien como un simple perjuicio moral, o como la pérdida de la oportunidad para recibir la información

La falta de consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado tipifica en primer lugar la negligencia, debido a que es un deber jurídico obtener la autorización del paciente o de sus representantes legales, para adelantar un diagnóstico o procedimiento terapéutico, segundo lugar, implica también la impericia pues conforma la falta de pericia el hecho de que el médico/a entre a intervenir al paciente sin orientarlo o ponerlo en conocimiento de las consideraciones del mismo y sin obtener de

él la necesaria información que puede impedir que se lleve a cabo el procedimiento. Asimismo, de no obtener el consentimiento es causa de imprudencia, es decir por un lado el profesional de la salud contrae los riesgos previsibles e imprevisibles, mientras que por el otro lado acontece que, habiendo obtenido la autorización, solo asume los riesgos típicos o de común ocurrencia. Por último, en cuanto a la inobservancia o violación de los reglamentos basta citar el artículo **1.185°** del Código Civil, el cual establece la responsabilidad contra terceros "El que, con intención, o por negligencia o por imprudencia, ha causado un daño a otro, está obligado a repararlo".

En cuanto a la responsabilidad en el ámbito de lo penal donde en términos generales también tiene trascendencia el cumplimiento de dichos deberes (Para delitos contra la vida e integridad personal), recogidos en los artículos **411°** y **422°** del Código penal venezolano. Por lo tanto, este no transforma al médico/a en inculpable o irresponsable jurídicamente, pero su falta sí puede acarrearle responsabilidad jurídica.

Contemplaba la necesidad de información previa para poder ejercer el derecho a decidir y elegir; el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado; significa, por tanto, aprobar a la actuación de un médico/a, cuya aplicación está regulada por la Constitución bolivariana, reguladora de la autonomía de las personas y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.

Se trata, en definitiva, de que los pacientes comprendan al menos el diagnóstico, el pronóstico, la naturaleza y el objetivo de la atención médica, las alternativas, los riesgos y beneficios y las recomendaciones. Para que se haga efectivo y constituya un resguardo legal tanto para los médico/as como para el paciente y sus familiares o representantes legales, el consentimiento debe constar por escrito en un documento en el que se recoja toda la información anterior y no se generen situaciones ético-legales que puedan tener mayor trascendencia, especialmente en lo que tiene que ver con la responsabilidad médica, como en lo ético-profesional o disciplinaria por violación de las normas de deontología ^(30,31).

Nos dimos la tarea encuestar un total de **200** médico/as a través de una convocatoria mediante una encuesta cerrada en línea por el correo electrónico y la red social *WhatsApp*, se invitó a participar a médicos/as, pertenecientes a establecimientos del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), Instituto Venezolano de los Seguros



Sociales (IVSS) y otros establecimientos de salud pertenecientes a la red privada de salud del Municipio Maracaibo Zulia-Venezuela. Se incluyeron médico/as de ambos sexos y de las diferentes edades que laboraran en esas instituciones médicos asistencial, respondieron al cuestionario constituido por 8 ítems (4 en lo jurídico y 4 en lo deontológico) para la investigación, **195 (97,5%)** medico/a los cuales fueron encuestados luego de aceptar participar de forma voluntaria vía *online*. La aceptación digital y firma electrónica del consentimiento informado. Al inicio de la aplicación del instrumento encuesta se especificó también las implicaciones, propósitos y que los datos proporcionados por su participación se utilizarían de forma totalmente anónima y que los datos recabados son exclusivamente para fines de investigación.

En cuanto a los resultados sobre la esfera en lo jurídico; el primer ítem ¿Si estaba de acuerdo de que el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado era una obligación jurídica?, el **160 (80%)** considero que, si lo era. Segundo ítem ¿Cuáles eran las consideraciones jurídicas para ello?, el **195 (97,5%)** las desconocen, mientras **5 (2,5%)** cree saberlo, pero no tiene exactitud. En el tercer ítem ¿Si lo aplicaba durante su ejercicio medico? **198 (99,0%)** no lo hace. Finalmente, en el cuarto ítem ¿Si cree que su falta de aplicación le acarrearía alguna consecuencia jurídica por responsabilidad profesional (civil, penal)? los **200 (100%)** de los médico/as encuestado no lo creen, porque han confiado en sus buenos actos.

