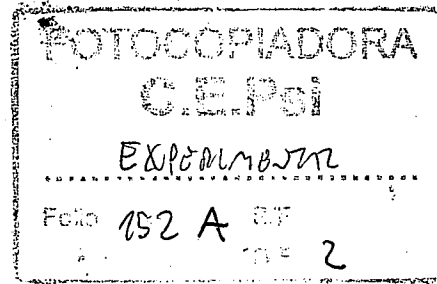


FLORENCIA CUNTA - ARLEEN SALLES, DE CIGNONI DE VIDA Y MUERTE - EUTANASIA, ACCESO Y
OTROS TEMAS DE ETICA MEDICA - (ED. SUBABTECALA, APPS)
A PARTIR DE: RELACION MEDICA - PACIENTE



Consentimiento y rechazo informados

Una persona competente da su consentimiento informado cuando provista de la información adecuada, y sin coerciones, acepta seguir el tratamiento propuesto por su médico o someterse a algún tipo de experimentación. Da su rechazo informado cuando, poseyendo la información relevante del caso, la persona se niega a seguir tal tratamiento. En esta sección nos referiremos genéricamente al consentimiento informado.

Aunque la noción de consentimiento informado es muy importante en la medicina, no se restringe sólo a este ámbito: en cualquier situación en la que se contratan los servicios de un profesional con el cual se mantiene una relación fiduciaria, puede darse consentimiento informado. En medicina, la noción de consentimiento informado plantea cierta tensión entre la autodeterminación del paciente y el paternalismo del médico; entre el informar todo y el "primer deber" del médico —hacer lo mejor para el paciente—. Con frecuencia, los médicos sienten que si revelan todos los riesgos que un tratamiento puede tener, el paciente no va a consentir.

Según Katz, informar es una práctica extraña a la tradición médica, la cual ha sido guiada desde Hipócrates y su juramento por una historia de silencio. En este sentido, la noción de consentimiento informado plantea un cambio muy profundo en la idiosincrasia del médico; tanto la noción de decir la verdad como la de consentir un tratamiento son dos "reclén llegadas" a la práctica médica y, por este motivo, todavía tienen que ser reconocidas por muchos —médicos y pacientes— como propuestas viables.

La noción de consentimiento informado ha dado lugar a dos propuestas importantes sobre cómo definir e interpretar este con-

cepto. La primera propuesta afirma que el consentimiento informado se debe entender como un *proceso de decisión compartido* entre el paciente y el médico. En este caso, el acento se pone en el proceso de decisión conjunto, que supuestamente resulta de un acuerdo entre ambos. Esta es la posición defendida por Katz, la cual también fue adoptada por la Comisión Presidencial para el estudio de los problemas éticos en medicina y en investigación de los Estados Unidos.

En segundo lugar, Faden y Beauchamp interpretaron la noción de consentimiento informado como una *autorización autónoma* por parte del paciente. Esto es, se supone que el paciente autoriza activamente la propuesta en el acto de consentir. Esto requiere, además, la explicitación de los requisitos para que esa autorización sea efectivamente consentimiento informado.

Sin embargo, cualquiera sea el sentido que se le dé a la expresión "consentimiento informado", es importante destacar que es una noción basada en el principio de autonomía, que prioriza el derecho del paciente de determinar su propio destino. El respeto de esta noción lleva al médico a tomar al paciente como un individuo libre, cuya participación debe ser buscada. Al mismo tiempo, la gran aceptación de esta práctica indica, implícitamente, que la buena conducta de un médico no se limita a restablecer la salud del paciente sino también a respetarlo como persona.

Problemas en el ejercicio del consentimiento informado

Aunque atractiva, la noción de consentimiento informado no está exenta de problemas teóricos y prácticos.

En primer lugar, se plantea la cuestión de la información. Uno de los requisitos para dar consentimiento informado es la posesión de la información relevante del caso. Pero, ¿cuál es la *información adecuada*? ¿Y cómo se expresa? Con respecto a esta última pregunta se puede decir que, en principio, toda información acerca de la enfermedad del paciente y de los posibles tratamientos alternativos debe ser expresada en un lenguaje que el paciente entienda. No obstante, conocer la enfermedad y la posibilidad de una variedad de opciones terapéuticas no es suficiente para que el paciente esté completamente informado. Este debe saber cuáles son los riesgos y los beneficios que el tratamiento propuesto tiene, así como también los de los tratamientos alternativos.

No todos los autores coinciden respecto de la importancia y la cantidad de información que debe darse al paciente. Faden, Beauchamp y Freedman no consideran que ésta sea la principal característica del acto de dar consentimiento informado. Estas posiciones, que dan menos importancia al aspecto informativo del consentimiento informado, evitan ciertas críticas que se hacen a

esta noción en el ámbito de la investigación. En investigación, muchas veces no se sabe con certeza cuáles son los riesgos o los efectos secundarios de un tratamiento; ¿tiene sentido entonces hablar de consentimiento informado? Existen, además, problemas adicionales: ¿Se deben informar "todos" los riesgos, aun aquellos de los que hay un porcentaje mínimo de posibilidades? ¿Qué criterio se debe usar para determinar cuándo la información es adecuada? ¿Se debe decir lo que la "buena práctica médica" indica? ¿Lo que cualquier médico diría en esas circunstancias? ¿O se debe dar toda aquella información que permita que una persona razonable pueda tomar una decisión determinada? Como se puede observar, determinar cuál es la información adecuada plantea serias dificultades que se hacen más perceptibles a la hora de las demandas legales.

