

Consentimiento informado en el espacio de la regulación de la fecundidad

Lucía Rayas*

El *consentimiento informado* adquiere relevancia a partir del movimiento universal hacia la consecución del cumplimiento de los derechos humanos. Ha sido parte del discurso legal desde mediados del siglo pasado, pero su incursión en el mundo del derecho a la protección de la salud, como elemento que coloca —en el discurso— la autonomía de las y los usuarios de servicios de salud en el centro de las decisiones respecto de lo que se hará sobre su cuerpo, es muy reciente. Aquí presento una historia sucinta de la incorporación del concepto a la práctica clínica, como antecedente al desarrollo de mi preocupación central: el papel del consentimiento informado en el ámbito de la regulación de la fecundidad.¹

ALGUNAS DEFINICIONES Y UN POCO DE HISTORIA

El *consentimiento informado* se refiere al acto de consentir a algo una vez que se ha recibido información sobre ello.



IZTAPALAPA 47
extraordinario de 1999
pp. 285-298

* Coordinadora de Investigación del Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE, A.C.

Pero cada término de esta pequeña ecuación merece desmenuzarse: consentir, según *El Pequeño Larousse* (1997, p. 277), como verbo transitivo e intransitivo, quiere decir permitir, autorizar; como verbo intransitivo, tolerar, admitir. En este sentido, su sinónimo es ceder. Su antónimo oponer, resistir. Es un verbo irregular. Se conjuga como sentir.

Informar, según la misma fuente (p. 556), quiere decir enterar, instruir. Sus sinónimos son: anunciar, comunicar, dar a conocer, enseñar, participar.

El consentimiento informado involucre, necesariamente, a dos partes: la que consiente y la que informa, aunque el orden debiera ser 1) la que informa, 2) la que consiente —la realidad es que, en el ámbito de la regulación de la fecundidad, con frecuencia el primer término desaparece en la vorágine de la prisa, la falta de presupuesto, el exceso de trabajo, el descuido, la omnipotencia—. El consentimiento se otorga a ciegas, y muchas veces como acción de sometimiento.

Antes de proseguir al análisis del consentimiento informado en el ámbito de la regulación de la fecundidad, me detendré en un breve análisis de los principios filosófico-morales que subyacen al concepto mismo de consentimiento informado. Esto no quiere decir que el consentimiento informado sólo encuentre asiento dentro de esta disciplina; de hecho, el derecho juega un papel sumamente importante para el consentimiento informado, incluso dentro del ámbito que nos ocupa. Sin em-

bargo, por ahora me preocupa sólo el aspecto filosófico-moral, que se centra en el o la paciente, o sujeto, que recibe el servicio de salud.

TRES PRINCIPIOS: AUTONOMÍA, BENEFICENCIA Y JUSTICIA

Estos tres principios son clave para entender la estructura del razonamiento moral frecuentemente empleado en la discusión sobre consentimiento informado. Los dos primeros suelen ocupar gran parte del debate.

AUTONOMÍA. Este principio está enraizado en la tradición liberal occidental de la importancia de la libertad individual, que incluye la libertad de elegir, tanto en función de la participación política como del desarrollo personal. “Autonomía” y “respeto por la autonomía” son términos que se asocian con otros tales como privacidad, libre elección, libertad para decidir, decidir la posición moral personal y aceptar responsabilidad por las decisiones que uno toma (Faden et al., 1986: 7). Una parte valiosísima, entonces, del principio de autonomía, es el ejercicio del autogobierno, mediado por un entendimiento adecuado y libre de interferencias controladoras por parte de otros.

El criterio para definir personas autónomas no coincide con el de la definición de decisiones autónomas; en ocasiones las personas autónomas toman decisiones no autónomas debido a limitaciones

temporales, tales como ignorancia o coerción. En particular en el terreno que me preocupa, el ámbito de la regulación de la fecundidad, una cosa es ser autónoma, y otra ser *respetada* como persona autónoma.

En demasiadas ocasiones la problemática en torno al consentimiento informado tiene que ver con la falta de respeto por las decisiones autónomas. Ésta se puede dar en un amplio rango que va desde la manipulación de la información pertinente hasta la simple desatención, al rechazo a recibir tratamiento, pasando, desafortunadamente, por la ausencia de importancia del consentimiento informado en la perspectiva de quien presta los servicios de salud.

