



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina

Brasil

Roland Schramm, Fermin

Comunicação e consentimento na pesquisa e na clínica: análise conceitual

Revista Bioética, vol. 25, núm. 1, 2017, pp. 11-18

Conselho Federal de Medicina

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361550413002>

- [Cómo citar el artículo](#)
- [Número completo](#)
- [Más información del artículo](#)
- [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Comunicación y consentimiento en la investigación y la práctica clínica: un análisis conceptual

Fermin Roland Schramm

Resumen

Los dispositivos de comunicación y consentimiento son parte de las herramientas prácticas en la investigación y la práctica clínica, y tienen, por tanto, una dimensión moral importante en bioética. Esto porque son estructurados por la dialéctica entre la conflictiva inherente al *ethos* y los intentos por establecer convergencias. Tales convergencias pueden ser modalidades de un intento por buscar la armonía entre las partes (como sugiere Maliandi), o, más simplemente, una forma de que los agentes morales obtengan permiso (según lo sugerido por Engelhardt) para usar los cuerpos de los pacientes morales. El artículo propone un análisis conceptual de este tipo de dispositivos, pues se considera que es una condición necesaria para abordar la moralidad de las prácticas de investigación involucrando seres humanos y de las prácticas clínicas que se producen entre los agentes y los pacientes morales.

Palabras clave: Comunicación. Consentimiento informado. Conflicto de intereses.

Resumo

Comunicação e consentimento na pesquisa e na clínica: análise conceitual

Os dispositivos da comunicação e do consentimento fazem parte das ferramentas da prática em pesquisa e da prática clínica, e têm, portanto, importante dimensão moral em bioética. Isso se deve ao fato de serem estruturados pela dialética entre a conflituosidade inerente ao *ethos* e as tentativas de estabelecer convergências nele. Essas convergências podem se apresentar como modalidades de tentativa de harmonia entre as partes (como sugerido por Maliandi), ou, mais simplesmente, como maneira de os agentes morais obterem permissão (como sugerido por Engelhardt) do uso dos corpos dos pacientes morais. O artigo propõe análise conceitual desses dispositivos, por considerá-la condição necessária para abordar a moralidade das práticas de pesquisa envolvendo seres humanos e a prática clínica, que se dão entre agentes e pacientes morais.

Palavras-chave: Comunicação. Consentimento livre e esclarecido. Conflito de interesses.

Abstract

Communication and consent in research and clinical practice: a conceptual analysis

The devices of communication and consent are important tools in research and clinical practice. They therefore have an important moral dimension in bioethics, as they are structured by the dialectic between the conflict inherent to the *ethos* and attempts to establish convergences within the same. These convergences can appear as modalities of attempts at harmony between the parties involved (as suggested by Maliandi), or, more simply, as a way for moral agents to obtain permission (as suggested by Engelhardt) to use the bodies of moral patients. This article proposes a conceptual analysis of such devices, considering such an analysis a necessary condition to approach the morality of research practices involving human beings and clinical practice, involving moral agents and moral patients.

Keywords: Communication. Informed consent. Conflict of interest.

PhD rolandschramm@yahoo.com.br – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Correspondência

Av. Augusto Severo, 132, apt. 1.202, Glória CEP 20021-040. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

Actualmente, tanto la práctica de investigación que utiliza seres humanos como objeto de investigación como la práctica clínica que pretende curar o cuidar pacientes pueden considerarse tipos de interrelaciones entre actores sociales que se establecen gracias a la “comunicación” y el “consentimiento”. De hecho, estos tipos de práctica abarcan un conjunto de actores que, de acuerdo con el lenguaje adoptado por la bioética, pueden dividirse en dos subconjuntos: los “agentes morales” (representados *inter alia* por investigadores, médicos y otros agentes de salud) y “pacientes morales” (representados aquí por sujetos objeto de investigación científica, llamados también “participantes”, y por los destinatarios de los actos de curación o de cuidado de los agentes). La estructura que se establece entre *agentes* y *pacientes* morales nos lleva a interrogarnos sobre

... el sentido de los actos, las finalidades, las circunstancias, las consecuencias (...) teniendo en cuenta al mismo tiempo la situación concreta, en su singularidad y complejidad, (...) [dado que,] en esta perspectiva, la ética está llamada a ser constantemente una ética de la interrogación y una ética del diálogo y el debate. De interrogación, porque con frecuencia las situaciones son inéditas y porque las respuestas no son evidentes. De debate, porque la novedad y la complejidad de las cuestiones exigen el aporte de varias inteligencias¹.