Observado esto no debe valorarse al documento de consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado del paciente como la base general bien sean de demandas y/o querrelas judiciales, sino debe valorarse como la base para obtener cierto propósito a los que la medicina moderna podría anhelar, como son el respeto a las prioridades y a la dignidad humana, tal y como se aconseja en los objetivos de la medicina. Considerar que el documento de consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado en alguna ocasión sea separado de relación formal médico-paciente, adaptado su formulario a conveniencia de algunas de las partes involucradas y/o la necesidad angustiosa sobre todo por lograr la firma del paciente, es una contradicción completamente en la esfera de lo ético y lo legal ⁽³¹⁾.

Consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado. ¿Obligación ética-deontológica del ejercicio médico?

La relación médico-paciente ha ido transformándose durante las últimas décadas, considerando a los pacientes en sujetos activos dentro del sistema médico asistencial y obteniendo así la capacidad para tomar sus propias decisiones sobre los aspectos que conciernen a su salud, entre ellas, la de aceptar o rechazar un procedimiento médico asistencial. Es usual que durante la práctica del ejercicio médico tengan lugar circunstancias que proyecten una evidente encrucijada para la moral de los médico/as y que, por tanto, dificultosamente pueden solucionarse exclusivamente desde un plano legal. Ésta es una cuestión de prioridades, en la que la primera premisa a tener en cuenta es que no todo lo que se considera ético es legal, ni todo lo legal es siempre ético. Independizar, en estos casos, la moral del derecho puede resultar una labor bastante complicada. ⁽³²⁾.

Asimismo, la relación entre la ética y el derecho es muy estrecha y, en cuanto a la obtención del consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado, se refiere a que este se encuentra íntimamente adaptado al principio de autonomía, por lo que este siempre se ha percibido desde una visión ética relacionada a la dignidad humana, la misma que converge en reconocidos y diversos instrumentos jurídicos. Pese a todo, cuando un paciente no entiende la información aportada por el equipo salud, surgen infinidad de interrogantes acerca de la decisión a tomar y acerca de la actitud que deben adoptar los médico/as encargados de su asistencia.

El reconocer y aceptar el derecho que tienen los ciudadanos a dilucidar, de manera libre, voluntaria y consciente, la aprobación o repudio de una acción médico asistencial, conforme a su nivel de importancia (valores y meta) todo ello, una vez que el médico/a le haya suministrado la información, comprensible, de la naturaleza de la intervención o la terapéutica, con sus riesgos y conveniencias, así como de los procedimientos factibles.

Es por esto que los pacientes deben obtener la información más idónea estimando siempre presente la obligación de veracidad para que este pueda comprender, entender y discernir al menos el diagnóstico, la esencia, el propósito, finalidad y/o intención de la intervención, el pronóstico, las opciones, los riesgos y beneficios, así como las sugerencias necesarias para poder determinar su disposición y/o decisión. Los pacientes también deben recibir del médico/a, siempre que lo pretendan, la suficiente



información para alcanzar a concebir la aprobación preliminar a la intervención y como, esta puede tener su repercusión en los demás ⁽³³⁾.

Estas obligaciones son en todo caso de tipo moral y tienen que ver con lo que se espera y aspira del médico/a y su *lex artis ad hoc*, es decir, los preceptos normativos plasmados en los códigos deontológicos no tienen un carácter de derecho jurisprudencial, a menos que su desobediencia, o inobservancia acarree inclusive la desobediencia, o inobservancia de las leyes vigentes; por este simple motivo, la deontología debe ser valorada como una formalidad de ética profesional, pero no por esto librado de responsabilidad, la conculcación y/o transgresión del código deontológico atribuirá siempre un espacio para la demandas de responsabilidades habilitadas en los Estatutos de la Organización Colegial competente en cada caso.

No obstante, veces la ética deontológica no es suficiente para aclarar o responder preguntas y por ello necesario que se habilite el ordenamiento jurídico ordinario para garantizar la ejecución de los derechos y las normas éticas. Pues de esa exigencia o requisito no procede que la ética termine coartado al derecho, sino lo opuesto que se coloque en evidencia y se haga aún más notorio sus déficits, así como sus carencias y, también, para soslayar el margen existente que hay entre la ley y su aplicación ^(33,34).

