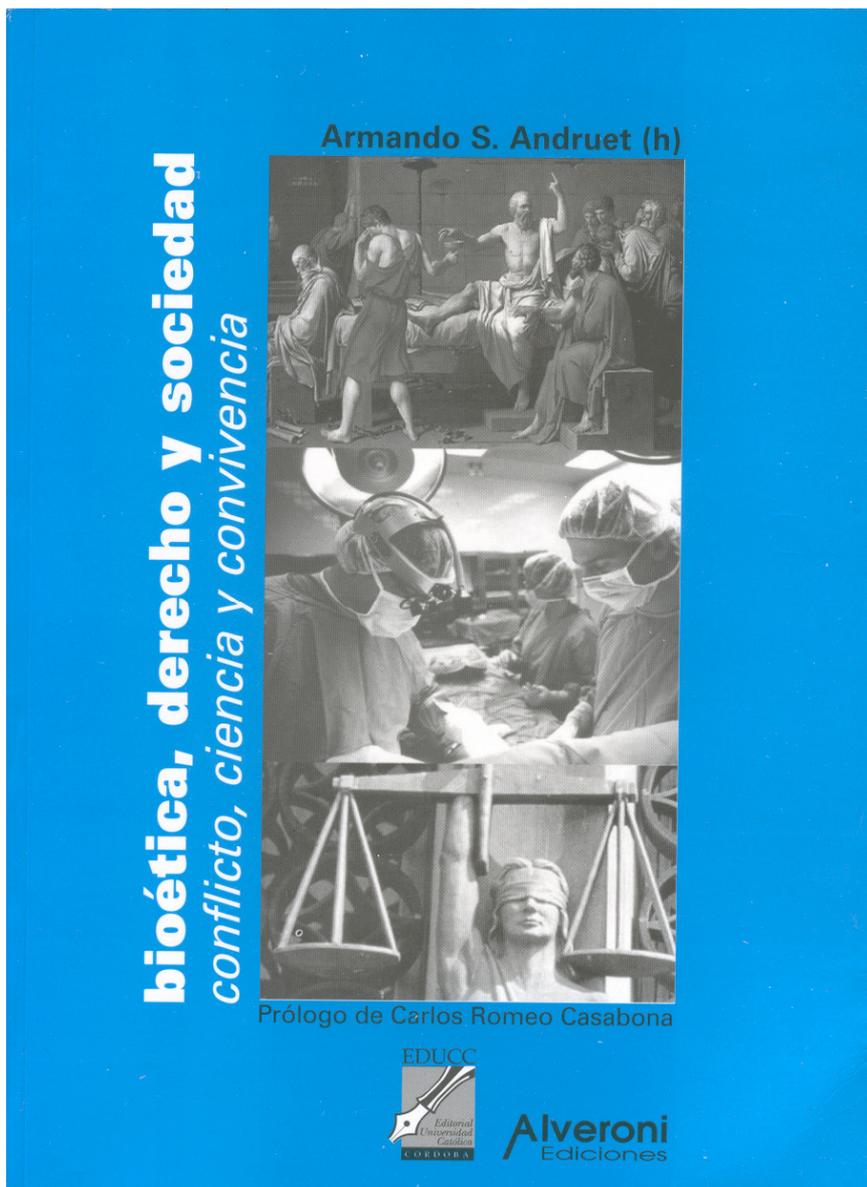


# Bioética, Derecho y Sociedad

Conflicto, ciencia y convivencia.

Por  
Armando S. Andruet.



**Ediciones  
Alveroni.**

**Primera  
edición:  
2004.**

**Córdoba.**

**Este material  
es de uso  
exclusivamente  
didáctico.**

# Índice General

Prólogo.....	9
<i>Prefacio</i> .....	21
<b>CAPÍTULO PRIMERO. BIOÉTICA. COMPRENSIÓN DE LA NOMINACIÓN y EXPOSICIÓN DE SUS SUPUESTOS. LA PERSPECTIVA CATÓLICA</b>	
I. Aclaración previa.....	25
II.	
Concepto.....	27
III. Carácter interdisciplinar.....	30
IV. Bioética laica y confesional.....	32
V. Los principios de la bioética. Enumeración.....	38
<b>CAPÍTULO SEGUNDO. LA RELACIÓN CLÍNICA y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
I. Evolución de los modelos de relación clínica.....	49
II. Sobre el paternalismo médico.....	59
III. Sobre el autonomismo médico.....	69
IV. Conceptualización del consentimiento informado.....	75
V. Propuesta de un modelo superador.....	86
<b>CAPÍTULO TERCERO. EL DERECHO A LA SALUD y DERECHOS DE LOS ENFERMOS</b>	
I. La explosión de los Derechos Humanos.....	95
II. Derecho a la salud. La discusión iusfilosófica de su origen.....	106
III. ¿Qué es el derecho a la salud? Ejercicio y actores.....	111
IV. De la salud declarada a la realizada. El Estado y los particulares.....	116
V. Los derechos de los enfermos.....	124
VI. Clasificación de los derechos.....	130
<b>CAPITULO CUARTO. ACERCA DE LA VERACIDAD A LOS ENFERMOS.</b>	
I. En torno del enfermo y de la enfermedad.....	135
II. El tema de la verdad.....	143
III. Acerca de la verdad médica.....	148
IV. Pautas integradoras para la información veraz.....	155
Desarrollo particular de las pautas.....	162
1. El bien del enfermo.....	162
2. El acompañamiento del enfermo.....	164
3. Falibilidad del diagnóstico.....	165
4. Respeto a la vida y muerte del enfermo.....	167
5. Situaciones límite e información mendaz.....	172
<b>CAPITULO QUINTO. LA EPILEPSIA: ENFERMEDAD, DISCRIMINACIÓN y LEGISLACIÓN</b>	
I. Introducción general.....	175
II. Comentarios a la ley 25.404.....	182
<b>CAPITULO SEXTO. LA INVESTIGACIÓN SOBRE SERES HUMANOS y EL CÓDIGO DE NUREMBERG</b>	
I. Introducción.....	193
II. Reconocimiento jurídico de los derechos de personas sujetas a investigación.....	203
III. El Código Deontológico de Nuremberg.....	205

IV. Analítica del Código de Nuremberg y su evolución.....	210
V. Breviario de indicaciones éticas en la investigación con personas.....	213

### **CAPITULO SÉPTIMO. EXÉGESIS DEL LLAMADO "TESTAMENTO VITAL"**

I. Excursus sobre la enfermedad y la muerte.....	223
II. Breve referencia histórica.....	228
III. Qué son los testamentos vitales.....	234
IV. Modelos básicos.....	240
V. Consideraciones jurídicas.....	244
VI. Juicio moral.....	257
VII. Apéndice Normativo.....	260
Ley de la X unta de Galicia sobre consentimiento informado.....	260
VIII. Apéndice Documental I.....	266
Testamento vital redactado por el "Euthanasia education council de Nueva York".....	267
IX. Apéndice Documental II.....	267

### **CAPÍTULO OCTAVO. UNA CONSIDERACIÓN SOBRE LA EUTANASIA. LA LEY HOLANDESA DE "TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA"**

I. Consideración previa.....	271
II. Los antecedentes legislativos y los contextos sociales.....	274
III. Aproximación en conjunto a la ley holandesa 26.691.....	277
IV. Breve exégesis de las "definiciones" (art. 1).....	280
Capítulo 1- Definiciones. Artículo 1º.....	280
A. El médico y la ciencia médica.....	281
B. La acción terapéutica de dar muerte al paciente.....	295
1. Del hacer morir al dejar morir.....	297
2. Acto de matar como acto médico.....	305
V. Comentarios a los "requisitos de cuidado y esmero profesional" (art. 2º).....	310
Capítulo 2 -Requisitos de cuidado y esmero profesional Artículo 2º.....	310
A. Petición voluntaria y meditada.....	311
B. Dolor insoportable sin mejora ulterior.....	315
1. Diferentes clases de padecimientos.....	315
2. Objetivar el dolor.....	316
3. Medicina paliativa y analgésicos: Opciones de vida.....	322
4. Irreversibilidad de la enfermedad.....	327
C. Información al paciente de la situación.....	330
D. Inexistencia de otra solución razonable.....	332
E. Consulta y visita por un médico extraño.....	335
F. Matar con el máximo cuidado y esmero profesional.....	336
VI. Texto completo de la ley 26.691 -Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio y modificación del Código Penal y de la ley reguladora de los funerales (Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio).....	340

### **CAPITULO NOVENO. LA DIGNIDAD HUMANA y LA "DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE EL GENOMA HUMANO y LOS DERECHOS HUMANOS". COMENTARIOS CRITICOS**

I. Consideraciones generales.....	351
II. La estructura de la declaración.....	359
III. Observaciones al núcleo ontológico de la declaración.....	364
IV. Los derechos del <i>homo genornus</i> .....	380
V. La investigación sobre el genoma.....	390
VI. <i>Modus operandi</i> de la actividad científica.....	394
VII. El genoma humano como prenda de solidaridad y cooperación internacional.....	395
VIII. La difusión de la información y el debate internacional.....	396

## **ANEXO DOCUMENTAL**

1. Juramento Hipocrático.....	399
2. Código Internacional de Ética Médica.....	400
Deberes de los médicos en general.....	400
Deberes de los médicos hacia los enfermos.....	400
Deberes de los médicos entre sí.....	401
3. Declaración de Ginebra (A.M.M.).....	401
4. Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina.....	401
5. Código de Ética del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.....	418
6. Constitución de la Organización Mundial de la Salud.....	431
7. Constitución de la Organización, Panamericana de la Salud.....	432
8. Declaración de ALMA-ATA (1978).....	432
9. Sobre Promoción de la Salud (A.M.M.).....	436
10. Sobre la Prestación de Atención Médica en Cualquier Sistema Nacional de Atención Médica (A.M.M.).....	439
11. Sobre la Independencia y Libertad Profesional del Médico (A.M.M.).....	441
12. Sobre el Acceso a la Atención Médica (A.M.M.).....	441
13. Sobre la Responsabilidad Profesional por los Niveles de Atención Médica (A.M.M.).....	444
14. El Código de Nuremberg.....	445
15. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (A.M.M.).....	447
16. Sobre Derechos Humanos (A.M.M.).....	451
17. Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente (A.M.M.).....	452
18. Declaración de Venecia sobre la Enfermedad Terminal (A.M.M.).....	455
19. Sobre la Atención de Pacientes con Fuertes Dolores Crónicos en las Enfermedades Terminales (A.M.M.).....	456
20. Declaración Europea de Epilepsia.....	457
21. Declaración de Sydney sobre la Muerte (A.M.M.).....	458
22. Sobre la Eutanasia (A.M.M.).....	459
23. Sobre el Suicidio con Ayuda Médica (A.M.M.).....	459
24. Sobre el Proyecto Genoma Humano (A.M.M.).....	460
25. Sobre la Clonación (A.M.M.).....	462
26. Declaración Universal de la UNESCO sobre el Genoma y Derechos Humanos.....	463
27. Proyecto de Resolución de la ONU contra la clonación de seres humanos.....	470
28. El Informe Belmont. Principios éticos en investigación en sujetos humanos.....	472
29. Declaración Bioética de Gijón.....	483
<b>Bibliografía consultada.....</b>	<b>487</b>
<b>Índice Analítico.....</b>	<b>513</b>

## CAPÍTULO SEGUNDO

### LA RELACIÓN CLÍNICA y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Quien tiene que vivir entre los hombres no puede permitirse despreciar incondicionalmente ninguna individualidad, puesto que así la ha establecido y otorgado la naturaleza; ni siquiera aun tratándose de la peor de todas, ni de la más miserable o risible."

*A. Schopenhauer<sup>1</sup>*

*I. Evolución de los modelos de relación clínica. II. Sobre el paternalismo médico. III. Sobre el autonomismo médico. IV Conceptualización del consentimiento informado. V. Propuesta de un modelo superador.*

#### I. EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE RELACIÓN CLÍNICA

Tal como se podrá advertir en un capítulo posterior de esta obra<sup>2</sup>, ha existido una importante aunque no siempre progresiva evolución en las distintas Conferencias internacionales, comenzando como es de imaginar en Nuremberg, sobre el tema del llamado antes "consentimiento voluntario" y hoy propiamente, "consentimiento informado". De tal movimiento se puede reconocer que no sólo ha sido utilizado para cuando de lo que se trata es llevar adelante la investigación en seres humanos, sino también con un carácter de extensión para aquel otro núcleo prioritario de la ciencia médica como es el de la misma relación clínica médica corriente.

Al grado tal es ello, que algunos autores han sostenido que su exigencia deontológica y también legal, es el correlato propio del mismo reconocimiento ontológico de la dignidad de la persona humana<sup>3</sup>, cuando es el hombre sujeto pasivo del acto médico<sup>4</sup>. La diversa nomenclatura en el tópico entonces, no es una cuestión accidental o casual, sino que es el reflejo obvio de la manera en que la misma evolución en el respeto a los derechos de los sujetos afectados a la investigación biomédica, inicialmente, y al acto médico<sup>5</sup> en general con posterioridad, ha ido teniendo.

Se pueden establecer sin dificultad, relaciones más o menos imprecisas en la relación clínica<sup>6</sup> de ciertos modelos paradigmáticos que la fueron marcando como tal; en general, a dicho respecto la doctrina más calificada ha señalado como modelos típicos los siguientes, por una

---

<sup>1</sup> Schopenhauer, A., *Aforismos sobre el arte de vivir*, Madrid, Debate, 2000, p. 172, Capítulo V, parágrafo 21.

<sup>2</sup> Vide al capítulo que lleva por título "La investigación de los seres humanos y el Código de Nuremberg".

<sup>3</sup> Es posible inferir esa idea, al menos entre otros, de Carballo Álvarez, F., "Problemas éticos en la investigación biomédica", en *Estudios de Bioética*, Madrid, nykinson, 1997, p. 64.

<sup>4</sup> Cuestión ésta que puede parecer exagerada por cierto reduccionismo de la dignidad, pero que a la vez y en ese mismo ámbito, permite asumir positivamente en acciones concretas la dimensión digna del ser humano.

<sup>5</sup> En tal orden se ha indicado con simpleza pero gran efectividad que "Tara el médico el acto médico es principalmente diagnóstico; para el paciente es principalmente pronóstico, pero, aun a despecho de uno y de otro, es desde el primer contacto terapéutica. Terapéutica que no es lo mismo que medicación" (Escardó, F., *El alma del médico*, Córdoba, Assandri, 1957, p. 137).