En particular, desde el punto de vista de la bioética, los agentes y pacientes morales pueden considerarse actores que se relacionan entre sí en el *ethos*, entendido como un *fenómeno de la moralidad* que debe ser estudiado por la ética, a su vez entendida como *tematización del ethos*, lo que incluye *todo esfuerzo por aclararlo*. Ello convierte a la ética en *tematización de sí misma*, es decir, lleva a la integración de la ética en el *ethos*, lo que enriquece y complejiza el propio *ethos*². Es decir, la ética se estructura y reestructura debido al *conglomerado de problemas* representados por las *relaciones conflictivas* constitutivas del *ethos*, pero también gracias a los intentos de construir convergencias.

Pueden entenderse estas convergencias como una *búsqueda de un equilibrio entre las funciones compuestas de la razón*, cuyo objetivo es *evitar, resolver o, por lo menos, regular los conflictos*, a partir del reconocimiento de *uno a priori de la conflictividad* y de la vigencia de una *pluralidad de principios* entendida como fundamento capaz de *maximizar la armonía entre ellos*³. En este sentido, la comunicación y el consentimiento parecen

constituir herramientas racionales necesarias y adecuadas para intentar dar cuenta de los conflictos en cuestión, los cuales pueden ser de intereses, pero también de valores y sistemas de valores usados para “evitar”, “resolver” o “regular” la conflictividad.

No obstante, los términos “comunicación” y “consentimiento” poseen varios sentidos, lo que hace que los debates no siempre sean muy objetivos. De hecho, existe un significado de “comunicación” que es meramente instrumental y cuantificable: el de *transmisión de información*⁴, que convierte al término “comunicación” en sinónimo de “información”. Pero esta operación conceptual puede considerarse inapropiada, pues dicha identificación de los términos constituye en realidad un tipo de subsunción del significado de “comunicación” al de “información”, operación que de hecho cuantifica y olvida el significado más amplio de “comunicación”, entendida como tipo de “relación social”.

Puede considerarse que ese significado más amplio del término hace referencia a por lo menos tres tipos de relación: 1) relación de demanda o pedido de una persona (o grupo de personas) que solicita información a otra persona (o a otro grupo de personas); 2) relación entre el emisor de un mensaje y su receptor (y que remite a la sinonimia “comunicación” – “información”); 3) relación de “orden”, que puede considerarse como indicio de *relación asimétrica en que una de las personas [tiene] un papel activo y otra un papel pasivo*, es decir, relación en que el emisor de un mensaje proporciona al receptor una *indicación que se refiere a esta relación social*⁵. Esa relación podrá también considerarse, en determinadas circunstancias, una relación instrumental (en el caso de la investigación) y una relación “paternalista” de poder (en el caso de la práctica clínica).

Para intentar aclarar los dos tipos de dispositivos representados por “comunicación” y “consentimiento” se efectuará, a continuación, el análisis lingüístico de ambos conceptos, con el fin de intentar aclarar sus significados. Ello porque, como hemos visto, la comunicación puede reducirse a la transmisión de información, dado que, en este caso, el dispositivo llamado “consentimiento” puede considerarse como un ente problemático. Lo que de hecho ocurrió cuando, en Brasil, se llevaron a cabo los debates sobre ética en investigación que llevaron a implantar el sistema CEP/Conep a fin de evaluar la práctica de investigación que involucra a seres humanos. Efectivamente, en el proceso que condujo a la creación de este sistema se hizo evidente el problema que implicaba la traducción del

término inglés *informed consent*, que en portugués se convirtió en “consentimiento livre e informado” (consentimiento libre e informado) o, como preferían algunos, “consentimiento livre e esclarecido” (consentimiento libre y aclarado), a partir de la traducción del francés *libre et éclairé*⁶.

