

LA CONFIDENCIALIDAD, LA VERACIDAD Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CONTEXTO SANITARIO

Sergio Cecchetto *
scypu@argenet.com.ar

Resumen

Este artículo explicita el contenido de las tres reglas éticas básicas que rigen la relación terapéutica y también a la investigación con seres humanos, y por extensión a la relación sanitaria toda, incluidos los campos educacionales, institucionales, forenses, psicológicos, etc. que le son afines. Estas reglas morales (la confidencialidad, la veracidad, el consentimiento informado) constituyen guías orientadoras para la acción, en tanto especifican y precisan y particularizan las acciones que resultan prohibidas, permitidas o requeridas en una situación dada, utilizando para ello un lenguaje de corte normativo-prescriptivo.

Palabras Clave: *Confidencialidad – Veracidad – Consentimiento Informado – Reglas Éticas – Relación Terapéutica*

ABSTRACT

The article exposes the content of the three basic ethical rules that govern the therapeutic relationship, the research on human beings and, by extension, the whole health relationship: that is, confidentiality, veracity and informed consent. These rules are guidelines for action as long as they specify and particularize the forbidden, allowed and obligatory actions in a given situation using a normative – prescriptive language.

Key Words: *Confidentiality – Veracity – Informed Consent – Ethical Rules – Therapeutic Relationship*

1. Las reglas morales

Se ha convertido en un modelo extendidísimo de trabajo en el campo de la bioética aquel que partiendo de una teoría ética o cuerpo de doctrina general es capaz de desgranarse en principios teóricos, cuyo nivel inferior de especificación lo constituyen las reglas de procedimiento a ser aplicadas a casos particulares. La obra clásica de Tom L. Beauchamp y James F. Childress juega con este paradigma para argumentar moralmente en el campo de las ciencias de la vida y de la atención de la salud, echando mano indistintamente a cuatro niveles de justificación: el de las teorías –por necesidad generales-, el de los principios, el de las reglas y el de los casos –juicios necesariamente singulares-.¹

* Doctor en Filosofía. Investigador CONICET, y Profesor Titular Regular de grado en la Universidad Nacional de Mar del Plata, y de posgrado en la Universidad Nacional de Lanús

¹ Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford University Press, 1979.

Si bien la presentación canónica del modelo principialista (o de los principios) ha sufrido en los últimos años diversos embates, la estructura aplicada por estos filósofos a resolver conflictos y dilemas morales ha mantenido su vigencia, tal vez porque articula en una estructura sencilla el paso de lo general a lo particular y permite, asimismo, emprender el camino inverso sin tropezar con escollos. Tanto las posturas deontologistas como los partidarios del consecuencialismo y los del casuismo se sintieron representados por ese esquema operativo y eficaz.

Ahora bien, nuestro interés en estas páginas no es otro que tratar de explicitar el contenido de las tres reglas éticas básicas que rigen la relación terapéutica y también a la investigación con seres humanos, aunque por extensión a la relación sanitaria toda: esto es, la confidencialidad, la veracidad, el consentimiento informado.² Decimos que estas reglas morales constituyen guías orientadoras para la acción, en tanto especifican y precisan y particularizan las acciones que resultan prohibidas, permitidas o requeridas en una situación dada, utilizando para ello un lenguaje de corte prescriptivo.

2. La confidencialidad

La confidencialidad remite a una información que debe mantenerse en secreto. Etimológicamente ésta palabra deriva de un participio verbal latino, *secreno*, que significa poner aparte, separar. Secreto es aquello que se mantiene separado del conocimiento de los otros, oculto a la mirada de los demás, lo que queda en nuestro interior después de haberlo escuchado.