Los principios éticos de respeto a las personas, beneficencia y justicia conllevan a dar valoración a las razones y alternativas de las personas autónomas y eso solamente será probable, si se le facilita al paciente la información apropiada y oportuna. La ética erige razonamiento generales o universales justificados en la búsqueda de una discusión o debate con el ser humano de nuestros días y el cual lo alcanza, porque tiene en su origen una amplia cimentación de la antropología. Es de allí que radica la importancia de la ética, la cual consiste en ofrecer un entorno referencial al ser humano moderno que lo impulse en su proceder cotidiano, a adoptar resoluciones de tipo morales, las que casi siempre son invariablemente complicadas y repletas de unas considerables obligaciones ⁽³⁵⁾.

De esta manera queda clara la necesidad de sustentar toda la práctica que tenga que ver con la vida humana, sobre bases éticas y morales, o sea desarrollar esta actividad apoyada en el respeto a los conceptos de ética, moral y bioética entendidos como "el estudio de los hábitos o costumbres que los seres humanos realizan en cuanto estos

expresan el buen obrar del individuo. En el concepto de ética está implícita la triada: el ser humano, la conducta y el bien universal

Mientras que la bioética se genera producto de la inquietud de los individuos, debido al efecto del empleo de los avances biotecnológicos (biomedicina) sobre la vida humana; posteriormente se extendió al entorno de la praxis médica y a los dilemas surgidos de la relación médico-paciente-terapéutica, y se constituyó en una referencia obligada cuando se aborda el tema como: la dignidad humana, la autonomía, la justicia y el consentimiento. Precisamente de autonomía y justicia se trata cuando se aplica el término consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado, que se define como; la conformidad expresada por el paciente, manifestada por escrito y tras la obtención de una información adecuada para la realización de un diagnóstico terapéutico sobre su persona. Entonces nadie puede poner en duda el requerimiento del estimar y constituir las normativas, preceptos, reglamentos y/o estatuto éticos-bioéticos que deben regentar el empleo de dichos avances y obligaciones ^(36,37).

La fundamentación del consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado puede realizarse desde diversas perspectivas, pero siempre tomando en consideración a las personas como sujeto cultos e inteligentes y moralmente autónomos, con capacidad de raciocinio, juicio y decisión, y con capacidad de decidir sus propias escalas de valores y sus propias ideas de lo bien hecho y de lo no bien hecho. No obstante, el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado, no demanda ni exhorta que el médico/a se ubique en una posición pasiva para evitar interferir en la autodeterminación del paciente que tiene la necesidad de decidir sobre lo informado.

Es por ello que, en algunas situaciones muy particulares a veces, la ética y/o la bioética no son suficiente para solucionar o aclarar preguntas, entonces aquí son imprescindible e inevitable las leyes para garantizar y salvaguardar la ejecución del ejercicio de los derechos y las normas deontológicas de las partes involucradas ⁽³⁸⁾.

Por razones como estas la deontología como ciencia o tratado de los deberes y cuyo objetivo es guiar y regular el ejercicio profesional del médico/a desde una perspectiva ético-moral, es por ello que la deontología se personifica a través de códigos, organizados y compuestos a su vez por un conglomerado de normas que no tienen



naturaleza jurídica. Se puede hacer referencia, por lo tanto, que la deontología se localiza en la mitad del trayecto entre la moral y el derecho.

Aunque los médico/as están constreñidos por razones ético-morales y bioéticas a suministrar información suficiente y a promover decisiones estimando como el especial interés para el paciente, no es solo proporcionar al paciente un documento estándar de consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado, para que simplemente le de lectura y posteriormente lo devuelva firmado, sin una información verbal y personalizada por parte del médico/a, esta acción iría en contra de lo formalizado por el Código de Deontología Médica ⁽³⁹⁾.