Conceptos de comunicación y consentimiento

Los términos “comunicación” y “consentimiento”, derivados de las palabras latinas *communicatio* (con el significado de “estar en relación con”) y *consentire* (con el significado de “estar de acuerdo con”), guardan relación lógica entre sí, pues la comunicación puede considerarse una condición necesaria para consentir. Pero esta relación remite también al concepto común de “sentido”, dado que para *consentir* debo conocer el significado abarcado y compartido, lo que puede considerarse como resultado de una “acción comunicativa”. De acuerdo con Habermas, la acción comunicativa debe entenderse como un presupuesto de cualquier tipo de acción, y forma parte de una “nueva teoría crítica de la sociedad”. Asimismo, debe ser diferente de la mera “acción instrumental”, entendida como acción teleológica, pero cuyos fines dependen de la comunicación y que remite a un posible acuerdo normativo entre los actores de la acción⁷.

Es decir, de acuerdo con el autor, la acción instrumental es una forma de saber empírico, organizado con la ayuda de técnicas y considerado racional en la medida en que permite alcanzar objetivos gracias a las técnicas adecuadas a dichos objetivos. Por el contrario, la acción comunicativa es una forma de interacción social entre por lo menos dos sujetos capaces de compartir lenguajes y que están involucrados en una acción que posee una dimensión normativa. En suma, se trata de sujetos que establecen una relación interpersonal y que buscan comprenderse mutuamente, que es el objetivo de la comunicación. En la teoría del lenguaje, el concepto de comunicación se refiere al hecho de que los seres humanos se hablen e intenten comprenderse, lo que

...hace referencia directamente al carácter social del lenguaje [que] caracteriza a todos los comportamientos de intercambio que se observan en las especies organizadas en sociedades, [dado que] para explicar este fenómeno de comunicación se debe abandonar el plano individual para trasladarse al de la sociedad, [pues] el objetivo esencial

*del lenguaje es el de asegurar la comunicación de las ideas, los deseos y las emociones en el interior del grupo, [pero sabiendo también que el grupo] dispone de otros modos de comunicación no verbal [y que la] palabra asume otros papeles que no parecen estar directamente vinculados a la comunicación, [tales como] la función de representación, [que] consiste en crear substitutos o representantes de la realidad que el sujeto conoce, substitutos cuya organización constituye aquello que llamamos pensamiento*⁸.

Concretamente, la “acción comunicativa” y la “acción instrumental” son dos tipos de prácticas que pueden referirse a la investigación científica y a la relación entre médico y paciente (y entre cualquier profesional de la salud y los destinatarios de sus acciones). En esas situaciones, ambos tipos de “acción” aparecen juntas, pero pueden entrar en contradicción cuando el objetivo de la acción comunicativa se encuentre subsumido al de la acción instrumental. En dicha circunstancia, las prácticas en cuestión se vuelven objeto de la bioética, que las analizará cotejándolas con algún paradigma valorativo.

Es el caso del principio de la calidad de vida, defendido prevalentemente en las sociedades denominadas “seculares”, en las que existen territorios aún no explorados y que se refieren en particular al “uso de los cuerpos”. Este uso puede considerarse un concepto que substituye al tradicional concepto de acción, pues el concepto de “uso” no remite a sujetos, sino a “formas de vida”, en las que se entrelazan “ser” y “vivir”⁹. En particular, el término “uso” implica una operación que, en principio, solo puede realizarse con el consentimiento de las personas, en cuanto sujetos objeto de investigación o en cuanto pacientes o destinatarios.

Más específicamente, “comunicar” y “consentir” son dos herramientas que pueden aplicarse a dispositivos referentes a las experiencias de cualquier tipo de investigación científica realizada por investigadores con seres humanos que se convierten en objetos de la investigación. Lo mismo ocurre con el tipo de relación que se establece, en la práctica clínica, entre médico y paciente (y, de forma general, en la práctica sanitaria, entre prestador y usuario de los servicios de salud). Es decir, ambos conceptos se refieren a prácticas entendidas como interrelaciones que se construyen entre personas o entre grupos de personas o “comunidades”.