La regla ética de confidencialidad podría entenderse, entonces, como la conducta del personal biomédico que consiste en guardar reserva de los hechos conocidos en el ejercicio de la profesión, quedando aquí englobados, también, los datos que del paciente se conocen aunque no hayan sido expresamente revelados por éste de manera confidencial. Secreto es, entonces, tanto el material que en forma expresa el paciente ofrece a su cuidador cuanto aquello otro que denuncia, implícitamente, por el solo hecho de entrar en relación con su cuidador (por ejemplo, huellas de cicatrices en sus brazos, producto de su adicción a sustancias ilícitas, u otras cuestiones semejantes). El material confidencial y expreso junto con la información implícita suministrada surge de la interacción entre paciente y equipo, y por eso se encuentran sometidas a la regla de reserva, incluyendo el hecho mismo de consultar (pensemos aquí de modo ilustrativo en las consultas por enfermedades de transmisión sexual o por trastornos psíquicos).

El secreto del cuerpo médico, junto con el de abogados y sacerdotes, forma parte de un tipo específico de secreto profesional, con algunas semejanzas y diferencias respecto de sus parientes cercanos.³ El abogado, por ejemplo, no requiere de su cliente la verdad para poder defenderlo, incluso puede suponer la culpabilidad de su defendido sin que ello modifique su accionar posterior. El sacerdote, por otro lado, se coloca muchas veces en un nivel en el cual su interlocutor es anónimo, y tiene además la obligación de olvidar todo aquello que escuchó en el transcurso de la confesión. El cuerpo médico, en cambio, no se puede colocar en ese lugar anónimo, debe por fuerza perseguir la verdad que el paciente tiene por contar, y no puede darse el lujo de olvidar eso que llegó a oír. Por el contrario, debe recoger y retener esa confesión para poder establecer oportunamente un diagnóstico y ofrecer tratamientos adecuados.

² Hablamos de estas tres reglas morales clásicas, aunque algunos autores contemporáneos han confeccionado su propio elenco. Cfr. Beauchamp, T. L.; Childress J. F. *Op. Cit.*; Ross, W.D. *What Makes Right Acts Right*, en: Veatch, R. *Cross Cultural Perspectives in Medical Ethics: Readings*. Boston, Jones & Bartlett, 1989; entre otros.

³ Castilla, A. El secreto médico. *Cuadernos de Bioética* 7 (26), Madrid, 1996, pp. 202-209

La deontología profesional ha dictaminado que, convertida la medicina y demás profesiones del área en servicios de pública necesidad, el profesional deviene confidente obligado del paciente, y entonces el secreto aparece como un compromiso tácito que éste adquiere al relacionarse con él. No es posible situarse en este horizonte y poner en duda que la intimidad de los pacientes deba ser resguardada. Por esta razón ya en documentos antiquísimos la regla de confidencialidad es resaltada expresamente (recordemos, por ejemplo, al *Juramento Hipocrático* –siglo IV aC- y a su recomendación de callar todo aquello que se vea u oiga referido a la intimidad humana, dentro o fuera de la actuación profesional).

Otros teóricos, recostados en teorías teleologistas, han opinado que el secreto es garantía social indispensable para la práctica de las artes médicas, pues sólo gracias al secreto es posible el acercamiento confiado del paciente a los servicios de salud. Si esta regla no se mantuviera a rajatabla, algunos pacientes se mostrarían recelosos para buscar ayuda médica y poco dispuestos a revelar su intimidad ante los profesionales. Desde este punto de vista que atiende a las consecuencias, el secreto aparece como garantía para mejorar y proteger la salud de los enfermos.

Existe una tercera posibilidad teórica de considerar la confidencialidad, al margen de la deontología y de la teleología, es decir más allá del respeto a una obligación perteneciente a un gremio profesional y de una conveniencia de corte pragmático que le permite a las personas seguir con un tratamiento y a los profesionales ejercitar su arte. Me refiero a la comprensión del secreto y de la regla de confidencialidad como una garantía de respeto por el paciente, por su autogobierno o autonomía, y por su intimidad.

¿Quién decide qué es secreto y qué no lo es? Generalmente esta atribución se la ha arrogado el cuerpo médico, claro está. Pero pensando ahora en el autogobierno y en la intimidad del paciente que acabo de traer al ruedo, nos resultará fácil comprender que ese secreto tiene por objeto preservar esas notas (autogobierno e intimidad) que le son propias y exclusivas a cada persona, a cada paciente. No les corresponde a los profesionales, entonces, determinar lo que es íntimo para cada paciente, no les corresponde calificar si algo conocido en el trato con el paciente es para él importante o no lo es a la hora de decidir si se puede o no divulgarlo, no pueden tampoco de manera lícita hacer demasiadas averiguaciones y caer en la tentación de querer conocer datos del paciente que excedan lo imprescindible para su mejor diagnóstico y cuidado.