Concretamente, en el Código de deontología médica venezolano recoge en el artículo **1º**. “El respeto a la vida, dignidad, y a la integridad de la persona humana, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del médico”. Así mismo el artículo **6º**. “Es deber ineludible de todo médico acatar los principios de la fraternidad, libertad, justicia e igualdad, y los derechos inherentes a ellos consagrados en la Carta de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y en la Declaración de Principios de los Colegios Profesionales Universitarios de Venezuela”. Artículo **11º**. “El médico en su ejercicio profesional público o privado deberá actuar de acuerdo con las normas y condiciones morales y materiales que rigen la realización del acto médico, basado en el respeto a la dignidad de la persona, en la relación médico/paciente, en la responsabilidad individual y en el secreto profesional”. Dichos artículos hacen alusión al principio de autodeterminación y la dignidad que tiene el paciente elementos primordiales para la obtención del consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado del paciente.

Con respecto al consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado recoge el artículo **15º**. “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados para aplicar los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que considere indispensables y que puedan afectarlos física y psíquicamente. El médico le pedirá su consentimiento informado por escrito”. Artículo **72º**. “El enfermo tiene derecho a: **3)** Ser informado de la naturaleza de su padecimiento oportunamente, de los riesgos inherentes a la aplicación de los procedimientos diagnósticos y a conocer las posibles opciones. **4)**

Recibir la información necesaria para dar un consentimiento válido (libre), previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico”.

El consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado a la asistencia médica, ha estado unido incuestionablemente a la renovada relación médico-paciente que, se basa en la primacía del principio de autonomía del paciente, frente al de beneficencia por el que se rigen los médico /as.

Por último, el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado no es un acto puramente médico, como tampoco lo es el hecho de que un paciente rechace un procedimiento o una conducta terapéutica, esto es porque todos aquellos que contribuyen de alguna manera en la atención médica deben interesarse en obtener y entregar la información necesaria, en función del grado de su disposición, así como en obtener el consentimiento del paciente. Actualmente, la comunicación entre médico/as y pacientes es una corriente constante de información entre ambos y, su continuidad expresa la aceptación y consentimiento por ambas partes, bien sea de forma tácita o expresa. La ética y el derecho se enfrentan a realidades nueva como lo es el cambio a un diseño del documento acta de consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado, apropiado para individuos morales, autónomos y con obligaciones de no-maleficencia, beneficencia, veracidad y justicia ⁽⁴⁰⁾.

En cuanto a los resultados sobre la esfera en lo deontológico de la encuesta realizada; el primer ítem ¿Si estaba de acuerdo de que el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado era una obligación deontológica-ética-bioética?, el **180 (90%)** considero que, si lo era. Segundo ítem ¿Cuáles eran las consideraciones ética-bioética para ello?, el **195 (97,5%)** las desconocen, mientras **5 (2,5%)** cree saberlo, pero no tiene exactitud. en el tercer ítem ¿Si lo aplicaba durante su ejercicio medico? **198 (99,0%)** no lo hace. Finalmente, en el cuarto ítem ¿Si cree que su falta de aplicación le acarrearía alguna consecuencia por responsabilidad profesional (disciplinaria)? los **200 (100%)** de los médico/as encuestado no lo creen, porque han confiado en sus buenos actos.

El el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado se considera la regla o norma de la ética y la bioética que autentica el principio de autonomía del



paciente. Posee, entonces, participación deontológica, pero igualmente jurídica, es un tema tradicionalmente medicolegal.

Finalmente, existen otros límites o circunstancias ocasionados por ciertas eventualidades del paciente, los que igualmente se podrían incorporar en los límites de hecho, que no necesitan del consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado y que le permiten al médico/a intervenir ipso facto, indistintamente de la aprobación del paciente o de sus representantes legales como los casos de extrema emergencia o gravedad. La denominada exención terapéutica; la pretensión-derecho de un paciente a no ser debidamente informado; su dificultad de manifestar la determinación expresa o tácita; otros términos como la improcedencia en la obtención de la decisión; incapacidad de disponer de tangibles derechos, la carencia de respetabilidad en la decisión (que el paciente no consiga definir lo que verdaderamente pretenda).

