

Corrección política y consentimiento informado: una interpretación de los derechos del paciente en el sistema argentino de salud mental*

Luciano D. LAISE**

RESUMEN: Este artículo se propone examinar en qué medida la ‘corrección política’ incide sobre el concepto y práctica del consentimiento informado que exteriorizan los pacientes que padecen trastornos mentales. El alcance de la investigación se circunscribirá al régimen argentino de salud mental. El trabajo se estructurará de la siguiente manera. (i) Se especificará el significado, presupuestos e implicancias de la ‘corrección política’. (ii) Se clarificará el concepto de consentimiento informado a partir del régimen argentino de la salud mental y de las contribuciones provenientes de la tradición del *Common Law*. (iii) Se articulará el concepto de ‘corrección política’ con la noción de consentimiento informado en el contexto del sistema argentino de salud mental. (iv) Se efectuará un balance crítico en el que se examinarán los presupuestos y consecuencias de lo ‘políticamente correcto’ en la noción de consentimiento informado que recoge la ley argentina de salud mental. (v). Por último, se pasará en limpio los principales resultados de investigación del presente trabajo. Una de las principales contribuciones que se desprenden de este artículo consiste en mostrar el impacto de la ‘corrección política’ en la noción de salud pública sobre la que descansa el régimen jurídico argentino del consentimiento informado en el contexto de la salud mental.

PALABRAS CLAVES: Corrección política; salud mental; ley N° 26.657; derechos del paciente; consentimiento informado.

SUMARIO: 1. Introducción; – 2. El concepto de ‘corrección política’: algunas implicaciones para los profesionales de la salud; – 3. El consentimiento informado: concepto general; – 4. Una noción de consentimiento informado (¿demasiado?) políticamente correcta; – 5. Balance crítico: la necesidad de reenfocar la corrección política y el consentimiento informado en el sistema argentino de salud mental; – 6. Conclusiones; – 7. Referencias bibliográficas.

TITLE: *Political Correctness and Informed Consent: an Interpretation of Patients’ Rights within Argentine Mental Health System*

ABSTRACT: *This article aims at examining in what extent the ‘political correctness’ impacts on the concept and practice of informed consent expressed by mental patients. The scope of this work will be limited to the Argentine legal system of mental health. This research will be structured in the following way: (i) determination of the meaning, presuppositions and implications of ‘political correctness’. (ii) Elucidation the concept of informed consent within the Argentine legal system of mental health and through contributions of common law tradition. (iii) Articulation of the concept of ‘political correctness’ and informed consent within Argentine legal system. (iv) Critical evaluation of presuppositions and consequences of political correctness on informed consent for the Argentine mental health system. One of the main contributions of this article will be an*

* Este artículo se enmarca en el proyecto de investigación titulado: “Consentimiento informado en materia de servicios de salud en el derecho colombiano” (Código DERMSC-1-2018), acreditado y financiado por la Universidad de La Sabana (Colombia).

** Doctor en Derecho (Universidad Austral, Argentina). Abogado (Universidad de Buenos Aires). Profesor de Teoría del Derecho y Filosofía del Derecho en la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de La Sabana, Campus Universitario del Puente del Común, Autopista Norte de Bogotá Km. 7, Chía, Cundinamarca, Colombia. E-mail: luciano.laise@unisabana.edu.co ORCID N°: <https://orcid.org/0000-0003-4249-5948>

analysis of the impact of ‘political correctness’ on the notion of public health presupposed by informed consent within mental health system.

KEYWORDS: *Political correctness; mental health; Act N° 26.657; patients rights; informed consent.*

CONTENTS: *1. Introduction; – 2. The Concept of ‘Political Correctness’: some implications for Health Practitioners; – 3. The Concept of Informed Consent; – 4. A Notion of Informed Consent (too?) Politically Correct; – 5. Critical Evaluation: The Necessary Reframing of Political Correctness and Informed Consent within Argentine Mental Health System; – 6. Conclusions; – 7. Bibliography.*

1. Introducción

Una cuestión de central relevancia en un paradigma de atención a la salud centrado en el paciente exige articular un respeto con un adecuado nivel de honestidad para con ellos¹. Esto presenta una especial importancia en el contexto sanitario porque la práctica de las profesiones de la salud tradicionalmente ha puesto un marcado énfasis en fomentar una relación de tintes paternalistas que tendían a limitar el acceso a la información a los pacientes y, sobre todo, a estos se les restringía la posibilidad de formular preguntas o cuestionamientos². El propósito del consentimiento informado, pues, se dirige a involucrar completamente a los pacientes en el cuidado de su salud. Dicho de otra manera, se trata de poner de relieve que estamos frente a una concepción de la salud que ubica al paciente en el centro de gravedad.

Uno de los puntos que es preciso remarcar de este nuevo paradigma, como bien señala Maclean, es que no se procura transferir al paciente toda la responsabilidad de las decisiones tomadas en relación con su salud, sino brindarles la posibilidad de elegir opciones que contribuyan a su salud³. Se trata, en efecto, de promover la capacidad de

¹ Alasdair Maclean, *Autonomy, Informed Consent and Medical Law: A Relational Challenge* (New York: Cambridge University Press, 2009), 1. En un sentido similar, el art. 18° de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos establece que la aplicación de los principios de ética médica se ha de guiar por el profesionalismo, honestidad, integridad y transparencia en el proceso de adopción de decisiones. UNESCO, "Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos", última modificación: 2005, última visita: 18-10-, 2018, en línea: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&UReL_SECTION=201.html.

² Maclean, *Autonomy, Informed Consent and Medical Law: A Relational Challenge*, 1-2. Ana Ylenia Guerra Vaquero, "El paciente como sujeto de derechos: la autonomía de la voluntad como fundamento del consentimiento informado y de las instrucciones previas", *Bajo Palabra: Journal of Philosophy* 2, no. 12 (2016) 153, 153. DOI: <http://dx.doi.org/10.15366/bp2016.12.012> (última vista: 21-10-2018). En el contexto colombiano se puede advertir que se reserva el consentimiento informado a las intervenciones quirúrgicas. Más aún, resultan excepcionales las autorizaciones para procedimientos invasivos no quirúrgicos y prácticamente inexistentes para el resto de los tratamientos médicos. Ana María De Brigard Pérez, "Consentimiento informado del paciente", *Revista Colombiana de Gastroenterología* 19, no. 4 (2004) 277, 277.