Esto es así porque la materia última de la cual está constituido el secreto y la confidencia es la intimidad personal, lo íntimo, lo que está en el interior de cada hombre. Y dado que la intimidad es parte constitutiva y esencial del ser personal del hombre, algo propio y exclusivo de cada persona, el secreto sólo puede entenderse en cuanto se funda básicamente en el respeto de la persona y de su dignidad humana. En tanto las personas tienen dignidad merecen respeto incondicional y absoluto, por ello su intimidad debe ser respetada como ámbito propio y exclusivo. Para responder, entonces, a la pregunta de por qué debemos mantener el secreto en la relación profesional-paciente, podemos resumir la cuestión anotando que la intimidad reclama ser respetada por ser parte constitutiva esencial de la persona, y que ésta –por ser tal- exige un respeto absoluto.

No se nos escapa, sin embargo, que en la actualidad el equipo médico y aún las propias instituciones sanitarias están sometidos a una tensión que los obliga por un lado a defender el secreto en sus relaciones con el paciente pero, a la vez, se sienten con la misma fuerza empujados a violarlo. Una serie de circunstancias (del latín *circum stare*, lo que está alrededor) tornan hoy difícil mantener el secreto, e incluso a veces se vuelve obligatoria su no observancia. A ello ha obligado la aparición de la medicina pública,

los avances de la informática y de la vigilancia epidemiológica, los intereses de las industrias y de las empresas aseguradoras, la protección de la sociedad frente al individuo aislado, etc. Ocurre así, entonces, que aunque reconocida la importancia de conservar la confidencialidad, se disienta en el modo de valorar las condiciones y los alcances en que la misma debe ser respetada.

La visión del problema que hemos desarrollado hasta ahora privilegia el punto de vista profesional e institucional, pero poco se ha dicho respecto de la opinión que los propios pacientes sostienen en este terreno. Los escasos estudios disponibles sobre el particular señalan que los pacientes esperan un secreto mayor del que el personal biomédico puede ofrecerles. Parece no existir equivalencia entre lo que los profesionales creen que deben mantener alejado de los oídos de los demás, y lo que los propios interesados –los pacientes- entienden que no debe ser divulgado. Esta percepción no dictamina que el secreto deba considerarse algo absoluto y que obligue en todas las ocasiones; más aún, advierte sobre situaciones de conflicto entre el deber de respetar la intimidad del paciente y el deber de cuidados frente a terceras partes involucradas. Pero aún así, enfermos y cuidadores se distancian al ponderar la naturaleza problemática de la confidencia y el alcance último de la confianza.

3. La veracidad

La confianza ha aparecido desde antiguo como elemento esencial y fundante dentro de la relación profesional–paciente. Esta confianza está cimentada en la información que el elemento más fuerte del binomio es capaz de transmitir acerca de las características, posibilidades de tratamiento y pronóstico de la enfermedad que aqueja al elemento más desvalido y vulnerable.

Sin embargo, aún en un contexto en el cual la investigación biomédica no jugaba todavía un papel primordial, no pudo conformarse una uniformidad de criterios respecto de si el profesional debía comunicarle siempre toda la verdad a su paciente. Esta polémica sorda, que atravesó varios siglos, hizo que esta regla moral fuera poco respetada y menos aceptada que la regla de confidencialidad. Tal falta de consenso es una expresión flagrante del conflicto entre modelos bioéticos de atención médica o, por mejor decir, entre modelos de responsabilidad moral en biomedicina, sean éstos ingenieriles (cientificistas), sacerdotales (paternalistas), de colegas (colaboracionistas) o contractuales (contractualistas).