Cuando las decisiones (autónomas) de las personas entran en conflicto con otros valores, por ejemplo si ponen en riesgo la salud pública (que puede ser el caso de una persona con una enfermedad infecciosa que se rehuse a recibir tratamiento), puede ser justificable restringir la autonomía. En estos casos entran en juego diversos principios morales en competencia con la autonomía: la beneficencia y la justicia.

BENEFICENCIA. El objetivo de la medicina es el bienestar de los y las pacientes. Éste es el contexto y la justificación de la medicina y de lo que se ha llamado “la investigación terapéutica”. El valor de beneficiar a la persona se ha tratado como el valor simiente de la ética médica. De hecho, la máxima fundamental del juramento hipocrático, *pri-*

mum non nocere, se ha interpretado como “ayuda o, cuando menos, no hagas daño”, exigiendo ofrecer beneficios más allá de tan solo evitar el daño (Faden *et al.*, 1986: 9-10).

El principio de beneficencia incluye los siguientes cuatro elementos: a) uno debe no infligir daño; b) uno debe prevenir el daño; c) uno debe eliminar el daño; d) uno debe hacer o promover el bien. No existe un orden jerárquico de estos deberes. De hecho, muchas veces, en el contexto médico se hace caso omiso de alguno de ellos porque el beneficio final es superior, con mucho, al daño infligido. Tómese, por ejemplo, el caso del piquete de aguja (daño) para aplicar vacunas a los niños (beneficio).

Un problema más del principio de beneficencia es que la determinación de a quién se le debe el beneficio, con frecuencia, no es simple. Sobre todo en los casos de investigaciones médicas en los que se argumenta que se beneficiarán numerosas personas como resultado de dichas tareas.

Para dar sustancia al principio de beneficencia en medicina, diré, citando a Faden *et al.*, (1986: 12) que:

el beneficio positivo que el médico está obligado a buscar es el alivio de la enfermedad (...) los daños que hay que prevenir, solucionar o minimizar son el dolor, el sufrimiento y la incapacidad resultante de heridas o enfermedades. Además, se exhorta al médico, por supuesto, a evitar el daño no infligiendo dolor y sufrimiento innecesarios en sus intervenciones con los pacientes.

El principio de beneficencia supone la obligación de sopesar y equilibrar beneficios contra daños, beneficios contra beneficios alternativos, y daños contra daños alternativos.

JUSTICIA. Se cumple con el principio de justicia si se trata a las personas de acuerdo con lo que es justo, o con aquello que merecen. Por ejemplo, si todos los ciudadanos merecen derechos políticos iguales, se hace justicia cuando esos derechos se conceden. Negarse a otorgar un bien, servicio o información a alguien que tenga derecho a ellos es una injusticia (Faden, 1986: 14).

Algunos aspectos conflictivos en torno a este principio en asuntos biomédicos serían, por ejemplo, cómo asignar recursos médicos escasos y la validez de reclamar el derecho a la protección de la salud.

Respecto del consentimiento informado, en particular, estos tres principios pueden entrar en contradicción. No existen fórmulas únicas para resolverlas; suele, además, haber más de una manera “correcta” de resolver cada caso o conflicto. Lo que sí queda claro es que la autonomía es la pieza central.

¿DE CUÁNDO DATA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?

Me refiero exclusivamente al consentimiento con fundamento en el principio de autonomía y a ninguna otra cosa, pese a que lleve el mismo nombre o uno similar.

Hasta antes de la Ilustración, las discusiones más comunes sobre las relaciones entre médicos y pacientes tenían que ver con “decir la verdad” y mantener una actitud caballerosa. Había quienes proponían discreción en el manejo de la información con respecto al estado de salud y las posibles intervenciones sobre los pacientes, ya que pensaban que así se colaboraba al bienestar (principio de beneficencia) de los mismos. De éstos, por su parte, se esperaba obediencia a los mandatos de los médicos y una actitud de confianza en cuanto a las decisiones que tomaran sobre ellos.

Durante la Ilustración se propuso que los doctores compartieran toda la información disponible con sus pacientes; se consideraba que la felicidad y la libertad de elección eran condiciones causales de buena salud. Rush, el proponente más avanzado de esta postura (Faden *et al.* 1986: *pássim*) abogaba por retirar el velo de misterio de la medicina —la ilustración del público— dando acceso a la información médica y educando a los pacientes acerca de sus condiciones. Del mismo modo, Rush propugnaba lo valioso de una decisión informada respecto de aceptar terapia médica.