³ Maclean, *Autonomy, Informed Consent and Medical Law: A Relational Challenge*, 4. Guerra Vaquero, "El paciente como sujeto de derechos: la autonomía de la voluntad como fundamento del consentimiento informado y de las instrucciones previas", 154.

que los pacientes tomen decisiones tan autónomas⁴ como favorables para sí mismos; es decir, que escojan alternativas que incrementen su nivel de bienestar general.

Ahora bien, la presentación de la información de la que han de disponer los pacientes para tomar decisiones sobre su proceso de salud con frecuencia puede ser, o de hecho es, seriamente afectada por lo “políticamente correcto”. La pretensión que subyace al fenómeno lingüístico de la corrección política se dirige a modificar comportamientos sociales mediante la introducción de cambios en el uso del lenguaje⁵. El cambio de paradigma ético y jurídico que presupone desplazar al médico de un lugar central para en él poner al paciente generalmente ha venido acompañado por el uso de nuevas expresiones y la redefinición de conceptos tradicionales.

De esta manera se puede advertir que se vienen utilizando términos relativamente nuevos en la relación médico-paciente —*v. gr.*, “padecimiento mental” en vez de “enfermedad mental” — pero, sobre todo, se omite informar sobre determinadas cuestiones bajo el entendimiento de que se trata de cuestiones sobre las cuales no puede intervenir el profesional sanitario, porque de hacerlo resultaría ser ‘políticamente incorrecto’. Así, por ejemplo, los especialistas en salud mental que brindan contención profesional a los estudiantes universitarios ya no pueden informar a sus pacientes sobre las consecuencias de mantener determinados hábitos sexuales⁶. En consecuencia, la información que se le brinda a los pacientes se ve limitada por razones ajenas a su salud, sino por aquello que se puede decir públicamente sin herir a la sensibilidad cultural. En otras palabras, las intervenciones que realizan los profesionales de la salud mental se han de adecuar a la ortodoxia establecida por la corrección política⁷.

El presente trabajo defenderá la tesis de que la corrección política ha redefinido a la relación médico-paciente a tal punto que en el sistema argentino de salud mental casi

⁴ Marc D Ginsberg, “Beyond Canterbury: Can Medicine and Law Agree about Informed Consent? And Does It Matter?”, *Journal of Law, Medicine & Ethics* 45, no. 1 (2017) 106, 106. En línea: <https://doi.org/10.1177/1073110517703104> (última visita: 21-10-2018).

⁵ Edna Andrews, “Cultural Sensitivity and Political Correctness: The Linguistic Problem of Naming”, *American Speech* 71, no. 4 (1996) 389, 392.

⁶ Anónimo, *Unprotected: A Campus Psychiatrist Reveals How Political Correctness in Her Profession Endangers Every Student* (New York: Sentinel, 2006), *passim*.

⁷ Andrews, “Cultural Sensitivity and Political Correctness: The Linguistic Problem of Naming”, 389. Con todo, es justo reconocer que la afirmación de Andrews no se refiere puntualmente al caso de la salud mental, sino que está hablando en términos bien amplios o generales.

inexorablemente se requiere obtener un consentimiento informado del paciente⁸. Lo anterior obedecería a la pretensión de sustituir el tradicional paradigma paternalista por uno que prioriza remediar las injusticias sociales que causan los padecimientos mentales por sobre lo que efectivamente contribuye a la salud de los pacientes.

Las fuentes de información que se examinarán para sustentar la tesis de este artículo serán de índole (i) *normativa* —leyes nacionales, constitución, tratados internacionales—, (ii) *doctrinarias* —tanto de la medicina y el derecho como también de los estudios políticos y ciencias de la comunicación, en donde se ha estudiado detenidamente la naturaleza del fenómeno de la corrección política—; y (iii) *jurisprudenciales*, tanto del sistema jurídico argentino como de fuentes provenientes del derecho comparado; en especial del derecho anglosajón porque allí se pueden identificar los desarrollos más exhaustivos sobre el consentimiento informado⁹.

Así, esta investigación se estructurará del siguiente modo: (i) se describirá el alcance del concepto de la corrección política, junto con sus implicaciones para la práctica de las profesiones que se encargan de la salud mental. (ii) Se expondrá el concepto de consentimiento informado y sus concreciones o implementaciones en el contexto argentino de la Ley Nacional del Derecho a la Protección de la Salud Mental, sancionada y promulgada en el año 2010 —en adelante: LSM—. (iii) Se determinará en qué medida la corrección política es un factor que delimita la naturaleza y el alcance del consentimiento informado que se requiere de los pacientes comprendidos dentro de la citada ley. (iv) Finalmente, se recapitularán las principales conclusiones a las que se arribará en el presente trabajo.

2. El concepto de ‘corrección política’: algunas implicaciones para los profesionales de la salud mental

La ‘corrección política’ es una expresión cuyo origen estaba limitado a un contexto bien preciso y cuyo significado era bastante literal; es decir, se refería a la línea política ortodoxa del partido comunista chino¹⁰. Más en concreto, se trataba de un concepto con tintes policiacos que denotaba la adecuación a la línea más ortodoxa del comunismo

⁸ Para un trabajo en que se aborda en un plano más general la manera en que la corrección política está afectando a la práctica de la medicina, Sally Satel, *P.C., M.D. : How Political Correctness is Corrupting Medicine* (New York: Basic Books, 2002), *passim*.

⁹ Stephen Wear, *Informed Consent: Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine* (Dordrecht: Springer, 1993), 5.

¹⁰ Geoffrey Hughes, *Political Correctness: A History of Semantics and Culture* (Hoboken: John Wiley & Sons, 2011), 16.

chino, de acuerdo con los designios del líder revolucionario Mao Tse-Tung en los años treinta¹¹. Dicho de otra manera, el concepto de corrección política nació como un sinónimo de “ortodoxia comunista maoísta”.

