

Capítulo 10

Hacia un consentimiento informado culturalmente situado: síntesis crítica de la evidencia sobre autonomía relacional, mediación cultural y participación comunitaria

Pedro Máximo Joaquín Ojeda Gallo, Gabriel Raymundo Cabredo Castro, Andy Williams Chamoli Falcón

Ojeda Gallo, P. M. J., Cabredo Castro, G. R., & Chamoli Falcón, A. W. (2026). Hacia un consentimiento informado culturalmente situado: síntesis crítica de la evidencia sobre autonomía relacional, mediación cultural y participación comunitaria. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 196-226). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c814>



Hacia un consentimiento informado culturalmente situado: síntesis crítica de la evidencia sobre autonomía relacional, mediación cultural y participación comunitaria

Resumen

El consentimiento informado constituye un pilar ético y legal de la práctica médica contemporánea; sin embargo, su concepción bajo paradigmas biomédicos occidentales que privilegian la autonomía individual genera tensiones significativas cuando se implementa en contextos de diversidad cultural, particularmente en sistemas de salud intercultural donde coexisten concepciones plurales de salud y enfermedad, y donde las comunidades indígenas y culturalmente diversas operan bajo paradigmas relacionales y comunitarios de toma de decisiones. El objetivo de este artículo fue proponer lineamientos basados en evidencia para el diseño de modelos de consentimiento informado culturalmente situados que articulen autonomía individual y relacional en sistemas de salud intercultural. Se realizó una revisión bibliográfica narrativo-crítica mediante búsquedas sistemáticas en Scopus, Web of Science, SciELO y Latindex, abarcando publicaciones entre 2015 y 2025 en español, inglés y portugués. Los resultados evidencian que las tensiones entre autonomía individual y relacional son estructurales y transculturales, que las estrategias de adaptación cultural existentes permanecen fragmentadas, que las barreras trascienden lo lingüístico enraizándose en inequidades estructurales, y que persiste una brecha formativa significativa en competencias interculturales de los profesionales de salud. Se concluye que los modelos de consentimiento informado deben trascender el formalismo legal hacia un pluralismo ético que reconozca la diversidad epistémica, incorpore mecanismos de participación comunitaria, mediación cultural y co-gobernanza sanitaria, siendo imprescindible su co-construcción con las comunidades destinatarias.

Palabras clave: Consentimiento informado; salud intercultural; diversidad cultural; pueblos indígenas; bioética intercultural.

Introducción

El consentimiento informado se erige como un dispositivo axial de la praxis clínica contemporánea, tanto en su dimensión deontológica como jurídico-garantista, al salvaguardar el ejercicio efectivo de la autodeterminación del paciente mediante decisiones adoptadas con base en información suficiente y comprensible (Yawson & Mensah, 2025). No obstante, esta figura, históricamente configurada desde matrices biomédicas occidentales que privilegian la autonomía individual como categoría rectora, experimenta fricciones sustantivas cuando se despliega en escenarios de pluralidad cultural, especialmente en sistemas sanitarios interculturales donde convergen cosmovisiones heterogéneas acerca de la salud, la enfermedad y el bienestar (Akpa-Inyang & Chima, 2021; Parmar, 2025).

Desde una óptica intercultural crítica, se ha sostenido que la garantía de igualdad sustantiva en el derecho a la salud, particularmente en Estados plurinacionales, exige cuestionar la racionalidad monocultural del paradigma biomédico dominante, en la medida en que este propicia exclusiones epistémicas y obstáculos estructurales que erosionan la legitimidad ética del consentimiento informado (Gutiérrez-Márquez, 2025). En esa línea, la densidad léxico-sintáctica de los formularios, la ausencia de cánones redaccionales uniformes y la asimetría lingüístico-cultural entre quien informa y quien recibe la información comprometen la inteligibilidad de este género médico-jurídico, con mayor intensidad cuando los pacientes pertenecen a colectividades culturalmente diferenciadas (Izquierdo & Albi, 2024).

La centralidad de esta problemática se acentúa en un contexto de globalización sanitaria y de progresivo reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas. Instrumentos internacionales, como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, promueven el respeto a la identidad cultural, la integridad de valores y prácticas propias, así como la participación y la no discriminación de los pueblos originarios (López & Gualda, 2024). Sin embargo, análisis críticos sobre políticas de salud intercultural en países como Chile y Argentina

han advertido la persistencia de un metamodelo neoliberal de cuño integracionista que reproduce jerarquías interétnicas y consolida la hegemonía biomédica, en abierta tensión con dichos principios (López & Gualda, 2024).

En comunidades indígenas, donde se reconocen afecciones y categorías nosológicas no contempladas por el modelo oficial, la epidemiología sociocultural y el diálogo intercultural han sido propuestos como vectores para robustecer el respeto y propiciar condiciones de equidad en el acceso sanitario (Acuña, 2023). En consecuencia, la elaboración de modelos de consentimiento informado culturalmente anclados, capaces de articular la autonomía individual con formas de autonomía relacional y comunitaria, se perfila como una exigencia ética, jurídica y epistemológica de alta densidad en la investigación biomédica y en la práctica clínica actual.

La producción científica reciente ha aportado insumos analíticos que permiten desentrañar las disonancias entre los esquemas convencionales de consentimiento informado y las configuraciones culturales de poblaciones diversas. En un estudio cualitativo transversal desarrollado en Sudáfrica, Akpa-Inyang y Chima (2021), examinaron las percepciones de investigadores biomédicos africanos respecto del principio de autonomía y su operatividad en comunidades locales. Los resultados evidenciaron que el consentimiento informado, al derivar de una concepción liberal-individualista de la autonomía, encuentra dificultades de implementación en contextos donde predominan el comunalismo, las creencias consuetudinarias y la espiritualidad, representadas en filosofías morales como Ubuntu/Botho y Ukama, que privilegian la interdependencia sobre los derechos individuales. Los autores propusieron la adopción de un enfoque relacional, inspirado en los deberes *prima facie* de Ross, para una aplicación más contextualizada del consentimiento (Akpa-Inyang & Chima, 2021).

En una línea convergente, Kairuz et al. (2025), llevaron a cabo una revisión de alcance orientada a cartografiar los procesos de consentimiento informado con pueblos originarios en Australia, Nueva

Zelanda y Norteamérica sometidos a intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos. El análisis de nueve estudios cualitativos reveló que los procesos documentados omitían consideraciones establecidas en las directrices jurisdiccionales correspondientes. Las personas indígenas refirieron experiencias de coacción asociadas a prácticas racistas y a desequilibrios de poder, mientras que los profesionales sanitarios tendían a anteponer criterios clínicos propios a los valores culturales y protocolos comunitarios. Tales deficiencias generaron temor, desvinculación de los servicios de salud y afectaciones al bienestar, sugiriéndose que numerosos formularios fueron suscritos sin una comprensión cabal de su contenido (Kairuz et al., 2025).