<sup>6</sup> Hemos preferido efectuar tal designación de "relación clínica", sobre la base del verdadero cambio sustancial que en el último medio siglo ha tenido dicha relación entre enfermos y médicos. Bien se ha dicho, que es la manera indicada, la que asume el núcleo, y por ello absorbe todas las demás que legítimamente se pueden proponer, tales como: relación médico-paciente, relación sanitario-usuario y relación sanitaria. Ni el médico es ya el único sanitario que interviene en ella, ni puede calificarse de enfermo a todo aquel que acude al sistema sanitario (cfr. Gracia, n., "Bioética clínica", en *Ética y Vida. Estudios de Bioética*, Bogotá, El Buho, 1998, t. II, p. 61).

parte: 1) Paternalista, 2) Autonomista o Contractual, 3) Interpretativo y 4) Deliberativo<sup>7</sup>; y por otro costado el modelo Mecánico y también el Sinérgico<sup>8</sup>. Mas acerca de lo que no puede existir duda alguna, es que detrás de esos modelos de relación sanitaria, subyacen necesariamente ciertas maneras no sólo de considerar la propia ciencia médica, verbigracia: mágica, artesanal, tecnocientista, sino antes que ello, una cierta manera de entender la misma dignidad de aquel que como enfermo o investigado se vincula con el médico.

Estando a veces esa dimensión, sumamente impregnada de una composición mágica, otras teológica, luego mecánica y finalmente autonómica, es que cada una de ellas ha ido de alguna forma orientando los principales modelos de la relación clínica: una relación mítica-divina, otra teológica, otra humano-paternalista y finalmente otra también humano-autonomista, y a las que nos referiremos con algún detalle mas adelante.

En realidad, también hay que señalar que se podrían reducir los mencionados modelos a otras dos triadas que resultan más absolutas y que, en una primera construcción de ellas, se plantea una relación entre médico y enfermo que puede ser conceptualizada de clase heteronómica, autonómica y finalmente ontológica. La última de las nombradas y que seguramente es poco reconocida, es la que se genera como consecuencia inevitable de que la técnica establecerá, y no sólo en los ámbitos de la medicina, una relación aún hoy impensada del hombre con la naturaleza y que bien ha sido nombrada como de ontología<sup>9</sup>, y que sin duda alguna también ella afectará de manera particular esa novel relación médico-técnica-enfermo.

La otra triada definitiva nos resulta ilustrada por Szaz-Hollender que las dispone en los siguientes modos: La "activa-pasiva", en donde el médico hace y el enfermo sólo recibe, que resulta ilustrado por caso en el modelo clínico de la anestesia; otra es de "guía-cooperación", en la que el médico dice lo que debe hacerse y el enfermo coloca su disposición y realiza la cooperación pertinente; y finalmente la nombrada como de "participación mutua", en donde el médico ayuda al enfermo a ayudarse así mismo<sup>10</sup>.

Al respecto bien cabe pensar, cómo habrán de ser los parámetros de una relación profesional médica cuando, en definitiva, la medicina sea claramente medicina predictiva de la evolución de la enfermedad<sup>11</sup> y diseñar el tratamiento en función de la previsión que se pueda hacer, más o menos certera, a partir de las mismas lecturas y estudios del genoma humano<sup>12</sup> por una parte, o

---

<sup>7</sup> Vide Emanuel, E. -Emanuel, L., "Cuatro modelos de la relación médico-paciente", en *Bioética para Clínicos*, Madrid, Triacastela, 1999, ps. 109 y ss.

<sup>8</sup> Hemos leído la indicada descripción en Malherbe, J., *Hacia una ética de la medicina*, Bogotá, San Pablo, 1993, ps. 117 y 88. En el modelo mecánico, el médico es una persona activa, y hace sobre un paciente que es un personaje pasivo, cualquier cosa y por ello la autonomía del paciente es muy reducida; pero también es reducida la propia autonomía del médico, puesto que en él prima la consideración del enfermo como "hombre máquina". El restante modelo postula por el contrario un acto médico, en donde el enfermo es considerado como uno que implica simultáneamente la reciprocidad, el dinamismo y la tridimensionalidad: lo mecánico, lo psíquico y lo simbólico. El mismo autor dirá que en el modelo sinérgico, no sólo se reconoce la importancia de los fenómenos orgánicos, sino interpretarlos en relación con el conjunto de dimensiones de la existencia humana y sobre todo entrecruzando la historia no sólo la persona que consulta, sino también la consultada.

<sup>9</sup> "Descubrir la ontología de la técnica equivale a hallar sus leyes más profundas que no son ni dependientes del hombre o dictadas por él, ni totalmente independientes o sin relación con el ser humano, puesto que son una participación, cristalización o manifestación de una regularidad mayor de un orden más universal, que no puede ser considerado ni como inmanente ni como trascendente, porque no viene ni del interior ni del exterior, ya que estos dos conceptos son solamente relativos a nuestro punto de vista" (panikkar, R., *Técnica y tiempo*, Bs. As., Columba, 1967, p. 30).

<sup>10</sup> Citado por Caeiro, A., *Del hombre y de su formación*, Córdoba, Biffignandi, 1981, p. 184.

<sup>11</sup> La siguiente información periodística puede ser una muestra suficiente de ella: "Reykjavik, Islandia (The New York Times) [...] el Dr. Kari Stefansson, afirma que ha comenzado a extraer un inmenso tesoro, posible gracias al aislamiento y lo reducido de la población islandesa y su obsesivo interés por la genealogía: un catálogo de los genes que causan las enfermedades humanas más comunes [...] Decode Genetics, la compañía de este investigador islandés, dice que ya ha elaborado un mapa de la ubicación general de los genes de 20 de las 50 enfermedades más comunes, entre las que se incluyen el Alzheimer, la ansiedad, el asma, la hipertensión, la obesidad, el Parkinson, la degeneración macular y la artritis reumatoidea; incluso ha hallado una región que contiene un gen de la longevidad..." (Diario La Nación, 23.VI.02).

<sup>12</sup> Se ha ilustrado que "a diferencia de la información de los test de diagnóstico tradicionales, la que se obtiene mediante los test del ADN tiene una connotación nueva porque el identificar a una persona como portadora de una condición genética pone en evidencia la posibilidad de que hayan otros miembros de la familia susceptible de contraer la enfermedad" (Chomalí, F. y otros, "Proyecto genoma humano. Presente y perspectivas futuras", en *Revista*

de las impensadas aplicaciones del mundo tecnológico, y que hoy nos acercamos a ella bajo la especie de "medicina tecnologizada"<sup>13</sup>. Como se puede advertir, se trata de una formulación de la realización del acto médico no de tipo inductivo sino deductivo, puesto que no se va desde el caso a formar la regla de la experiencia médica, sino que es a la luz de los conceptos generales que los aportes científicos brindan, la ubicación que el médico habrá de realizar en la materia sujeta a su examen<sup>14</sup>. En realidad no se trata sino, de una versión diferente del siempre presente reduccionismo tecnológico<sup>15</sup>.

Cada uno de los modelos que hemos enunciado más arriba, entifica entonces una cierta relación médica y otorga, como es previsible, una determinada cuota de privilegio o desequilibrio en la misma relación humana que como tal, subyace a la médico profesional.

Tratándose de una relación de tipo humana y por ello esencialmente dinámica, sus polos siempre están interactuando y no existen situaciones en modo alguno que puedan ser consideradas definitivas, se trata de alcanzar al menos un equilibrio que como tal, permita amortiguar suficientemente las diversas y no pocas situaciones de perturbación física y psicológica que posiblemente alguno o ambos de sus integrantes, durante algún momento de su duración, habrá de experimentar. Quien acaso pueda creer que la regla de esa relación es la de ser una realización armónica, en verdad ignora el esfuerzo que individualmente cada uno de sus miembros ha colocado para que ello emerja con dicha cuota de cordialidad<sup>16</sup>.

Adviértase, que no postulamos acerca de la imposibilidad de ello, mas lo que queremos puntualizar es que de ordinario ella es compleja, crítica e inestable; por ello, es que su equilibrio se fractura con tanta frecuencia: no porque internamente sus miembros sean malas personas y su deseo sea ése, sino porque los confines que ella toca lo coloca al hombre en condiciones de máxima vulnerabilidad y ningún hombre, aun el más bueno, honesto y probo quiere estar arrojado en tal condición.

De allí es que también se deba señalar, que la nombrada relación, en cualquier época, ha sido una en donde el equilibrio pleno no ha existido, y por lo tanto ha habido una cierta cuota de mayor peso en alguno de los dos extremos que a ella constituyen, lo cual en el fondo pone de manifiesto, que se trata decididamente de una relación dialéctica y confrontatoria -por momentos seguramente también erística- en donde sus polos, lejos de encontrarse en un espacio de armonía inicial, se han vinculado en un campo de rechazo y que en todo caso, el

---

*Humanitas*, N° 15 (1999), Pontificia Universidad Católica de Chile, p. 8. Recientemente hemos conocido que 16.000 españoles tienen un 50% de posibilidades de padecer la corea de Huntington, un mal degenerativo, irreversible y mortal que se puede predecir con decenios de antelación. Una persona entonces conoce hoy, que a los cuarenta años indefectiblemente en el *hic et nunc* tendrá una enfermedad mortal (cfr. Diario *El País*, 12/07/03). La bibliografía reciente respecto a los avances tecnológicos aplicables a la medicina, puede resultar sin duda alarmante, al respecto entre otros: Watson, J.; *La doble hélice*, Madrid, Alianza, 2000; Crick, J., *Qué loco propósito*, Barcelona, Tusquets, 1989; Gould, S., *La vida maravillosa*, Barcelona, Crítica, 1991.

<sup>13</sup> Bien se ha dicho que la tecnología ha alterado el sentido de la relación médico-paciente. "El contacto con el paciente puede ser breve y en periodos intermitentes. En este contacto predominan los aspectos técnicos sobre la persona del paciente y su experiencia existencial de la dolencia, [...] la dolencia es categorizada según síntomas accesibles a los recursos de diagnóstico tecnológico más que resultantes del diálogo, y la participación del profesional se hace tan científica y técnica a nombre de la objetividad clínica que sus valores y sentimientos, al igual que los de los pacientes, quedan marginados" (Lugo, E., "El morir humano: cambio en la relación médico paciente", en *Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe*, Bogotá, CENALBE, 1999, p. 283).

<sup>14</sup> Otrora se sostenía que el conocimiento de la enfermedad lo daba siempre el caso (Marañón, G., *Veinticinco años de labor. Historia y bibliografía del Profesor G. Marañón. Por sus discípulos*, Madrid, Espasa Calpe, 1935, p. 31); ahora habría que decir, que en la medida existan registros científicos que otorgan la certidumbre de la enfermedad con independencia del mismo *casus*.

<sup>15</sup> Con cuidado sarcasmo se refiere a ello Jonathan Swift cuando hace decir a Gulliver que "La seguridad en los pronósticos -rara vez fallan- es una de las destacadas características de esta corporación médica- Cuando una enfermedad real alcanza un cierto nivel de gravedad, emiten generalmente un pronóstico fatal; y siempre está en sus manos el que se cumpla; no así con la recuperación. Por consiguiente, si, una vez que han diagnosticado este pronóstico fatal, se producen indicios inesperados de mejoría, prefieren, mediante una dosis apropiada, probar su sagacidad, antes que pasar por unos falsos profetas" (Swift, J., *Los viajes de Gulliver*, Barcelona, Planeta, 1993, Cuarta Parte, Capítulo VI, p. 231).

<sup>16</sup> En alguna manera se ha considerado el problema en tanto que se reconoce el carácter constitutivamente social que cabe atribuirle a la relación médica y por el cual se dice que ella está condicionada desde fuera y desde dentro (*vide* Lain Entralgo, P., *La relación médico paciente*, Madrid, Alianza, 1983, ps. 457 y ss., al referirse al tema: "Consistencia social de la relación médica").

sometimiento de uno hacia otro, en realidad es efectuado en función de un logro ulterior que es participado por ambos, con independencia de cual pueda ser el móvil que a cada uno de ellos como tal orienta. Mal que pese, no estamos en el origen de una relación que pueda ser considerada generosa, es por el contrario interesada<sup>17</sup> y que en tristes supuestos, resulta egoísta sin más.

Y si bien es cierto que puede parecer un tanto extraña la conceptualización que del problema presentamos, tiene su misma explicación en el más obvio sentido común, con independencia de cuál sea el afecto personal y del crédito profesional que cualquier individuo posea respecto aun determinado médico. En verdad lo que no se puede soslayar, es la misma actitud humana frente a la enfermedad<sup>18</sup>.

Seguramente que deben ser excepcionales los hombres que aprecien encontrarse en una situación de enfermedad; si bien es posible que la persona se resigne finalmente ante tal perspectiva degradante de su misma naturaleza humana, ese hecho no modifica la génesis de la misma relación sanitaria, que entonces tiene un natural marco de rechazo, sin perjuicio de que pueda existir un mejor o peor estado psicológico, mediante el cual el enfermo mundaniza y socializa su propia posición frente a su padecimiento. Esto no quiere decir que ello luego no sea superado -propiamente por resignación y no por comprensión-, y se puedan lograr entre sus participantes, extraordinarios momentos de notable empatía. Generalmente en todos aquellos aspectos societarios, en donde la relación interpersonal se ve impuesta por un agente externo: dañino o perturbatorio, hace que la relación humana deba entonces desarrollarse dentro de un campo naturalmente hostil.

Precisamente la existencia de dicha situación inicial, que si bien no es beligerancia dispuesta en contra del profesional o de la relación que con el mismo se habrá de establecer, sino impuesta por la misma situación existencial de estar el hombre en "estado de enfermedad", es la que potencia en gran manera que se pueda afirmar, que la mencionada relación médico-enfermo es el encuentro de una confianza con una conciencia<sup>19</sup>.

Así también, es que pueden resultar los conflictos en cualquiera de los polos que la constituyen y por divergencias en cualquiera de las dos cualidades antes dichas, esto es: la conciencia o la confianza. Si es lo primero, la cuestión se resuelve en términos de afectación a la misma libertad de conciencia en cualquiera de ellos, y lo segundo, en función de la duda o certeza acerca de las propias cualidades profesionales y/o científicas del médico tratante. En rigor de verdad, es más fácil que como tal se conjugue la primera de las situaciones antes que la segunda, porque la afectación de la conciencia es un dato sin duda menos objetivo que la comprobable pérdida de credibilidad en la pericia del arte de curar<sup>20</sup>; pero a la vez, tiene una extensión a una serie de supuestos que al otro modo no alcanza.

Existe, en consecuencia, una innumerable cantidad de acciones, operaciones, daciones, omisiones que los médicos y pacientes recíprocamente realizan, y que en modo alguno afectan a la propia *ars* médica, pero que sin embargo, agravan por alguna razón a la propia conciencia de los intervinientes en la relación médica; al punto tal puede ello suceder, que imponen una ruptura o al menos fractura de la relación que entre ellos existe.

En este orden de consideraciones no se puede omitir merituar, que la noción de empatía, que resulta de trascendental valor para la relación médico paciente, pues precisamente no es una pura construcción externa que pueda ser fácilmente identificable desde lo empírico<sup>21</sup>, sino que

---

<sup>17</sup> Se ubicaría así, un tipo de relación cuasi-diádica impropia. Al respecto se puede consultar Laín Entralgo, p., *La relación médico-enfermo*, Madrid, Aguilar, 1983, ps. 241 y ss.