No obstante, los dos conceptos pueden ser distintos en por lo menos dos campos, que pueden considerarse contradictorios entre sí debido a los

conflictos de intereses o las opiniones divergentes y mutuamente excluyentes de los involucrados. O, entonces, pueden concordar, compartiendo un sentido, objetivos y justificaciones de determinada práctica (como investigación y práctica clínica y sanitaria), estableciendo así alguna forma de “armonía”.

Comunicación, consentimiento y dificultades de la bioética

Desde el punto de vista de la bioética, puede decirse que, en la contemporaneidad, los fenómenos de la “comunicación” y el “consentimiento” deben enfrentar el problema de los así llamados “extraños morales”¹⁰, debido a la conflictividad existente entre las partes, aparentemente insoluble. De hecho, de acuerdo con Engelhardt, ya no existiría la posibilidad de *vislumbrar en el horizonte ninguna solución para nuestras controversias*, dado que

*las guerras culturales que fragmentan las reflexiones bioéticas en campos sectarios de contienda están fundadas en una diversidad moral insoluble, [y ello debido no solamente a la falta de] un consenso moral en defensa de una moralidad común que se reputa la base sustentadora [de] una bioética canónica y de la política de salud que defiende, [sino también debido a] un deseo de negar el desafío de la diversidad moral a la gobernanza y la estabilidad política, [dado que] no puede haber ningún consenso moral substantivo*¹¹.

Incluso si se admiten las enormes dificultades que entraña el resolver conflictos de interés y opinión, no podemos olvidar que —como ya vimos— la conflictividad forma parte del propio *ethos*. Es decir, los conflictos analizados por la bioética se refieren a interrelaciones complejas entre actores involucrados en controversias. Actores que, como se indicó, pueden dividirse en “agentes” y “pacientes” morales, pero que pueden asimismo considerarse “emitentes” y “destinatarios” de las acciones comunicativas que se producen entre los involucrados, y que pueden considerarse, en particular, “extraños morales”.

Sin embargo, Engelhardt admite también la existencia de “amigos morales”, los cuales compartirían una moral común —contrariamente a los “extraños morales”— capaz de resolver controversias morales gracias a argumentos coherentes y compartibles por una “comunidad moral”, o haciendo referencia a alguna autoridad moral reconocida por los contendientes. Como escribe el propio autor, es

*dentro de comunidades morales particulares, y no de sociedades de gran escala, [donde] vivimos y encontramos el verdadero significado de la vida y la orientación moral concreta, [comunidades en las que] somos sumergidos en una matriz plena de contenido moral*¹².

Por otro lado, refiriéndose a las sociedades de gran escala, mucho más amplias que las comunidades morales y consideradas como esencialmente seculares, Engelhardt propone introducir el *principio de permiso*. Y ello porque lo considera *el principio moral crucial para la bioética secular*, pues *obtener permiso de las personas es central para la bioética secular porque no hay otra fuente de la cual derivar la autoridad moral secular*. En suma, de acuerdo con el autor, *ante un pluralismo moral irreducible* —como el que existe en el mundo contemporáneo—, *la autoridad se deriva de las personas*¹³. De hecho:

*Una bioética secular universal capaz de conectar personas que no comparten una concepción moral particular solamente puede extraer su autoridad del consentimiento de los individuos. Es entre los individuos donde ocurren las controversias morales. Como extraños morales, son los que pueden, por medio de acuerdos, crear un dominio de autoridad moral común. [En suma,] el principio de permiso tendrá centralidad no en virtud de ser valorizado, sino porque el permiso de las personas es la única fuente posible de autoridad secular, [puesto que] la bioética de tal sociedad dará prioridad a prácticas tales como el consentimiento informado, el derecho de rechazar tratamientos, el desarrollo de contactos para los servicios de asistencia a la salud y el derecho de decidir qué hacer consigo mismo y de consentir que otros lo hagan de conformidad con lo establecido por mutuo acuerdo*¹⁴.