Sin embargo, la corrección política desbordó a la burocracia policial del régimen chino y se trasladó al mundo académico norteamericano. Más específicamente, estamos frente a un concepto que emigró a las discusiones estadounidense y canadienses sobre cómo se ha de reestructurar la universidad para incluir a grupos tradicionalmente segregados o excluidos tales como las mujeres y minorías étnicas como, por ejemplo, los afroamericanos y nativo-americanos¹². Loury plantea que, en efecto, la irrupción de la “corrección política” vino a ocupar en las discusiones políticas de la vida intelectual estadounidense aquel espacio nuclear que dejó vacío el fin de la era soviética¹³.

La noción de ‘corrección política’ se refiere generalmente a aquella pretensión de modificar pautas de comportamiento social mediante el uso del lenguaje¹⁴. De hecho, una buena parte de aquello que designamos por medio de la corrección política se dirige a cambiar actitudes y el uso de palabras que se basan en estereotipos ofensivos que derivan de prejuicios colectivos carentes de justificación moral alguna¹⁵. Cameron, por ejemplo, asocia el fenómeno de lo políticamente correcto con lo que ella ha dado en llamar “higiene verbal”¹⁶. Se trata de una noción que refiere a elaboradas prácticas lingüísticas, que suelen estar institucionalizadas por alguna autoridad relevante, cuyo objetivo se dirige a purificar al lenguaje de ciertas expresiones o usos lingüísticos que son considerados como ofensivos o indeseables por la razón que fuera¹⁷. Por consiguiente, la corrección política funciona como una suerte de higiene pública en cuya aplicación interviene la autoridad mediante el establecimiento de reglas preventivas que pretenden evitar que el lenguaje se torne vulgar u ofensivo.

¹¹ Ibid., 17.

¹² Martin E. Spencer, “Multiculturalism, ‘Political Correctness’ and the Politics of Identity”, *Sociological Forum* 9, no. 4 (1994) 547, 561. En un sentido similar, Hughes, *Political Correctness: A History of Semantics and Culture*, 21.

¹³ Glenn C. Loury, “Self-Censorship in Public Discourse: A Theory of ‘Political Correctness’ and Related Phenomena”, *Rationality & Society* 6, no. 4 (1994) 428, 428-429. El colapso de los sistemas ideológicos que dominaron el debate en la era de la guerra fría han dejado tanto a la derecha como a la izquierda sin las certezas ideológicas que tuvieron en esa época. Esto los habría llevado a buscar nuevas certezas en el campo de la discusión sobre la llamada corrección política. Anthony Ashbolt, “Postmodernity, Political Correctness and the Collapse of Ideology”, *Australasian Journal of American Studies* 13, no. 2 (1994) 35, 40.

¹⁴ Hughes, *Political Correctness: A History of Semantics and Culture*, 38.

¹⁵ Ibid., 40.

¹⁶ Deborah Cameron, *Verbal Hygiene: The Politics of Language* (London: Routledge, 1995), passim.

¹⁷ Ibid., 2-3. En un sentido similar, David Morrice, “Philosophical Errors of Political Correctness”, *Politics* 13, no. 2 (1993) 32, 32.

Lo dicho anteriormente supone que lo políticamente correcto se encuentra modelado por una serie de supuestos sobre cómo debería funcionar la sociedad y la manera en que deben comportarse las personas unas con otras¹⁸. Esto responde a procesos que se suscitan desde las propias personas que espontáneamente van dejando de lado el empleo de determinados términos o expresiones. Pero también esto sucede gracias a procesos de “ingeniería semántica”¹⁹ —en la terminología de Hughes—, o bien por medio de procesos de “higiene verbal”²⁰ —como diría Cameron—; es decir, se asume que la sustitución de determinados términos por unos nuevos podrá alcanzarse exitosamente por medio de una intervención activa de una autoridad relevante. Lo que se presupone, en efecto, es que la redefinición de las condiciones, roles, prejuicios y estereotipos terminarán cambiando actitudes individuales y colectivas²¹. Dicho con otras palabras, las variaciones en las palabras son capaces de transformar a las acciones externas de las personas.

De esta manera, se puede apreciar que la corrección política constituye un intento orientado a cambiar prácticas discursivas, bajo el supuesto de que los cambios sociales se canalizan por medio de la cultura y, más ampliamente, del lenguaje²². Esto se debe a dos características salientes de la hora presente: (i) la relevancia creciente de las “industrias culturales”, incluyendo en ellas a los medios de comunicación masiva, los que por su interconexión con otros campos de las prácticas sociales (la economía, la política, la familia, etc.) ocupan un lugar central en la vida social actual. (ii) El discurso es cada vez más relevante en los procesos de producción de comercialización. Es casi un lugar común que los productos son adquiridos no solo por su precio final de venta sino por la carga simbólica que se les atribuye en términos de valores culturales tales como estatus asociado al consumo de tal producto, responsabilidad social empresarial, respeto al medio ambiente, etc.²³

Lo anterior supone una concepción por la cual se entiende que las intervenciones en el campo de la cultura y del lenguaje se dirigen inmediatamente a cambiar representaciones, valores e identidades. En consecuencia, los cambios que se introducen en el lenguaje no dan lugar a meros intentos de renombrar conceptos, sino

¹⁸ Hughes, *Political Correctness: A History of Semantics and Culture*, 21.

¹⁹ *Ibid.*, 31.

²⁰ Cameron, *Verbal Hygiene: The Politics of Language*, 2-3.

²¹ Hughes, *Political Correctness: A History of Semantics and Culture*, 31. Norman Fairclough, “‘Political Correctness’: The Politics of Culture and Language”, *Discourse and Society* 14, no. 1 (2003) 17, 22.

²² Fairclough, “‘Political Correctness’: The Politics of Culture and Language”, 19.

²³ *Ibid.*, 19.

la introducción de un elenco de valores diferentes²⁴. La noción de discurso sobre la que descansa la corrección política supone que el lenguaje no solo designa el mundo tal como es, sino que contiene representaciones sobre cómo podría ser o, como se suele decir actualmente, “imaginarios”²⁵. Dicho de otra manera, se pretenden suscitar cambios en las relaciones sociales mediante la introducción de modificaciones terminológicas.