De modo complementario, Memon et al. (2024), exploraron, mediante entrevistas cualitativas a veinte clínicos en Pakistán, las tensiones entre la noción individualista de autonomía y los valores colectivistas predominantes en dicho contexto. Se constató que la toma de decisiones compartida era percibida como moralmente superior a la autonomía individual aislada; la familia ocupaba un rol gravitante en el procedimiento, y la decisión del patriarca o del miembro de mayor edad adquiría primacía. Emergieron cuatro ejes temáticos: la familia como decisora principal, los beneficios atribuidos a su involucramiento, las brechas de género en el proceso y los desafíos enfrentados por clínicos-investigadores. Estos hallazgos evidenciaron divergencias culturales sustanciales respecto de si el consentimiento protege prioritariamente la autonomía individual o la de la familia, la comunidad o la autoridad experta (Memon et al., 2024).

Pese a los avances reseñados, subsisten vacíos analíticos que justifican la presente revisión. En primer término, se advierte la carencia de modelos operativos que integren, de manera funcional, la autonomía individual con la autonomía relacional. Parmar (2025), ha problematizado la incorporación de tecnologías emergentes en sistemas médicos tradicionales como el Ayurveda y la Medicina Tradicional China, señalando que los marcos occidentales de consentimiento, sustentados en formalismos jurídico-documentales, resultan insuficientes frente a paradigmas comunales y culturalmente imbricados de sanación. El

autor propuso transitar del formalismo legal hacia un pluralismo ético que incorpore herramientas como apoyos visuales, narrativas contextualizadas, mecanismos de gobernanza local y mediación cultural (Parmar, 2025).

En sintonía, Tham (2021), documentó que múltiples tradiciones religiosas cuestionan la idealización occidental del yo autónomo y privilegian comprensiones relacionales de la relación médico-paciente. Se sugirió que un desplazamiento hacia la autonomía relacional podría optimizar la legibilidad y el diseño de los formularios, considerando sesgos culturales —explícitos e implícitos—, variables multiculturales y una concepción intercultural de la vulnerabilidad (Tham, 2021).

En segundo término, se identifica una limitada disponibilidad de estrategias empíricamente validadas para superar barreras lingüísticas y de comprensión. Yawson y Mensah (2025), señalaron que en Ghana el consentimiento informado enfrenta condicionantes culturales, socioeconómicos y sistémicos —incluidas creencias tradicionales y baja alfabetización sanitaria—, proponiendo intervenciones como fortalecimiento de la educación del paciente, desarrollo de competencia cultural en proveedores y uso estratégico de tecnologías para estandarizar procesos. De manera concordante, Alarabi et al. (2024), evidenciaron que las creencias culturales moldean las percepciones sobre salud y enfermedad, pudiendo entrar en conflicto con la centralidad de la autonomía individual propia de la bioética occidental.

En tercer lugar, se observa una brecha formativa en competencias interculturales específicamente vinculadas al consentimiento informado. Beltrán-Véliz et al. (2023) advirtieron que la formación inicial en ciencias de la salud en Chile resulta insuficiente y descontextualizada respecto de la diversidad cultural, subrayando la necesidad de un enfoque ético intercultural que promueva el reconocimiento de la alteridad desde sus propios marcos simbólicos. Este proceso requiere diálogo entre sistemas médicos diversos para coconstruir respuestas sanitarias pertinentes. Asimismo, Power et al. (2022), al analizar consultas médicas con mujeres nacidas en Birmania en Australia, iden-

tificaron que actitudes deferenciales, barreras idiomáticas y patrones comunicativos indirectos dificultan la aplicación de modelos occidentales estandarizados, reforzando la importancia de una comunicación culturalmente sintonizada y personalizada.

A partir de los vacíos identificados —ausencia de marcos integradores de autonomía individual y relacional, insuficiencia de estrategias validadas en entornos interculturales y debilidades en la formación profesional—, el presente artículo de revisión bibliográfica se propuso formular lineamientos sustentados en evidencia orientados al diseño de modelos de consentimiento informado culturalmente situados, capaces de articular la autodeterminación individual con dinámicas relacionales en sistemas de salud intercultural.

Metodología

La investigación se estructuró como una revisión bibliográfica de carácter narrativo-crítico, orientada a examinar, articular e interpretar la producción científica disponible respecto de la adecuación cultural del consentimiento informado en sistemas de salud intercultural. Su finalidad consistió en formular directrices fundamentadas para el diseño de modelos que integren la autonomía individual con la autonomía relacional. Este enfoque metodológico resulta pertinente cuando se procura entrelazar aportes provenientes de tradiciones disciplinares heterogéneas —bioética, antropología médica, salud intercultural y derecho sanitario— con el propósito de construir una síntesis analítica que trascienda la mera acumulación descriptiva y permita derivar orientaciones teórico-prácticas consistentes.

El proceso de búsqueda y selección de fuentes se desarrolló de manera sistemática entre marzo y mayo de 2025, considerando publicaciones comprendidas entre 2015 y 2025, con el objetivo de incorporar desarrollos recientes del campo. Se consultaron cuatro bases de datos de amplia cobertura y reconocimiento académico: Scopus, Web of Science, SciELO y Latindex. La elección respondió a criterios de complementariedad geográfica y disciplinaria. Las dos primeras concentran literatura internacional de alto impacto en revistas arbitradas;

SciELO ofrece una representación significativa de la producción latinoamericana, particularmente relevante en estudios sobre salud intercultural; y Latindex amplía el espectro hacia publicaciones iberoamericanas con enfoques situados y contextualizados.

La estrategia combinó términos en español e inglés mediante operadores booleanos y se complementó con revisión manual de listas de referencias para identificar fuentes adicionales no captadas en la búsqueda electrónica inicial. Asimismo, se examinaron instrumentos normativos internacionales vinculados con el reconocimiento de derechos colectivos y con la regulación bioética en contextos de diversidad cultural.

Las ecuaciones de búsqueda se diseñaron articulando tres ejes conceptuales: consentimiento informado, interculturalidad en salud y autonomía relacional. Cada fórmula fue adaptada al lenguaje específico de la base de datos correspondiente.

Scopus: TITLE-ABS-KEY ((“informed consent” OR “consentimiento informado”) AND (“intercultural*” OR “cross-cultural” OR “culturally appropriate” OR “cultural adaptation” OR “indigenous” OR “First Nations” OR “pueblos indígenas”) AND (“health” OR “healthcare” OR “salud” OR “medical treatment”)) AND (“relational autonomy” OR “communitarian” OR “community consent” OR “autonomía relacional” OR “collective decision” OR “shared decision-making”)

Web of Science: TS = ((“informed consent” OR “consentimiento informado”) AND (“intercultural*” OR “cross-cultural” OR “culturally situated” OR “cultural competence” OR “indigenous peoples” OR “ethnic minorities” OR “rural communities”) AND (“health system*” OR “healthcare” OR “medical practice” OR “clinical practice”)) AND TS = (“relational autonomy” OR “communal decision*” OR “community engagement” OR “cultural mediator*” OR “autonomía relacional” OR “ethical pluralism”)

SciELO: (“consentimiento informado” OR “informed consent”) AND (“intercultural*” OR “salud intercultural” OR “pueblos indígenas” OR

“comunidades rurales” OR “diversidad cultural”) AND (“autonomía” OR “autonomía relacional” OR “toma de decisiones” OR “participación comunitaria” OR “competencia cultural”)

Latindex: (“consentimiento informado” AND “intercultural”) OR (“consentimiento informado” AND “pueblos indígenas”) OR (“consentimiento informado” AND “autonomía relacional”) OR (“consentimiento informado” AND “adaptación cultural” AND “salud”)

La búsqueda se amplió con variantes terminológicas en ambos idiomas, tales como “culturally sensitive consent”, “decolonized consent”, “community-based consent”, “mediación cultural en salud” y “pluralismo ético en salud”. Esta estrategia permitió optimizar la sensibilidad sin comprometer de forma desproporcionada la especificidad, incorporando tanto literatura biomédica como contribuciones de las ciencias sociales y jurídicas.