Pero, en este punto, surge inevitablemente la pregunta de si, para la bioética secular, entre los dos universos constituidos por los “amigos” y los “extraños” morales, existiría la posibilidad de algún tipo de relación que no sea de oposición y mutua exclusión. Como se mencionó, puede sostenerse que *el elemento perturbador y desorientador, tanto en la teoría como en la praxis de la bioética, [se refiere] a una forma de interrelación, con una infinidad de variantes, que determinan la complejidad característica [del] ámbito social*¹⁵. Pero debe considerarse asimismo que *junto con los conflictos existen factores anti-conflictivos que se manifiestan en todo aquello que tiende al orden, la organización, la sistematización [y que se refieren a] la “armonía” [entre] “conflictividad” [y] “convergencia”, [pues] la armonía inhibe la*

*conflictividad y viceversa, [puesto que] los conflictos establecen relaciones en el modo de la divergencia y la armonía lo hace en el modo de la convergencia*¹⁵.

Podríamos, por tanto, decir que existe una dialéctica (o relación compleja) entre conflictividad y convergencia. La problemática de la comunicación y del consentimiento puede considerarse, en particular, capaz de convertirse en un dispositivo apto para crear herramientas a fin de obtener dicha “armonía”, siempre y cuando se efectúe un análisis conceptual de ambas palabras. Este análisis constituye una condición necesaria para abordar la conflictividad de la relación entre agentes y pacientes morales, que es aquí el caso de la relación entre investigador e investigado y de la relación entre el médico (o prestador de servicios de salud) y el paciente o usuario. De hecho, en ambas experiencias puede destacarse el tipo de prácticas (o de “uso de los cuerpos”) que posee significados de “repartir”, “compartir” y “participar”.

En otras palabras, consideramos que, gracias a este análisis conceptual, se puede establecer una especie de “puente” conceptual (para utilizar una metáfora de Potter) compartido por las experiencias vivenciadas por los participantes de la investigación científica –realizada en principio para el bienestar de los humanos “investigados”– y por pacientes o usuarios (o destinatarios) en sus relaciones con los agentes que actúan en el campo de la salud humana –y cuyo objetivo es, en principio, el bienestar de los individuos y las poblaciones que son objeto de la curación y los cuidados ofrecidos por ellos.

Comunicación y consentimiento: de su análisis lingüístico a su uso en filosofía

De acuerdo con su etimología, “comunicación” y “consentimiento” poseen los siguientes significados:

Comunicación → del sustantivo latino *communicatio* (“acción de comunicar, de compartir, de dividir”), derivado del verbo *communico* (“poner en común, dividir, compartir, tener relación con”) ¹⁶;

Consentimiento → del verbo latino *consentire* (“dividir determinado sentimiento con”, “tener igual opinión, sentimiento o conducta”, “decidir de común acuerdo”, “sentir al mismo tiempo”, “simpatizar con”) ¹⁷.

Veamos, en **más detalle**, cada término por separado.

Comunicación

La “ciencia del lenguaje”, denominada *lingüística*, puede entenderse de acuerdo con el enfoque psicolingüístico, el cual inscribe esta ciencia en el cuadro teórico interaccionista propuesto por la epistemología de Piaget. Según esta teoría, todo conocimiento, incluso el lenguaje, se construye por el *diálogo permanente entre el sujeto y el objeto*, lo que implica *dar un estatuto al sujeto, pero también a los objetos y al mundo ambiente* ¹⁸. A partir de este enfoque, puede considerarse que toda operación de lenguaje está constituida por al menos cuatro parámetros o nociones:

- *realidad objetiva*, que constituye el *contenido* y el *referente situacional del enunciado*, y estaría representada aquí por las prácticas de investigación y de la clínica;
- *sujeto hablante*, con sus *instrumentos de conocimiento*, representado por el investigador y el médico (o sanitarista);
- *modelo lingüístico (es decir, la lengua en vigor en el grupo social)*, aquí el tipo de lenguajes utilizados por los emisores, representados por el investigador y el médico (o sanitarista) acompañante;
- *enunciados*, que el sujeto *debe tratar, es decir, producir, comprender, memorizar, etc.* ¹⁹.