Otros límites o circunstancias en caso de un peligro de vida inminente o de lesiones graves e irreversibles, cuando el paciente no está apto para prestar el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado, la necesidad en el intento de preservar la vida o la integridad física del paciente justifica la intervención médica inmediata. Así lo señala la Ley del Ejercicio de la Medicina en su artículo 25°. Sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones legales vigentes, los y las profesionales que ejerzan la medicina están obligados a: 3. Actuar en forma acorde con las circunstancias y los conocimientos científicos que posean en los casos de pacientes en estado de inconsciencia y de urgencias médicas que puedan constituir evidente peligro para la vida de éstos o éstas. En concordancia con el artículo 16° del Código de Deontología médica. “El salvaguardar la vida del paciente será un acto ético jerárquico superior de la práctica médica”. Dichos artículos, legitiman esa conducta.

Además, estando el paciente imposibilitado de prestar el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado en situaciones de riesgo intermedio, y no habiendo o no siendo encontrado el responsable legal que autorice poder la intervención, se entiende que el médico estará legitimado a actuar de pronto, con el

interés de salvaguardar la integridad y/o la vida del paciente, esta legitimación se la facultad al médico/a los artículos 43° y 46° la Constitución bolivariana.

En las situaciones expuesta, no cabe mencionar la práctica del acto ilícito, ya sea en las esferas civil, penal o administrativa. El médico estará amparado por figuras jurídicas que excluyen la ilicitud como en los casos, del estado de necesidad y el ejercicio regular de un derecho, que se refugian en los artículos ya analizados, legitiman su conducta.

El consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado no, se trata solo de un imperativo ético-bioético, en nuestro ordenamiento jurídico, está establecido en la Constitución Bolivariana y demás leyes de la república, y también lo contempla el Código de Deontología Médica. Sin embargo, y aun cuando el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado está consagrado en los documentos señalados, aún se continúa omitiendo en la práctica médica venezolana cotidiana, sin embargo, en muchos países, es una exigencia legal.

Conclusiones

El consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado es el acuerdo de voluntades a través de la deliberación libre de presiones y vicios entre paciente y médico/a en el que el primero recibe información de la propuesta de los procedimientos médicos-quirúrgicos, riesgos, beneficios para otorgarle al segundo la autorización para atender las eventualidades originadas del acto consentido.

Prestar el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado después de haber obtenido la información precisa y suficiente, manifiesta un derecho humano fundamental. Es una de las últimas aportaciones realizadas en la teoría de los derechos humanos, y constituye una demostración objetiva del respeto a la dignidad, la vida, la integridad física y la libertad de decisión.

El consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado *lato sensu* es condición de existencia del acto jurídico que determina la relación médico-paciente y lo transforma en una relación contractual a través del contrato de asistencia de servicios médicos. Este debe acatar y obedecer coincidentemente los requerimiento, forma y cuestión dispuesta por el derecho civil, médico o sanitario y los principios éticos-



bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia para lograr su existencia y valor jurídico, así como su sublimidad deontológica y jurídica.

La ética y la bioética son la base del consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado en la medicina globalizada de hoy día. El conocer, considerar y respetar los principios generales de la ética-bioética al momento de proponer, deliberar y aceptar el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado determina su calidad de requisito ético-bioético. La autonomía y el consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado como elementos inherentes e indisolubles de la relación médico-paciente en el ejercicio medico profesional

Por lo antes expuesto se puede llegar a la conclusión el documento de consentimiento válidamente informado o legítimamente declarado es simultáneamente una exigencia ético-legal de los actos jurídicos de la relación médico-paciente, siendo una institución primordialmente jurídica con profundas implicaciones éticos-bioéticas.

Referencias Bibliográficas

1. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafortd S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Aten Primaria. 2006; 36 (3): 234-237. Disponible en: DOI: [10.1157/13092347](https://doi.org/10.1157/13092347).
2. Dobler LIF. Aspectos legales y éticos del Consentimiento Informado en la atención médica en México. Rev Mex Patol Clin Med Lab. 2001;48(1):3-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=5674>.