La veracidad (del latín *verax*, que dice siempre la verdad) es una regla derivada del principio de respeto por el autogobierno o autonomía de las personas. No decir toda la verdad a un enfermo resulta incompatible con esta regla, porque ocultarle datos esenciales que hacen a su salud equivale a faltarle el respeto a su condición personal misma. Pero la cuestión se complica cuando reparamos en que el modelo de la beneficencia justifica la ocultación de información clave al enfermo, y hasta el engaño liso y llano, si con ello se evitan males a los que se juzga mayores.⁴

En una situación en la cual se deba brindar el diagnóstico de una enfermedad cuyo pronóstico es infausto, por ejemplo, el equipo médico no considera sólo el aspecto somático del paciente, sino que repara en todos los aspectos de la persona, su estado mental, su moral, sus proyectos, intereses e ideales, etc. Precisamente en este tipo de

⁴ Particularmente complicado es aceptar esta permisividad en situaciones en las cuales el enfermo o el voluntario sano deben brindar su consentimiento para participar de una investigación biomédica, puesto que el ocultamiento destruye aquí a la noción misma de consentimiento (bien) informado, como estudiaremos más adelante.

situaciones se plantean las controversias acerca de los pro y los contra de suministrar una información completa y veraz.

Aquellos que se muestran favorables a ocultar la verdad —en todo o en parte— aducen que revelarla puede convertirse en algo pernicioso para el paciente, anticipan que puede provocarle un estado de depresión tal que lo conduzca al suicidio o lo prive de su fe en el tratamiento propuesto. También argumentan que en numerosas circunstancias el paciente no desea conocer toda la verdad. Se ha dicho también que los pacientes no son capaces de comprender complejos asuntos biomédicos, o que éstos no les interesan. Para los que adoptan este punto de vista el paciente es una especie de minusválido moral. En paralelo, revelan cierta ingenuidad al creer que los enfermos sólo saben sobre su salud aquello que sus cuidadores le han comunicado verbalmente... Los partidarios del no ocultamiento, por el contrario, entienden que una acción tal es equiparable al engaño, sin más. La única excepción permisible para retener una información crucial, por lo tanto, es evaluar que el enfermo no está, en un momento determinado, en condiciones de recibirla; y que de ello se deriva directamente un daño. Esa noticia, entonces, podrá posponerse, con el objeto de evitar herir al interesado (principio ético de no maleficencia).

La regla de veracidad, tal como la hemos venido desarrollando, refiere a la visión que de ella posee el equipo de salud. Pero esta no es, ni con mucho, la única mirada autorizada. Podríamos aproximarnos también a ella desde la posición del directo afectado por el suministro o negación total o parcial de información, esto es desde el paciente mismo.

¿Qué tipo de información demanda un paciente? Aunque muchísimos pacientes pasan primero por una etapa de negación y depresión al conocer su estado de salud, son mayoría los que terminan aceptando la enfermedad que sufren y colaborando con el tratamiento sugerido. Todos los estudios llevados adelante en los últimos veinticinco años en distintos contextos culturales y geográficos permiten asegurar que aproximadamente un 80% de los pacientes desea conocer la verdad sobre su estado de salud, y que apenas una minoría pretende ignorar qué ocurre con ellos. Estos estudios desvirtúan la tradicional creencia médica en un paciente ignorante que desea continuar en esa situación de no-saber. Esta creencia cómoda no dispone en su favor de evidencia empírica que la avale. Se trata simplemente de una concepción de la medicina tradicional, de cuño paternalista. Tampoco se ha podido demostrar que los pacientes adopten actitudes temerarias, incluido el suicidio, cuando se les informa que padecen una enfermedad de mal pronóstico o incurable.

El problema de la veracidad en biomedicina puede, en resumen, sintetizarse en dos posturas principales: una apoyada en el principio de beneficencia (que admite sistemáticamente la negación en todo o en parte de la verdad con el pretexto de evitar sufrimientos innecesarios al paciente), y otra rival apoyada en el principio de respeto por la autodeterminación (que considera inadmisibles escamotear una noticia crucial al paciente, por dolorosa que ésta sea, ya que la verdad dignifica al otro cuando se lo reconoce como agente moral autónomo. Pero también porque desde un punto de vista ético consecuencial, al ser sistemáticamente engañadas, las personas acabarían perdiendo su confianza en todas propuestas que es capaz de formularle la biomedicina).