La comunicación es, por tanto, una actividad cognitiva que puede considerarse como perteneciente a la psicolingüística, la cual, a su vez, aborda la comunicación como un dispositivo con aspectos que son, en principio, y al mismo tiempo, de tipo cognitivo y afectivo, o –si se prefiere– de tipo simbólico e imaginario. Pero, de hecho, en la era de la realidad virtual y de las tecnologías de la información, el dispositivo de la comunicación parece verse cada vez más reducido (o subsumido) a la información almacenada. Es decir, la comunicación se entiende como mera actividad de transmisión de significados, que pueden en principio calcularse (por ejemplo, en bits) y que pueden, por tanto, “circular” de un polo a otro, pero en una única dirección, sin ninguna reciprocidad entre el “emisor” y el “receptor”.

Tal reducción, por regla general, no ocurre en el caso del dispositivo de la comunicación, en el que existe siempre alguna forma de reciprocidad entre los polos y los actores involucrados. En suma, si el dispositivo de la información es en principio unidireccional –lo que lo convierte en fácilmente

calculable—, el dispositivo de la comunicación es por lo menos bidireccional, pues implica siempre espacios de *recepción* y de *respuesta*, lo que puede dar como resultado una *negociación* entre las partes en conflicto. En particular, la comunicación puede implicar un pedido de permiso (como sugiere Engelhardt, aunque lo aplique solamente a las comunidades y no a la sociedad como un todo), en la cual puede darse la producción compartida de sentido. O puede también considerarse como el lugar donde se dan asimetrías comunicativas y donde los participantes resemantizan sus contenidos, de acuerdo con sus intereses y valores.

En filosofía, pero también en sociología (como vimos en la propuesta filosófico-social de la acción comunicativa de Habermas), el término “comunicación” se utiliza para indicar el *carácter específico de las relaciones humanas* entendidas como *relaciones de participación recíproca o de comprensión*²⁰. Es, en particular, *sinónimo de “coherencia” o de “vida con los otros”*, y designa *el conjunto de modos específicos en que la coexistencia humana puede actuar y en los cuales se salva cierta posibilidad de participación y de comprensión*²⁰.

De hecho, según el filósofo Abbagnano, los seres humanos forman comunidades porque *pueden participar recíprocamente de sus modos de ser*, dado que la “comunicación”, entendida como *característica específica de las relaciones humanas*, delimitaría la esfera de esas relaciones al campo en que *puede haber cierto grado de libre participación*²¹.

En suma, la relevancia de la comunicación asumida en la filosofía contemporánea se debe: 1) *al reconocimiento de que las relaciones interhumanas implican la alteridad entre los seres humanos*; y 2) *al reconocimiento de que tales relaciones no se añaden, en un segundo momento, a la realidad ya constituida de las personas, sino que entran en su constitución*²¹.

Consentimiento

La palabra “consentimiento” proviene del verbo *consentir*, que deriva del verbo latín *consentire* (con el significado de “*estar de acuerdo con*”²²). Según Lalande, el término indicaría el *acto de voluntad* por el cual se decide *no oponerse a una determinada acción cuya iniciativa es tomada por otro*²³. Posee un significado menos fuerte que el de “aprobación”, cuyo significado positivo de *juicio de apreciación favorable* lo convierte en un término que tendría una inevitable connotación ética, mientras que “*consentir*” comporta, tanto en el orden del pensamiento

como en el de la acción, un *matiz de reserva*²³. En particular, el término “consentimiento” —referido al paciente (o usuario) y al sujeto, colaborador y objeto de investigación científica— indica el

*acto que autoriza al médico a realizar un tratamiento determinado, que explicó, previamente, al enfermo, [dado que], para el enfermo, dar su consentimiento a un tratamiento médico es, con conocimiento de causa, escoger, por un lado, aceptar emprender ese tratamiento particular (principio de autodeterminación) y, por otro, autorizar la realización de dicho tratamiento en su propio cuerpo (principio de respeto a la integridad física), [y teniendo en cuenta que] ese tratamiento puede tener un carácter terapéutico o experimental*²⁴.