El proceso de cribado se efectuó en dos fases: una revisión inicial de títulos y resúmenes, seguida de lectura íntegra de los textos preseleccionados. Los criterios fueron definidos con anterioridad y aplicados de manera uniforme.

Como criterios de inclusión se incorporaron artículos originales de investigación (cualitativos, cuantitativos y mixtos), revisiones sistemáticas, de alcance o narrativas, ensayos teóricos, estudios de caso, capítulos académicos y documentos normativos pertinentes, siempre que aportaran marcos conceptuales o evidencia directamente vinculada al objetivo de la revisión.

Se consideraron publicaciones comprendidas entre enero de 2015 y mayo de 2025, garantizando actualidad temática y captación de desarrollos recientes en bioética intercultural y autonomía relacional.

Los estudios debían abordar al menos una dimensión sustantiva: procesos de consentimiento informado en contextos interculturales; tensiones entre autonomía individual y relacional; estrategias de adaptación cultural; competencias interculturales en profesionales de salud; o marcos normativos relacionados con diversidad cultural.

Se incluyeron publicaciones en español, inglés y portugués, por concentrar la mayor parte de la producción científica pertinente en el ámbito de la salud intercultural.

En los estudios empíricos se verificó la explicitación del diseño metodológico, los procedimientos de recolección y análisis de datos y las consideraciones éticas. En los ensayos teóricos se evaluó la consistencia argumentativa, la fundamentación bibliográfica y la coherencia interna del planteamiento.

Como criterios de exclusión se descartaron trabajos que abordaran el consentimiento informado exclusivamente desde una perspectiva jurídico-formal sin incorporar dimensiones interculturales o de diversidad poblacional.

Se excluyeron investigaciones centradas en contextos monoculturales sin referencia a diversidad cultural, así como estudios clínicos específicos cuya problemática no guardara relación con la interculturalidad en salud.

También se omitieron resúmenes de congresos, cartas al editor y editoriales que no ofrecieran desarrollo argumentativo suficiente. Se eliminaron estudios duplicados, conservando la versión más completa. Publicaciones anteriores a 2015 fueron excluidas, salvo aquellas consideradas fundacionales para la comprensión del marco conceptual.

El proceso de selección fue documentado con criterios de transparencia metodológica, registrando identificación, depuración y selección final de estudios. La extracción de información se realizó mediante una matriz analítica diseñada específicamente para sistematizar variables estructurales y conceptuales, facilitando la síntesis crítica y la formulación de lineamientos derivados de la revisión.

Resultados

La sección organiza los hallazgos de la revisión en función de cuatro interrogantes analíticas derivadas del propósito central de formular lineamientos sustentados empíricamente para el diseño de modelos

de consentimiento informado culturalmente situados, capaces de integrar la autonomía individual con la autonomía relacional en sistemas de salud intercultural. Cada interrogante es abordada mediante una síntesis crítica de investigaciones empíricas recientes que aportan evidencia directa sobre las dimensiones examinadas.

Pregunta 1: ¿Qué tensiones se documentan entre la autonomía individual y la autonomía relacional/comunitaria en los procesos de consentimiento informado en contextos culturalmente diversos?

Epígrafe: fricciones entre autonomía individual y autonomía relacional en el consentimiento informado intercultural

La literatura especializada evidencia que la colisión entre la autonomía individual —eje normativo del consentimiento informado en la tradición bioética occidental— y las modalidades relacionales o comunitarias de deliberación constituye un obstáculo estructural para la obtención éticamente válida del consentimiento en escenarios culturalmente plurales. Un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad con investigadores biomédicos sudafricanos mostró que la traslación del modelo occidental, cimentado en derechos individuales de raigambre liberal, resulta disonante en contextos donde prevalecen el comunalismo, la espiritualidad y las normativas consuetudinarias, representadas en filosofías como Ubuntu/Botho y Ukama. Asimismo, se identificaron como factores obstaculizadores el idioma, la escolaridad limitada, la precariedad socioeconómica y determinadas creencias culturales, proponiéndose la adopción de enfoques más relacionales inspirados en deberes *prima facie* (Akpa-Inyang & Chima, 2021).

De modo convergente, una investigación cualitativa desarrollada con clínicos en Pakistán reveló que la toma de decisiones compartida adquiriría primacía moral sobre la autonomía individual aislada. La familia asumía un rol gravitante en el procedimiento de consentimiento, y la figura del patriarca o del miembro de mayor edad concentraba

autoridad decisonal. Emergieron cuatro núcleos temáticos: la familia como agente decisor, los beneficios atribuidos a su involucramiento, las asimetrías de género en el proceso y los dilemas experimentados por los clínicos-investigadores (Memon et al., 2024).

Desde una reflexión bioética, se ha argumentado que la noción clásica de autonomía, concebida de manera abstracta e individualista en el marco de una medicina progresivamente mercantilizada, ha mostrado limitaciones prácticas. Se sostiene que las decisiones autónomas se encuentran inexorablemente imbricadas en contextos sociales, trayectorias biográficas e imaginarios culturales. En tal sentido, se propone potenciar la autonomía relacional a partir de éticas del reconocimiento, la resonancia y la responsividad, advirtiendo que el consentimiento informado suele adolecer de tecnicismos superfluos o formulaciones ininteligibles para los pacientes (Kottow, 2023).

En conjunto, estos aportes evidencian un déficit operativo: la carencia de marcos que articulen de manera funcional ambas concepciones de autonomía en el diseño de modelos de consentimiento, lo que perpetúa prácticas normativamente insuficientes en entornos de diversidad cultural (Akpa-Inyang & Chima, 2021; Memon et al., 2024; Kottow, 2023).

Pregunta 2: ¿Qué estrategias de adaptación cultural del consentimiento informado han sido implementadas y evaluadas en poblaciones indígenas y comunidades culturalmente diversas?

Epígrafe: dispositivos de adecuación cultural del consentimiento informado en poblaciones diversas

La evidencia empírica relativa a estrategias concretas de adaptación cultural revela avances parciales acompañados de limitaciones persistentes. Una revisión de alcance centrada en pueblos originarios sometidos a procedimientos quirúrgicos en Australia, Nueva Zelanda

y Norteamérica constató que los procesos de consentimiento no siempre incorporaban la totalidad de consideraciones previstas en las directrices jurisdiccionales. Se documentaron experiencias de coacción vinculadas con racismo estructural y asimetrías de poder, así como la tendencia del personal médico a privilegiar criterios clínicos por sobre valores culturales. No obstante, se identificaron facilitadores como la intervención de intérpretes profesionales, el empleo de apoyos gráficos y la capacitación reflexiva del personal sanitario (Kairuz et al., 2025).