3. Parra S Darío. La obligación de informar al paciente: Cuestiones sobre el derecho a ser informado. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Dic; 141(12): 1578-1583. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200012>.
4. Kvitko LA. El consentimiento informado. Ciudadela: Dosyuna, 2009.
5. Berro Rovira Guido. Consentimiento informado. Rev.Urug. Cardiol. [Internet]. 2013 abr; 28(1): 17-31. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000100007&lng=es.
6. Lorda P Simón, Gutiérrez J. Júdez. Consentimiento informado. Med Clin (Barc) 2001; 117(3): 99-106. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72029-5](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72029-5)
7. Bórquez E Gladys, Raineri B Gina, Bravo L Mireya. La evaluación de la «capacidad de la persona»: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. Rev. méd. Chile [Internet]. 2004 oct; 132(10): 1243-1248. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004001000013>.
8. García-Garduza, Ismael. ¿Debe imponerse el consentimiento informado en el ámbito pericial médico-forense? Rev Mex Med Forense, 2019, 4(1):53-68. Disponible en: www.medigraphic.com.
9. Cuellar GRM, Saiz CGM, Gutiérrez AP, et al. Blindaje jurídico en Ciencias de la Salud: El consentimiento informado. Rev Mex Med Forense. 2022;7(1):159-168. Disponible en: www.medigraphic.com.
10. Tarodo Soria, Salvador, “La doctrina del consentimiento informado en el ordenamiento jurídico norteamericano”, DS: Derecho y Salud, España, enero-junio, 2006, 14(1): 229-249. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2005307>.
11. Cano Valle, Fernando y José Antonio Moreno Sánchez, “El consentimiento bajo información ¿Un documento o un proceso?”, Instituto de Investigaciones Jurídicas 2004. Universidad Nacional Autónoma de México. 29-40. Disponible en: www.juridicas.unam.mx
12. Ausín, Txetxu, “Autonomía, consentimiento y Bioética: la construcción de la confianza en la práctica sanitaria”, Ludus Vitalis, 2007. Madrid, España, 15(28):141-156. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=305171>
13. Zavala Salomón, Sogi Cecilia, Delgado Ana, Cárdenas Maximiliano. Consentimiento informado en la práctica médica: factores asociados a su conocimiento en una población de médicos peruanos. An. Fac. med. [Internet]. 2010 jul; 71(3): 171-178. Disponible en:



[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000300006&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000300006&lng=es)

14. Carvajal Arias Norberto. El reconocimiento informado. Rev. cienc. adm. financiero seguro soc [Internet]. julio de 2002; 10(2): 85-95. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592002000200009&lng=en.](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592002000200009&lng=en)
15. Maza Gazmuri, Íñigo de la, Consentimiento informado, Una visión panorámica. Ius et Praxis [Internet]. 2010;16(2):89-119. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19715603004>
16. Uzcátegui U Ofelia, Toro Merlo Judith. Consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2008 Mar; 68(1): 1-4. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000100001&lng=es.](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000100001&lng=es)
17. Martínez Bullé Goyri, Víctor M. Olmos Pérez, Alexandra De la autonomía personal al consentimiento informado y las voluntades anticipadas. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. 2016; 49(145): 101-134. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2016.145.4993>
18. Nilsson, Anna, ¿Quién debe decidir? Derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial, Estrasburgo, Comisario Europeo para los Derechos Humanos, 2012. Disponible en: <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/682>
19. Revilla Lazarte Diana E, Fuentes Delgado Duilio J. La realidad del consentimiento informado en la práctica médica peruana. Acta méd. peruana [Internet]. 2007 sep.; 24(3): 223-228. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000300014&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000300014&lng=es)
20. García Castillo, Zoraida. El consentimiento informado para la atención médica, como proceso de corresponsabilidad jurídica y ética en la toma de decisiones: Análisis en la legislación mexicana” Medicina y Ética: Revista internacional de bioética, deontología y ética médica 2017; 28 (4):723-747. Disponible en: [https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7327194.](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7327194)
21. Tena Tamayo, Carlos, “El consentimiento informado en la práctica médica”, Revista CONAMED, 2ª. época, julio-septiembre, 2004; 9(3): 8-10. Disponible en: [https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4051783.](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4051783)
22. Pérez Fuetes, María Gisela, Cantoral Domínguez, Karla. El Consentimiento informado como garantía constitucional desde la práctica del Derecho Mexicano.