<sup>18</sup> A ello se debería agregar el no menor uso político ideológico que a lo largo de toda la historia de la humanidad se ha hecho de la misma circunstancia del *homo infermus*. Un excelente estudio de ello puede ser consultado en Sontag, S., *La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas*, Es. As., Taurus, 1996.

<sup>19</sup> Cfr. Herranz, G., "La concepción del ser humano como persona: Implicaciones éticas en biología y medicina", en *Problemas Contemporáneos en Bioética*, Santiago, Universidad Católica de Chile, 1990, p. 41.

<sup>20</sup> Vide entre otros Armenteros Chaparro, J., *Objeción de conciencia a los tratamientos médicos*, Madrid, Colex, 1997.

<sup>21</sup> Se ha podido por ejemplo estudiar empíricamente, que en la atención primaria de la salud, son las médicas quienes dedican más tiempo promedio que los médicos para conversar con sus pacientes sobre sus emociones, familia y trabajo; pero no está claro concluye el estudio, qué efecto ejerce este tipo de comunicación sobre la salud de los pacientes. "Tomado en conjunto, las diferencias reflejan un estilo de comunicación centrado en el paciente que

antes que ello, su naturaleza es de la más pura intangibilidad y son más los aspectos que hacen a la misma conciencia que a la confianza lo que a ella fortalece, y es quizás por esa misma razón que ella, la empatía, en el caso de ser auténtica y no mera impostación se hace más evidente en el proceso de muerte al cual el enfermo puede llegar a estar expuesto<sup>22</sup>. Es más proclive la naturaleza enferma, dejarse tutoriar por un médico en quien abunda la conciencia, aunque no se tenga una igual consideración de su propia capacidad en lo técnico profesional, y que laxamente dejamos identificado bajo la nota de confianza.

Para el hombre, estar enfermo con alguna gravedad, no es una cuestión que pueda ser asimilada a algún otro estado de su misma naturaleza, aun cuando ese tal pueda ser gravoso y delicado. Y por ello es que en último análisis, el enfermo en cuanto está en condiciones de elegir, lo hace efectuando una preferencia sobre la línea de los afectos o simplemente simpatías<sup>23</sup> con el médico, antes que la reconocida aunque excluyente capacidad técnica que pueda, como tal, dispensarse al especialista.

Hemos señalado ya, la verdadera contemporaneidad que tienen los temas vinculados con los derechos absolutamente naturales que asisten a todas aquellas personas que son sujetos de investigación. En rigor, hay que señalar que antes de Nuremberg, si la investigación era no-terapéutica o no-clínica se ejecutaba sin cumplir adecuadamente con la información al sujeto pasivo de una tal gestión, y por la cual lo que no existía allí, aunque el mismo sujeto brindara su "asentimiento" para dicho tratamiento, era un verdadero "consentimiento" al acto investigativo previamente informado.

A este respecto hay que señalar, y aunque pueda parecer un prurito de nuestra parte, que el paso del asentimiento al consentimiento es realmente copernicano en este capítulo de problemas. De cualquier manera, no se puede ocultar que ubicarnos frente a cualquiera de los cortes históricos que hemos propuesto de la relación sanitaria, no autoriza pensar que no sigan coexistiendo en algunos casos, incluso yuxtaponiéndose, aspectos nucleares de cada uno de ellos.

En una relación sanitaria fuertemente autoritaria, como habitualmente se cataloga a la de la antigua medicina griega, se advierten notables diferencias respecto al modo en que el médico se relacionaba con el enfermo, según cual fuera la categoría social del enfermo, y en virtud de ello en algunos casos se requería del mismo su asentimiento, y en otros casos se aspiraba a su consentimiento<sup>24</sup>. De la misma manera, que una relación contemporánea que pretende ser de una gran tolerancia y respeto recíproco de uno hacia otro y donde parece ser el criterio reinante aquel que dice de la igualdad entre los polos, en realidad ello no ocurre de tal modo porque existen una cantidad de actos médicos que son cumplidos sin consentimiento y con un mero asentimiento<sup>25</sup>, y que por diferentes razones son tolerados por las personas sujetas a actos médicos.

En orden a la distinción que ha sido adelantada, esto es del asentimiento al consentimiento, indicamos que dicho paso queda de alguna manera signado por el hecho de que, no basta ya con que el enfermo asuma un rol pasivo intelectivamente y por lo tanto con una nula reflexión crítica acerca de lo que le ha sido transmitido, y por ello sólo haciendo la afirmación a una propuesta que muy posiblemente no haya sido ponderada en su fuero íntimo; a esta otra actitud, que inaugura un momento activo y diligente de la conciencia crítica del enfermo, donde se reconoce él con capacidades intelectivas y afectivas, que le imponen evaluar y también ponderar

---

inspira reciprocidad y refleja, probablemente, un ambiente terapéutico más íntimo, de mayor participación, consuelo y compañerismo" (*Vide Journal of the American Medical Association* 2002; 288: 756- 764).

<sup>22</sup> En este marco bien se ha descrito una empatía intersubjetiva como un tipo de transferencia de una interioridad personal que cobra contacto con el sufrimiento de otra por vía de una aceptación de su corporeidad en cuanto vivencia significativa y su vulnerabilidad como un llamado a la disponibilidad solícita y desprendida para asistirle" (Lugo, E., "El morir humano: cambio en la relación médico paciente", en *Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe*, Bogotá, CENALBE, 1999, p. 289).

<sup>23</sup> Resultaría de interés asimilar en este tópico algunas de las conclusiones de los moralistas ingleses que atribuyen un alto valor a la nota de simpatía como movilizadora de las buenas relaciones interpersonales. *Vide* Smith, A., *Teoría de los sentimientos morales*, México, F. C. E., 1979.

<sup>24</sup> Con interés puede ser reconocido ello en Gracia, D., "Historia de la ética médica", en *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica: Civil y Penal*, Es. As., La Ley, 2002, ps. 265 y ss.

<sup>25</sup> Ellos luego serán considerados como casos de paternalismo fiduciario implícito.

las propuestas que el médico le proporciona y obrar en consecuencia a su misma realización o proyecto de vida.

Como es obvio cabe destacar, y para aquellos períodos históricos donde *prima facie* el "asentimiento" resultaba desde ya suficiente, que si la investigación era terapéutica y por lo tanto vinculada con la clínica médica, la mencionada exigencia se tenía por realizada y el mencionado extremo cumplido, porque se brindaba el mismo en el marco de una relación clínica que se diera en nombrar como "paternalista", o en su grado máximo de gravedad como "autoritaria".

Como se puede advertir entonces, lejos de mostrar el paternalismo médico un ideario común entre el facultativo y el asistido, al menos inicialmente sugiere una manera bastante diferente de establecer dicha comunicación.

## II. SOBRE EL PATERNALISMO MÉDICO

Una primera aproximación al tema en consideración nos impone de una conceptualización del tópic, para ello recordamos el autorizado *Oxford English Dictionary* quien dice de la voz: "el principio y práctica de la administración paternal; el gobierno del padre; la pretensión o intento de atender a las necesidades o de regular la vida de una nación o colectividad del modo en que un padre lo hace con sus hijos"<sup>26</sup>.

De todas maneras no se puede dejar de considerar, que existen diferentes grados dentro del ejercicio paternal que los médicos pueden brindar a sus enfermos; y en orden a ello, es que habrá algún tipo de paternalismo que expresa o implícitamente resulte aceptado. Así se ubica el llamado "paternalismo fiduciario", que por un lado puede ser explícito y que se conforma cuando deliberadamente es el paciente quien lo solicita al médico, para que directamente sea él quien decida lo referente a su enfermedad<sup>27</sup>. El restante, paternalismo fiduciario implícito, se trata de un cierto grupo de intervenciones o decisiones que están implícitamente transferidas a que el médico las habrá de tomar por el paciente, y que son ellas toleradas por integrar parte de lo que habitualmente toda persona prudente y racional autorizaría también. Finalmente el paternalismo fuerte o duro sostiene que en ciertas circunstancias el médico puede hacer caso omiso del rechazo de un individuo competente, con vistas a conseguir lo que más le conviene al mismo<sup>28</sup>.

En primer lugar debemos considerar, que el mencionado el modo autoritario de relacionarse médicos con enfermos, cubrió una extensa franja histórica, la que sin duda que se puede ubicar desde la misma antigüedad hasta relativamente poco tiempo, lo cual, si bien es cierto que ello por sí solo no es garantía de calidad o gestión exitosa, en realidad lo que no puede acontecer es ignorar que una presencia tan fuertemente sostenida en el tiempo, sea también un mero fruto del azar o de la casualidad.

---

<sup>26</sup>Se anota también del mismo término "El que es paternal, o sea se comporta como si fuese padre, sin dejar a los demás opción para las decisiones" (Merani, A., *Diccionario de psicología*, Barcelona, Grijalbo, 1977, p. 116); también T. Beauchamp -L. McCullough dicen que paternalismo es: "1) la limitación intencionada de la autonomía de una persona por parte de otra, 2) cuando la persona que limita la autonomía apela exclusivamente a motivos de beneficencia hacia la persona cuya autonomía está limitada" (*Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos*, Barcelona, Labor, 1987, p. 98).

Las raíces filosóficas antipaternalistas pueden ser rastreadas en la filosofía utilitarista, particularmente en la de J. S. Mill, quien autoriza que sólo es permitida la interferencia en las opciones y acciones autónomas de la persona cuando de ellas se sigue un daño a otros y no cuando se trata de un daño autoinfringido (*vide Sobre la libertad*, Madrid, Alianza, 1981); para la escuela en general Farré, L., *Los utilitaristas*, Bs. As., Futuro, 1945, *passim*).

<sup>27</sup> En dicho marco no se puede dejar de marcar, como atinadamente se ha hecho, que esa suerte de "derecho a no saber" no puede ser absoluto, por implicar un proceder así una actitud desatinada, tanto de quien la requiere como de quien así la cumple. Se afirma que "En muchos casos el deseo de 'no saber' evidencia una actitud irresponsable ante el compromiso que todo hombre tiene frente a la humanidad y por ello estas limitaciones 'al derecho a no saber' están plenamente justificadas cuando la ignorancia o la mala comprensión de los alcances de la enfermedad, pongan en peligro al propio sujeto o estén en juego derechos de terceros o intereses superiores de la sociedad" (Bertoldi de Fourcade, M., "Los derechos del paciente", en *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica: Civil y Penal*, Bs. As., La Ley, 2002, p. 184).

<sup>28</sup> *Vide Engelhardt, T. H., Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, Paidós, 1995, p8. 352 y 88

Precisamente corresponde ubicarse en la génesis de la misma relación, para de esa manera poder comprender un tanto mejor el sesgo dominante que en ella, el médico como tal posee, lo cual en realidad no se explica, sino a partir de que para la misma filosofía jónica todo suceso natural es de alguna forma una compensación de la naturaleza, y eso mismo será lo que habrá de efectuar la medicina. Ella indemnizará o reparará alguna afectación de la naturaleza enferma y con ello se volverá a colocar al mencionado organismo en el estado de equilibrio, normalidad o sanidad en el cual antes se encontraba<sup>29</sup>. Siendo el médico un colaborador de la misma naturaleza, en realidad poco y nada puede importar cual sea el criterio u opinión del enfermo, es el médico quien conoce dicho orden y al mismo ajusta su actuación.

Con ello es que venimos a afirmar, y quizás en alguna soledad con la literatura existente a dicho respecto, que el cambio de modelo, esto es, el paso de una relación paternalista, autoritaria o de beneficencia, a otro de coordinación, autonomía de concordancia, no debe ser visto como una intrínseca mejora -aunque en realidad pueda que lo sea-, sino en verdad sólo como un cambio de paradigma<sup>30</sup> en la realización de dicha relación médico-paciente, y que nada dice acerca de su bondad o mejora sobre la anterior construcción que a dicho respecto como tal existía. En todo caso lo que sí indica, es el triunfo de una cosmovisión -mucho más que médica, esto es auténticamente totalizadora de las aristas que comprometen el ser del hombre en un estar enfermo- de cómo comprender el mundo, el hombre y también lo trascendente.

Nos parece importante marcar la puntualización que hemos efectuado, puesto que existe una tendencia -en nuestro parecer equivocada- en la comunidad doctrinaria a tal respecto, que sostiene que los cambios en la relación médico paciente han sido provocados desde la misma praxis profesional médica. En realidad no es desde ella donde se produce la génesis, sino de la misma comprensión que del mundo, sin más, hace la filosofía moderna<sup>31</sup>, que como tal ha generado una inevitable "matriz disciplinaria", que en el orden de la moral sostenía con suficiente firmeza la separación entre derecho y moral, y para lo primero cargaba sus tintas en los aspectos rigurosamente autónomos que al individuo le corresponden y, por lógica consecuencia, no podían ser evitados de ser tales conclusiones transferidas a la ciencia médica. De allí entonces, que el mencionado tránsito del paternalismo al autonomismo, se comienza como tal a propagar una vez hechas las raíces filosóficas del sistema filosófico inaugurado por Kant; huelga recordar que el principio fundamental de la ética kantiana es el de la autonomía de la razón práctica<sup>32</sup>.

---

<sup>29</sup> Cfr. Jaeger, W., *Paideia: los ideales de la cultura griega*, México, F. C. E., 1962, p. 786.

<sup>30</sup> Se comprende por paradigma "toda la constelación de creencias, valores, técnicas, etc. que comparten los miembros de una comunidad dada [...] Un paradigma es lo que comparten los miembros de una comunidad científica y, a la inversa una comunidad científica consiste en unas personas que comparten un paradigma" (Kuhn, T., *La estructura de las revoluciones científicas*, México, F. C. E., 1985, ps. 269 y ss.).

<sup>31</sup> La filosofía moderna se dice corrientemente que empieza con Descartes (1596-1650) lo cual es pura convención; porque en realidad la filosofía moderna ya estaba naciendo en el Renacimiento, pues los siglos XV y XVI son reaccionarios a la escolástica y allí la cuota de modernidad propia. La modernidad se visualiza en el plano científico por la verdadera revolución astronómica efectuada por Copérnico, Kepler y Galileo. En el plano teológico acontece la reforma de Lutero y Calvino; como que en el plano filosófico ocurre un movimiento de renacentismos de líneas de pensamiento: platonismo, aristotelismo, estoicismo, escepticismo. Además de las nuevas perspectivas en lógica (pedro Ramus), en filosofía política (Maquiavelo) o en filosofía del derecho (Grocio) (cfr. Verneaux, R., *Historia de la filosofía moderna*; Barcelona, Herder, 1973, t. X, ps. 11-15).

En el ámbito de la medicina no se puede dejar de señalar, la profunda revolución que significó -sobre la labor anterior de Leonardo da Vinci- la anatomía de Andrés Vesalio (1514-1564), los descubrimientos vinculados con la circulación menor de Miguel de Servetto (1509-1553) y los de circulación mayor por William Harvey (*vide* Papp, D. -Agüero, A., *Breve historia de la Inedicina*, Bs. As., Claridad, 1994, ps. 119 y ss.; Babini, J., *Historia de la medicina*, Barcelona, Gedisa, 2000, ps. 83 y ss.).