Pese a la notable transformación en el discurso, no hubo un cambio equivalente en la visión que se tenía del paciente. Rush no estaba apoyando el consentimiento informado con base en algún concepto del derecho al respeto a la autonomía, simplemente quería que los pacientes tuvieran suficiente

información, de manera que pudieran cumplir con los diseños médicos de mejor manera. Se trata, entonces, de un principio: de “decir la verdad” por el bien de los resultados del tratamiento médico (beneficencia, otra vez) (Faden et al., 1986: pássim).

Podemos concluir que el principio de beneficencia médica siempre ha ocupado un lugar preponderante, por encima de cualquier otro principio ético. Las prácticas rudimentarias de obtención de consentimiento previo a intervenciones quirúrgicas han existido desde hace tiempo, pero se trataba más bien de llenar necesidades clínicas y prácticas y de proteger la reputación médica. Lejos de condenar esta tendencia, tendríamos que entender que gran parte de lo que hacen los médicos, para eterna gratitud de la mayoría de las personas, es aliviar enfermos. Se comprende, por tanto, que el establecimiento médico haya funcionado básicamente bajo el principio de la beneficencia. De hecho, el principio de la autonomía resulta novedoso y hasta radical (Faden et al., 1986: 75).

El consentimiento como acto de autorización por parte de los pacientes apareció en la literatura médica a fines de los años cincuenta o principios de los sesenta. Faden (1986) sugiere que sucedió como efecto de la influencia del derecho y de una ética médica revitalizada por otras disciplinas afines. En efecto, el concepto *consentimiento informado* como tal se acuñó en 1957 en un litigio. En poco tiempo se transportó al terreno de la ética médica y se colocó en el cen-

tro del debate de las relaciones entre médicos y pacientes. Debate que aún persiste.

Que el consentimiento informado haya hecho su aparición en ese momento se debe, posiblemente, al impulso de las preocupaciones sociales en torno a las libertades individuales y la igualdad social.

Las problemáticas planteadas por los movimientos de los derechos civiles, de los derechos de las mujeres, y los derechos de los prisioneros y de las personas con problemas mentales, con frecuencia incluían componentes relativos a la salud: derechos reproductivos, aborto y anticoncepción, el derecho a información sobre cuidados a la salud, acceso a atención de la salud, experimentación con seres humanos, etc. Estas preocupaciones sociales urgentes colaboraron a que la noción de derechos en el campo de la salud tuviera aceptación pública (Faden et al., 1986: 87).

Al mismo tiempo, el Código de Nuremberg y el caso Tuskegee dejaban una huella indeleble en el mundo, cimentando la relevancia del tema en la investigación con seres humanos. El Código de Nuremberg se escribió en 1948 como parte del juicio llamado “Los Estados Unidos contra Karl Brandt”, el juicio de Nuremberg contra los médicos nazis que participaron en los “experimentos biomédicos” durante la Segunda Guerra Mundial. Los jueces del caso se ocuparon de establecer “los principios

básicos que deben observarse para satisfacer los preceptos morales, éticos y legales” (Transcripción del caso mencionado, citado en Faden *et al.*, 1986: 155) de la investigación con sujetos humanos. Esta lista de diez principios constituyó el Código de Nuremberg. El punto número uno se refiere al consentimiento voluntario del sujeto de investigación como algo “absolutamente esencial”. El consentimiento debe tener cuatro características: ser voluntario, competente, informado y reflejar entendimiento.

La Declaración de Helsinki, de principios de la década de los sesenta, parte del Código de Nuremberg y trata de suplir algunos aspectos para los que éste era insuficiente en vista de los adelantos tecnológicos y la mayor complicación de los procedimientos, tanto en la investigación con fines terapéuticos como en la investigación con finalidades meramente científicas. Del mismo modo que su antecedente, esta Declaración pone en el centro de sus preocupaciones el requisito de obtener el consentimiento informado por parte de los sujetos de investigación. Se señala con el mismo énfasis que al recibir información completa, incluyendo los posibles riesgos e incomodidades, el sujeto potencial está en plena libertad de abstenerse de participar.