En una investigación cualitativa con profesionales de salud que atendían a mujeres nacidas en Birmania, se describieron cinco ejes relevantes: cognición cultural, influencia comunitaria, manejo comunicativo estratégico, atributos relacionales de la consulta y personalización deliberada del diálogo de consentimiento. Se concluyó que el modelo occidental no puede operar bajo una lógica uniforme o estandarizada (“talla única”) en contextos de diversidad cultural (Power et al., 2022).

Asimismo, un estudio de investigación-acción participativa con comunidades indígenas en Colombia implementó una estrategia educativa intercultural para la prevención del cáncer cervicouterino, involucrando activamente a lideresas y mujeres indígenas en todas las fases del proceso. Se registró un incremento significativo en conocimientos y prácticas preventivas, aunque se subrayó la necesidad de intervenciones prolongadas para consolidar vínculos de confianza (Vargas et al., 2025).

En síntesis, las experiencias exitosas comparten elementos comunes —participación comunitaria, mediación cultural, personalización y construcción de confianza—, pero su incorporación sistemática en modelos formales de consentimiento continúa siendo incipiente y carece de estandarización culturalmente situada (Kairuz et al., 2025; Power et al., 2022; Vargas et al., 2025).

Pregunta 3: ¿Qué barreras lingüísticas, de comprensibilidad y de alfabetización en salud afectan la validez del consentimiento informado en contextos interculturales?

Epígrafe: obstáculos lingüísticos y cognitivos en la validez del consentimiento informado

Las barreras idiomáticas y de legibilidad constituyen uno de los impedimentos más recurrentemente documentados. Un estudio que evaluó la legibilidad de formatos de consentimiento en un instituto oncológico mexicano mostró que más de la mitad requería un nivel de escolaridad elevado para su comprensión, superando ampliamente el promedio educativo de la población usuaria. Se destacó la necesidad de herramientas objetivas para que los comités de ética valoren la claridad textual como indicador de comprensión (Verástegui et al., 2023).

En paralelo, análisis poblacionales evidenciaron que gran parte de la población indígena se ubica en los estratos socioeconómicos más bajos y utiliza con menor frecuencia los servicios formales de salud, configurando un escenario de inequidad estructural. Se observó, además, mayor recurrencia a parteras tradicionales en salud reproductiva, lo que sugiere distanciamiento entre servicios institucionales y prácticas culturales (Pelcastre-Villafuerte et al., 2020).

De forma concordante, una investigación cualitativa con madres haitianas en Chile reveló que la denominada interculturalidad en programas sanitarios se reducía predominantemente a la traducción literal al creole, sin abordar matrices culturales profundas. Se cuestionó así la ilusión de interculturalidad cuando esta se limita a la trasposición lingüística sin transformación epistemológica (Castillo & Valeria, 2022).

Estos hallazgos muestran que las barreras trascienden el plano lingüístico y se anclan en desigualdades estructurales, baja alfabetización en salud y persistencia de enfoques monoculturales que triviali-

zan la interculturalidad (Verástegui et al., 2023; Pelcastre-Villafuerte et al., 2020; Castillo & Valeria, 2022).

Pregunta 4: ¿Qué competencias interculturales de los profesionales de salud se asocian con procesos de consentimiento informado más éticos y culturalmente pertinentes?

Epígrafe: competencias interculturales del profesional sanitario en el consentimiento informado

La formación intercultural del personal sanitario emerge como variable decisiva para la calidad ética del consentimiento. Una exploración etnográfica en comunidades indígenas argentinas evidenció desarticulación entre intervenciones biomédicas y prácticas locales de salud, así como deficiencias comunicativas en la transmisión del diagnóstico y tratamiento. Tales carencias comprometían el ejercicio efectivo del derecho a la salud (Hirsch & Alonso, 2020).

De igual modo, investigaciones con usuarios mapuche y profesionales de salud en Chile señalaron que la interculturalidad debe garantizar atención de calidad, participación comunitaria y respeto a sistemas médicos tradicionales, en un contexto marcado por discriminación e inequidad (Pérez et al., 2020).

Adicionalmente, un estudio con puérperas adolescentes en Colombia reveló carencias informativas significativas respecto del parto humanizado, asociadas a condiciones socioeconómicas adversas y trato institucional deficitario. Aunque no centrado exclusivamente en pueblos indígenas, el estudio ilustra cómo la insuficiencia de competencias comunicativas culturalmente sensibles limita el derecho a la información y la capacidad decisional en poblaciones vulnerables (Morales & López, 2023).

La convergencia de estos resultados pone de relieve la urgencia de incorporar la formación en competencias interculturales como com-

ponente estructural en el diseño de modelos de consentimiento informado culturalmente situados (Hirsch & Alonso, 2020; Pérez et al., 2020; Morales & López, 2023).

Discusión de resultados

La revisión bibliográfica examinó de manera crítica la evidencia científica disponible con la finalidad de formular lineamientos sustentados en evidencia para el diseño de modelos de consentimiento informado culturalmente situados, orientados a articular autonomía individual y autonomía relacional en sistemas de salud intercultural. Los resultados mostraron un entramado complejo y multicapas que requirió interpretación a la luz de la literatura previa, con identificación de puntos de encuentro, disensos, restricciones metodológicas y derroteros para indagaciones ulteriores.

Los hallazgos corroboraron que la fricción entre la autonomía individual —base doctrinal del consentimiento informado en matrices bioéticas occidentales— y las modalidades relacionales o comunitarias de deliberación se documentó como un fenómeno transversal en diversos escenarios geográficos y culturales. La evidencia sobre las limitaciones del principio de autonomía en comunidades africanas, donde se reportaron marcos morales como Ubuntu/Botho y Ukama, se alineó con resultados provenientes de una revisión sistemática centrada en estudios del Sur Global, en la que se identificaron factores culturales, sociales, religiosos e interseccionales influyentes en la toma de decisiones autónoma, así como una notoria escasez de investigación bioética dedicada a examinar, con suficiente granularidad, la incidencia de tales factores en las preferencias por concepciones diferenciadas de autonomía (Akpa-Inyang & Chima, 2021; Akhtar et al., 2024). Esta convergencia sugirió que la insuficiencia del modelo individualista no se circunscribió a casos aislados, sino que se vinculó con la trasposición de marcos éticos occidentales hacia contextos regidos por presupuestos ontológicos divergentes.

De forma complementaria, la evidencia sobre el predominio familiar en la ruta decisional del consentimiento en Pakistán se relacio-

nó con una metasíntesis cualitativa que describió una ambivalencia constitutiva: las relaciones de apoyo facilitaron la autonomía relacional, aunque la presión familiar indebida y la voz preponderante de proveedores de salud la obstruyeron (Memon et al., 2024; Le et al., 2023). Esta doble faz —facilitación y constreñimiento— añadió complejidad que los modelos convencionales tendieron a simplificar. En una elaboración teórica, se propuso una autonomía relacional contextualizada para el cuidado al final de la vida, incorporando rasgos multidimensionales, socialmente incrustados, escalares y temporales, bajo el supuesto de que la inteligibilidad de la decisión se comprendió mejor al considerar contexto sociocultural y tramas relacionales (Gómez-Vírveda et al., 2020). Dicho planteamiento resultó transferible al diseño de consentimiento informado, en tanto permitió superar la dicotomía individual–relacional mediante una articulación más matizada.