A favor de esta última postura anotaremos que el ojo del debate en torno de la veracidad debiera desplazarse hacia la manera de transmitir la información que debe ser proporcionada, y no si brindarla o cuando retacearla. Transmitir de manera cruda, frontal y directa una mala noticia sin reparar en el impacto y el daño que se le puede ocasionar al receptor es un *sincericidio*.⁵ Por tal razón puede batallarse por una

⁵ El neologismo fue acuñado por la bioeticista mendocina Reyna Kotlik.

modalidad dosificada, continuada y creciente de comunicar malas noticias, permitiendo la asimilación, la comprensión y el esclarecimiento progresivo y oportuno del paciente - y por extensión también de la familia- que desea ser informado.

4. El consentimiento informado

Con especial fuerza a partir de la década de 1970, tanto los medios de comunicación como los distintos campos científicos, comenzaron a familiarizarse con un lenguaje nuevo mediante el cual se abogaba por la introducción del sujeto moral en la toma de decisiones médicas. Esto, dicho en otros términos, significaba que el cuerpo médico, antes de ensayar procedimientos invasivos o riesgosos, debía revelar pormenorizadamente a su paciente cuál era la naturaleza y el propósito que dicho procedimiento perseguía, y asimismo sus riesgos y beneficios potenciales además de las alternativas de tratamiento disponibles al tratamiento recomendado. Y todo esto para que fuera él mismo el que finalmente acordara o rechazara la oferta de los profesionales. Recién en esa época se sistematizaron las preocupaciones en torno de la consideración del enfermo como persona plena, titular de obligaciones y derechos, pero también dueño de una autodeterminación que le permitía, en forma racional y libre, ejercer su dominio sobre sí y, por lo tanto, participar en las decisiones terapéuticas, diagnósticas o de investigación que le incumbían directamente. Recién entonces comenzó a postularse que la ancestral beneficencia médica (regida por el principio ético de hacer el bien y, como contrapartida, también de evitar hacer daño) podía encontrar un aliado en la autonomía del paciente (regida por el principio ético del autogobierno o autodeterminación) para poder llevar adelante un tratamiento exitoso, sin lesionar la dignidad intrínseca del ser humano ni invadir su intimidad moral.

El consentimiento informado apareció entonces como un requisito, a la vez moral y legal, a ser cumplimentado con el objeto de dejar constancia expresa de que tanto uno como otro polo de la relación profesional - paciente emprendían juntos una acción médica de común acuerdo: con competencia –esto es, estando el paciente moralmente capacitado para decidir-, sin que mediara coacción, y contando -antes de tomar la decisión- con toda la información relevante del caso.

Tal reconocimiento moral de un derecho a la información y a la decisión médicas por parte de los pacientes se encuentra aún en proceso de consolidación. Este camino sinuoso se encuentra jalonado por múltiples decisiones judiciales y legislación de fundamental importancia que ha impulsado e incluso impuesto, desde fuera de la tradición médica propiamente dicha, el entronizamiento del principio de autonomía por encima de toda otra consideración beneficentista. Ello significa la apertura de un conflicto profesional para los trabajadores del área de la salud entre el acendrado secreto y la publicidad, el socorrido paternalismo y el permiso.

Las primeras referencias contemporáneas a esta regla ética aparecen relacionadas con el proceso de investigación biomédica (las *Reichsrundschreiben* del Ministerio de Sanidad alemán en 1931, el *Código de Nüremberg* de 1946), pero pronto la noción fue utilizada en contextos clínicos muy diversos.