El caso del Estudio sobre sífilis de Tuskegee (Alabama, en los Estados Unidos) merece mención tanto por su importancia para el tema del consentimiento, cruzado con otros igualmente

o más delicados, como el racismo (todos los sujetos eran negros) y el clasismo (todos eran pobres), como por lo reciente de su discusión pública. Se trata de un estudio prolongado en el que, a sabiendas, se violaron los derechos de los individuos sujetos de la investigación. Era un estudio del tipo “grupo control” para comparar la longevidad y estado de salud de dos poblaciones: una con sífilis (no tratada) y otra, comparable, que no estaba enferma. Este estudio comenzó en los años treinta cuando, en efecto, se desconocían los efectos devastadores de una sífilis no tratada, situación que continuó hasta los años cincuenta.

En el curso de la investigación se cometieron varias atrocidades contra la población estudiada, como por ejemplo ni siquiera intentar explicar la enfermedad que tenía la población infectada porque suponían, los médicos, que los enfermos no entenderían explicación alguna; aprovecharse de la sumisión de los sujetos (los investigadores eran blancos, al menos en su mayoría y, por supuesto, eran MÉDICOS); manipular información, y negarles tratamiento una vez que se desarrollaron curas para este tipo de infecciones que, hacia el final del experimento, incluían penicilina (disponible desde fines de los años cuarenta) ya que éste duró veinte años más, hasta entrada la década de los setenta. Como respuesta el Congreso estadounidense creó, en 1974, una comisión nacional para examinar la investigación biomédica y la de las ciencias del comportamiento.

Ése era el contexto del verdadero arribo, en textos, códigos y reglamentos, del consentimiento informado a la práctica clínica. En Estados Unidos este giro significó, de palabra, la sustitución del principio de beneficencia por el de autonomía en las relaciones entre médicos y pacientes, por supuesto sin derrocar del todo al primero como valor fundamental de la práctica médica.

Tal situación resulta evidente en el hecho de que los y las pacientes aceptan, por rutina, las recomendaciones de intervenciones médicas que se les proponen desde el establecimiento de la medicina, en lugar de autorizarlas de manera autónoma. Con frecuencia ni siquiera se exige el diálogo necesario para entender las condiciones de salud propias o de los dependientes (Faden *et al.*, 1986: *pássim*). Lo que ha cambiado, en la mayoría de los casos, es la existencia del requisito de firma de una “forma” de consentimiento informado, en la que se autoriza al personal de salud a realizar una intervención sobre el paciente. Hay quienes afirman que cuando menos se habla del consentimiento informado; que existe como parte de muchísimos protocolos médicos. Falta llenarlos de significado.

EL DILEMA ÉTICO² Y SUS PARTES

Regresemos ahora a las definiciones; esta vez confrontando la de consentimiento informado de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Plani-

ficación Familiar (en adelante NOM),³ con la proporcionada por John. A. Byrne, en su libro *Informed Consent*, tomando en cuenta que la primera se refiere a la definición de consentimiento informado en el ámbito de la regulación de la fecundidad, y que la segunda es de carácter más general.

Según Byrne, *consentimiento informado* es una doctrina médica basada en la idea de que los pacientes tienen derecho a decidir a qué tratamiento(s) se someterá su cuerpo. Se requiere que las y los doctores informen a sus pacientes sobre todos los riesgos y beneficios que acarrea alguna operación o procedimiento. Los pacientes no sólo deberán recibir información de dichos riesgos, sino que los deberán entender a cabalidad.

Consentimiento informado, en la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar, es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

Me interesa recalcar las distancias entre ambas definiciones: en primer lugar, la caracterización de *doctrina médica basada en la idea de que los pacientes tienen derecho a decidir qué se hará en sus cuerpos... contra decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo*, ya nos da mucha tela de dónde cortar. ¿Qué ideas respaldan estas definiciones? ¿Cuál es el dilema encerrado en ellas?

Parece claro que se trata de la manera en que se considera al paciente: éste puede ser *objeto* del acto médico o *sujeto* del mismo. Tomar posición en esta dualidad, considerar al paciente-objeto o al paciente-sujeto del acto médico, será fundamental para el entendimiento del consentimiento informado como dilema ético. Volvamos a las definiciones: en la primera se nos aclara que el consentimiento informado es UNA doctrina, por tanto, de entre otras que seguramente no considerarán que el paciente tiene derecho a tomar parte en la decisión sobre “lo que se le haga” a su cuerpo. El hecho mismo de mencionar que el paciente tiene este derecho me hace pensar en la posibilidad de un paciente-sujeto del acto médico. Por su parte, la definición nacional, sobre todo tratándose del uso de metodología anticonceptiva, parece indicar que estamos ante el caso del paciente-objeto, pese a la inclusión de la palabra “voluntaria” como calificativo de decisión. Varios elementos apuntan a ello: hablar de EL aceptante es sin duda uno de ellos, en especial cuando sabemos que la enorme mayoría de métodos de regulación de la fecundidad competen a la mujer y su cuerpo, y que seguimos viviendo en un patriarcado y somos las mujeres, por ende, más objetos que el común de los pacientes; no sólo se hace caso omiso de la condición de mujer de la usuaria del servicio de regulación de la fecundidad, sino que de entrada se hace referencia a la *aceptación* (el aceptante) que habrá del procedimiento anticonceptivo —casi