En el caso específico de la relación médico-paciente, el problema ético *subyacente a la cuestión del consentimiento reside en la tensión entre el principio de autonomía del enfermo y el principio de beneficencia del médico*²⁵. Ello remite al debate sobre comportamiento paternalista en la relación tradicionalmente establecida por el médico con su paciente gracias a su saber hacer en cuanto profesional de la salud, que, empero, se convirtió en objeto de severas críticas por parte de la bioética (por lo menos en su vertiente llamada “secular”). De esta forma, *la regla ética del consentimiento se abre a una nueva dinámica de la relación enfermo-médico, que favorece la autonomía del enfermo y su participación en la decisión médica*²⁶.

En cambio, en lo que concierne a la investigación y la experimentación con sujetos humanos, debemos recordar los casos de excesos (o actos criminales) que figuran en el *Código de Núremberg*²⁷, de 1947. Estos hechos llevaron a la necesidad de obtener el consentimiento de los sujetos investigados como una manera de evitar dichos “excesos” y evitar perjudicar a los participantes de la investigación. No obstante, debemos recordar también que, en este caso, el problema ético puede considerarse diferente de aquel que se refiere a la relación médico-paciente. Ello porque, en la experimentación con seres humanos, *el dilema ético subyacente a la cuestión del consentimiento reside en la tensión entre el principio de autonomía del sujeto y el principio de utilidad de la investigación*²⁸.

En particular, el principio de utilidad, formulado inicialmente por J. S. Mill, citado por Blackburn, se refiere a la creencia de que *la concepción de vida implícita en la mayor parte de la planificación política y económica moderna, en la medida en que supone que la felicidad puede medirse en términos*

económicos²⁹, implicaría priorizar el mayor bien para el mayor número de seres humanos, lo que no es necesariamente el caso de la interrelación entre el médico y el paciente. Según Blackburn, en las palabras de Mill, *las acciones son correctas proporcionalmente a su tendencia para promover la felicidad, equivocadas si tienden a promover lo que es contrario a la felicidad*²⁹.

En suma, *la regla del consentimiento, ya sea en relación con la terapia, ya sea en relación con la experimentación, se basa en el principio de autonomía*, dado que, en ambos casos, los pacientes y sujetos de la investigación pueden ejercer sus capacidades de juzgar y elegir³⁰. Es necesario, sin embargo, tener presente que *la aplicación de la regla del consentimiento no siempre es fácil, teniendo en cuenta la variedad de situaciones clínicas encontradas*, incluso en el campo de la investigación con seres humanos³⁰.

Para no concluir: la cuestión del “uso de los cuerpos”

En las prácticas de investigación con seres humanos y en las prácticas clínicas se entablan relaciones que, de hecho, atañen a sensaciones, sentimientos, pensamientos y juicios que tienen que ver con la bioética. Podemos entender aquí este concepto como ética aplicada que, incluso, se ocupa de los *modos de vivir*, en los cuales se da, en particular, alguna forma de *uso de los cuerpos*. Se entiende el término “uso” –de acuerdo con la propuesta de Giorgio Agamben– como *categoría política fundamental*, que substituiría, actualmente, la de “acción”³¹. Pero la expresión *uso de los cuerpos* puede referirse a la posible reducción de la vida

de la persona humana, objeto de investigación o de tratamiento, al mero medio para obtener otros fines (que no sean aquellos de la investigación). Ello sitúa el *uso del cuerpo* [en una] *zona de indiferencia entre (...) el propio cuerpo y el cuerpo ajeno* [y] *entre el instrumento artificial y el cuerpo viviente*, haciendo que *el uso del cuerpo se sitúe en el límite indecible entre zoé y bios* [y] *entre la physis y el nomos*³².

De hecho, el “uso” del cuerpo de otro, tanto en la investigación como en la relación médico-paciente, puede considerarse una forma específica de relación sujeto-objeto –*tan marcada en la concepción moderna de la utilización de algo por parte de alguien*–³³. Allí *el sujeto no sobresale de la acción, pero es, él mismo, el lugar de su ocurrir*, [convirtiéndose en el “medio” que] *se sitúa* [en una] *zona de indeterminación entre sujeto y objeto (el agente es de alguna manera también objeto y lugar de acción) y entre activo y pasivo (el agente recibe un afecto de su propia acción)*. [Esta dialéctica determina, así,] *el límite singular entre sujeto y objeto y entre agente y paciente*, [pues] *el proceso no transita de un sujeto activo a un objeto separado de su acción, sino que incluye en sí al sujeto, en la medida en que este se implica en el objeto y ‘se da’ a él*³⁴.