<sup>32</sup> El siguiente párrafo resulta elocuente, y si bien puede ser insuficiente para la comprensión plena del concepto de autonomía y el reino de los fines en Kant, al menos es una valiosa aproximación. Así: "Con ello, la voluntad unitaria no sólo se propone fines concretos. Se da sobre todo una ley. No sólo se da la autodeterminación como un fin entre otros, sino que la autodeterminación es ley universal, fin universal. La forma en que se auto determina la voluntad depende de una ley racional. Esa autodeterminación por la vía de la ley universal y racional es lo que Kant llama autonomía. Podemos imaginar una autodeterminación por el capricho, por los fines concretos que tengo al alcance de la mano. Pero por la idea del deber me autodetermino desde una ley racional. Esto es: yo me doy una ley a mí mismo. Esta forma de autodeterminación mediante la ley universal es la autonomía. La autonomía es esa autodeterminación

A la luz de lo dicho es que debe verse una franja temporal que se inicia con Hipócrates y que recién en las últimas décadas del Siglo XX se advierte que se encuentra en un proceso de regresión y superación. De cualquier manera, y a fines de ser coherentes con lo sostenido a propósito del cambio de paradigma, se debe reconocer que la consolidación de un nuevo paradigma no lleva menos de un siglo, por lo cual será el Siglo XXI quien finalmente tendrá la delicada tarea de legitimar -o no- el nuevo modelo de relación médico paciente, que por ahora en rigor, sólo tenemos un fuerte indicio de que así habrá de ser.

Lo cierto es que en la antigüedad se afirmaba que el buen médico, era aquel semejante a un padre solícito que como tal, quiere lo mejor para su hijo -o enfermo- y decide así cumplirlo según su propio parecer y no el de su hijo -o enfermo-.

Paralelo a ello, el buen enfermo es como el hijo dócil, quien con obediencia y resignación indiscutida cumple con el mandato del padre o en el caso, del médico<sup>33</sup>. La relación que se establece del médico hacia el enfermo se nombra habitualmente como beneficiante o paternalista<sup>34</sup>, porque es el médico quien en virtud de la premisa del mayor beneficio para el enfermo, busca el máximo bien para el mismo, aun cuando a veces ello pueda entrar en conflicto con la misma voluntad del enfermo y por lo tanto prescindiendo y sin respeto alguno a las propias decisiones que el paciente por sí mismo propugne.

Quizá también, acaso se pueda nombrar a dicha relación, no como ha sido indicado de "paternalismo médico", sino como proponemos ahora de "iluminismo médico". Para sostener dicha conceptualización decimos que si el objetivo del médico no es otro que no sea el de mayor beneficio al enfermo, pues el título para poder tener dicho ejercicio sobre el mismo, incluso en algunos casos en contra de la propia voluntad del enfermo, no es sino la suposición de su conocimiento en la ciencia y pericia médica que se le reconoce atributivamente *in pectore* al profesional, y por la cual se le dispensa el privilegio de ordenar de ese modo la misma relación sanitaria.

Sin duda alguna que bajo la óptica desde la cual está siendo considerado el tópico, aparece casi en manera irrefutable, que el hecho de requerir el médico algún tipo de consentimiento informado por el paciente, habiendo previamente esclarecido al mismo de la cuestión en debate, podía llegar a entrar en conflicto con la visión que como ápice promocionaba la misma relación sanitaria a rajatablas, como era la de sin más de curar al enfermo.

Desde dicho ideario operacional, cabría la firme posibilidad que el paciente se opusiera a una determinada terapéutica y con ello fracasara el objetivo aspirado de esa relación como era, insistimos, volver al estado de salud al enfermo. Ante tal duda y que como tal, complotaba fuertemente con la misma plenitud de la profesión médica, es que se compone la tesis de que el médico debe presumir que la enfermedad no sólo lo afecta orgánicamente al sujeto, sino que también lo convierte -con independencia de cual sea ella- en un impedido o incompetente moral para poder tomar decisiones en torno a su salud, por lo cual es el médico quien se arroga en modo exclusivo dicha facultad.

De cualquier manera no se puede desconocer, que aun dentro de la más pura génesis histórica del paternalismo médico, la supuesta anulación al discernimiento del enfermo por parte del médico no ha sido tan emblemática como se presenta en modo generalizado<sup>35</sup>. Ello se

---

concreta que es autolegislación" (Villacañas, J., "Kant", en *Historia de la Ética*, Barcelona, Crítica, 1999, t. II, p. 341).

<sup>33</sup> Propiamente según lo señala Childress, se trataría propiamente de un tipo de paternalismo débil y que se basa en la capacidad comprometida que existiría en el paciente, o sea que requiere el mismo de una incompetencia o un obstáculo disfuncional. "El paternalismo débil en medicina es la postura que mantiene que en los casos en los que la capacidad de una persona de tomar decisiones autónomas se encuentre básicamente disminuida respecto a la decisión médica en cuestión, está justificado dejar de lado las elecciones y deseos expresados por el paciente" (Beauchamp, T. -McCullough, L., *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos*, Barcelona, Labor, 1987, p. 107).

<sup>34</sup> "El modelo paternalista presenta al médico como un custodio inspirado en la virtud de la benevolencia y regulado por el principio de beneficencia, pero con énfasis en su criterio clínico-terapéutico. Al paciente se le respeta su autonomía en un sentido limitado en cuanto se procura su aceptación o rechazo de la terapia" (Lugo, E., "El morir humano: cambio en la relación médico paciente", en *Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe*, Bogotá, CENALBE, 1999, p. 285).

<sup>35</sup> De todas maneras es nuestra tesis contradicha por la no menor autoridad de D. Gracia quien sostiene a igual respecto que: "El médico culto y educado, pues, no renuncia al uso de la palabra. Pero sería un error pensar que

explica si se tiene a la vista que existían tres maneras diferentes en que se cumplía la medicina, puesto que existía una medicina tiránica o pragmática, otra resolutive u ortodoxa y finalmente la que se conocía como pedagógica. Y a la vez, existían los médicos de hombres libres y los otros, médicos de esclavos<sup>36</sup>.

La primera especie de medicina era la cumplida por los médicos de esclavos y ella, tal como se puede presumir, importaba tratar los esclavos como lo que eran: esclavos. En función de ello, no correspondía otorgar explicación alguna acerca de la enfermedad, y como tal, prescribían dichos médicos aquello que la rutina aconseja. La terapéutica entonces se orienta sobre una construcción sólo empírica, y por lo tanto, la comunicación verbal del médico al enfermo es prácticamente nula.

El nombrado eje vertical de vinculación entre médico y paciente: paternalista, autoritario o benéfico, signó sin duda alguna, la medicina occidental durante los pasados veinticinco siglos. No resultaba ajeno entonces, que la investigación terapéutica no estuviera sujeta a consentimiento informado alguno, aunque en realidad se puede apuntar la existencia de algunos rasgos primitivos de ello<sup>37</sup>, sin perjuicio de que se ha visto en tal realización una mera gestión argumentativa persuasiva que el médico realizaba sobre el paciente, a los fines de que éste coloque mejor disposición para la terapéutica<sup>38</sup>.

En verdad no nos debe extrañar dicho aspecto, y en modo alguno colocarlo como una categoría defectuosa, puesto que el poder persuasivo y de alguna manera de curación que la palabra<sup>39</sup> del médico ejerce sobre el enfermo, sigue siendo notable y exitoso<sup>40</sup>. Aun asumiendo el riesgo de ser vistos un tanto psicólogos en el tema<sup>41</sup>, estimamos que la introspección de la

---

cumple con los requisitos del consentimiento informado, y ello, cuando menos, por dos motivos. Primero, porque nunca deja decidir al paciente o a los familiares en contra de su propio criterio. Y segundo, porque considera lícito manipular la información para el logro de sus propósitos" ("Bioética clínica", en *Ética y Vida. Estudios de Bioética*, Bogotá, El Buho, 1998, p. 105; suscribe la tesis con un pasaje de Platón en *El Político*, 296b-c).

<sup>36</sup> "¿Y acaso no te das cuenta de que, siendo en una parte libres y en otra parte esclavos los enfermos de las ciudades, a los esclavos los tratan en la generalidad de los casos los médicos esclavos, ya corriendo de un lado para otro, ya permaneciendo en sus consultas, y que ninguno de tales médicos da ni admite la menor explicación sobre enfermedad alguna de ninguno de esos esclavos, sino que prescribe lo que le parece según su práctica, como quien está perfectamente al tanto y con la ufanía de un tirano, y salta de allí en busca de otro esclavo enfermo, aligerando de ese modo a su dueño en el cuidado de los pacientes? ¿No observas, por otra parte, que el médico libre atiende y examina mayormente las enfermedades de los hombres libres e, investigándolas desde su principio y por sus fundamentos naturales, y conferenciando con el propio doliente y con sus amigos, aprende él por sí algo de los enfermos por un lado, y por otro instruye en la medida de su capacidad al enfermo mismo, sin prescribir nada hasta haberle convencido; y que sólo entonces, teniéndolo ya ablandado por la persuasión, trata de consumir su obra restituyéndole ala saludar (Platón, *Las Leyes*, 720c, lo que hemos puesto en cursiva nos pertenece).

<sup>37</sup> "Es fundamental, en mi opinión, que el que habla de este arte diga cosas inteligibles para los profanos, ya que no le compete ni investigar ni hablar de algo distinto a las dolencias que ellos mismos padecen y sufren. Ciertamente que a ellos, por ser profanos, no les resulta fácil comprender sus propias enfermedades, cómo se producen y cesan y por qué causas crecen o disminuyen; pero si es otro el que lo ha descubierto y se lo explica, le es comprensible porque cada uno, al escuchar, no tiene más que recordar lo que le sucede así mismo. Y si se falla en hacerse comprender por los profanos, y no se les pone en tal disposición, se está fuera de la realidad. De ahí que no haga falta para nada un postulado" (Hipócrates, "Sobre la medicina antigua", en *Tratados Hipocráticos*, Madrid, Gredos, 1990, t. I, p. 139).

<sup>38</sup> Ello no implica de todas formas negar la real conexión estructural que existía entre la medicina hipocrática y el arte retórico, al respecto se puede consultar: Platón, *Gorgias* 464b, 465a, 501a; *Fedro* 270a-d.

<sup>39</sup> Dice H. G. Gadamer de ella: "La palabra misma se 'sostiene'. A pesar de que fue dicha una sola vez, está permanentemente ahí, como mensaje de salvación, como bendición o como maldición, como plegaria -o también como prohibición o como ley y sentencia o como la leyenda de los poetas o el principio de los filósofos-." (*Arte y verdad de la palabra*, Barcelona, Paidós, 1998, p.16).

<sup>40</sup> Relata con la autoridad que lo caracterizó a Laín Entralgo: "Los textos hipocráticos de carácter psicoterapéutico apuntan a fines excesivamente generales, inespecíficos: ganar la confianza del enfermo y mantener en buen nivel el tono de su ánimo [...] Platón elaboró toda una genial doctrina acerca de la acción psíquica y somática de la palabra, por tanto, acerca de la psicoterapia verbal [...] La adición de un *quartum genus* al cuerpo de la Retórica de Aristóteles no parece ser ocurrencia gratuita e infundada. En la obra de Aristóteles, el poder de la palabra es, ante todo, persuasión, pero no sólo persuasión. Ese poder recibe el nombre de catarsis" (*La curación por la palabra en la antigüedad clásica*, Madrid, Revista de Occidente, 1958, ps. 232 y 259 respectivamente).

<sup>41</sup> Se ha dicho a tal respecto que "Todas las teorías que atribuyen las enfermedades a los estados de ánimo y su cura a la mera fuerza de voluntad son síntomas de lo poco que se conoce del terreno físico de la patología. Por otra parte, nuestra época tiene predilección por las explicaciones psicológicas, de las enfermedades o de cualquier otra cosa [...] La explicación psicológica mina la realidad de una enfermedad [...] Gran parte de la popularidad y de la fuerza

futura mejora en el enfermo, implica actualmente una mejoría; por ello, no parece legítima la crítica al género terapéutico o curativo como cuarto género retórico y que como tal, es próximo al clásicamente conocido, como deliberativo<sup>42</sup>. Es por el contrario, el apelativo al logos un gesto que ennoblece al mismo ejercicio profesional y deviene en un dato de claro reconocimiento y respeto al prójimo<sup>43</sup>.

Así también, la investigación no-terapéutica, si bien merecía informe para el sujeto investigado, no era cumplido ello en forma completa, y por lo cual la respuesta que se brindaba resultaba ser meramente la de un simple asentimiento a lo dicho por el médico, y que en el caso era además parcial en la explicitación de la misma terapéutica o experimentación a ser realizada. Y si bien es cierto que no es exactamente lo mismo, la ausencia de "consentimiento informado" que se daba para la investigación terapéutica, con el "asentimiento desinformado" que se brindaba para la investigación no-terapéutica, los defectos de ambos modelos se encuentran en la misma raíz y por lo tanto son comunes.

No puede existir hoy -y ello es rigurosamente un mérito post-Nuremberg- una relación sanitaria, clínica o investigativa, que no se encuentre presidida por el consentimiento informado, y si bien es cierto que no se puede dejar de apuntar, que desde la formulación en 1947 en el primer artículo de aquél código hasta nuestros días, ha existido un notable proceso de ensanchamiento de la misma idea y que si bien es posible, que ello se torne de futuro tan pernicioso por lo extremo, como la tesis anterior opuesta e igualmente extrema, aunque por defecto. Mas lo cierto es que no se concibe hoy, una relación sanitaria sobre otro sustento que no sea el del consentimiento informado.

La exigencia de dicho consentimiento informado, es la primera y fundamental muestra de que se reconoce al otro, no sólo como un sujeto autónomo para tomar decisiones por sí mismo, sino antes de ello, como persona con una dignidad como cualidad trascendente, y dotada de libertad como cualidad natural<sup>44</sup>.

### III. SOBRE EL AUTONOMISMO MÉDICO

En una primera conceptualización se puede apuntar, que se entiende por autonomía aquel derecho que las personas mayores y con capacidades civiles suficientes tienen para tomar por sí mismos, decisiones sustantivas o procedimentales libre y racionalmente, y que pueden llevar a ser definitorias para sus propias vidas, no habiendo en ellas -ni en la definición conceptual o realización operativa- interferencias restrictivas de terceros<sup>45</sup>. Tal como se podrá indicar *infra*, son varias las clasificaciones que se han realizado a dicho tema, por ello sólo marcaremos ahora un doble criterio, a partir del cual se puede reconocer la noción.

Así es como se suele utilizar el conocido "criterio de evidencia", el que supone que la autonomía impone tener que respetar las decisiones que los individuos puedan tomar, incluso cuando parece que ellas no satisfacen sus mejores intereses; mas como es la misma persona, quien mejor conoce sus propios intereses antes que cualquier otra, es que corresponde así atenderlos. Por otro costado se promueve un "criterio de integridad", el que vendría a superar

---

persuasiva de la psicología provienen de que sea una forma sublimada de espiritualismo: una forma laica y ostensiblemente científica de afirmar la primacía del espíritu sobre la materia" (Sontag, S., *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*, Bs. As., Taurus, 1996, p. 59).