se antoja decir que el procedimiento de consentimiento informado que propone la NOM no acepta un no como respuesta.

Las últimas partes de ambas definiciones se refieren al otorgamiento de información a las pacientes-usuarias del servicio médico. Lo que para Byrne es el requisito de que el personal médico informe “sobre todos los riesgos y beneficios que acarrea alguna operación o procedimiento”, mismos que “los pacientes (...) deberán entender a cabalidad”, se vuelve en la NOM algo implícito. Aquí no hay obligatoriedad de otorgar la información, ni se señala quién es responsable de hacerlo, veamos: consentimiento informado es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, *con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones*. Nada más.

Entonces, ¿cuáles son los supuestos y las implicaciones de considerar a(la) paciente el objeto o el sujeto del acto médico?⁴

Sin duda alguna la ciencia médica ha tenido como finalidad la conservación o el restablecimiento de la salud. Habría que estudiar algo de historia de la medicina para entender cómo se ha desarrollado la concepción de “enfermo” o “paciente” y la relación entre el médico y el enfermo, para determinar la manera en que se ha concebido al usuario del servicio de salud en el sentido de ser objeto o sujeto del acto médico. Sin embargo, para los fines presentes, veamos supuestos e implicaciones de con-

siderar exclusivamente a la usuaria del servicio de regulación de la fecundidad sujeto u objeto del acto médico, que en este caso queda circunscrito a la aplicación de metodología anticonceptiva. Aunque queda claro que la regulación de la fecundidad es más que esto, incluyendo aspectos de educación e información, y de toma de decisiones, que exceden el marco de la llamada “medicalización de la reproducción”. Incurro en esta estrecha idea a propósito, con el fin de hablar de los aspectos de consentimiento informado, o desinformado, que se involucran en la anticoncepción en las instituciones médicas.

Pienso que la clave de la posición de la usuaria de los servicios de regulación de la fecundidad, en el papel de objeto o sujeto del acto médico, tiene que ver con el poder. La práctica médica reproduce las desigualdades de la sociedad en que se practica. En México, se reproduce en ella tanto la desigualdad social, entre clases o estratos, como la de género. Y el poder lo detenta y representa el personal médico. Aquí entran en juego una variedad de relaciones y representaciones que contribuyen a que el proceso de consentimiento informado no se lleve a cabo dentro del marco de libertad y autonomía que una usuaria, sujeto del servicio de regulación de la fecundidad, podría poner en práctica. Y aquí quiero nombrar el dilema que envuelve al consentimiento informado en regulación de la fecundidad con todas sus letras: ¿puede una mujer hacer uso del consentimiento informado tal y como está

estipulado en la NOM, i.e., como objeto de los servicios de regulación de la fecundidad dentro del marco de la medicina institucional, y ejercer al mismo tiempo su libertad de decisión? Consideremos algunas de estas relaciones y/o representaciones a fin de dilucidar los conflictos del dilema:

- La percepción que de sí misma tiene la medicina como disciplina. Sólo abordaré en este punto el hecho de que la medicina sea conocimiento en manos de unos cuantos y la facilidad con la que en ocasiones se desecha el conocimiento tradicional. Es relevante que, tratándose de conocimientos al servicio de otros, sea justamente este saber el que otorga al personal médico una distancia jerárquica respecto de aquellos a quienes sirve. En particular la medicalización de la reproducción pone en manos de los prestadores de servicios ofrecer y/o imponer el uso de alguna metodología anticonceptiva, cuyo uso es un acto cotidiano, a las mujeres que desean controlar su fecundidad. Vale decir, en consonancia con el dato ofrecido por el doctor Soberón, que una mujer pasa el 90 por ciento de su vida reproductiva sexualmente activa, haciendo un esfuerzo consciente por no quedar embarazada (considerando una fecundidad de 3.4 y un periodo infértil de 12 meses,