En segundo lugar, la noción de consentimiento informado nos enfrenta con el tema de la *competencia* del paciente. ¿Cuáles son los criterios para determinar la competencia de una persona? O, más bien, ¿cuáles son los criterios para establecer que una persona es competente para tomar una *decisión determinada*? Ha habido casos de personas cuyas facultades mentales estaban aparentemente en orden, y que se negaron sin razón a procedimientos médicos necesarios; ¿cómo se debe proceder en estos casos?

En tercer lugar es importante destacar que la práctica del consentimiento informado no permite la presencia de *coerción*, dado que ésta compromete la autonomía de cualquier persona racional. Uno se ve coaccionado no sólo cuando es forzado a hacer algo, sino cuando, existiendo opciones, carece de información acerca de ellas. Dar consentimiento informado implica la libertad de poder elegir por sí mismo, sin coacción, en función de la propia evaluación de las consecuencias y los riesgos.

El acto de dar consentimiento informado, entonces, no está libre de problemas. Sin embargo, se puede decir que en situaciones "normales" una persona adulta, competente, en ausencia de coerción puede dar su consentimiento informado si posee la información adecuada acerca de los beneficios y los riesgos clínicos (sobre todo aquellos riesgos muy severos, por ejemplo, muerte o discapacidad) o de los tratamientos alternativos disponibles. Se debe informar todo aquello que el médico crea que puede afectar la decisión del paciente. De hecho, ésta es una práctica usual en la investigación y en el tratamiento clínico en muchos países.

Confidencialidad

A diferencia del consentimiento informado y la veracidad, la práctica de confidencialidad está arraigada en la tradición médica. Sin embargo, enfermedades tales como el SIDA vuelven a poner esta

práctica sobre el tapete, si bien conviene advertir que el problema de la confidencialidad se puede plantear en cualquier interacción entre el médico y el paciente.

¿Cuáles son los límites y alcances de esta práctica? No hay consenso con respecto a este tema. Quiénes respaldan posiciones deontológicas extremas sostienen que existen ciertos principios, de valor absoluto, que tienen prioridad sobre otras consideraciones. En tanto el médico revela información que le fue provista confidencialmente y que él, de manera implícita, prometió no divulgar, actúa inímicamente. Se debe, entonces, respetar la confidencialidad.

Por otro lado, es posible recurrir a distintos argumentos utilitaristas tanto para mantener como para infringir la confidencialidad. En el primer caso, se puede decir que mantener o respetar la confidencialidad produce buenas consecuencias, en la medida en que promueve la confianza que el paciente tiene en su médico; se incrementan las posibilidades de que se pueda tratar al paciente de manera adecuada (en tanto el médico conoce todos los datos que le permiten un diagnóstico y un tratamiento apropiados) y, en el caso de ciertas enfermedades, se puede detener su contagio y expansión. Esta justificación se esgrime teniendo en cuenta las consecuencias a largo plazo.

Distinto es cuando se toman en cuenta las consecuencias de una determinada acción (especialmente las consecuencias inmediatas). En ciertos casos, cuando se pueden prevenir riesgos graves a terceros, se puede justificar el infringir la confidencialidad. Un ejemplo es el caso de Poddar, quien contó en una sesión terapéutica su intención de matar a Tatiana Tarasoff. Fue retenido un día por la policía del Campus Universitario en donde se encontraba y liberado por parecerles racional. No se realizó ninguna otra acción para prevenir el posible asesinato. Cuando Tatiana Tarasoff volvió de sus vacaciones, Poddar la mató.

En este último caso, se puede argumentar que el riesgo de daño o el "principio de no dañar" puede revocar la obligación de confidencialidad. En estas situaciones, se debe tener en cuenta otras variables tales como la *probabilidad* y la *severidad* del daño. El punto en cuestión es que estas variables son muy difíciles de establecer y, mucho más, de predecir.

Para ilustrar dos posturas diferentes en relación al problema de la confidencialidad y el SIDA elegimos el artículo de Gillon y el de Gillett. Gillon plantea si es necesario revelar información confidencial de las clínicas que tratan enfermedades transmitidas sexualmente, a los médicos clínicos, cuando el paciente se niega a ello. El autor argumenta a favor de mantener la confidencialidad y sólo justifica su violación en casos excepcionales (por ejemplo, el de un psicópata HIV positivo al que no importándole transmitir el virus a otras personas, intenta hacerlo y pone en riesgo a otro paciente —probablemente no infectado— del mismo médico). Por

otro lado, en un artículo muy instructivo, Gillett trata de mostrar los casos en los que se puede quebrar la confidencialidad justificadamente. Cita la situación de aquel individuo que no tiene en cuenta el bienestar y el derecho a la vida de sus compañeros sexuales, excluyéndose de la comunidad moral. Puesto que los casos de sádicos, asesinos, etcétera, son hasta intuitivamente fáciles de condenar, una de las preguntas formulables es qué pasa con casos *borderline*, en los que no es tan claro que haya tal desprecio por el otro. Una cuestión interesante que se desprende del artículo de Gillett es que admitir un caso justificado de quebrar de confidencialidad no nos lleva necesariamente hacia una pendiente resbaladiza. Se pueden fijar y justificar casos excepcionales sin por eso inutilizar el concepto de confidencialidad.