En suma, el “uso de los cuerpos” implica un espacio de “indeterminación” que afecta a los agentes y pacientes morales, acarreando tanto el “uso de sí” como el “uso del otro”, lo que puede considerarse un campo de estudio en que actúa una dialéctica entre sometimiento y liberación. *Mutatis mutandi*, el “uso” de los cuerpos tiene que ver también con la salud pública, en la cual son las poblaciones las que construyen el objeto al que se aplican las herramientas de la biopolítica constituidas por las políticas sanitarias.

Referências

1. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 2003. p. 88-9.
2. Maliandi R. Ética: conceptos y problemas. Buenos Aires: Biblos; 1991. p. 11.
3. Maliandi R. Ética: dilemas y convergencias: cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología. Buenos Aires: Biblos; 2006. p. 11-4.
4. Blackburn S. Dicionário Oxford de filosofia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997. p. 66.
5. Prieto LJ. Études de linguistique et de sémiologie générales. Genève: Librairie Droz; 1975. p. 125-41.
6. Clotet J. O consentimiento informado: uma questão do interesse de todos. Jornal Medicina. [Internet]. Bioética, out-nov 2000. [acesso 30 nov 2016]. Disponível: <http://bit.ly/2lZ62Bb>
7. Habermas J. Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1981.
8. Bronckart JP. Théories du langage: une introduction critique. Bruxelles: Pierre Mardaga; 1977. p. 7-122.
9. Agamben G. L'uso dei corpi. Vicenza: Neri Pozza; 2014.
10. Engelhardt HT Jr. The foundations of bioethics. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 1996.
11. Engelhardt HT Jr. Bioética global: o colapso do consenso. São Paulo: Paulinas; 2012. p. 20-2.

12. Engelhardt HT Jr. Op. cit. 1996. p. 74.
13. Engelhardt HT Jr. Fundamentos da bioética cristã ortodoxa. São Paulo: Loyola; 2003. p. 441.
14. Engelhardt HT Jr. Op. cit. 2003. p. 82.
15. Maliandi R, Thüer O. Teoría y praxis de los principios bioéticos. Buenos Aires: Biblos; 2008. p. 8-9.
16. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. Comunicação; p. 781-2.
17. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Op. cit. Consentimento; p. 807.
18. Bronckart JP. Op. cit. p. 279.
19. Bronckart JP. Op. cit. p. 280.
20. Abbagnano N. Dizionario di filosofia. Milano: TEA; 1998. Comunicazione; p. 143-4.
21. Abbagnano N. Op. cit. p. 144.
22. Bloch O, Wartburg W. Dictionnaire étymologique de la langue française. Paris: PUF; 1968. Consentir; p. 152.
23. Lalande A. Vocabulaire technique et critique de la philosophie. Paris: PUF; 1972. Consentement; p. 177.
24. Parizeau MH. Consentimento. In: Hottois G, Missa J-N, organizadores. Nova enciclopédia da bioética. Lisboa: Piaget; 2004. p. 175-9. p. 175.
25. Parizeau MH. Op. cit. p. 176.
26. Parizeau MH. Op. cit. p. 177.
27. Tribunal Internacional de Nüremberg; 1947. Código de Nüremberg: trials of war criminal before the Nüremberg Military Tribunals. [Internet]. Control Council Law. 1949 [acesso 23 jan 2017];10(2):181-2. Disponível: <http://bit.ly/2kWgaK3>
28. Parizeau MH. Op. cit. p. 178.
29. Blackburn S. Op. cit. Utilitarismo; p. 397.
30. Parizeau MH. Op. cit. p. 179.
31. Agamben G. Op. cit. p. 247.
32. Agamben G. Op. cit. p. 46.
33. Agamben G. Op. cit. p. 51.
34. Agamben G. Op. cit. p. 53.