Así, la ingeniería semántica que se apoya en la corrección política se dirige preponderadamente a eliminar o realizar procesos de higiene lingüística orientados a erradicar el uso de expresiones o palabras que pueden resultar ofensivos para ciertos grupos raciales o étnicos. El origen histórico y una parte —solo una parte— de su justificación puede obedecer a esto último. Sin embargo, la persistencia de los descritos procesos de ingeniería semántica actualmente responde a la pretensión de introducir cambios en las relaciones sociales.

Aún más, la corrección política supone que existen una suerte de “hechos prohibidos”; esto es, hechos que no admiten ninguna clase de discusión científica. En el plano de las prácticas científicas esto supone que la consecución, intervención y/o publicación de ciertos resultados de investigación se halla inhibida por el miedo ofender a la sensibilidad de la comunidad²⁶. Y, lo que es más relevante, esto no surge como una mera imposición externa, sino desde el seno mismo de las comunidades científicas²⁷. En otras palabras, los científicos se restringen a sí mismos en sus prácticas profesionales.

Ahora bien, ¿cuáles son las implicancias de la corrección política en el ejercicio de las profesiones de la salud mental? Pues debe tenerse presente que lo políticamente correcto no solo supone una amenaza a la libertad de expresión²⁸, sino un peligro mucho más sutil que puede pasar desapercibido. Se trata de la voluntaria autolimitación del discurso público por temor a no encajar en la normalidad social. La corrección política, en efecto, funciona como una convención social implícita que

²⁴ Ibid., 23.

²⁵ Ibid., 23.

²⁶ Loury, “Self-Censorship in Public Discourse: A Theory of ‘Political Correctness’ and Related Phenomena”, 452. Hughes, *Political Correctness: A History of Semantics and Culture*, 53.

²⁷ Loury, “Self-Censorship in Public Discourse: A Theory of ‘Political Correctness’ and Related Phenomena”, 452.

²⁸ Augusto Zimmermann & Lorraine Finlay, “A Forgotten Freedom: Protecting Freedom of Speech in an Age of Political Correctness”, *Macquarie Law Journal* 14 (2014) 185, 188.

restringe la expresión pública de los miembros de la comunidad en que interactúan²⁹. De esta manera lo políticamente correcto presiona a los usuarios del lenguaje a sostener creencias que se consideran aceptables y a eliminar aquellas que no lo son³⁰. En el punto que interesa al presente trabajo es posible advertir que la mencionada ingeniería semántica se dirige a modificar el paradigma ético y jurídico de las relaciones médico-paciente. Esto ha llevado a poner en el centro de las preocupaciones a la autonomía del paciente, quien debe informarse adecuadamente previo a consentir las acciones que le proponga el equipo de profesionales de la salud mental.

3. El consentimiento informado: concepto general, excepciones y dificultades para su aplicación al sistema argentino de salud mental

El paradigma ético-jurídico de la relación médico-paciente ha abandonado el modelo paternalista en donde el galeno asumía el papel dominante y el paciente desplegaba un rol meramente pasivo que se limitaba a responder preguntas y obedecer directivas. En aquel entonces el médico competente era quien mejor determinaba los intereses del paciente y el paciente ejemplar resultaba ser el que seguía las recomendaciones u órdenes del profesional de la salud al pie de la letrea³¹. Con otras palabras, las decisiones las tomaba unilateralmente el médico y el paciente era quien obedecía ciegamente; es decir, sin formular preguntas, cuestionamientos o solicitar información adicional.

En contraste, actualmente se habla de un modelo en el que el vínculo de los pacientes y los médicos se afina en la confianza y en un proceso de toma de decisiones mediante el cual ambas partes se encuentran activamente involucradas. Se incita a los pacientes a formular preguntas, solicitar aclaraciones o solicitar una ampliación de la información brindada³². Este cambio de paradigma obedece al lugar central que la autonomía del paciente pasó a ocupar³³. Esta noción de autonomía, en efecto, se sigue de una información brindada al paciente por el profesional de la salud que verse sobre los riesgos, beneficios, complicaciones y alternativas disponibles en el tratamiento o

²⁹ Loury, "Self-Censorship in Public Discourse: A Theory of 'Political Correctness' and Related Phenomena", 430.

³⁰ Ibid., 435.

³¹ Guerra Vaquero, "El paciente como sujeto de derechos: la autonomía de la voluntad como fundamento del consentimiento informado y de las instrucciones previas", 154-155.

³² Ibid., 155. Oscar Vera Carrasco, "El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica", *Revista Médica La Paz* 22, no. 1 (2016) 59, 59.

³³ Erin Sheley, "Rethinking Injury: The Case of Informed Consent", *Brigham Young University Law Review*, no. 1 (2015) 63, 71.

procedimiento bajo examen³⁴. De esta manera el paciente puede consentir ser objeto de la realización del diagnóstico o intervención terapéutica, pero luego de haber sido provisto de información que le ha de resultar concretamente suficiente, clara y comprensible³⁵.

De hecho, resulta interesante subrayar que la sexta edición del Manual de Ética elaborado por la Asociación Médica Americana (2012) precisa que la “presentación del médico debe incluir una evaluación del entendimiento del paciente, estar balanceada, ser imparcial e incluir la recomendación del médico. La coincidencia del paciente o su representante legal debe ser libre y sin coerción”³⁶. Con otras palabras, no se trata solo de brindar una serie de datos al paciente para que éste decida, sino que esa información resulte inteligible o comprensible para él.