- nueve de embarazo y tres de posparto) (Soberón, 1994).
- Los valores del prestador de servicios de regulación de la fecundidad resultarán determinantes en la presentación que de los métodos haga a la usuaria.
 - La percepción que tenga la usuaria del servicio y el personal médicos también será relevante en la manera en que solicite y reciba la información y acepte, o no, las metodologías que se le ofrecen. Por lo general las mujeres de escasos recursos tenderán a no cuestionar lo ofrecido por el personal de salud, tanto porque sienten que no lo pueden hacer —por la relación de jerarquía y autoridad que suele establecerse—, como porque quizá no tengan elementos suficientes para elaborar sus preguntas, e incluso porque quizá no se les ha ocurrido que pueden solicitar se les aclaren sus dudas.
 - La percepción que la usuaria tenga de sí misma y de su salud también entran en juego y se relacionan con el punto anterior. Muchas mujeres se sienten devaluadas debido a su papel de género y llevan a todas partes esta sensación. De modo que, frente a los servicios de regulación de la fecundidad, la mujer llegará con la idea de que “le están haciendo el favor” de atenderla, y será difícil que exija mayor y mejor información antes de “aceptar” algún método anticonceptivo.
 - La relación entre la institución médica y los usuarios de los servicios médicos en general. Me interesa recalcar solamente que las instituciones de salud pública deben dar cumplimiento a la garantía de salud que ofrece el Estado a sus ciudadanos. Y, por último, dos puntos en extremo relevantes:
 - En lo que se refiere a las metas demográficas existe una contradicción entre el artículo cuarto constitucional⁵ y las políticas de población, que no permiten que el procedimiento de consentimiento informado se lleve a cabo, es decir, con respeto a las decisiones reproductivas de cada mexicana. Se sabe que los y las prestadoras de servicios de planificación familiar trabajan con frecuencia con miras a aumentar el número de usuarias de metodologías anticonceptivas permanentes, lo que sería un caso extremo para la mujer; sin embargo existen testimonios y estudios que muestran que las mujeres no estaban conscientes de que se les practicaría una técnica de esterilización, pese a que “firmaron” la forma de consentimiento informado (Figueroa *et al.*, 1994; testimonios del Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos, 1996).

- Esta contradicción se traduce en otra representada por la usuaria (pero la usuaria SUJETO, *i.e.*, dueña de sus decisiones reproductivas) versus la colectividad o el bien común, ya que los servicios de planificación familiar se presentan “como un servicio de salud que contribuye fundamentalmente a mejorar las condiciones de bienestar de la población” (Figueroa *et al.*, 1994).

¿A quién afecta el problema del consentimiento informado?

El asunto del consentimiento informado en la regulación de la fecundidad afecta a la mayoría de las mexicanas y los mexicanos. Creo que son excepcionales los casos de las personas que se pueden informar y que se informan, independientemente de las instituciones de salud, sobre sus posibilidades de regulación de la fecundidad. La variedad de los métodos y sus características propias hace difícil elegir uno con el que las parejas o la mujer estén a gusto (y se mantengan a gusto), sin la ayuda de personal especializado. El acceso a las opciones anticonceptivas es una manera en que se profundiza el problema de justicia social inherente al consentimiento informado en regulación de la fecundidad. En México, en las instituciones públicas de salud, no se ofrecen todas las opciones anticonceptivas que existen en el mundo debido a una gama de razones que las personas pudientes pueden obviar al consul-

tar con especialistas privados. Las personas sin recursos no cuentan con estas salidas.

¿En qué sentido estas personas se ven afectadas de maneras distintas por ser varones o mujeres y por lo que ello significa socialmente?

No cabe duda de que, por el hecho de serlo, las mujeres se ven más afectadas, negativamente, en la cuestión del consentimiento informado en la regulación de la fecundidad. Además, la mayor parte de la tecnología anticonceptiva está diseñada para que funcione sobre los cuerpos de las mujeres y la posición tradicional de sometimiento femenino ahonda la imposibilidad de que haya un proceso de consentimiento informado en el que la mujer se constituya sujeto, *i.e.*, agente⁶ de sus decisiones reproductivas.