Aun así, la literatura exhibió divergencias respecto al alcance de la autonomía relacional como sustituto o complemento de la autonomía individual. Por un lado, se defendió el fortalecimiento de la autonomía relacional a través de éticas relacionales —reconocimiento, resonancia y responsividad—, bajo la premisa de que el consentimiento informado, entendido como concreción de una autonomía descontextualizada, operó con eficacia limitada y frecuentemente recurrió a información ininteligible o a tecnicismos irrelevantes para el paciente (Kottow, 2023). Por otro lado, se advirtió que la habituación a autonomías restringidas por privaciones económicas no justificó una reducción adicional de la autonomía, ni avaló prácticas paternalistas amparadas en supuestas expectativas culturales (Bengo et al., 2022). Esta tensión entre sensibilidad cultural y resguardo contra paternalismos encubiertos se configuró como un desafío axial para lineamientos que aspiraran a ser, simultáneamente, culturalmente pertinentes y éticamente exigentes.

Los resultados relativos a estrategias de adaptación cultural del consentimiento informado mostraron progresos relevantes, aunque dispersos. La evidencia sobre intérpretes profesionales, apoyos visuales (por ejemplo, diagramas) y formación reflexiva del personal como fa-

cilitadores del consentimiento con pueblos originarios guardó consonancia con una revisión de alcance sobre prácticas de consentimiento quirúrgico en África subsahariana, en la cual se propuso la necesidad de formas más aceptables y éticas de incluir la participación del paciente, con estándares ajustados al contexto local (Kairuz et al., 2025; Pittalis et al., 2023). En ambos cuerpos de evidencia se describieron déficits recurrentes: prácticas incompletas y procesos que no cubrieron íntegramente consideraciones previstas por directrices aplicables.

La experiencia sustentada en investigación-acción participativa con pueblos indígenas en Colombia, que involucró liderazgo comunitario en todas las fases y reportó mejoras en conocimientos y prácticas, dialogó con hallazgos sobre la personalización intencional de conversaciones de consentimiento en atención a mujeres migrantes, en los que se resaltó la navegación comunicativa y la cognición cultural como catalizadores del proceso (Vargas et al., 2025; Power et al., 2022). No obstante, la diferencia temporal entre estrategias de largo aliento basadas en confianza comunitaria y estrategias de efecto más inmediato centradas en destrezas comunicativas sugirió que los lineamientos debieron contemplar horizontes temporales múltiples, sin reducir la intervención a un único plano de implementación.

Además, se observó convergencia entre propuestas que privilegiaron ayudas visuales, narración, gobernanza local y mediadores culturales como componentes de consentimiento culturalmente situado, y planteamientos que defendieron la mediación combinada mediante intérpretes profesionales y participación familiar como interpretación informal, asociada a autonomía relacional y decisión compartida (Parmer, 2025; Schouten et al., 2020). Sin embargo, la literatura revisada mostró escasez de evaluaciones sistemáticas que compararan efectividad relativa, riesgos y condiciones de aplicabilidad de estas estrategias en el contexto específico del consentimiento informado.

Los hallazgos sobre barreras lingüísticas y de comprensibilidad aportaron evidencia de que la traducción documental, por sí sola, no aseguró la validez del consentimiento en contextos interculturales. En

un escenario oncológico mexicano, la evaluación de legibilidad reveló formatos que exigieron escolaridad elevada para comprensión, lo que apuntó a la necesidad de instrumentos objetivos que apoyaran a comités de ética en la valoración de claridad textual como indicador de comprensión (Verástegui et al., 2023). Esta evidencia se correspondió con una revisión de alcance sobre educación en consentimiento informado en formación médica, donde se describió ausencia de estandarización formativa, baja satisfacción con la enseñanza existente y debate persistente sobre la delegabilidad del consentimiento en aprendices (Chryssofos et al., 2025). La coincidencia entre debilidad documental y fragilidad formativa sugirió un problema sistémico, con necesidad de intervenciones concurrentes en varios niveles.

En un estudio cualitativo con madres haitianas en Chile, se señaló que la llamada interculturalidad se limitó predominantemente a la traducción al creole, con reproducción de normas sanitarias mediante persuasión, sin incorporar dimensiones culturales profundas; la traducción operó como sustituto de la transformación epistemológica y comunicativa requerida (Castillo & Valeria, 2022). Este señalamiento se conectó con un planteamiento que ubicó alfabetización y factores socioculturales como obstáculos mayores en la práctica clínica y propuso, dentro del marco legal vigente, el estándar del “paciente razonable” como vía para incorporar alfabetización en salud en controversias sobre consentimiento (Ng, 2024). La divergencia entre enfoques críticos de corte decolonial y soluciones reformistas basadas en marcos legales existentes definió una tensión que los lineamientos debieron administrar sin diluir la exigencia ética.

Asimismo, la evidencia sobre inequidades en acceso a servicios de salud de población indígena en México, con especial concentración de desigualdades en salud reproductiva, se acopló con hallazgos sobre desafíos del consentimiento en Ghana condicionados por dinámicas culturales, socioeconómicas y sistémicas. En ambos casos, las barreras para un consentimiento válido quedaron imbricadas con determinantes sociales de salud, lo que implicó que los lineamientos no se agotaran en ajustes procedimentales y debieran considerar condiciones estruc-

turales que habilitaron o bloquearon el derecho efectivo a la información.

Los resultados indicaron una brecha formativa en competencias interculturales con impacto directo en la calidad ética del consentimiento informado. La evidencia etnográfica en comunidades indígenas de Argentina describió desajustes entre intervenciones sociosanitarias y prácticas nativas de salud-enfermedad-atención, además de dificultades comunicativas al transmitir diagnóstico y tratamiento, con afectación del ejercicio del derecho a la salud (Hirsch & Alonso, 2020). Esta evidencia se correspondió con el diagnóstico sobre formación inicial insuficiente y descontextualizada en ciencias de la salud, con necesidad de competencias interculturales desde un enfoque ético que reconociera la alteridad y promoviera diálogo entre sistemas médicos (Beltrán-Véliz et al., 2023).

A la vez, la perspectiva mapuche sobre salud intercultural enfatizó derechos colectivos como condición basal y relativizó la prioridad de la complementariedad entre sistemas médicos en contextos de inequidad y discriminación, lo que contrastó parcialmente con propuestas pragmáticas centradas en competencia cultural individual, programas de formación, diversidad laboral y políticas institucionales inclusivas (Pérez et al., 2020; Alarabi et al., 2024). Esta discrepancia reflejó la tensión entre enfoques estructurales y enfoques individualizantes de la interculturalidad, lo cual exigió lineamientos integradores.