Ahora bien, existe un presupuesto básico sobre el que se asienta el consentimiento informado en la relación médico-paciente que es la aptitud del paciente para recibir información sobre el diagnóstico o intervención terapéutica³⁷. Tal aptitud es la que determina el alcance del consentimiento informado al punto de habilitar determinadas excepciones. En el marco del sistema estadounidense e inglés, Wear enuncia tres salvedades al deber de obtener un consentimiento informado del paciente: (i) la *excepción de emergencia*, en donde el paciente está seriamente amenazado de sufrir un daño o bien la muerte, en caso en que la intervención no sea inmediatamente

³⁴ Ginsberg, “Beyond Canterbury: Can Medicine and Law Agree about Informed Consent? And Does It Matter?”, 106. Vera Carrasco, “El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica”, 59. Tradicionalmente se estimaba que el consentimiento informado versaba centralmente sobre la necesidad de informar al paciente acerca de los riesgos implicados en el diagnóstico o intervención terapéutica, pero un estudio detallado de la jurisprudencia revela que (i) los beneficios del tratamientos; (ii) las alternativas disponibles; (iii) y las consecuencias inevitables del tratamiento son también elementos de central importancia para la obtención de un adecuado consentimiento informado. D. S. Ferguson, “Informed Consent to Medical Treatment”, *Advocates’ Quarterly* 5, no. 2 (1984) 165, 169.

³⁵ La ley argentina de “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud” prácticamente replica este concepto en su artículo 5°. Sin embargo, la última disposición en su inciso h) introduce un interesante punto al reconocer “El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento”.

³⁶ American College of Physicians, *Manual de Ética*, 6° edition. (Philadelphia: American College of Physicians, 2012), en línea: www.acponline.org/system/files/documents/running_practice/ethics/manual/spanish-ethics-manual-6th-edition.pdf, p. 7. En un sentido similar, Wear, *Informed Consent: Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine*, 6.

³⁷ Wear, *Informed Consent: Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine*, 6. B. S. Venugopal, “Informed Consent to Medical Treatment”, *Journal of the Indian Law Institute* 46, no. 3 (2004) 393, 394. Más recientemente, en un sentido similar, Emma Cave, “The Ill-Informed: Consent to Medical Treatment and the Therapeutic Exception”, *Common Law World Review* 46, no. 2 (2017) 140, 142.

realizada³⁸. (ii) La *excepción de renuncia*, que tiene lugar cuando el paciente renuncia previa y voluntariamente al derecho de ser informado o consentir para conferirle al médico la facultad de decidir aquello que considere más apropiado; (iii) la *excepción del privilegio terapéutico*, que se presenta cuando el profesional sanitario entiende que el paciente se vería seriamente afectado psicológica o físicamente en caso de recibir la información sobre su diagnóstico o tratamiento³⁹.

Sin embargo, el antedicho régimen de excepciones no coincide con la Ley Nacional de Salud Mental de la República Argentina (Ley N° 26.657/10), salvo parcialmente en lo que hace a la *excepción de emergencia*. Porque el artículo 7°, inciso j) de la citada ley establece el deber general de informar sobre “todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales”. Se podría decir que se introduce parcialmente una excepción de emergencia, debido a que el profesional de la salud mental podrá no tener que requerir directamente el consentimiento a su paciente, pero tiene que recabarlo de los familiares, tutores o representantes legales de éste.

Las otras dos excepciones al consentimiento que se han descrito siguiendo a Wear no son admitidas en el sistema de salud mental argentino. Así, entre los derechos de las personas con padecimiento mental, la LSM en su artículo 7°, inciso j), instituye el “(d)erecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales”. Aún más, la mencionada normativa establece un régimen taxativo de excepciones al consentimiento informado. De hecho, en su artículo 10 se dispone que “(p)or principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley”.

Con todo, es preciso remarcar que la citada normativa no establece expresamente ninguna clase de salvedad o excepción. La LSM, en efecto, tan solo enuncia

³⁸ Aquí resulta conveniente aclarar que aún “en situaciones de emergencia, el paciente, si está en su sano juicio y es adulto, tiene el derecho de saber qué es lo que se va a hacer con su cuerpo para consentir o no al tratamiento propuesto. Victor A. Vazquez Gonzalez, “La doctrina del consentimiento, el consentimiento informado y la relación médico-paciente”, *Revista Jurídica de la Universidad Interamericana de Puerto Rico* 20, no. 1 (1985) 75, 75.

³⁹ Wear, *Informed Consent: Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine*, 6.

someramente cuáles son las condiciones de validez del consentimiento informado. En concreto, el artículo 16º, inciso c), establece que “solo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas”.

Situados en este contexto, cabría preguntarse, ¿por qué razón no se han introducido excepciones al consentimiento informado en el régimen argentino de protección de la salud mental? ¿No hubiera sido conveniente introducir la excepción del privilegio terapéutico para el caso de pacientes que sufren una enfermedad mental? La respuesta que se ensayará en este trabajo asume que eso no ha sido posible por una desbordada apelación a la ingeniería semántica que, sobre los pilares de la corrección política, pretende sustituir el paradigma ético-jurídico de la relación médico-paciente de corte paternalista por uno anclado en una concepción asociada a la llamada “salud mental comunitaria”. Sobre este punto se concentrará el próximo apartado de este artículo.

4. Una noción de consentimiento informado (¿demasiado?) políticamente correcta

Tal como se ha dicho anteriormente, una de las salvedades al consentimiento informado radica en la excepción del privilegio terapéutico. El caso estadounidense muestra que generalmente se admite la mencionada excepción, pero bajo la condición de que se pruebe la incapacidad del paciente para tomar una decisión autónoma y libre⁴⁰. De hecho, incluso en algunas jurisdicciones se advierte la estrategia propia de la corrección política en virtud de que se pretende modificar las prácticas y actitudes médicas a través de un cambio en la terminología empleada. Así, por ejemplo, se evita el uso del término “privilegio terapéutico” y se ha optado por emplear la expresión “justificación del mejor interés del paciente”⁴¹. Y, en el caso argentino, es posible advertir que la LSM no emplea el término “enfermos mentales”, ni tampoco la palabra “incapaces”⁴² e, incluso, como se verá más adelante, se ha optado deliberadamente

⁴⁰ Michael Ralph Hadskis, “A Critique of Canadian Jurisprudence on the Therapeutic Privilege Exception to Informed Consent”, *McGill Journal of Law and Health* 12 (2018) 1, 6-7. En línea: <https://mjhl.mcgill.ca/issues/volume-12-issue-1/a-critique-of-canadian-jurisprudence-on-the-therapeutic-privilege-exception-to-informed-consent/> (última visita: 19-10-2018)

⁴¹ Cave, “The Ill-Informed: Consent to Medical Treatment and the Therapeutic Exception”, 149.