<sup>42</sup> Vide Andruet, A., *Teoría general de la argumentación forense*, Córdoba, Alveroni Ediciones, 2001, ps. 49 y ss.

<sup>43</sup> Cfr. Jaspers, K., *La práctica médica en la era tecnológica*, Barcelona, Gedisa, 1988, ps. 113 y ss.

<sup>44</sup> De cualquier manera no puede dejar de apuntarse que esta nueva manera de comprender la relación sanitaria, presupone atento a que el paciente puede legítimamente oponerse a una terapia determinada, dejar entrever la aceptación a cierta disponibilidad de la vida misma y que como cuestión, en el modelo de la beneficencia resultaba claramente excluida (cfr. Corcoy Bidasolo, M., "Libertad de terapia versus consentimiento", en *Bioética, derecho y sociedad*, Madrid, Trotta, 1998, p. 110).

<sup>45</sup> Vide Costa, M., "El concepto de autonomía en la ética médica: Problemas de fundamentación y aplicación", en *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, Revista N° 1 (1996), Segundo Semestre, Bs. As., Flacso, 1996, ps. 89-116. "El modelo autonomista o contractual presenta al médico como un experto técnico inspirado en la virtud del respeto a la autonomía del paciente con lo cual se regula por el principio de la beneficencia, pero con énfasis en las preferencias del paciente las cuales no se someten a crítica" (Lugo, E., "El morir humano: cambio en la relación médico paciente", en *Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe*, Bogotá, CENALBE, 1999, p. 285).

ciertas debilidades del anterior que como tal enfatiza el bienestar del agente; acorde a dicha idea, "el valor de la autonomía deriva de la capacidad que protege: la capacidad para expresar el carácter personal en la vida que uno lleva, esto es, valores, compromisos, convicciones e intereses tanto críticos como de experiencia. El reconocimiento de un derecho individual de autonomía hace posible la autocreación"<sup>46</sup>.

Fuera de cualquier duda se encuentra la profunda vinculación que tiene el tema de la autonomía de la persona sin más, con el núcleo de la filosofía en general empirista y utilitaria, la cual presupone que el rasgo de un sujeto autónomo, es precisamente el poder discernir desde sí mismo qué conducta o camino seguir en una situación concreta. De allí también que la necesidad de la autoconciencia<sup>47</sup> sea, pues, una característica esencialmente distintiva y éticamente relevante de la persona para estas doctrinas en general.

Resulta a tenor de lo dicho, como inevitable la asociación que corresponde realizar entre sujeto autónomo y posesión de racionalidad, o si se prefiere con capacidad de comprensión. Por ello también, que aquel que no puede comprender un acto no puede tomar decisiones, y quien no está en condiciones de tomar decisiones autónomas, en definitiva está privado del ejercicio de un atributo básico de la misma naturaleza humana<sup>48</sup>. Es obvio, que una percepción antropológica de tal cuño, impide con lógica coherencia toda aquella otra indagación práctica, que de alguna manera pueda afectar más o menos seriamente dicho marco o exigencia de la autonomía.

Así las cosas, no se debe olvidar que las construcciones de modelos autónomos, de tanta entidad por otra parte en la actualidad, no es una mera cuestión de selección excluyente que en el ámbito de la relación sanitaria se pueda haber optado, sino que tiene un evidente sesgo desde la misma ideología filosófica, que nutre en sus raíces a un paradigma determinado de bioética, y que en el caso concreto es en el cual se desenvuelve dicho principio de autonomía; sin más el de la bioética anglosajona<sup>49</sup>.

El reconocimiento a la capacidad autónoma de la persona humana, es lo mismo que mostrar el respeto que una determinada comunidad o individualidad, tiene acerca de la misma personalidad moral del otro implicado frente a éste. En función de ello no se puede ocultar que vendrá por añadidura, que el respeto a la autonomía de la persona es también el respeto que se le brinda al cuadro de creencias y valores que en el propio sujeto existan<sup>50</sup>; puesto que de ello se trata: del respeto inmediato a la moral del sujeto, sin perjuicio que pueda haber con ulterioridad a ello, una reflexión crítica acerca de la misma ética que proclama, como de su ulterior análisis como metaética<sup>51</sup>.

---

<sup>46</sup> Dworkin, R., *El dominio de la vida*, Barcelona, Ariel 1994, p. 293; quien sigue diciendo "Permite a cada uno de nosotros hacernos responsables para conformar nuestras vidas de acuerdo a nuestra propia personalidad, coherente o incoherente, pero, en cualquier caso distintiva". Agregamos nosotros que la caracterización del llamado proyecto de vida personal, no puede estar mejor caracterizado.

<sup>47</sup> La "autoconciencia", en este marco especulativo es lo que permite al sujeto ser consciente de interactuar física, social y mentalmente con otros iguales.

<sup>48</sup> Recuerda John Locke lo siguiente: "Siendo esas las premisas en la investigación acerca de lo que constituye la identidad personal, debemos ahora considerar qué significa ser persona. Y es, me parece, un ser pensante inteligente dotado de razón y reflexión, y que puede considerarse a sí mismo como el mismo, como una misma cosa pensante en diferentes tiempos y lugares; lo que tan sólo hace en virtud de su tener conciencia, que es algo inseparable del pensamiento y que, me parece, le es esencial, ya que es imposible que alguien perciba sin percibir que percibe" (*Ensayo sobre el entendimiento humano*, Bogotá, F.C.E., 2000, pág. 318, L. II, Cap. XXVIII, párrafo 9).

<sup>49</sup> En definitiva se podría decir, que la única manera de salir del atrapante entramado del autonomismo de la persona en el sanitarismo, es a la vez poder optar otro campo de ensayo de la bioética que no sea el anglosajón; puesto que dentro de ella, pensar en disociar o resquebrajar al mismo es cometer una *contradictio in absurdo*.

<sup>50</sup> "Los médicos han de facilitar la autodeterminación del paciente, dándole toda la información necesaria, y deben respetar su autonomía con la discreción, confidencialidad y fidelidad necesaria. La ética de la relación médico-paciente se basa en el respeto a los derechos humanos, que reclama el carácter soberano de toda persona y los límites en que las demás pueden legítimamente entrometerse" (Boladeras Cucurella, M., *Bioética*, Madrid, Síntesis, 1999, p. 224).

<sup>51</sup> Se puede decir de esta última que es la reflexión que no se refiere directamente al objeto de la ética sino a la estructura de la propia reflexión, así como a la manera como la ética habla de su objeto. Esta reflexión, crítica en su intencionalidad, que analiza el discurso ético en lo relativo a sus pretensiones y a sus límites, es metaética en sentido propio" (Pieper, A., *Ética y moral*, Barcelona, Crítica, 1991, p. 69).

Por esa misma razón también hay que señalar que las verdaderas dificultades que se advierten en la práctica médica en función del llamado respeto al autonomismo del paciente, se producen cuando aparecen situaciones conflictivas en cada uno de los proyectos de vida<sup>52</sup> que como tal, médico y enfermo tienen asumidos, y que en la mayoría de los casos no son sino manifestaciones de la misma moralidad de cada uno de los intervinientes en la mencionada relación clínica.

Si acaso se pudiera pensar en una realización historiográfica de una comunidad unidimensional en orden a proyecciones morales<sup>53</sup>, sin dudarlo se podría afirmar también, que el conflicto del binomio autonomía-beneficencia que aparece con frecuencia, en rigor no existiría<sup>54</sup>. Mas como dicho proyecto moral único y universal aparece claramente inexistente y felizmente, también inviable, es que la realidad histórica de los hombres seguirá atravesando la lucha en perpetuo conflicto de la mencionada pareja; de allí que la educación en valores propios y ajenos, como en una práctica efectiva y sincera de la tolerancia cívica<sup>55</sup>, serán los pocos y valiosos instrumentos que habrán de poder asegurar, de futuro, un desarrollo progresivo de las personas y comunitario de las naciones.

A ello a la vez hay que agregarle, que en no pocas ocasiones los problemas del constructivismo moral de cada uno de los polos implicados en la relación, no se encuentran suficientemente explicitados y que son pulsiones profundas y quizá también conscientemente ocultas para los propios intervinientes, las que de alguna manera se ven disparadas frente a situaciones específicas, que en el marco de la relación sanitaria se dan cita.

Particularmente ello acontece, cuando se genera la que se ha dado en nombrar como un dilema<sup>56</sup> ético, en el cual por la tanto, se reconoce *prima facie* que cualquiera sea la solución que al respecto se tome, habrá de ser desde alguna perspectiva moral, afectatoria o agresiva a otra opuesta<sup>57</sup>.

Quien resuelve privilegiando la autonomía del paciente, seguramente que impone para quien la analiza al problema -y por ello ala solución- desde una mirada paternalista, que ese camino no ha sido en modo alguno acertado. Resulta así que quien deba intervenir en resolución

---

<sup>52</sup> En cuyo ideario se agolpan la totalidad de cosmovisiones que el hombre mismo posee de su propio yo, del mundo y de lo trascendente. En este orden no se puede obviar una reflexión atinada de Carlos Nino, que a la hora de establecer los llamados principios sustantivos que se derivan a su vez, de la práctica de un discurso moral, son los que establecen un conjunto de derechos fundamentales. "Uno de ellos es el principio de autonomía de la persona, que se opone al perfeccionismo y que establece que es valioso que cada uno se conduzca de acuerdo con ideales de excelencia humana y con planes de vida coherentes consistentes con éstos, que elija sin interferencias ajenas; dicho principio sirve para determinar los que son las precondiciones para elegir y materializar planes de vida. Un segundo principio es el de la inviolabilidad de la persona [...] Un tercer principio es el de la dignidad de la persona, que se opone a variedades normativas del determinismo, permitiendo, por el contrario, que el consentimiento de las personas se tome como antecedente válido de la reducción de su propia autonomía y haciendo posible de ese modo el manejo dinámico de los derechos" (*Derecho, moral y política*, Barcelona, Ariel, 1994, p. 171).

<sup>53</sup> Puesto que en realidad la otra manera de concretar ella y que fuera denunciada por Herbert Marcuse a finales de la década del sesenta, a la misma sociedad industrial avanzada como sociedad de la abundancia o de consumo, resultó claramente infecunda a tenor de los resultados que hoy, cincuenta años después, advertimos. En línea a dichos aspectos y la evidente diversidad de proyectos vitales existentes, y los obvios conflictos éticos que de allí se derivan, puede considerarse el provocativo libro de Warnock, M., *Guía ética para personas inteligentes*, Madrid, Turner-Fondo de Cultura Económica, 2002.

<sup>54</sup> Se ha apuntado a dicho respecto que "Cuanto más extraños sean médicos y enfermos a las valoraciones y objetivos del otro, más necesidad habrá de configurar normas explícitas que rijan el consentimiento libre e informado, y que éste abarque en detalle todos los aspectos del tratamiento. Cuanto más coincidan médicos y pacientes en sus criterios sobre las metas de la asistencia sanitaria en particular, y de la vida: en general, menos necesidad habrá de revelaciones muy elaboradas, aunque algún tipo de revelación siempre será necesario" (Engelhardt, T. H., *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, Paidós, 1995, p. 310).

<sup>55</sup> Vide Cortina, A., *El quehacer ético. Guía para la educación moral*, Madrid, Santillana, 1999; *Ética de la sociedad civil*, Madrid, Anaya, 1994; Marina, J., *Ética para naufragos*, Barcelona, Anagrama, 1995; Martínez, M. -Puig, J., *Educación moral y democracia*, Barcelona, Leartes, 1989.

<sup>56</sup> "El dilema es un silogismo compuesto, que enuncia en la premisa mayor una proposición disyuntiva perfecta; en la menor se toma cualquiera de las dos, de modo que cualquier parte de ella que fuere afirmada, siempre se deduce la misma conclusión". Es clásico el dilema de Tertuliano contra el Emperador Trajano: "Los cristianos son criminales o inocentes. Si criminales, tu decreto es injusto porque prohíbes las investigaciones. Si inocentes, tu decreto es injusto porque los retienes encarcelados" (Dann Obregón, E., *Lógica*, Santa Fe, Castellví, 1947, p. 250).

<sup>57</sup> Vide Macklin, R., *Dilemas*, Bs. As., Atlántida, 1987.

de conflictos dilemáticos éticos, deberá tener una particular manera de aprehenderlos y de discernirlos, no privilegiando sólo sus propias perspectivas, sino haciendo un miramiento a la totalidad del contexto en el cual se instala la discusión, lo cual, como podremos indicar *infra*, presupone un horizonte donde la hermenéutica se encuentra presente<sup>58</sup>. Dicha problemática en general, ha sido abordada también bajo el rótulo de ética aplicada<sup>59</sup>.

Y sin ánimo de complicar aún más las cosas, habría que agregar que sin perjuicio de que puedan llegar a compartir un mismo ideario ético -médico y enfermo-, ello no impone que también adhieran aun criterio unívoco acerca de lo que como tal, comprenden por salud o enfermedad, y que en el caso tiene una importancia definitoria.

#### IV. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Una sencilla indicación de la sustancia del consentimiento informado nos dejará satisfechos en el punto, puesto que en realidad nos hemos ya referido al tópico en otros lugares dentro de este estudio. Por ello, basta decir que se trata de informar al paciente de todo aquello que pueda serle relevante para el proceso de toma de decisión del mismo en orden a estudios, investigaciones o terapéuticas que sobre él se van a realizar<sup>60</sup>. Si bien dicha práctica hoy parece frecuente, en realidad hasta hace no mucho tiempo ella fue absolutamente ignorada por la práctica médica en líneas generales<sup>61</sup> y aun hoy, donde parece ser que asistimos a una cierta madurez en el problema, muchas veces la suscripción por parte de los pacientes de meros formularios documentales, encubre una información que debe ser brindada para poder ser realmente consentida<sup>62</sup>.

Está fuera de toda discusión, que una vez aceptada la importancia que en la práctica médica tiene el requerir un adecuado consentimiento informado del paciente, no se puede dejar de

---

<sup>58</sup> Se ha dicho en el marco de la deliberación en bioética que "deliberar sobre fines tiene como condición de posibilidades que estemos convencidos de que nadie es humanamente depositario de verdades absolutas que se impongan a todos con la misma evidencia, lo que segrega actitudes absolutistas que frustran desde el inicio la chance deliberativa. La horizontalidad del discurso es esencial a la hora de debatir puntos de vista morales, en los cuales la autoridad se gana en el terreno de la razonabilidad de los argumentos aducidos y de la capacidad para escuchar y respetar las posiciones ajenas" (Brussino, S., "Bioética, deliberación y juicio razonable", en *Bioética y Bioderecho*, Bs. As., Universidad, 2002, p. 29).