Por su parte, resultados sobre deficiencias informativas en puérperas adolescentes en Colombia se vincularon con un estudio cualitativo en Tanzania que describió brecha entre información deseada y recibida, con incidencia de jerga médica y restricciones de tiempo, afectando el proceso de consentimiento (Morales & López, 2023; Michael et al., 2025). Esta convergencia transcontinental sugirió que fallas comunicativas no se restringieron a contextos interculturales, aunque en estos se exacerbaban y requirieron medidas culturalmente situadas.

La revisión presentó limitaciones relevantes para la interpretación de resultados y para el alcance de los lineamientos propuestos. En

primer lugar, el carácter narrativo-crítico permitió una síntesis interdisciplinaria, aunque no alcanzó el nivel de reproducibilidad propio de revisiones sistemáticas con protocolo registrado; pese al uso de fórmulas booleanas y criterios definidos ex ante, la selección final involucró juicio interpretativo con potencial sesgo de selección. En segundo lugar, la heterogeneidad geográfica, metodológica y disciplinaria restringió comparabilidad directa y redujo la posibilidad de inferencias generalizables; las concepciones de autonomía, comunidad y salud variaron entre contextos, por lo que los lineamientos debieron entenderse como orientaciones dúctiles y adaptables.

En tercer lugar, la delimitación idiomática a español, inglés y portugués pudo excluir contribuciones relevantes en lenguas indígenas, francés u otros idiomas, lo que reprodujo asimetrías epistémicas que el propio análisis pretendió visibilizar. En cuarto lugar, la escasez de estudios de intervención que evaluaran de manera directa modelos culturalmente adaptados limitó la robustez de la evidencia disponible; predominó documentación de barreras y tensiones por encima de intervenciones con evaluación rigurosa. En quinto lugar, la ventana temporal 2015–2025 capturó desarrollos recientes, aunque pudo omitir obras seminales anteriores, pese a excepciones puntuales. En sexto lugar, no se realizó una evaluación formal de calidad metodológica mediante herramientas estandarizadas, lo que restringió la ponderación diferencial de evidencia según rigor, especialmente ante diseños heterogéneos.

A partir de los resultados y limitaciones, se delinearon direcciones para investigación futura orientadas a fortalecer la base empírica de modelos culturalmente situados. Primero, se requirieron estudios de intervención que diseñaran, implementaran y evaluaran modelos de consentimiento que articularan explícitamente autonomía individual y relacional en contextos interculturales concretos, con diseños participativos que garantizaran involucramiento comunitario desde diseño hasta evaluación; los desenlaces debieron incorporar comprensión, satisfacción, pertinencia cultural, respeto por autonomía relacional y alineación con valores comunitarios (Vargas et al., 2025).

Segundo, se consideró necesario desarrollar y validar instrumentos de evaluación de calidad intercultural del consentimiento que excedieran índices de legibilidad, incorporando dimensiones de pertinencia cultural del lenguaje, mecanismos de participación comunitaria, dinámicas familiares de decisión y presencia de mediadores culturales (Verástegui et al., 2023; Gómez-Vírseda & Usanos, 2020). Tercero, se recomendaron estudios comparativos transculturales sobre conceptualizaciones de consentimiento, autonomía y decisión en salud en comunidades indígenas y grupos culturalmente diversos, con inclusión de perspectivas del Sur Global y análisis de factores múltiples que moldearon concepciones de autonomía (Akhtar et al., 2024).

Cuarto, se propuso investigación sobre formación en competencias interculturales específicamente vinculadas al consentimiento informado, con evaluación del impacto de programas formativos en la calidad ética del consentimiento, articulando diagnósticos curriculares con evidencia sobre educación en consentimiento (Beltrán-Véliz et al., 2023; Chryssofos et al., 2025). Quinto, se sugirió explorar tecnologías digitales —incluida inteligencia artificial, plataformas multilingües y recursos audiovisuales— como facilitadores potenciales, evaluando beneficios y riesgos en contextos de diversidad cultural y alfabetización digital limitada (Parmar, 2025). Sexto, se planteó indagar marcos normativos y regulatorios que facilitaran u obstaculizaran modelos culturalmente situados, con análisis de posibles reformas para incorporar pertinencia cultural y autonomía relacional en consonancia con estándares internacionales sobre pueblos indígenas (López & Gualda, 2024).

La discusión de resultados mostró que la formulación de lineamientos requirió una articulación dialógica entre autonomía individual y relacional, con estrategias multinivel que abordaran dimensiones documentales, comunicativas, formativas y estructurales del consentimiento, reconociendo la diversidad epistémica como condición necesaria para justicia en salud intercultural (Gutiérrez-Márquez, 2025; Akpa-Inyang & Chima, 2021; Parmar, 2025). Los lineamientos no se configuraron como un modelo único universalizable, sino como un

marco orientador flexible que necesitó contextualización, adaptación y coconstrucción con las comunidades destinatarias, desplazando el formalismo jurídico hacia un pluralismo ético con consistencia práctica.

Conclusiones

La revisión bibliográfica permitió identificar y condensar los hallazgos más relevantes de la literatura reciente sobre la adecuación cultural del consentimiento informado en sistemas de salud intercultural. En primer término, los resultados mostraron que la fricción entre la autonomía individual —base tradicional del consentimiento en la bioética occidental— y las modalidades relacionales o comunitarias de decisión se presentó como un patrón estructural que atravesó contextos culturales disímiles. Dichas tensiones se asociaron con marcos morales comunitarios, con arreglos familiares de decisión y con tradiciones socioculturales que privilegiaron la interdependencia por encima del yo entendido como entidad autosuficiente.

En segundo término, se observó que las estrategias de adaptación cultural ensayadas hasta ahora —tales como acompañamiento interpretativo, apoyos gráficos, mediación cultural, narrativas situadas y participación comunitaria— favorecieron la comprensión y la deliberación en el proceso de consentimiento. Sin embargo, su adopción se describió como irregular, incipiente y dispersa, lo que impidió consolidar modelos integrales con estándares consistentes. En tercer lugar, la evidencia sugirió que los obstáculos para un consentimiento válido no se limitaron al idioma, sino que se vincularon con desigualdades estructurales, alfabetización sanitaria insuficiente y aproximaciones monoculturales que redujeron la interculturalidad a la simple conversión lingüística de documentos. Por último, se advirtió una brecha formativa en competencias interculturales del personal sanitario, la cual incidió de manera directa en la calidad ética del consentimiento cuando la atención se desarrolló en escenarios de diversidad cultural.

En concordancia con el objetivo de proponer lineamientos orientados al diseño de modelos de consentimiento informado cultural-

mente situados, la síntesis crítica de la evidencia permitió derivar directrices con alcance práctico. Primero, los modelos de consentimiento requirieron superar el formalismo individualista y desplazarse hacia un pluralismo ético que reconociera la coexistencia de autonomías individual, relacional y comunitaria. Esta apertura no implicó relativizar derechos individuales, sino impedir que la sensibilidad cultural operara como pretexto para prácticas tutelares encubiertas. Segundo, el diseño y la implementación del consentimiento demandaron mecanismos de participación comunitaria que hicieran posible la co-elaboración del proceso, incorporando mediación cultural, recursos narrativos, apoyos visuales y formas de gobernanza local pertinentes al territorio. Tercero, la adaptación cultural debió trascender la traducción literal para atender dimensiones profundas de la comunicación intercultural, incluyendo conversaciones deliberadamente personalizadas, reconocimiento de dinámicas familiares y comunitarias de decisión y consideración de condiciones sociales que afectaron comprensión y voluntariedad. Cuarto, la formación en competencias interculturales vinculadas al consentimiento informado se perfiló como un componente ineludible en la educación del personal de salud, incorporando diálogo entre sistemas de conocimiento y práctica reflexiva para sostener una comunicación clínica culturalmente congruente. Quinto, los lineamientos precisaron contemplar distintos horizontes temporales, pues la confianza comunitaria no se consolidó mediante intervenciones episódicas y requirió procesos prolongados.