⁴² Guido L. Croxatto, “La salud mental (en la Aargentina): dos paradigmas en pugna”, *Lecciones y Ensayos* 90 (2012) 255, 260.

abandonar la expresión “enfermedad mental” para sustituirla por “padecimientos mentales”⁴³.

Este cambio terminológico constituye un auténtico caso de ingeniería semántica. Estamos frente a la pretensión de modificar prácticas, actitudes y un modelo de vinculación sumamente paternalista en materia de salud mental, que se ha canalizado mediante de la asignación de un lugar central al consentimiento informado de los pacientes⁴⁴. Esto ha llegado al punto de eliminar las excepciones a tal consentimiento — con la salvedad de la excepción de emergencia— no solo en el sistema general de salud de Argentina⁴⁵, sino incluso también en el subsistema de salud mental. Con todo, en el caso de la atención a pacientes que sufren enfermedades mentales esto podría resultar contraproducente, al menos en algunas oportunidades, si no se introduce ni la excepción de renuncia o la de privilegio terapéutico, ya que estas se reconocen para asegurar la salud del paciente o bien como un modo de concretar la autonomía del paciente, como se verá más adelante⁴⁶. Ahora bien, si tales excepciones son inadmisibles en el régimen jurídico argentino de salud mental —no de aplicación sumamente restrictiva como sucede en los Estados Unidos de América⁴⁷—, entonces cabría preguntarse, ¿a qué se debe tal rechazo?

La respuesta a este interrogante se revela en el surgimiento de giros terminológicos que obedecen a una creciente tendencia a determinar los estándares de práctica de las profesiones de la salud mental, no sobre la base de evidencia científica, sino a partir de

⁴³ Lilián Alvarado, “Ley Nacional de Salud Mental. Posibilidades para su implementación”, *Estrategias: Psicoanálisis y salud mental* 1 (2013) 42, 43. En línea: <https://revistas.unlp.edu.ar/Estrategias/article/view/1471> (última visita: 21-10-2018) Ana María Hermosilla & Rocío Cataldo, “Ley de Salud Mental 26.657: antecedentes y perspectivas”, *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 4, no. 2 (2012) 134, 135. En línea: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4391116.pdf> (última vista: 21-10-2018).

⁴⁴ Hughes, *Political Correctness: A History of Semantics and Culture*, 31.

⁴⁵ La Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley N° 26.529), del año 2009, en su Artículo 9° establece las siguientes excepciones al consentimiento informado: “El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos: a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública; b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales. Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo”.

⁴⁶ Existe una tendencia en el mundo anglosajón a restringir la excepción del privilegio terapéutico, pero tanto en Australia, Estados Unidos de América y Canadá se sigue manteniendo la citada excepción. Cave, “The Ill-Informed: Consent to Medical Treatment and the Therapeutic Exception”, 149. Gavin Murphy, “Championing Autonomy - Does Montgomery Truly Protect Patient’s Interests?”, *North East Law Review* 6 (2018) 35, 37-38.

⁴⁷ En los Estados Unidos de América es en donde se originaron y actualmente se advierten los mayores refinamientos jurisprudenciales y doctrinales del consentimiento informado, Wear, *Informed Consent: Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine*, 5. Venugopal, en efecto, advierte que el origen de este concepto se remonta a un caso que tuvo lugar en California: *Olga Salgo V. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees et al.*, 154 Cal. App. 2d 564 (1957). Venugopal, “Informed Consent to Medical Treatment”, 396.

estándares de adecuación con los designios de la corrección política. De acuerdo con Satel, esto se debe a que se presupone que las condiciones sociales son las causales primarias de enfermedad⁴⁸. De hecho, el caso argentino de la Ley Nacional de Derecho a la Protección de la Salud Mental no es sino una confirmación de lo que plantea Satel.

En efecto, el Lic. Gorbacz —el diputado argentino que fue el autor de la LSM— plantea que la motivación de la mencionada normativa de salud mental responde a la necesidad de virar hacia un paradigma de salud pública mental que no solo atiende a las cuestiones sanitarias para tratar las situaciones de padecimiento de los ciudadanos, sino también aborda las “(...) condiciones socio-económicas que determinan las posibilidades de inclusión social de las personas”⁴⁹. En consecuencia, una de las causas de los padecimientos mentales es la falta de justicia social y, por ende, el tratamiento de los pacientes que sufren tales padecimientos ha de apuntar a su inclusión social⁵⁰.

No se trata aquí de negar un aspecto social entre aquello que origina a los padecimientos mentales. El punto que se sostiene, en cambio, pretende aclarar que se le viene asignando un lugar exagerado a las causas socioeconómicas en la concepción de salud mental que subyace en la ley argentina. Como Satel lo ha planteado, cuando frente a un problema de salud pública se centra el foco de interés en la justicia social esto implica una serie de acciones que no redundan en la prevención de enfermedades, ni en un tratamiento más eficaz de los padecimientos de las personas⁵¹. Así, *per se* no resulta problemático asumir el reto de remediar aquellos factores sociales y económicos que inciden en los padecimientos mentales. Lo que se discute es escoger tal abordaje sin atender a sus implicancias directas sobre el diagnóstico y tratamientos de las personas. Dicho de otra manera, el punto objetable consiste en priorizar la cuestión socioeconómica por encima del bienestar de los pacientes.

Situados en este contexto, si la finalidad de la ley de salud mental no pone en el centro de interés el remediar o aliviar los padecimientos mentales de las personas concretas, sino en el ataque frontal a las causas generales de la enfermedad mental, es posible entender el amplio espacio que se le otorga al consentimiento informado del paciente, sin admitir ninguna clase de excepción. Se puede así explicar también porque se llega a negar la posibilidad de fundar nuevos “manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones

⁴⁸ Satel, P.C., M.D. : *How Political Correctness is Corrupting Medicine*, 2.