La expresión "consentimiento informado" (*informed consent*) fue acuñada en Estado de California (EE.UU.) en 1957, con ocasión del pleito *Salgo contra Leland Stanford Jr. University-Broad of Trustees*.⁶ La sentencia aclaraba que el cuerpo médico

⁶ Martin Salgo padeció una parálisis permanente producto de una aortografía translumbar que le practicó su médico. Salgo entendió que el profesional actuó livianamente al no haberle prevenido sobre los riesgos de parálisis que el procedimiento a realizar conllevaba. Las observaciones del tribunal actuante

estaba doblemente obligado: por un lado a "obtener el consentimiento" del enfermo y, además, por otro, a "informar adecuadamente" al paciente antes de proceder a la toma de decisiones. En otros términos, la sentencia subrayaba el derecho del enfermo a una información de calidad y la obligación del equipo médico de brindar esa información relevante.

El caso *Nathanson versus Kline* (EE.UU.) selló, en 1960, el ingreso del consentimiento informado a la órbita sanitaria y, desde entonces, se lo incorporó como parte constitutiva de todo acto médico.⁷ Se señalaba allí que el profesional no podía decidir por su paciente, ni aún para proteger sus mejores intereses. La completa autodeterminación de las personas inhibía a los expertos para sustituir con juicios valorativos propios los deseos del enfermo, por medio de cualquier forma o engaño, aún si le iba en ello su vida o su integridad física.

Entre los años 1969 y 1972 distintas causas judiciales norteamericanas lograron derrumbar el criterio con el cual el cuerpo médico había manejado durante siglos la información a suministrar a los pacientes. La práctica profesional indicaba tradicionalmente que tanto la cantidad como la calidad de información a compartir con los enfermos debía ser seleccionada por el propio equipo médico, en tanto que éste era el que sabía qué cosa era mejor para el paciente. Sólo podía exigírsele por tanto aquella información razonable, es decir aquella que la mayoría de los profesionales proporcionarían en situación semejante (*criterio de la práctica profesional*). En el corto tiempo señalado, sin embargo, distintos jueces entendieron que si bien resultaba imposible exigir una información médica detallada y completa, no era absurdo exigir una información suficiente. Esto es, que la persona enferma contara con elementos suficientes como para arribar por sí sola a una decisión libre, y sin que se le escondieran datos que, de conocerlos, podrían hacer variar su elección (*criterio de la persona razonable*). En la actualidad ambos criterios son criticados con dureza, pero no resulta fácil encontrar nuevos parámetros que sustituyan definitivamente a los ya enunciados.⁸

El otro impulso que recibió la doctrina del consentimiento informado fue ajeno a la esfera judicial (*Common Law*). Hacia 1972 ese ámbito comenzó a dar muestras de agotamiento y fueron las leyes estatutarias (*Statutory Law*) las que tomaron el relevo. En 1982 treinta Estados norteamericanos ya habían elaborado legislaciones sobre consentimiento informado, sin embargo el movimiento nacional e internacional de enfermos consiguió en paralelo con ellas dar forma a códigos de derechos para proteger a los consumidores de servicios sanitarios.

El primer paso en este sentido data de 1970 en el país del norte, y se trata del documento de la *National Welfare Right Organization*. La Asociación Americana de Hospitales a continuación aprobó una *Carta de Derechos del Paciente*, que el Departamento Federal de Salud, Educación y Bienestar recomendó al año siguiente fuera adoptada por todos los hospitales y demás centros sanitarios. La Asociación Médica Americana se expidió sobre el particular en 1981, marcando que el derecho del paciente a la decisión autónoma sólo podía ejercerse en caso de poseer información

establecieron que facilitar información de calidad al paciente y obtener su consentimiento *antes* de emprender cualquier tipo de acción eran requisitos indeclinables para no cometer "agresión" (*battery*).

⁷ La sra. Nathanson demandó a su radiólogo, el Dr. Kline, porque tras su mastectomía radical fue sometida a cobaltoterapia. La radiación en toda la zona tumoral le provocó quemaduras graves en piel y cartílago. La demanda judicial estuvo orientada en dos sentidos, por un lado se cuestionó el desempeño del profesional del radiólogo, y por otro se denunció la ausencia de información de calidad sobre el modo de llevar adelante la terapéutica, su naturaleza y complicaciones probables. El tribunal actuante suscribió esta impresión y acabó condenando al profesional por su actitud "negligente" (*negligence*), pues desconoció la autodeterminación moral y legal de su paciente para adoptar decisiones bien fundadas.