<sup>59</sup> Se entiende por tal una actividad claramente interdisciplinaria y para aplicarla a la misma, es necesario cumplir los pasos siguientes: "1) Determinar el fin específico, el bien interno por el que cobra su sentido y legitimidad social; 2) Averiguar cuáles son los medios adecuados para producir ese bien en una sociedad moderna; 3) Indagar qué virtudes y valores es preciso incorporar para alcanzar el bien interno; 4) Descubrir cuáles son los valores de la moral cívica de la sociedad en la que se inscribe y qué derechos reconoce esa sociedad a las personas; 5) Averiguar qué valores de justicia exige realizar en ese ámbito el principio de la ética del discurso, propio de una moral crítica universal, que permite poner en cuestión normas vigentes; 6) Dejar las tomas de decisión en manos de los afectados que, con la ayuda de instrumentos de asesoría, ponderarán las consecuencias sirviéndose de criterios tomados de distintas tradiciones éticas" (Cortina, A. -Martínez, E., *Ética*, Madrid, Akal, 1998, p. 165). También puede ser consultado el tema en Boladeras Cucurella, M., *Libertad y tolerancia- Ética para sociedades abiertas*, Barcelona, Universidad de Barcelona, 1993, ps. 153 y ss.

<sup>60</sup> Uno de los trabajos más completos desde una perspectiva jurídico legal en particular sobre el tema es el de Highton, E., Wierzbza, S., *La relación médico-paciente: El consentimiento informado*, Es. As., Ad-Hoc, 1991; y desde la perspectiva bioética el tantas veces indicado de Simón Lorda, P., *El consentimiento informado*, Madrid, Triacastela, 2000. Para una historia de las controversias judiciales vinculadas al tema, y que como tal consolidaron la misma teoría, se puede ver Faden, R., Eeauchamp, T., *A history and theory of informed consent*, Nueva York/Oxford, Oxford University Press, 1986.

<sup>61</sup> En tal marco corresponde puntualizar que hasta bien entrado el Siglo XVIII los médicos gozaban de una impunidad casi completa, lo cual ha permitido que el Prof. Martín S. Pernick realizara un estudio de secuenciar el grado de sensibilidad social que despertaron las prácticas médicas en torno a la información y consentimiento de ella en los dos últimos siglos, que arrojó resultados alarmantes. En el mismo se describen tres períodos: a) Que corre entre 1780 y 1890 y está signado por la negligencia; b) Se extiende entre aquella fecha y 1920, que está marcado por la agresión física o la coacción, y c) Desde el año 1945 hasta 1972 en donde se advierte la aparición del consentimiento voluntario y del consentimiento informado (citado por Cechetto, S., "Consentimiento informado", en *Bioética y Bioderecho*, Es. As., Universidad, 2002, p. 93).

<sup>62</sup> Los casos sin duda que son abundantes y no tiene mayor razón hacer un detalle de ellos, sin embargo poco tiempo atrás, la organización Centre for Reproductive Rights con sede en Nueva York, ha denunciado con documentación suficiente, que al menos un centenar de mujeres gitanas eslovacas han sido coaccionadas o engañadas sin más, firmando documentos donde habrían consentido ser esterilizadas (cfr. Diario *El País*, 1.III.03).

preguntar ¿quién tiene que buscar el mismo?, como así también: ¿de qué manera proceder para que en esa gestión, se pueda obtener un éxito razonable? Ello así porque no es posible ocultar dificultades operativas que son evidentes; por caso, el médico se encuentra con una importante cantidad de cuestiones que pueden o no ser objeto de dicha información, para lo cual deberá efectuar una selección temática, la cual operará la elección de pertinencia de la información, y por otro costado no se podrá dejar de lado lo concerniente a la manera en que ella es transmitida, es decir que se deberá asegurar que los canales comunicativos sean los aptos, no en general sino en particular a dicho caso concreto y por lo tanto en el *hic et nunc*. Se puede destacar entonces, que en el ámbito de la relación sanitaria, información presupone también comunicación<sup>63</sup>.

Desde esta perspectiva propiamente de acción comunicativa, comprendiendo por tal y como lo indicara Habermas, que se trata de aquel tipo de interacciones en las que todos los participantes conciertan sus planes de acción individual y persiguen sus objetivos interlocutivos sin reservas<sup>64</sup>, es que se puede afirmar que la mayoría de autores que han ponderado los diferentes problemas que se generan en el ámbito médico, han considerado en modo separado cada uno de los capítulos que están involucrados en el tópico, y por ello con alguna ausencia de la interacción de ellos, llegando como es previsible a resultados disvaliosos o acaso inequitativos. Una auténtica consideración del problema debería hacer una reflexión integral de los capítulos, y luego de ello someterlos a un ensayo único<sup>65</sup>.

Así habría que estudiar: **a)** Los sujetos del acto comunicacional que son emisor y receptor, y que en el caso concreto se convierten en médico y enfermo, sin perjuicio de que en algunas circunstancias la naturaleza del emisor-médico pueda tener las características de ser propiamente institucional y no personal. Todos conocemos, ámbitos sanitarios donde la admisión a un determinado nosocomio, importa una aceptación más o menos generalizada de los tratamientos terapéuticos que habrán de ser allí dispuestos. Dicho consentimiento así requerido, si bien es cierto que poca valía posee, todavía se advierte vigente en sanatorios y clínicas; su característica como se advierte, es ser propiamente despersonalizado.

**b)** El mensaje que vincula a los sujetos, no es otra cosa que la misma información que es transmitida en el acto comunicacional, y que sin duda en el ámbito médico el tema es delicado, puesto que nos enfrenta con cuál es el contenido conceptual que debe en el caso ser nuclear y por lo tanto inexorablemente transmitido, con independencia de toda otra información que sea redundante.

**c)** El mensaje presupone que se utilice un determinado código, y que en definitiva no es más que el propio lenguaje -verbal, escrito, gestual, onomatopéyico, iconográfico- que el emisor médico utilizará para que lo alcance el receptor enfermo. El éxito de todo acto comunicativo radica en gran medida en el acierto de que exista una misma "frecuencia" por llamarlo de alguna manera, entre quien codifica y emite, y el restante que decodifica y recepta; mas la realidad de los propios hechos demuestra que dicha coincidencia en la frecuencia es compleja de alcanzar, porque entre ambos polos naturalmente existe una asimetría existencial -uno está sano y otro enfermo- que difícilmente pueda ser restañada mediante un mero código, aun cuando el mismo goce de las ventajas de claridad y limpieza; por lo cual, el interés que toma en este tipo de

---

<sup>63</sup> "La comunicación profesional requiere fórmulas muy diversas; en sanidad, la eficacia comunicativa de la expresión no depende de que sea exhaustiva o técnicamente perfecta, sino de que ponga de manifiesto los aspectos centrales que preocupan al paciente y los más relevantes de su situación. Cuando el paciente ha de tomar alguna determinación, debe conocer todos los elementos significativos para una decisión ponderada de acuerdo con sus intereses, lo que obliga a dar una información no sesgada o decantada por los intereses del médico" (Boladeras Cucurella, M., *Bioética*, Madrid, Síntesis, 1999, p. 231).

<sup>64</sup> Citado por Margarita Boladeras, quien señala que la acción comunicativa es definida a partir de los siguientes requisitos: 1) los objetivos de la acción deben ser claramente expresados en el acto de habla, sin subterfugios que enmascaren los resultados perseguidos; 2) la pretensión de validez debe poder ser criticada, lo que implica que; 3) el oyente debe ocupar un lugar propio en el diálogo a fin de generar un proceso dialógico en el que todos los interlocutorios puedan intervenir en un plano de igualdad; 4) la acción comunicativa debe activar la posibilidad siempre implícita en el diálogo de llegar a un entendimiento razonado y, por ello, motivar, mover a la voluntad con la fuerza de la convicción y no coactivamente" (*Comunicación, ética y política- Habermas y sus críticos*, Madrid, Tecnos, 1996, p. 60).

<sup>65</sup> Procederemos a realizar una enumeración de ellos, siguiendo la categorización que fuera formulada por Vallespinos, G. -Ossola, F., *La obligación de informar*, Córdoba, Advocatus, 2001, ps. 26/36. Si bien la obra es de factura jurídica, resulta igualmente valioso el aporte para esta materia bioética.

relaciones el llamado contexto comunicacional es de naturaleza trascendente, casi como única herramienta susceptible de generar artificialmente un equilibrio que naturalmente no existe.

d) El contexto en el cual se cumple el acto comunicacional de la relación médico paciente, cobra por lo dicho una importancia casi extrema, pues conforman el elenco de aspectos de ella, entre otros lo referido a edad, sexo, religión, raza, nivel educativo, nivel socioeconómico, profesional y cultural tanto del emisor como del receptor; también lo concerniente al lugar geográfico, geopolítico-institucional en donde se cumple; como los propios condicionamientos financieros y económicos de dicho espacio sanitario, así como la relación de dependencia pública o privada que el mismo tiene y el mismo esquema de cobertura sanitaria que pueda ser existente<sup>66</sup>.

Pero volviendo de la aplicación de la teoría comunicacional a la relación sanitaria; no se puede dejar de vincular que el binomio que constituye información con autonomía, es en realidad la misma quintaesencia del problema, puesto que sólo serán aceptables aquellas decisiones que son tomadas por personas autónomas, y según se ha dicho, una decisión sólo es autónoma cuando cumple ella con tres condiciones<sup>67</sup>: 1) es tomada voluntaria y libremente, sin sometimiento, coacción o manipulación<sup>68</sup>; 2) cuando se decide tras comprender y evaluar la información relativa a ventajas y desventajas de su curso de acción, y 3) cuando el sujeto que la toma es capaz o competente.

Tal como se puede advertir son muchos los problemas que aparecen conjuntos a la hora de evaluar el mencionado tópico del consentimiento informado; para algunos autores la cuestión referida a la medición de la capacidad que los pacientes tienen para tomar decisiones autónomas, es un tema muy arduo y no se resuelve en modo alguno, bajo los ortodoxos parámetros de la ley civil-mayoría de edad y capacidad de discernimiento-, sino que operan otro conjunto de referencias, para lo cual se conforman diversas baterías de test, que de alguna manera permiten obtener una respuesta próxima a dicho tópico<sup>69</sup>; otros por el contrario, hacen núcleo del problema en lo que se refiere a la entidad de lo que debe ser informado.

En este último tema, se puede colegir que la pregunta sustancial no es otra que la de determinar ¿qué es propiamente, una información relevante? y en rigor que a dicha cuestión no se puede responder en abstracto, sino que impone una mirada en concreto al propio enfermo, a su condición socio-cultural, ala misma gravedad de la enfermedad que lo aqueja y al contexto familiar que lo rodea, serán esas variables las que permitirán que el médico realice una ponderación prudente, y entonces cumpla en forma plena con la información suficiente para que la decisión que sea tomada por el paciente, se encuentre totalmente esclarecida y sea el consentimiento brindado pleno y no meramente formal.

Volvemos a destacar que entonces la respuesta última a lo relevante y/o pertinente de una información, y por lo tanto nuclear en el tema del consentimiento informado, no se explica sino, desde la misma pragmática de una tensión intransferible en la cual médico y enfermo están situados. Ello como tal, sin duda que tiene no pocas complicaciones posteriores cuando se trata de reconstruir el contexto en el cual el mismo consentimiento debió ser requerido o fue brindado, pues esas condiciones en modo alguno podrán tener la misma tensión psicológica que existieron cuando históricamente ello acontecía, por lo cual, los modelos que proponen las vías

---

<sup>66</sup> Las funciones que se apuntan como ejercidas por el contexto son compendiadas de la manera siguiente: "1) Impone límites a las posibilidades de variación [...] 2) Distingue el sentido de lo que se expresa contribuyendo así a precisarlo aún más; 3) Completa el sentido a través de los diversos matices creados por la aplicación particular de una palabra u objeto situados en una realidad determinada; 4) A veces puede crear por sí mismo el significado de alguna expresión [...] 5) Puede transformar un significado de acuerdo al uso que se haga de él; 6) Igualmente puede inducir a equivocaciones, como cuando orienta las palabras aun significado equivocado o a un sentido incorrecto" (Vallespinos, G. -Ossola, F., *La obligación de informar*, Córdoba, Advocatus, 2001, p. 35).

<sup>67</sup> Acorde como son explicitadas por Beauchamp, T. -McCullough, L., *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos*, Barcelona, Labor, 1987, ps. 135/138.

<sup>68</sup> Algunos autores han admitido una especie de manipulación pacífica en este terreno, dicen que ella encaja en el proceso de negociación a través del cual las personas alcanzan acuerdos pacíficos. Se indica que son permitidos la totalidad de incentivos siempre que la oferta o maniobra no imposibilite la elección racional (Cfr. Engelhardt, T. H., *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, Paidós, 1995, p. 334).

<sup>69</sup> Al respecto se puede ver con sumo provecho el artículo de Sillón Lorda, P., "La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones y sus problemas", en *Estudios de Bioética*, Madrid, Dykinson, 1997, ps. 119 y ss.

de solución al mencionado aspecto, son siempre deficitarios y no debería perderse de vista dicha indicación. De cualquier manera se describe un estándar: a) del médico razonable, b) del paciente razonable y c) subjetivo del paciente<sup>70</sup>.

Con particular interés habría que apuntar dicho extremo para cuando esa composición sea requerida en términos de administración de justicia, puesto que se advierte por este tiempo, que en gran medida el ensanchamiento de las demandas en contra de médicos por una mala praxis profesional, se inician en una nula o presumidamente deficiente información trasladada al paciente, y por ello ignorada o no completamente consentida por el enfermo.

De todas maneras, hay que señalar, que si bien para cualquier acto médico el consentimiento informado integra parte hoy de una necesaria rutina, a medida de la mayor complejidad, peligrosidad o invasividad del acto médico de que se trate, se ha ido imponiendo no ya desde los parámetros de la sola deontología médica, sino -penosamente- desde el ámbito legal, que tal "consentimiento informado" deba asumir formas más sacramentales, no bastando por caso la manera que el propio médico pueda comprender más acertada. Cuando se trata de ciertas prácticas quirúrgicas<sup>71</sup> o trasplantológicas<sup>72</sup>, el consentimiento tiene que ser escrito y en algunos casos también con la intervención de un funcionario público. Obviamente que existen situaciones en donde el mencionado consentimiento informado, requerido por los médicos a los enfermos queda como tal dispensado, y si bien algunos de dichos supuestos son mayormente aceptados, puesto que las circunstancias del caso o la propia decisión del enfermo parecen excluirlo, otros tienen algún grado de disenso en la comunidad especializada<sup>73</sup>. La enumeración que se puede realizar de dichas situaciones, es la siguiente: 1) Existencia de un grave peligro para la salud pública; 2) La conocida urgencia vital; 3) La incapacidad del paciente para consentir; 4) Rechazo de la información por el paciente; 5) Privilegio terapéutico o excepción terapéutica; 6) Mandato judicial, y 7) Consentimiento implícito y la teoría de la extensión. Hemos tratado de recoger en el párrafo anterior una enumeración amplia de tales excepciones; de cualquier manera consideramos por nuestra parte, que no todas ellas tienen una valencia similar, a tal punto es ello, que decididamente no participamos en que algunas de ellas deban allí estar incluidas. Con particular énfasis a tal respecto, la que lleva el número 5 y en un menor grado las número 4 y 7.