Convino precisar que los lineamientos se derivaron de una revisión de carácter narrativo-crítico, por lo que su sustento se apoyó en una síntesis interpretativa de evidencia heterogénea y no en datos primarios producidos por quienes elaboraron el texto. En consecuencia, tales directrices adquirieron un valor orientador y heurístico, más que prescriptivo o universalizable, y requirieron ajuste a las particularidades de cada sistema de salud y de cada comunidad. La diversidad geográfica y metodológica de los estudios revisados amplió el campo de observación, aunque redujo la comparabilidad directa y limitó la extrapolación automática de resultados.

Las implicancias generales del trabajo apuntaron a la necesidad de reconfigurar el consentimiento informado en su dimensión práctica y epistémica cuando se aplicó en contextos de diversidad cultural. La evidencia reunida indicó que el modelo convencional, anclado en paradigmas biomédicos occidentales con primacía de la autonomía individual, resultó éticamente insuficiente en comunidades donde la decisión se configuró como acto relacional y, en ocasiones, comunitario. Esta insuficiencia no se describió como un problema meramente procedimental, sino como una dificultad epistémica, en tanto reprodujo exclusiones y asimetrías que tensionaron los ideales de justicia y equidad que el consentimiento pretendió resguardar.

Las investigaciones futuras requirieron priorizar el diseño y la evaluación empírica de modelos que articularan de manera operativa autonomía individual y relacional mediante enfoques participativos que garantizaran co-construcción con las comunidades. También resultó necesario indagar el efecto de programas formativos interculturales en la calidad ética del consentimiento, elaborar instrumentos de evaluación de pertinencia cultural que no se redujeran a índices de legibilidad y examinar el potencial de tecnologías digitales para facilitar procesos culturalmente congruentes sin amplificar asimetrías existentes. En última instancia, la construcción de modelos de consentimiento genuinamente interculturales demandó no solo ajustes técnicos, sino una transformación de las relaciones de poder entre sistemas de conocimiento en salud, orientada al reconocimiento de la diversidad epistémica como condición indispensable para la justicia sanitaria.

Referencias

- Acuña, C. G. S. (2023). Epidemiología sociocultural y diálogo intercultural para el trabajo en salud en pueblos indígenas de Chile. *Index de Enfermería*, 32(2). <https://doi.org/10.58807/indexenferm20235820>
- Akhtar, M., Bhatti, M., & Fredericks, S. (2024). What factors influence patient autonomy in healthcare decision-making? A systematic review of studies from the Global South. *Nursing Ethics*, 32(3), 875–891. <https://doi.org/10.1177/09697330241272794>
- Akpa-Inyang, F., & Chima, S. C. (2021). South African traditional values and beliefs regarding informed consent and limitations of the principle of respect for autonomy in African communities: A cross-cultural qualitative study. *BMC Medical Ethics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00678-4>
- Alarabi, A. A., Alamri, A., Jumah, S. A., Aljohani, W. M., Badar, A. M., & Banjar, A. (2024). The impact of cultural beliefs on medical ethics and patient care. *Journal of Healthcare Sciences*, 4(12), 918–924. <https://doi.org/10.52533/johs.2024.41235>
- Beltrán-Véliz, J. C., Angulo, J. T., Alarcón, A. M., Gálvez-Nieto, J. L., & Vera-Gajardo, N. (2023). Competencias interculturales desde un enfoque ético intercultural en la formación inicial de profesionales en ciencias de la salud: Un desafío ineludible. *Acta Bioethica*, 29(2), 177–183. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2023000200177>
- Bengo, E., Muula, A., & Mfutso-Bengo, J. (2022). Sufficient informed consent to medical treatment of adults: Legal and ethical perspectives from Malawi. *Malawi Medical Journal*, 34(2), 143–150. <https://doi.org/10.4314/mmj.v34i2.11>
- Castillo, L., & Valeria, C. C. (2022). ¿Que no le falte la fruta al niño! Las prácticas de alimentación como acción política de las madres migrantes haitianas en Chile. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 18, 1–30. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2023.v18.667>

- Chrysosofos, S., Glickman, C., Mowdawalla, C., Burden, A., & Xu, Y. (2025). Current practices, limitations, and recommendations for informed consent education in medical students and physicians: A scoping review. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 12. <https://doi.org/10.1177/23821205251384380>
- Gómez-Vírseda, C., De Maeseneer, Y., & Gastmans, C. (2020). Relational autonomy in end-of-life care ethics: A contextualized approach to real-life complexities. *BMC Medical Ethics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00495-1>
- Gutiérrez-Márquez, E. E., & Allebrandt, S. L. (2025). Fundamentos filosófico-políticos del enfoque intercultural en el derecho a la salud desde una perspectiva decolonial. *Innova Science Journal*, 3(1), 361–370. <https://doi.org/10.63618/omd/isj/v3/ne1/202>
- Hirsch, S., & Alonso, V. (2020). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: Género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud Colectiva*, 16. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2760>
- Izquierdo, I. G., & Albi, A. B. (2024). La comunicación en contextos de salud: Generación de recursos tecnológicos multilingües para la mejora de la eficacia comunicativa del consentimiento informado. *Cadernos de Tradução*, 44(1), 1–17. <https://doi.org/10.5007/2175-7968.2024.e95247>
- Kairuz, C., Hunter, K., Barnier, B., Porykali, B., Ford, B., Bennett-Brook, K., ... Coombes, J. (2025). Informed consent processes with First Nations peoples undergoing surgery or invasive procedures: A scoping review. *BMC Medical Ethics*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01280-8>
- Kottow, M. (2023). Autonomía relacional en bioética. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (22), 1–17. <https://doi.org/10.14422/rib.i22.y2023.001>