⁴⁹ Leonardo Gorbacz, “Reflexiones sobre la aplicación de La Ley Nacional de Salud Mental”, *Estrategias: Psicoanálisis y salud mental* 1 (2013) 36, 36-37.

⁵⁰ *Ibid.*, 37.

⁵¹ Satel, P.C., M.D. : *How Political Correctness Is Corrupting Medicine*, 6.

de internación monovalentes, públicos o privados”, de acuerdo con lo dispuesto por el Artículo 27 de la LSM.

Más en concreto, en lo que respecta al objeto del presente trabajo, esta prioridad del enfoque socioeconómico de la LSM asume la pretensión redefinir los términos de la relación médico-paciente, pero no con el objetivo primario de poner al paciente en el centro de tal relación, sino con miras a evitar la reproducción de un modelo de atención paternalista que reproduce las inequidades sociales que causan los padecimientos mentales. Todo este esquema de ideas se afina en la necesidad de producir un cambio de actitudes, tradiciones y valores que se canaliza mediante la adopción de un lenguaje que pretende modelar el modo en que se practica la atención de quienes sufren padecimientos mentales⁵².

Esto último se manifiesta, por ejemplo, en que deliberadamente se prefiere utilizar la expresión “padecimientos mentales” en vez de “enfermedad mental”. Según Hermsilla & Cataldo, el término “enfermedad mental” habría sido acuñado en el campo de la salud mental a partir de un modelo psiquiátrico que incorporó la pretensión de estudiar los hechos psicológicos como hechos físicos, tal como el positivismo biológico solía hacerlo⁵³. Por consiguiente, este cambio terminológico no representa un dato secundario, sino que lleva consigo la pretensión de modificar un patrón de comportamiento en la atención de los pacientes.

Este cambio en la terminología empleado por la LSM ha sido discutido por autores como Daray, quien plantea que “padecimientos mentales” resulta ser un término inadecuado, ya que es inespecífico y no se corresponde con el cuerpo de conocimiento científico en el que la misma normativa, pretende fundamentar la atención en salud mental⁵⁴. En efecto, se trata de la pretensión de armonizar dos polos en tensión. En un extremo, se aspira a fundar la atención de la salud mental en evidencia científica y, al mismo tiempo, se pretende introducir un paradigma o concepción que presupone que la principal causa de los padecimientos mentales se ubica en el plano socioeconómico.

Esta tensión responde a que la pretensión de fundar a la atención de la salud en evidencia científica termina colisionando con una tendencia que Satel ha dado en

⁵² Hermsilla & Cataldo, “Ley de Salud Mental 26.657: Antecedentes y Perspectivas”, 134.

⁵³ *Ibid.*, 136.

⁵⁴ Federico Manuel Daray, “La oportunidad de transformar el modelo de atención en salud mental de la argentina en un modelo basado en fundamentos científicos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental”, *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría* 26, no. 123 (2015) 382, 386.

llamar terapias basadas en un enfoque de opresión⁵⁵. Estas terapias suponen que una de las características más relevantes del paciente consiste en su pertenencia a un particular grupo oprimido. En efecto, se trata de un elenco de terapias que asumen que los padecimientos mentales son producto del conflicto entre la persona individualmente considerada y la sociedad en que vive el paciente. Esto se fundamenta en un enfoque que se ha dado en llamar “salud mental comunitaria”⁵⁶. Se trata de un modelo de salud pública centrado en la prevención de los problemas mentales, pero que asume que los esfuerzos públicos deben orientarse a una extensa y amplia reforma social que eliminaría las presiones emocionales y los desórdenes mentales que genera nuestra sociedad. Esta última es la causa de los padecimientos mentales a través de sus deshumanizantes influencias sociales tales como la opresión, el trabajo sin sentido, el racismo y el sexismo⁵⁷.

5. Balance crítico: la necesidad de reenfocar la corrección política y el consentimiento informado en el sistema argentino de salud mental

El concepto de consentimiento informado conlleva una cuestión que no resulta satisfactoriamente abordada en el régimen argentino de salud mental. Más en concreto, se asume que en todo momento el paciente es apto para brindar su consentimiento al diagnóstico y tratamiento que pone a su disposición el equipo de profesionales de salud mental. Y, en caso de que el paciente no pueda brindar su consentimiento en una determinada circunstancia, este podrá ser suplido por el de sus tutores o familiares⁵⁸. Esto parece presuponer que brindar información al paciente para que este exprese su consentimiento es algo necesaria o inevitablemente beneficioso para su salud. El entero rechazo a una excepción de privilegio terapéutico descansa en la premisa de que el involucramiento activo del paciente en su tratamiento es algo que solo puede ser provechoso para éste.

La defensa de una excepción de privilegio terapéutico, aplicada a los contextos de salud mental, suele fundarse en la asunción de que se está lidiando con pacientes seriamente

⁵⁵ Satel, P.C., M.D. : *How Political Correctness is Corrupting Medicine*, 208.

⁵⁶ *Ibid.*, 209.

⁵⁷ Dennis R. Fox, “Psychological Jurisprudence and Radical Social Change”, *The American Psychologist* 48, no. 3 (1993) 234, 234.

⁵⁸ LSM, artículo 7°, inciso j).

perturbados tanto a nivel cognitivo como conductual⁵⁹. Estaríamos, pues, frente a pacientes que resultan incapaces de comprender y decidir sobre su tratamiento; es decir, estamos ante personas que carecen de la suficiente autonomía para brindar su consentimiento. Por lo tanto, parecería que la excepción del privilegio terapéutico sería más bien la regla en materia de consentimiento informado en el campo de la salud mental. Aún más, informar al paciente podría incrementar su angustia, complicar su tratamiento y, por tanto, reagudizar su padecimiento⁶⁰. De esta manera se podrían explicar las causas por las que el consentimiento informado es algo que no resultaba tradicionalmente aplicado en la salud mental⁶¹. Con otras palabras, la información sobre el diagnóstico y los tratamientos disponibles es algo que no hace sino empeorar el padecimiento mental y, por ende, el consentimiento informado no contribuye a la salud de tales pacientes.