⁸ Simon, P.. *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid, Triacastela, 2000.

suficiente para elegir de manera inteligente, y oponiendo dos excepciones a la citada prerrogativa: a) cuando el paciente se encontrara inconsciente o incapaz para consentir frente a una situación de necesidad o peligro inminente, y b) cuando la revelación de información conllevara una amenaza psicológica de daño -v.g. privilegio terapéutico. Un año más tarde la Comisión del Presidente para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina, Biomedicina e Investigación sobre el Comportamiento -creada por el Congreso norteamericano en 1978- dio a conocer su informe en tres volúmenes sobre la doctrina que nos ocupa, destacando que el procedimiento tenía una naturaleza ética afirmada en el principio de autodeterminación de las personas adultas y capaces, más allá de su tradicional y acordado carácter jurídico-político. Este profuso documento selló la suerte del consentimiento informado hasta el presente.⁹

La Asociación Médica Mundial se hizo eco del reclamo explicitado en la regla ética que estudiamos en la ciudad de Helsinki (1964). Dio a conocer entonces una recomendación para guiar el curso de las investigaciones con seres humanos, especialmente preparadas para esclarecer la conciencia de los médicos del mundo entero. Sucesivas modificaciones del documento inicial recogen referencias directas al "consentimiento libre y esclarecido" y al "consentimiento libre y lúcido" del paciente o de sus representantes legales. Así pasó nuestra noción a las diversas propuestas de la Organización Mundial de la Salud y la C.I.O.M.S.¹⁰

El talante ético de todas estas recomendaciones -cuyo listado no pretende ser exhaustivo- se difundió por los países occidentales generando legislación acorde. Con todo, el caso latinoamericano y el europeo continental resulta algo diferente del norteamericano, en especial porque el papel desempeñado en estas regiones por las cortes judiciales es de mucho menor importancia que el alcanzado en los EE.UU. La Justicia de estos países se concentra, por lo general, en la interpretación y aplicación de leyes, y por tanto la doctrina del consentimiento debió aparecer en estos contextos con fuerza directamente en la faz estatutaria. A pesar de ello, si bien existe en casi todas las naciones considerados un respeto explícito por las recomendaciones y declaraciones de la Organización Mundial de la Salud, las referencias al consentimiento informado como instrumento de carácter moral-legal en la legislación específica son contadas.

A estas alturas resulta obvio que la práctica del consentimiento informado está justificada tanto por el respeto a la libertad de los individuos como por la consecución de lo que más les conviene, en vista de la maraña de problemas conceptuales e históricos que afectan a la relación profesional-paciente en nuestras sociedades multiculturales y pluralistas. Sin embargo es también cierto que se trata de una práctica compleja por cuanto refiere al permiso que otorga una persona capaz y competente así como también al permiso que ofrece el representante legal o el tutor de una persona incapaz para consentir por sí (v.g. un alienado, un menor de edad, un recién nacido, etc.). A la luz de la jurisprudencia y de la legislación que hemos citado podemos confeccionar un listado de razones que los afectados esgrimen a la hora de apuntalar la práctica en cuestión. Todas ellas, aún las más caprichosas, se basan en los principios de autonomía y de beneficencia (o de permiso y beneficio para usar la terminología de Engelhardt).¹¹ La tensión moral más severa se juega empero con aquellas personas que

⁹ PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *Making Health Care Decisions: The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship*. Washington, U.S. Government Printing Office, 1982.

¹⁰ Ceccetto, S. "Consentimiento informado: antecedentes históricos, oscuridades terminológicas y escollos de procedimiento", en: Blanco, Luis Guillermo (compilador). *Bioética y Bioderecho, cuestiones actuales*. Buenos Aires, Universidad, 2002: 91-116.

¹¹ Engelhardt, H. Jr. *Los fundamentos de la bioética*. Buenos Aires, Paidós, 2002, 2da. ed.

actúan por sustitución, dado que la mayoría de ellas no cuentan con mandatos legales, poderes escritos ni previas instrucciones formales del directo interesado transfiriéndole autoridad.¹² Sin estas reservas queda en entredicho que un familiar, un tutor o un representante pueda arrogarse la prolongación de la libertad de otro individuo, especialmente si éste último nunca pudo expresar esta facultad abiertamente a causa de su corta edad o de alguna deficiencia psicofísica permanente.