Respecto al capítulo vinculado con el rechazo de la información por el paciente, ya lo hemos indicado en otro capítulo acerca de la importancia y valor que tiene el ser debidamente informado, y que en grado extremo se retrasmite a la vinculación que con la verdad misma tiene. En esa proyección sin duda alguna, es posible que exista una renuncia a saber por parte del enfermo; la cuestión, sin embargo, es si dicho no-saber, en orden a preservar la esperanza que el hombre enfermo quiere tener, llegue a ocultar cuestiones tan trascendentales como es el mismo compromiso de vida.

Se debe advertir, que del consentimiento mismo que se puede requerir a los fines de llevar adelante un determinado procedimiento o suministrar una precisa terapéutica, se puede colegir qué naturaleza y gravedad de enfermedad se está atacando, de donde entonces el estar

---

<sup>70</sup> Ellos fundamentalmente operan cuando resulta un conflicto legal y se debe recrear la situación existencial prejudicial. En el primer supuesto el actor mediante un perito médico demostrará que la información que se suministró no es la que administra un médico razonable ante un caso de características similares. En el siguiente, pues se sostiene que sólo la persona interesada es la apropiada para recibir la información y como consecuencia de ella, consentir o rechazar un tratamiento. La ventaja de este modelo, respecto del anterior, es que no es necesario que el paciente presente a un perito que sostenga y defienda cuál debió ser la información recibida. Finalmente en el último modelo se solicita al médico que se coloque en el lugar de cada paciente, con el fin de proporcionarle una satisfactoria información individualizada. Deberá establecer cuál es la información que cada paciente desearía conocer, sus cualidades psicofísicas, culturales, sociales, económicas (Castellano Arroyo, M., "El consentimiento informado de los pacientes", en *Manual de Bioética General*, Madrid, Rialp, 1994, p. 336).

<sup>71</sup> El art. 19 inc. 3, segunda parte de la ley 17.132 que rige el Ejercicio de la Medicina en el ámbito de la Nación, requiere de "la conformidad por escrito del enfermo" para las intervenciones quirúrgicas mutilantes.

<sup>72</sup> Cfr. art. 15, 3er. párrafo ley 24.193 sobre Régimen de Trasplantes de Órganos y Materiales Anatómicos.

<sup>73</sup> De cualquier manera corresponde indicar que "Es importante circunscribir el concepto de cada excepción a sus justos límites, pues si se la definiera con demasiada amplitud, por esta vía se podría contrarrestar toda la doctrina, minándola en su base de autodeterminación y libertad. Mas, si se la afinara demasiado, podría verse amenazada la salud del individuo" (Highton, E. - Wierzbka, S., *La relación médico-paciente: El consentimiento informado*, Bs. As., Ad-Hoc, 1991, p. 322).

dispensado de requerir consentimiento del enfermo, implícitamente autoriza también a no decir la verdad en cuestiones sustanciales, lo cual en algunos casos podrá ser la verdadera intención del enfermo y en otras desde ya que no.

De cualquier manera desde el punto de vista estrictamente jurídico, parece haber un acuerdo mayoritario respecto a que dicho derecho a conocer puede ser renunciado expresamente<sup>74</sup>. La cuestión también ha permitido ingresar en discusiones referentes a cual es el grado de compromiso con la autonomía que una tal definición lleva; así los utilitaristas clásicos han sostenido en manera pacífica que no se puede justificar moralmente renunciar a la libertad con libertad; otra corriente ha sostenido una coherencia en afirmar que el respetar las decisiones autónomas de los pacientes, implica también el respetar su decisión autónoma de rechazar información<sup>75</sup>.

En cuanto corresponde a la existencia de ciertos consentimientos implícitos que el paciente puede haber dado, admitimos que el mismo es posible y que por el contrario, en una adecuada relación terapéutica el nombrado funciona en manera activa, y por ello no deviene necesario estar conformándolo a cada momento. De cualquier manera debe quedar absolutamente precisado, que se tratan de realizaciones médicas -cumplidas o prescriptas-, que aparecen como consecuencia necesaria y natural de aquellas otras para las cuales el consentimiento se ha requerido y cumplido en debida manera, pues un principio de buena fe en el marco de la relación sanitaria permite que ello así sea barruntado, mas a la vez excluye toda definición, que como tal, resulte al margen de aquellas consecuencias directas<sup>76</sup>.

Finalmente y donde mayores reservas personales tenemos, a los fines de autorizar la excepción del consentimiento informado, es en lo que se ha dado en conocer como el privilegio terapéutico<sup>77</sup>, puesto que en el fondo en muchas ocasiones, pueden llegar a encubrirse detrás de dicha noción, situaciones de clara ausencia de consentimiento informado, y a las que luego se les atribuye el mencionado carácter de privilegio. Se trata en el mejor de los supuestos de una excepción que debe ser contemplada aun con carácter restrictivo<sup>78</sup>.

Sin pretender agotar la totalidad de tópicos vinculados al mismo consentimiento informado, nos permitimos marcar sin duda, a manera de colofón de lo que hemos ido adelantado ya, al menos las condiciones básicas del mismo: **a)** El consentimiento del paciente es un acto voluntario, no está sujeto a coacción o coerción de ninguna naturaleza. No puede ser objeto de manipulación por el médico y presupone que la información no está deformada; **b)** El paciente que brinda su consentimiento lo hace a lo que ha comprendido como tal; por ello debe ser la información completa y accesible, efectuada en lenguaje simple y directo, y finalmente, y **c)** El consentimiento debe ser dado por una persona que jurídicamente sea capaz para ello<sup>79</sup>.

---

<sup>74</sup> Cfr. entre otros Pelayo Pardos, S., "El futuro del consentimiento informado tras las últimas resoluciones judiciales", en *Actualidad del Derecho Sanitario*, Rvta. N° 15 (1996), ps. 179-192; Ordoqui Castilla, G., *Derecho médico*, Montevideo, Ediciones Del Foro, 2001, t. I, p. 221.

<sup>75</sup> Agrega en dicho marco Simón que "Obviamente, esta decisión sólo será autónoma, o sustancialmente autónoma, si a su vez es informada. Pero ¿informada de qué? Pues, simple y precisamente, de que tiene derecho a recibir información sobre su proceso de atención sanitaria y a decidir libremente cómo quiere ser tratado" (Simón Lorda, P., *El consentimiento informado*, Madrid, Triacastela, 2000, p. 265).

<sup>76</sup> "La aplicación sin límites de la teoría de la extensión lleva a una limitación inconveniente del derecho a la autodeterminación del paciente, pero por otro lado, su rechazo puede llevar en muchos casos a trabar la aplicación del procedimiento más adecuado en el momento oportuno, en circunstancias en que no resultaría práctico obtener el consentimiento del paciente o de su familia cercana" (Higthon, E. Wierzba, S., "Consentimiento informado", en *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica: Civil y Penal*, Es. As., La Ley, 2002, p. 204).

<sup>77</sup> Se entiende con ello, que un médico puede ocultar deliberadamente información a un paciente cuando está firmemente convencido de que el revelársela le produciría un daño psicológico grave, incluso con repercusiones biológicas posteriores severas.

<sup>78</sup> En este marco ha propuesto Diego Gracia que el término de "privilegio" terapéutico sea eliminado, en razón a sus resonancias paternalistas y porque sugiere la posibilidad de una interpretación más amplia de la moralmente permisible. Propone que se hable mejor y llanamente de "excepción" terapéutica (Gracia, D "Privilegio terapéutico o excepción terapéutica", en *Asociación de Bioética Fundamental y Clínica*, (1997), ps. 111-115).

<sup>79</sup> Se desprende de lo indicado otro conjunto de elementos próximos a la misma. Así se debe indicar: a) El tratamiento propuesto; b) Los efectos secundarios posibles asociados al tratamiento; c) Los riesgos y los beneficios del tratamiento, y en qué cantidad los beneficios para el paciente son superiores a los riesgos; d) Los principales tratamientos alternativos con sus efectos secundarios, sus riesgos y beneficios respectivos, y e) La duración aproximada del tratamiento y los perjuicios asociados. Se podrán también brindar según el caso, informes

De cualquier manera cabe también señalar, que con independencia el modelo paternalista intenta ser desplazado y superado por el posterior modelo autonomista; entendemos que el núcleo del mismo consentimiento informado, no sólo está dispuesto en función de una protección civil de los médicos o por un mero traslado de decisionismo autonómico puro por parte del paciente, sino que sigue teniendo un componente de natural beneficencia; mas no porque con ello el médico intente mostrar una cierta cuota de superioridad sobre el enfermo - modelo paternalista puro-, sino porque en un orden respetuoso de *saludable camaradería* de uno y otro, se impone en primer grado una disposición a la veracidad y una negación correlativamente al ocultamiento, y ello es sin duda tratar a las personas como personas y no como pura *res extensa*, si se quiere efectuar el reduccionismo máximo del modelo paternalista, o como una pura *res cogitante*, si lo que se quiere ensalzar es un modelo autonómico.

Finalmente tampoco se puede dejar de apuntar en este breve repaso sobre dichos temas, que no han faltado autores que han puesto en duda la génesis médico-moral de la misma exigencia del consentimiento informado, y lo han ubicado al mismo, como el mero resultado de una relación clínica entre médico y enfermo que es absolutamente impersonal, y que se asienta en el mismo miedo y desconfianza existente entre dichos extraños, y que para buscar alguna cuota de superación a tal estado, aparece el acto de consentimiento<sup>80</sup>. Dicen quienes así piensan, que "Si se tratara de relaciones entre amigos, muchos de ellos resultarían superfluos. En cualquier caso, en la presente situación esos procedimientos son esenciales para disminuir la desconfianza y, consecuentemente, los conflictos"<sup>81</sup>.

## V. PROPUESTA DE UN MODELO SUPERADOR

De seguro que corresponde que se postule un modelo que aparezca siendo una buena síntesis de lo aportado por los anteriores -particularmente del llamado interpretativo como también dialéctico<sup>82</sup>, pero no cayendo en un mero sincretismo bioético, sino en todo caso, si de ubicarlo se trata, estaría más próximo aun eclecticismo bioético<sup>83</sup>-. Aunque en rigor tampoco lo es, puesto que como se verá, se utiliza en el modelo propuesto aquello que se estima como más útil y valioso, y por lo tanto, que ha hecho más o menos virtuoso cada uno de los modelos anteriores, pero a la vez, postulando una gestión superadora<sup>84</sup> de los déficit que fueran acaso reconocidos en cada uno de estos sistemas.

---

complementarios, tales como: a) Verificar que la información suministrada al paciente ha sido comprendida en todas sus cuestiones; b) Suscitar cuestiones complementarias de parte del paciente; c) Evaluar el grado de ansiedad del paciente e intentar remediarlo, y d) Obtener el acuerdo verbal del paciente para emprender el tratamiento (cfr. Vidal Casero, M., "El consentimiento informado para el tratamiento terapéutico de un niño", en *Cuadernos de Bioética*, ~ 41 (2000)ps. 95-107).

<sup>80</sup> Se afirma en tal orden, que información y consentimiento no son referencias genuinas de la práctica médica, sino que han sido influencias trasladadas a dicho ámbito, desde la ética jurídica y por lo tanto... con un fuerte condicionamiento legal (*Vide* Katz, J., "Informed consent in therapeutic relationship: Legal and Ethical Aspects", en *Encyclopedia of bioethics*, New York, Macmillan, 1978, Vol. II, ps. 770/778).

<sup>81</sup> Gracia, D., "Bioética clínica", en *Ética y Vida -Estudios de Bioética*, Bogotá, El Buho, 1998, t. II, p. 65, citando a MacIntyre.

<sup>82</sup> Recordamos que se ha dicho del primero, que indica una dirección para superar el paternalismo y el autonomismo y por el cual, al médico se lo ve como un consejero-educador digno de confianza por sus virtudes de honestidad y servicialidad quien respeta la autonomía del paciente, pero respondiendo a la beneficencia en un sentido amplio. Mientras que el restante postula que el médico es un amigo favorecido por las virtudes de la empatía y la compasión quien opera bajo el principio de la beneficencia por medio de un diálogo interpersonal, el cual busca el bien concreto para el paciente de acuerdo con sus necesidades, creencias, intereses y su vulnerabilidad particular (Lugo, E., "El morir humano: cambio en la relación médico paciente", en *Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe*, Bogotá, CENALBE, 1999, p. 286).

<sup>83</sup> Nos permitimos recordar que en la modernidad se utiliza el concepto de "sincretismo" para hacer referencia a las doctrinas que consisten en fundir diversas opiniones sin que haya al parecer un criterio de selección. Mientras que "eclecticismo" que como tal se confunde con un seleccionismo, puesto que en dicha posición existe la evidente tendencia a seleccionar de cada escuela o posición lo mejor que ella posee (cfr. Ferrater Mora, J., *Diccionario de filosofía*, Barcelona, Alianza, 1984, t. IV, p. 3050 y t. II, p. 888 respectivamente).

<sup>84</sup> Nos ilustra en gran forma para sostener la indicación de "gestión superadora", la misma comprensión que rigurosamente desde el hegelianismo corresponde brindar al vocablo alemán "Aufuebung" y que según se ha dicho,

En este marco, y a la luz de lo que puede ser nombrado entonces como un modelo de "relación de hermenéutica médica", cabe adelantar sin duda, que aquel médico que omite trasladar información relevante y pertinente al enfermo, o por caso, la trasmite de tal modo que es previsible que ella se convierta en incomprensible para el enfermo, en realidad lo que no quiere es establecer con el mismo una relación de seriedad y de respeto recíproco. En tal marco de ocultamiento y desorden no existe posibilidad de efectuar gestión hermenéutica de ningún tipo.

La relación de hermenéutica médica, presupone un tratamiento respetuoso a la misma dignidad del interlocutor, a la naturaleza del objeto que es motivo de apropiación hermenéutica, y finalmente otorgando, como es previsible, sentido axiológico a los diversos comportamientos que para cada uno de los integrantes de la relación, se generan en la praxis luego de la gestión hermenéutica.

En realidad queremos significar, en una primera aproximación al complejo tema que es la hermenéutica<sup>85</sup> y que aparece nuclear en nuestro modelo, una consideración un tanto originaria, y sin perjuicio de reconocer que ha podido quedar perimida esta perspectiva para ciertas gestiones hermenéuticas concretas, como es por caso las que corresponden al ámbito de lo jurídico en particular<sup>86</sup>; no afecta ello, a que pueda ser recuperada en su totalidad de esplendor, para la utilización en el ámbito sanitario.