Respecto del papel de los hombres en la regulación de la fecundidad, vale la pena mencionar el caso de la vasectomía, sólo para efectos de comparación. En ocasiones se requiere de la firma o consentimiento del marido para efectuar un procedimiento anticonceptivo en el cuerpo de las esposas, y no hay acotaciones de no proceder con una esterilización femenina ante la manifestación de dudas por parte de la usuaria; sin embargo, existen indicaciones expresas de no proceder con una vasectomía en caso de que se manifieste inseguridad respecto de ella por parte del usuario, además de que no se consulta en absoluto a la mujer cuando un hombre solicita una vasectomía.

El escaso uso del condón es otro ejemplo de efecto adverso sobre las mujeres en el ámbito de la anticoncepción y es otro espacio donde el consentimiento informado viene a cuento. Normalmente, en nuestra cultura, las mujeres suelen tener un papel sumiso en la negociación —o falta de ella— de la relación sexual. Respecto de la solicitud de uso de condón existen dificultades porque éste se ha representado como algo que protege y, a la vez, como signo de desconfianza. La mujer debería poder proponer su uso sin que se exponga a ser percibida —por su pareja y hasta por ella misma— como deshonesto o desconfiada (Gómez, 1998).

Adicionalmente, respecto de otros países, la posibilidad de pensarse sujeto del acto médico y no sólo un objeto del mismo ha llegado tarde a México. Es reciente que existan reivindicaciones del derecho a la protección de la salud, y éstas no suelen ser manifestaciones colectivas. Aquí se enmarca el desconocimiento del derecho a recibir información antes de sujetarse a algún tratamiento y del derecho que una tiene a aceptar u oponerse a recibir dicho tratamiento, amén de conocer todos los riesgos que acompañan a la técnica anticonceptiva que se haya elegido.

Hasta ahora el consentimiento informado se ha “resuelto” mediante la firma de un documento estándar que autoriza, en casos de esterilización postevento obstétrico, la intervención sobre el cuerpo de la mujer. Estas son firmas que eliminan la responsabilidad del presta-

dor de servicios médicos, y entran en juego, una vez más, todas las jerarquías mencionadas. Pero debemos plantear una interrogante: en qué punto se encuentra el equilibrio. Jamás será lo correcto tomar las decisiones reproductivas de otras personas en nuestras manos, pero es cierto que habrá momentos en que sea el personal médico, y nadie más, quien deba tomar cartas frente a una emergencia ¿Cómo y cuándo establecer esos límites y diferencias?

La reproducción es una capacidad humana vital y central para cada uno de nosotros. Poder controlarla es un atributo de las personas y tenemos derecho a exigir del Estado un servicio que considere nuestras prioridades e intereses. Los prestadores de servicios de regulación de la fecundidad, parte muy importante del proceso de consentimiento informado, pueden contribuir a generar usuarias sujeto de sus decisiones reproductivas si se colocan en una postura de interlocución entre iguales, haciendo de lado las metas demográficas y confiando en las decisiones informadas de las usuarias. No propugno la postura de “tener todos los hijos que mande Dios”, parece que la tendencia hacia disminuir la prole es clara. Abogo en cambio por el “empoderamiento” de las mujeres al hacerse dueñas de las decisiones que afectan a su cuerpo y a su vida.

Las desigualdades que imperan en nuestro país dificultan la tarea. Tendría que haber condiciones democráticas que permitieran cuestionar las políticas e

incidir en ellas a partir de la participación ciudadana. Ésa es la propuesta; es ambiciosa, pero contiene acciones que se pueden llevar a cabo para dar a la mujer la capacidad de tomar sus decisiones de regulación de la fecundidad dentro de un proceso de verdadero consentimiento informado:

- Figueroa documentó que en la Conferencia por una Maternidad sin Riesgos se propuso “la necesidad de imaginarse procesos de vigilancia social sobre la actuación de los servidores públicos en el campo de la salud”, por ejemplo identificando espacios para denunciar negligencia en la prestación de los servicios, así como la imposición de métodos.⁷
- Informar y educar a la población publicando folletos donde se especifique cuáles son los derechos de la población y se fomente una participación más activa en su relación con las instituciones de salud.
- Definir más ampliamente el consentimiento informado y señalar adecuadamente a quienes en él participan las responsabilidades y derechos de unas/os y otras/os. Se deben incluir en la NOM mecanismos que garanticen que las decisiones reproductivas tengan un carácter responsable, libre e informado.
- Proporcionar información constante en los medios, en los cen-

tros de atención médica y en lugares públicos en el sentido de que somos sujetos de derechos, y que debemos hacerlos valer para empezar a considerarnos agentes en la consecución de un nivel de salud y derechos reproductivos satisfactorios.