Con todo, la formulación inicial de la regla de consentimiento no permite fácilmente saber si extrae toda su fuerza del principio ético de beneficencia o del de autonomía. Es decir, no sabemos si el consentimiento del paciente informado se convierte en un deber médico que se orienta a hacer el bien (*ben facere*), o si se trata de un derecho a la autodeterminación del que el paciente dispone por ser sencillamente hombre. Algunos sostienen que el "consentimiento informado" es directamente un nuevo derecho humano -no ya una sencilla especificación del clásico derecho a la salud, y que debería sumárselo a la lista de los ya existentes a la vida, a la libertad, a la propiedad, y ponerlo en íntima relación con otros derechos fundados en la autonomía personal: el derecho a la privacidad y a la muerte digna. Desde este punto de vista se advierte el modo por el cual el lenguaje hipocrático de las virtudes y de las obligaciones, signado por el principio ético de beneficencia, cede paso a un lenguaje recostado sobre los derechos.

Colofón

No representa una tarea particularmente ardua acordar que las reglas éticas que rigen a la relación entre profesionales de la salud, instituciones sanitarias y pacientes atienden a cuestiones de procedimiento más que a cuestiones morales sustantivas. El reconocimiento de este carácter procedimental no implica sin embargo rebajar su importancia o valía práctica, como así tampoco desestimar su poderío para generar controversias en el campo teórico. Más aún, en vistas a la necesidad de hallar una resolución satisfactoria y pacífica para todas las partes involucradas en un conflicto dado, y no pudiendo echar mano a visiones compartidas y concretas respecto de la vida buena, el auxilio de los medios procedimentales resulta inestimable pues permiten alcanzar acuerdos compartidos cuyo resultado serán acciones que cuenten con alguna autoridad moral y consenso.

Confidencialidad, veracidad y consentimiento informado son reglas simples, bajo una primera mirada, y se vuelven complejas apenas se pretende ahondar en su examen. Esta dificultad no se despliega sólo en un nivel teórico, como señalamos más arriba, sino que muestra especialmente su riqueza y complejidad en un nivel práctico, cuando su aplicación para la toma de decisiones deviene ineludible. Las precisiones que hemos consignado aquí pretenden simplemente exhibir con algún detalle el núcleo sobre el que cada una de esas reglas gira, e insinuar algunos frentes de conflicto. En tal sentido conviene recordar que si bien hoy la biomedicina, el bioderecho y la bioética toman recaudos específicos para alcanzar una feliz aplicación de estas reglas, ello no evita todavía grandes zonas de indefinición y aspectos todavía abiertos a la controversia y a la confrontación.

¹² Ceccetto, S. *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal*. Mar del Plata, Suárez, 2001.

Bibliografía

- Beuchamp, Tom L., Childress, James F. *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press, 1979.
- Castilla, Aurelio. “El secreto médico”, en *Cuadernos de Bioética* 7 (26), Madrid, 1996.
- Ceccetto, Sergio., “Consentimiento informado: antecedentes históricos, oscuridades terminológicas y escollos de procedimiento, en: Blanco, Luis Guillermo (compilador). *Bioética y Bioderecho, cuestiones actuales*. Buenos Aires, Universidad, 2002.
- Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal*, Mar del Plata, Suárez, 2001.
- Engelhardt, Hans-Tristram Jr. *Los fundamentos de la bioética*, Buenos Aires, Paidós, 2002, 2da. ed.
- Ross, W.D., “What Makes Rihts Acts Right”, en Veatch, Robert. *Cross Cultural Perspectives in Medical Ethics: Readings*, Boston, Jones & Bartlett, 1989.
- PRESIDENT’S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *Making Health Care Decisions: The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship*. Washington, U.S. Government Printing Office, 1982.
- Simon, Pablo, *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid, Triacastela, 2000.