Siguiendo en nuestra construcción teórica del modelo de relación médico paciente, entre otros el pensamiento de F. Schleiermacher, quien orientara la misma dialéctica a las nombradas ciencias del espíritu, toda vez que se advierte que no sólo se refiere con ella al arte de la comprensión de los textos, sino igualmente en el trato con las personas, con lo cual también se debe colegir sin óbice alguno, que no nos resultan extraños los aportes que hoy en día se pueden recoger de la conocida ética discursiva, y que lleva como sus principales cultores a K. Apel y J. Habermas<sup>87</sup>.

Así las cosas, deviene un pleno despropósito el pensar un médico que no comprenda a su paciente, como un enfermo que ni lo comprenda al médico ni se sienta comprendido por el médico, y si bien es cierto, que la comprensión es una capacidad natural de todo ser humano, en aquellos que se vinculan de manera generalmente doliente -el hombre no goza su enfermedad sino que la sufre<sup>88</sup>, el establecer una relación de comprensión recíproca, de hermenéutica médica, es ciertamente lo aspirable y deseable, al menos en términos antropológicos.

Se puede estar sin dudas, frente a un médico que sólo conoce, y lo puede conocer incluso muy bien a su saber técnico, pero que sin embargo, no logre "comprender<sup>89</sup> al enfermo"; y por ello la relación que se establezca entre ellos no será la óptima, aun- que en realidad haya podido ser exitosa desde el excluyente marco sanitario; por ello decimos que en todo caso, será una vinculación sólo de tipo convencional y ortodoxa. Mientras que cuando el médico sume a ella, como plus profesional a su saber técnico, la comprensión del enfermo y de la enfermedad, habrá

---

aparece la imposibilidad de traducir en una sola palabra castellana, puesto que significa al mismo tiempo anulación, conservación y superación (cfr. García Astrada, A., *Introducción a la filosofía*, Córdoba, Librecor, 1984, p. 155).

<sup>85</sup> Por todos ellos se debe citar Gadamer, H., *Verdad y método*, Salamanca, Sígueme, 1992, 2 Tomos.

<sup>86</sup> Vide Osuna Fernández Largo, A., *El debate filosófico sobre hermenéutica jurídica*, Valladolid, Universidad de Valladolid, 1995; *La hermenéutica jurídica de Hans Georg Gadamer*, Valladolid, Universidad de Valladolid, 1992.

<sup>87</sup> No se puede omitir de considerar el excelente estudio de Adela Cortina, tan vinculado a lo que venimos desarrollando titulado "Problemas éticos de la información disponible, desde la ética del discurso", en *Estudios de Bioética*, Madrid, Dykinson, 1997, ps. 43 y ss. Una síntesis de la teoría de los profesores alemanes citados se puede consultar de la misma autora en "La ética discursiva", en *Historia de la Ética* (Ed. Victoria Camps), Barcelona, Crítica, 2000, t. III, ps. 533 y ss.).

<sup>88</sup> Sin perjuicio de ello, algunos autores han afirmado la posibilidad de efectuar alguna metamorfosis del padecimiento en bienestar, mediante la llamada función resiliencia; vide Cyrulnik, B., *La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia*, Barcelona, Granica, 2000.

<sup>89</sup> "Comprender. Tr. Abrazar, ceñir, rodear por todas partes una cosa. 2. Contener..." (Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, Madrid, Espasa Calpe, 1992, p. 371). Aunque la etimología del concepto es mucho más rica de lo que el mismo impone: "Comprender, hacia 1200, lat. *Comprehendere* 'concebir (una idea)', propiamente 'abarcar', 'coger'..." (Corominas, J., *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Madrid, Gredos, 1998, p. 473).

De allí entonces, que el médico que comprende al enfermo no tiene una visión unidimensional o sesgada de su naturaleza, sino que lo reconoce en su totalidad: física, racional, moral, filosófica y religiosa.

avanzado en un marco relacional diferente, habiendo inaugurado con ello una realización hermenéutica que, como tal, signará de contenidos diferentes la relación médico paciente.

En este marco de gestión interpretativa de sentido ético-científico de la relación médico-paciente aparece obvio, que tanto el médico como el enfermo se consideran y respetan recíprocamente como personas adultas dentro de las esferas que les competen, teniendo un poder semejante cada uno de los mismos. Como así también es que en manera inexorable el uno necesita del otro: sin paciente, sin médico, no existe relación médica de ningún tipo. Finalmente ambos polos interesados en la relación, se encuentran empeñados en el logro de una actividad satisfactoria para los intereses de cada uno<sup>90</sup>, y que en sumatoria particular conforman un agregado común y participado.

Quizás en un análisis muy preciso se pueda advertir en la breve indicación dada en el párrafo anterior, que existen allí las llamadas cuatro pretensiones de validez del habla: inteligibilidad, veracidad, verdad y corrección; las que a su vez permiten generar el suelo necesario para una acción comunicativa propiamente<sup>91</sup>.

Podemos agregar en orden a la conceptualización definitiva de nuestro modelo preferible para la relación médico paciente, esta que hemos nombrado como de hermenéutica médica, puesto que presupone que entre aquellos que se relacionan, existe un tópico común, y que en el caso concreto el mismo se define en orden aun problema sanitario, con independencia de la mayor o menor gravedad que como tal pueda tener. Por dicha razón es que también se puede considerar, que el tipo de razonamiento médico que construye, es también específico, porque sus interlocutores se relacionan de manera cetética.

Postulamos dicha conceptualización puesto que las proposiciones médicas, prima facie y en modo general desde ya, son suficientemente examinadas hasta tanto se obtenga algún tipo de certeza de ellas, y que generalmente es lograda la misma a partir del éxito o fracaso de la terapéutica que se haya aconsejado como recomendable, y como la palabra griega para designar esa realización de estructura de conocimiento armada de alguna manera sobre preguntas y respuestas -con independencia de que ellas sean de naturaleza física en general-, se nombra como "*zetein*", es que consideramos que a la llamada realización intelectual y también práctica, corresponde nombrarla como cetética<sup>92</sup>. En dicho orden se puede señalar, que el acto médico<sup>93</sup> es por naturaleza un acto-problema<sup>94</sup>, y que en la medida que no sea de esa manera reconocido, no habrá una mirada completa del debate sanitario que tiene como actores principales a médicos y enfermos.

Mas cuando decimos que estamos frente a un problema<sup>95</sup> -que no es una aporía-, presupone que la cuestión para su solución no podrá ser meramente axiomática o dogmática, sino todo lo contrario a ello, y por lo cual su abordaje habrá de ser de una manera de tipo envolvente, esto es propiamente comprensiva de la totalidad de aristas implicadas en la cuestión, por parte de aquellos que en su solución están implicados. Uno de ellos tiene un rol directivo, y el restante lo

---

<sup>90</sup> Cfr. Cassell, E., "Autonomy and ethics and action", en *New Eng J. Med.*, N° 297 (1977) ps. 333-334.

<sup>91</sup> Ha escrito Cortina que "El hablante, al realizar su acto de habla, está pretendiendo implícitamente que lo que dice es inteligible, es decir, que el interlocutor pueda entenderlo; que dice lo que piensa, es decir, que es veraz; que lo que dice es verdadero, y que el marco normativo en el que habla y se conduce es correcto" ("Problemas éticos de la información disponible, desde la ética del discurso", en *Estudios de Bioética*, Madrid, Dykinson, 1997, p. 50).

<sup>92</sup> Alguna noticia de ella se puede tener, aunque vinculada para el ámbito de lo jurídico en Viehweg, T., *Tópica y filosofía del derecho*, Barcelona, Gedisa, 1991, ps. 114 y ss.

<sup>93</sup> Se ha definido exquisitamente el mismo como "el acto en el cual se realiza la conjunción de dos personas: el enfermo, menesteroso, que necesita ayuda para recuperar su salud y el médico, profesionalmente dotado de capacidad técnico-científica y de vocación para ayudarlo. En sí, el acto médico constituye una unidad. Por las características de sus componentes, y por su trascendencia, es un acto íntimo interpersonal, con profundas proyecciones sociales. Hay actos médicos mediatizados, -investigador, clínico, sanitarista, legislador, legista- que pueden no cumplirse en esta intimidad interpersonal, pero que deben ir inspirados en ella" (Caeiro, A., *Del hombre y de su formación*, Córdoba, Biffignandi, 1981, p. 172).

<sup>94</sup> Un adecuado repaso por los principales de ellos en términos de discusión, presentando argumentos a favor y en contra a diferentes problemas bioéticos, puede ser consultado con provecho en López de la Vieja, M., *Principios morales y casos prácticos*, Madrid, Tecnos, 2000.

<sup>95</sup> Recuérdese que la etimología inmediata nos vincula en un problema, con una "tarea", "cuestión propuesta"; y que se deriva de la voz "probálo": yo propongo, en donde de bállo, se refiere a "yo lanzo" (*Vide* Corominas, J., *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Madrid, Gredos, 1998, p. 476).

hace ejerciendo una función activa. El médico dirige la estrategia de solución del problema, y el enfermo se convierte en el brazo activo -por acción o por omisión-, que como tal dispone de su voluntad y su propia corporeidad para que ello pueda así ser efectuado.

Hemos dicho una gestión problemática que vincula a los interlocutores de dicho tópico, y por lo tanto, no se trata para encontrar las vías de solución de una mera cuestión operacional en el sentido material de ella, sino que presupone la planificación de una estrategia común, y no es pensable poder ordenar ninguna, sino a partir de una explicación y asunción en común de cómo es que ella puede ser desarrollada. En ese marco aparece con total relevancia, que si los implicados tienen que acordar puntos operativos de solución, la pauta de dicha deliberación no puede ser mezquina, oscura o impertinente, sino que tiene que ser absolutamente deliberativa, esto es, tiene que vincular a los interesados sobre la pauta de un logos común.

De la misma manera que no existe dialéctica sin diálogo, es que no puede existir este último sin un logos, sin una razón que aparezca compartida<sup>96</sup>. Siendo ello de tal manera, no está autorizada una información deficiente, insuficiente o impertinente, ni un modo de establecerla sobre la base de criterios ingenuos, o que de alguna manera disminuyan o incluso desprecien la propia capacidad intelectual de la otra parte. Los hombres son personas siempre y lo son desde el mismo instante de la concepción de los gametos masculino y femenino; y ello implica tratarlas con ese respeto en todo tiempo y lugar.

Sin perjuicio de ello, no se puede ocultar que en determinados períodos de la misma existencia del hombre, dicha actualización del logos no se puede evidenciar, puesto que se advierte la ausencia de capacidad reflexiva externada por el mismo; lo cual en manera alguna autoriza a soslayar que están dotados de razón, y que por lo tanto serán asistidos por quienes ejerzan su representación legal<sup>97</sup>. Sin embargo será en rigor, la misma capacidad especulativa o racionante del ser humano implicado en el acto médico, la que enderezará -aprobando o desaprobando- la realización o abstención de determinados actos médicos o no médicos.

Como se puede suponer, el establecer entre médico y enfermo la mencionada relación hermenéutica<sup>98</sup>, presupone que cada uno de los problemas que a lo largo de esa gestión sean avizorados, sean también evaluados a la luz de un plexo de perspectivas integrales, y haciendo cada una de las partes una aplicación interpretativa acorde a lo que, desde su propia ciencia y conciencia resulta más ajustado al caso concreto.

Deviene como un agregado insustituible en dicho marco hermenéutico, que el nombrado proceso, por más que implique una relación comprensible en términos de razón suficiente por parte de quien dirige como de quien actúa, no excluye que se le deban sumar al mismo, aspectos que se aportan desde la perspectiva afectiva. Pues en definitiva, quien comparte con otro un mismo logos, también comparte un agregado más amplio, en el cual aquel logos sin duda que es parte necesaria, pero no por ello absolutamente suficiente. Evaluamos entonces, que existe una suerte de corrimiento desde la "convergencia por el logos compartido", a la "disponibilidad para el logos vivido".

Es decir que no resulta suficiente, aunque pueda parecerlo, el sólo otorgar las buenas razones que tiene el médico para aconsejar una determinada terapéutica, por ejemplo, sino que

---

<sup>96</sup> Cfr. nuestro libro *Teoría general de la argumentación forense*, Córdoba, Alveroni, 2001, ps. 97 y ss.

<sup>97</sup> Resulta de inocultable evidencia, que queremos evitar toda asimilación en nuestra tesis a posiciones similares a las que fueran sustentadas por T. H. Engelhardt, que hiciera aquella diferencia entre personas en sentido estricto y persona en otros sentidos sociales. Destacando que las personas -no los seres humanos- son especiales porque disponen de una moralidad secular general, y en función de ella es que tiene una categoría intrínseca moral más elevada un adulto competente que un feto, o incluso que un niño pequeño. Agrega dicho autor, que las obligaciones impuestas por otros en función del rol social de las personas serán, en la moralidad secular general, obligaciones *prima facie* que podrán ser eliminadas en circunstancias concretas (*Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, Paidós, 1995, ps. 151 y ss.). En sentido semejante puede leerse la obra de Singer, P., *Ética práctica*, Gran Bretaña, Cambridge University Press, 1995, ps. 104 y ss.

<sup>98</sup> Cuando hablamos de "relación hermenéutica" estamos haciendo una significación muy superior a una mera "relación empática", no porque no lo sea, sino porque en verdad no la agota. La relación hermenéutica entonces, supone la indicada empatía, y supera a ella también. Se trata de una verdadera visión holística -considerando entonces ciertas realidades primariamente como totalidades-, la que del acto médico propone una relación hermenéutica y ello es posible, toda vez que se reconozca la misma universalidad de la hermenéutica y se supere una mera construcción de ella como mera interpretación (*vide Ferraris, M., La hermenéutica*, México, Taurus, 2001, *passim*).

tiene que existir en dicho marco, para que sea en realidad holística su realización, de un *afectio* al otro, lo que a su vez implicará respetar aquel propio criterio racional autónomo del paciente, como también promover el médico, las propias proyecciones que desde su perspectiva aparecen más favorables para el enfermo. De dicha confrontación y síntesis que el enfermo -como parte activa y ejecutiva que es en la relación- realice, se orientará la misma acción ulterior.

Como se puede advertir por la implicancia de la promoción de proyecciones favorables al enfermo que el médico quiere introducir, es que se evidencia la actuación comprometida de una realización profesional, con un grado de aproximación real a la sensibilidad del mismo enfermo. El médico comprende que el logos de la razón no es pura racionalidad, sino también adecuada razonabilidad, y ella acaso, será la que impondrá siempre acompañar; mas en algún caso, podrá sanamente también manipular al enfermo<sup>99</sup> -lo cual no significa engañar o forzar-, puesto que el logos mismo del problema considerado compartido, así lo aconseja.

---

<sup>99</sup> La palabra manipular admite varios matices según sea el contexto en el cual se utiliza. "Puede indicar los logros más beneficiosos de la habilidad y del poder humano sobre las cosas; pero también puede indicar el uso de los medios más degradantes e insidiosos para el envilecimiento de la vida y para sojuzgar a otros" (Haring, B., *Ética de la manipulación*, Barcelona, Herder, 1978, p. 15).