Esta información y una revaloración de la mujer y del papel que la reproducción le asigna en el imaginario social pueden conducir a que ella se vuelva sujeto de los servicios de regulación de la fecundidad; alguien que pueda apropiarse de la tecnología anticonceptiva y del recurso que representan los servicios institucionales de planificación familiar.

NOTAS

¹ La base de este trabajo es una ponencia presentada en mayo de 1997, en la Mesa de Discusión sobre Ética y Derechos en el Ámbito de la Sexualidad y la Reproducción, convocada por Juan Guillermo Figueroa Perea en el marco del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. La idea de esta reunión era intercambiar perspectivas y reflexiones en torno a las problemáticas de la sexualidad y la reproducción —tales como la participación del varón en la crianza de los y las hijas, la anticoncepción, el aborto, etcétera— desde la ética y el ejercicio de los derechos. Participamos en ella personas de diversos sitios de la República, la mayoría con experiencia en organizaciones no gubernamentales y académica. En algunas partes respeté el formato de preguntas que elaboró Juan Guillermo Figueroa para que quie-

nes hacíamos las presentaciones tuviéramos una línea conductora porque, en efecto, resultan una buena guía para la lectura.

- 2 Un dilema ético es la reflexión y análisis sobre las prácticas morales, juicios morales y prácticos sobre una norma de conducta, ya sea empírica o reflexiva, para la resolución de un problema ético que puede diferir entre cada individuo, surgiendo debates, argumentos y soluciones diversas dentro de un concepto ético (Platts, 1997: pássim).
- 3 Cabe señalar que en el momento en que revisé la ponencia que dio origen a este artículo, julio de 1999, se estaban realizando modificaciones a la NOM en planificación familiar. Se presentó una propuesta para ampliar y complementar la definición de consentimiento informado que aquí se discute para darle mayor realce al principio de autonomía de las personas usuarias de este servicio. Hasta ahora no se sabe si se va a considerar la propuesta.
- 4 Sugiero que en el caso concreto de la regulación de la fecundidad, las categorías “enfermo” y “paciente” (sinónimo de enfermo según *El Pequeño Larousse*, p. 746), se cambien por la menos cargada de significados: usuaria. Además del punto obvio de que la búsqueda de la regulación de la fecundidad no es, generalmente, una consulta originada por “enfermedad”, a menos de que se trate de una visita posterior y que se hayan tenido efectos o molestias considerados “secundarios” al método usado.
- 5 “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos...” texto parcial del artículo 4o. de la Constitución.
- 6 Aquí por “agente” entiendo alguien que representa sus propios intereses y actúa en pos de ellos.
- 7 De hecho se conformó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como una instancia que sirve justo a los fines propuestos.

BIBLIOGRAFÍA

- Careaga Pérez, Gloria et al.
1996 *Ética y salud reproductiva*, Universidad Nacional Autónoma de México-Programa Universitario de Estudios de Género, México.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*
1994 Porrúa, México, 103a. edición.
- El Pequeño Larousse*
1997 Larousse, México, 2a. edición.
- Faden, Ruth et al.
1986 *A History and Theory of Informed Consent*, t. 1, Oxford University Press, Nueva York.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo
1994 *Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana*, marzo, inédito.
s/f *Derechos reproductivos y el espacio de la salud*, inédito.
s/f *La práctica de los derechos humanos en la relación entre reproducción y salud: apuntes para su análisis*, inédito.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo et al.
1994 “Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos por medio de un enfoque de conflictos”, en *Estudios Sociológicos*, vol. xiii, núm. 34.
- Gómez, Adriana
1998 “Un enfoque desde los derechos humanos. Mujeres, vulnerabilidad y VIH-SIDA”, en *Cuadernos Mujer Salud*, núm. 3, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago de Chile.
- Platts, Mark
1997 *Dilemas éticos*, Fondo de Cultura Económica/Instituto de Investigaciones Filosóficas, México.
- Soberón-Acevedo, Guillermo et al.
1994 “Nuevos frentes del humanismo en la práctica médica”, en *Salud Pública de México*, vol. 36, núm. 5, México, septiembre-octubre.
- Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos*
1996 mayo, documento inédito.