Revista de Derecho Procesal Privado, nueva época, 2006; 5(15). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2282545>

23. Vázquez Guerrero Arturo Rafael, Ramírez Barba Éctor Jaime, Vázquez Reta Jorge Arturo, Cota Gutiérrez Fernanda, Gutiérrez Muñoz Jorge Arturo. Consentimiento informado. ¿Requisito legal o ético? Cir. gen [revista en la Internet]. 2017 sep.; 39(3): 175-182. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992017000300175&lng=es.
24. Godinho Adriano Marteleto, Lanziotti Livia Hallack, Morais Bruno Salome de. Término de consentimiento informado: la visión de los abogados y tribunales. Rev. Brás. Anestesiol. [Internet]. abril de 2010; 60(2): 207-211. Disponible en: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942010000200014&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942010000200014>.
25. Raab E. The Parameters of Informed Consent. Trans-Am Ophthalmol Soc. 2004; 102: 225-232. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1280103/pdf/tao102pg225.pdf>
26. Mutizábal G. Artículo de Revisión. Consentimiento Informado y Anestesia. Rev Chil Anest, 2011; 40: 77-102. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/consentimiento-informado-y-anestesia/>
27. Garay, Oscar Ernesto, El consentimiento informado: aspectos jurídicos y bioéticos. En Revista de Responsabilidad Civil y Seguros, Volumen 2014-10. 5 a 19. Buenos Aires: La Ley.
28. King JS, Moulton B. Rethinking Informed Consent: The Case for Shared Medical Decision-Making. American Journal of Law & Medicine. 2006; 32: 429-501. Disponible en: <http://allhealth.org/briefingmaterials/King-rethinkinginformedconsent-1943.pdf>
29. King JS, Moulton B. Rethinking Informed Consent: The Case for Shared Medical Decision-Making. American Journal of Law & Medicine. 2006; 32: 429-501. Disponible en <http://allhealth.org/briefingmaterials/King-rethinkinginformedconsent-1943.pdf>.
30. Del Brío MA. Riera J. Reflexiones sobre el consentimiento informado: Propuesta para el análisis de los documentos de consentimiento informado. Revista de calidad asistencial: órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2006; 21(4): 213-219. Disponible en: DOI: [10.1016/S1134-282X\(06\)70783-7](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(06)70783-7)
31. García Blanco, Laura. Campos García, Ana. Problemas éticos, deontológicos y jurídicos de la negación al tratamiento. Nuberos Científica. 2014-2015; 2(14): 65-71. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7541792>



32. Martínez Bullé Goyri, Víctor M. El consentimiento informado como instrumento jurídico. *Revista Argentina de Derecho Civil*. 2018; (3). Disponible en: https://ar.lejister.com/articulos.php?Hash=674c498a0ee726ffaa24fb15f328b85f&hash_t=8ee236730f66894874c6a85d95b8fb67
33. Del Brío, M. Ángeles. Riera, Jordi Reflexiones sobre el consentimiento informado. Propuesta para el análisis de los documentos de consentimiento informado. *Revista de Calidad Asistencial*. 2006; 2(4): 207-212. Disponible en: DOI: [10.1016/S1134-282X\(06\)70782-5](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(06)70782-5).
34. Silva Hernández CA. La autonomía, la integridad y el consentimiento informado. Su importancia en ética médica. *Rev Hosp Psiquiatrico de La Habana [serie en Internet]*. 2005; 2(2): Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/>.
35. Chepe Ramos, Edgar E., El acto médico y el consentimiento informado, Disponible en: http://www.virtua.l.unal.edu.co/cursos/economicas/91337/ayudas/manuales/acto_médico.pdf.
36. Corti, Louise; Day, Annette & Backhouse, Gill (2000). Confidentiality and Informed Consent: Issues for Consideration in the Preservation of and Provision of Access to Qualitative Data Archives [46 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1 (3), Art. 7, Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs000372>.
37. Rocca Susana, Martínez Gladys, Rascio Alejandra, Bajardi Mirta. La investigación biomédica y el consentimiento informado en el ámbito de las poblaciones e individuos vulnerables. *Acta bioeth. [Internet]*. 2005; 11(2): 169-181. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2005000200007>.
38. Kottow, Miguel, Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informados, Bogotá, Colombia, UNESCO-Universidad Nacional de Colombia, 2007. Disponible en: http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/etica-investigacion/docs/Participacion_informada_clinica_e_investigacion_biomed
39. Garay, Oscar Ernesto, El consentimiento informado en clave cultural, bioética y jurídica. En *La Ley. Revista Jurídica Argentina*, Volumen 2014-D, pp. 937 a 950. Buenos Aires: La Ley.
40. Gorrita Pérez, Remigio R. Consentimiento informado: un dilema ético a la luz de la sociedad actual. *Revista de Ciencias Médicas La Habana* 2012; 18 (1) Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/560/html>
41. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 5.453 (Extraordinario), Caracas, Venezuela.

42. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 39.823 de 2011.
43. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2001). Ley especial contra los delitos informáticos. Gaceta Oficial N.º 37.313.
44. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Código Penal de Venezuela (2005). Con Ley de Reforma Parcial, según Gaceta Oficial N.º 5.768, Extraordinario.
45. Congreso de la República de Venezuela. Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial N.º 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998.
46. Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica. Aprobada finalmente durante la CXL reunión extraordinaria de la Asamblea de la 24-26 de octubre de 2004.
47. Congreso de la República de Venezuela. Código Civil de Venezuela Gaceta N.º 2.990 Extraordinaria 1982.
48. Código de Nuremberg, Observatorio de Bioética y Derecho, Universitat de Barcelo.
49. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/#:~:text=La%20Asociaci>
50. Declaración de Córdoba Adoptada por la 71ª Asamblea General de la AMM (en línea), Córdoba, España, octubre 2020. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-cordoba-de-la-amm-sobre-la-relacion-medico-paciente/>
51. UNESCO Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos 2005. Disponible en: WWW.UNESCO.ORG
52. Código Internacional de Ética Médica. Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>



Eventos Bioética

- 16th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law. Brazilian Federal Council; of Medicine. Brasilia July 24,26, 2024.
<https://www.bioethi,Ccsbrasilia2024.com/>
- II Congreso Internacional Ética y Bioética “Susana Vidal” . 19, 20 y 21 de Octubre 2024. Ciudad de México. <https://www.gob.mx/salud/conbioetica/articulos/ii-congreso-internacional-etica-y-bioetica>
- V Congreso Internacional de Derecho Medico y Bioderecho. 7 y 8 de Noviembre 2024. Bogotá. <https://congresoderechomedico.com/>
- Máster Universitario en Bioética de la Universidad Católica de Valencia. Inicio 17/09/2024.<https://www.ucv.es/oferta-academica/facultades/facultad-de-medicina-y-ciencias-de-la-salud/master-universitario-en-bioetica#presentacion>
- Congreso Internacional de Ética Universidad Católica del Norte 2024 y III congreso ICYTEC Comité Iberoamericano de Ética y Bioética. Del 09 al 11 de octubre de 2024. Universidad Católica del Norte en Antofagasta, Chile. <https://congreso Chile2024.ucn.cl>
- Segundo Conversatorio 2024 de la Red Bioética - Ignacio Maglio. <https://redbioetica.com.ar/segundo-conversatorio-2024-de-la-redbioetica-ignacio-maglio/>
- XI Congreso Internacional de Bioética, Universidad Militar Nueva Granada. 13, 14 y 15 de Noviembre 2024. Cartagena, Colombia. <https://congresobioetica.umng.edu.co/>
- I Congreso de Bioética San Juan de Dios España, “Ética, Humanización y Hospitalidad”. La Orden Hospitalaria San Juan de Dios España, Del 1 al 3 de octubre de 2024. Madrid, España. <https://congresobioetica.es/BIOETICA2024/bienvenida>



Revista de Bioética Latinoamericana / 2024 / volumen 29 (número 2)

ISSN: 2244-7482

Rev Bioet Latinoam 2024; vol 29 (2)

ESTA VERSIÓN DIGITAL DE LA
REVISTA DE BIOETICA LATINOAMERICANA,
SE REALIZÓ CUMPLIENDO CON LOS CRITERIOS Y LINEAMIENTOS
ESTABLECIDOS PARA LA EDICIÓN ELECTRÓNICA
EN EL AÑO 2024 (volumen 29, número 2). PUBLICADA EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL SABERULA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
– VENEZUELA

www.saber.ula.ve

info@saber.ula.ve