- Le, T., Lin, S., Huang, M., Fan, S., & Kao, C. (2023). Factors impacting the demonstration of relational autonomy in medical decision-making: A meta-synthesis. *Nursing Ethics*, 31(5), 714–738. <https://doi.org/10.1177/09697330231200570>
- López, P. E. V., & Gualda, S. M. G. (2024). Política de salud intercultural de Chile y Argentina: Análisis crítico a partir del Convenio 169 de la OIT. *Religación*, 9(43). <https://doi.org/10.46652/rgn.v9i43.1327>
- Memon, R., Asif, M., Shah, B. A., Kiran, T., Khoso, A. B., Tofique, S., & Edwards, S. (2024). Clinicians' experiences of obtaining informed consent for research and treatment: A nested qualitative study from Pakistan. *BMC Medical Ethics*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01119-8>
- Michael, S., Kyejo, W., Ismail, A., Samji, S., Aghan, E., Mbekenga, C., ... Ali, A. (2025). Patients' perceptions and understanding of preoperative informed consent: A qualitative thematic analysis from Tanzania. *SAGE Open Medicine*, 13. <https://doi.org/10.1177/20503121251331122>
- Morales, A. J. S., & López, E. (2023). Parto humanizado y enfoque diferencial de derecho: Percepción de la puerpera adolescente en Montería, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 25(4), 1–6. <https://doi.org/10.15446/rsap.v25n4.107259>
- Ng, I. (2024). Informed consent in clinical practice: Old problems, new challenges. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 54(2), 153–158. <https://doi.org/10.1177/14782715241247087>
- Parmar, P., & Rathod, G. (2025). Beyond informed consent: Toward culturally situated consent models in traditional medicine—AI integration. *Journal of Medical Society*, 39(3), 164–167. https://doi.org/10.4103/jms.jms_90_25
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M. S., Meléndez-Navarro, D. M., & Enciso, G. F. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública de México*, 62(6), 810–819. <https://doi.org/10.21149/11861>

- Pérez, C., Sepúlveda, D., Cova, F., & Nazar, G. (2020). Salud intercultural desde la visión de las comunidades mapuche de Cañete y Tirúa. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(1), 152–168.
- Pittalis, C., Sackey, C., Okeny, P., Nandi, B., & Gajewski, J. (2023). Surgical informed consent practices and influencing factors in sub-Saharan Africa: A scoping review of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 33(10), 653–662. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2023-016823>
- Power, A., Tuteja, A., Mascarenhas, L., & Temple-Smith, M. (2022). A qualitative exploration of obtaining informed consent in medical consultations with Burma-born women. *Australian Journal of Primary Health*, 29(3), 284–291. <https://doi.org/10.1071/py22138>
- Schouten, B., Cox, A., Duran, G., Kerremans, K., Banning, L., Lahdidoui, A., & Krystallidou, D. (2020). Mitigating language and cultural barriers in healthcare communication: Toward a holistic approach. *Patient Education and Counseling*, 103(12), 2604–2608. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.05.001>
- Tham, J. (2021). The challenges of multiculturalism on informed consent in clinical research. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai Bioethica*, 66, 174–175. <https://doi.org/10.24193/subbbioethica.2021.spiss.119>
- Vargas, S., Jiménez, C. M. V., Osorio, V. C. F., Sarmiento, M. I., Monsalve-Córdoba, M. L., & Amaya, M. B. P. (2025). Estrategia educativa para la prevención del cáncer de cuello uterino en indígenas: Una experiencia de investigación-acción participativa. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311Xesi70423>
- Verástegui, E., Páez, R., & Arrieta, Ó. (2023). Hacia la objetividad en la valoración ética: Legibilidad como parte de la comprensión de los formatos de consentimiento informado. *Gaceta Médica de México*, 159(5), 437–442. <https://doi.org/10.24875/gmm.23000256>
- Yawson, D. V. Y., & Mensah, E. K. G. (2025). The role of informed consent in clinical practice: Bridging legal and medical standards in Africa using Ghana as a case study. *International Journal of Health Sciences*, 13, 1–6. <https://doi.org/10.15640/ijhs.v13p6>

Pedro Máximo Joaquín Ojeda Gallo

Universidad Nacional de Piura | Piura | Perú
<https://orcid.org/0009-0000-4816-8724>
 pojedag@unp.edu.pe
 pedrojedagallo@gmail.com

Gabriel Raymundo Cabredo Castro

Universidad Nacional de Piura | Piura | Perú
<https://orcid.org/0000-0002-5712-5547>
 gcabredoc@unp.edu.pe
 rcabredoc@hotmail.com

Andy Williams Chamoli Falcón

Universidad de Huánuco | Huánuco | Perú
<https://orcid.org/0000-0002-2758-1867>
 andy.chamoli@udh.edu.pe
 chamoliss@hotmail.com

Towards culturally situated informed consent: a critical synthesis of the evidence on relational autonomy, cultural mediation and community participation

Abstract

Informed consent is an ethical and legal pillar of contemporary medical practice; however, its conception under Western biomedical paradigms that privilege individual autonomy generates significant tensions when implemented in contexts of cultural diversity, particularly in intercultural health systems where plural conceptions of health and illness coexist, and where indigenous and culturally diverse communities operate under relational and community-based decision-making paradigms. The objective of this article was to propose evidence-based guidelines for the design of culturally situated informed consent models that articulate individual and relational autonomy in intercultural health systems. A narrative-critical literature review was conducted using systematic searches in Scopus, Web of Science, SciELO, and Latindex, encompassing publications between 2015 and 2025 in Spanish, English, and Portuguese. The results show that tensions between individual and relational autonomy are structural and transcultural, that existing cultural adaptation strategies remain fragmented, that barriers transcend language and are rooted in structural inequities, and that a significant training gap persists in the intercultural competencies of healthcare professionals. It is concluded that informed consent models must move beyond legal formalism toward an ethical pluralism that recognizes epistemic diversity, incorporates mechanisms for community participation, cultural mediation, and co-governance of healthcare, and that their co-construction with the communities they serve is essential.

Keywords: Informed consent; intercultural health; cultural diversity; indigenous peoples; intercultural bioethics.

Rumo a um Consentimento Informado Culturalmente Situado: Síntese Crítica da Evidência sobre Autonomia Relacional, Mediação Cultural e Participação Comunitária

Resumo

O consentimento informado constitui um pilar ético e legal da prática médica contemporânea; no entanto, sua concepção sob paradigmas biomédicos ocidentais que privilegiam a autonomia individual gera tensões significativas quando implementado em contextos de diversidade cultural, particularmente em sistemas de saúde intercultural onde coexistem concepções plurais de saúde e doença, e onde comunidades indígenas e culturalmente diversas operam sob paradigmas relacionais e comunitários de tomada de decisão. O objetivo deste artigo foi propor diretrizes baseadas em evidências para o desenho de modelos de consentimento informado culturalmente situados que articulem autonomia individual e relacional em sistemas de saúde intercultural. Realizou-se uma revisão bibliográfica narrativo-crítica por meio de buscas sistemáticas nas bases Scopus, Web of Science, SciELO e Latindex, abrangendo publicações entre 2015 e 2025 em espanhol, inglês e português. Os resultados evidenciam que as tensões entre autonomia individual e relacional são estruturais e transculturais; que as estratégias de adaptação cultural existentes permanecem fragmentadas; que as barreiras transcendem o âmbito linguístico, enraizando-se em iniquidades estruturais; e que persiste uma lacuna formativa significativa nas competências interculturais dos profissionais de saúde. Conclui-se que os modelos de consentimento informado devem transcender o formalismo legal em direção a um pluralismo ético que reconheça a diversidade epistêmica, incorpore mecanismos de participação comunitária, mediação cultural e cogestão em saúde, sendo imprescindível sua cocriação com as comunidades destinatárias.

Palavras-chave: Consentimento informado; Saúde intercultural; Diversidade cultural; Povos indígenas; Bioética intercultural.