Sin embargo, lo anterior presupone que el consentimiento informado es necesariamente un acto o episodio particular que tiene lugar en un momento puntual, y no un proceso en el cual están involucrados tanto el paciente como los miembros del equipo de salud⁶². Esta visión del consentimiento informado como un proceso, como bien señala Valverde & Inchauspe, se sigue de una concepción de la salud mental que resalta su naturaleza procesual; es decir, los trastornos mentales se caracterizan por un recorrido integrado tanto por diversas fases encadenadas como por las distintas vicisitudes que se han de sortear en el camino⁶³.

⁵⁹ José A. Valverde & Miguel A. Inchauspe, “¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis? Una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis”, *Revista de Bioética y Derecho* 30 (2014) 40, 41. En línea: <http://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872014000100004> (última visita: 21-10-2018).

⁶⁰ Miguel A. Valverde Eizaguirre & José A. Inchauspe Aróstegui, “Peculiaridades del consentimiento informado en salud mental. Considerando el caso TDA/H como ejemplo”, *Clínica Contemporánea: Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud* 5, no. 2 (2014) 113, 118. En línea: <https://doi.org/10.5093/cc2014a9> (última visita: 21-10-2018)

⁶¹ Valverde & Inchauspe, “Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis? Una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis”, 43.

⁶² Valverde Eizaguirre & Inchauspe Aróstegui, “Peculiaridades del consentimiento informado en salud mental. Considerando el caso TDA/H como ejemplo”, 118. Algo semejante plantea la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina cuando reconoce el derecho a votar de las personas que han sido declaradas judicialmente como incapaces en virtud de un padecimiento mental. En tal sentido, el citado tribunal sostuvo que “la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume y la limitación a la capacidad para realizar determinados actos jurídicos es de carácter excepcional y se impone en beneficio de la persona”. Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina, “F., H. O. s/ artículo 152 ter Código Civil”, 10 de julio de 2018, consid. 7°. En línea: <https://sjconsulta.csjn.gov.ar/sjconsulta/documentos/verDocumentoByIdLinksJSP.html?idDocumento=7463042&cache=1540315169323> (última visita: 23-10-2018)

⁶³ En igual sentido, el artículo 3° de la LSM, “(...) reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Así, por ejemplo, los pacientes psicóticos presentan conductas sumamente disruptivas, estados emocionales intensos, riesgos de autolesión o agresión a terceros, pero también experimentan largos periodos en los que pueden interactuar con los miembros del equipo de salud⁶⁴. De hecho, Valverde & Inchauspe remarcan que la falta de conciencia de enfermedad que presentan pacientes psicóticos no necesariamente excluye la falta de conciencia de las dificultades que están atravesando⁶⁵. Dicho de otro modo, un paciente psicótico puede no poder ser consciente de su cuadro de enfermedad, pero es capaz de advertir que tiene un problema de salud.

Situados en este contexto de ideas, se podría apreciar que una aplicación generalizada de la excepción del privilegio terapéutico no resulta una alternativa respetuosa de la dignidad de los pacientes que sufren padecimientos mentales. Ya que tales padecimientos han de ser concebidos como procesos en los que no solo se advierten etapas de perturbación en las que el paciente no es capaz de tomar una decisión racional sobre tratamiento. También existen fases en las que el paciente puede plantear preguntas y el profesional del equipo de salud es capaz de brindar información veraz, comprensible, y suficiente para informar del tratamiento propuesto y sus respectivas alternativas para que el paciente elija entre algunas de las opciones disponibles⁶⁶. Por ello, un rechazo absoluto de la excepción del privilegio terapéutico parece omitir que existen en los momentos de crisis en las fases más severas del padecimiento que nublan el juicio del paciente, presupone un paradigma de salud mental anclado en una concepción de la salud pública que reduce las causas de los padecimientos mentales a causas sociales⁶⁷.

Lo último revela una consecuencia paradójica de la LSM porque, por un lado, pretende empoderar a los pacientes en todo lo que hace a tomar las riendas sobre su diagnóstico y tratamiento y, por otro, se asume que la única explicación de sus padecimientos responde a causas sociales. Por consiguiente, se llega a la paradoja de que el paciente tiene que ser informado sobre su diagnóstico y ha de decidir sobre cómo llevar adelante su tratamiento, pero todo exclusivamente sobre la base de una concepción de la salud

⁶⁴ Valverde Eizaguirre & Inchauspe Aróstegui, "Peculiaridades del consentimiento informado en salud mental. Considerando el caso TDA/H como ejemplo", 119. En un sentido similar, Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Ximenes Lopes vs. Brasil", (04/07/2006 - Serie C, 149 Esp.). En línea: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf (última visita: 23-10-2018).

⁶⁵ *Ibid.*, 119.

⁶⁶ *Ibid.*, 121. Valverde & Inchauspe afirman que es posible que se incorpore el consentimiento informado a las prácticas de salud mental incluso en el proceso de recuperación que atraviesan los pacientes psicóticos. Valverde & Inchauspe, "¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis? Una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis", 43.

⁶⁷ Satel, P.C., M.D. : *How Political Correctness is Corrupting Medicine*, 2.

mental que resulta ‘políticamente correcta’. Dicho de otra manera, el régimen argentino del consentimiento informado de los pacientes de salud mental no parece reconocer que existen paradigmas alternativos de salud pública que podrían fundamentar otras opciones tanto de diagnóstico como de tratamiento del paciente.

Ahora bien, ¿por qué se podría afirmar que la LSM asume una concepción de la salud mental que resulta demasiado ‘políticamente correcta’? Pues porque la LSM parece más interesada en modificar prácticas y actitudes de los miembros del equipo de salud mental que en poner el foco en la optimización de la salud del paciente que atraviesa un trastorno mental. La introducción de giros terminológicos tales como “padecimiento” en vez de “trastorno” o “enfermedad mental” revela que se atiende prioritariamente a los cambios actitudinales en paradigmas o concepciones sobre la salud mental, presuponiendo que ello redundará inmediata o directamente en una mejor calidad de los pacientes, en todos los casos posibles.

Lo dicho anteriormente se manifiesta en el lugar que ocupa el consentimiento informado en la ley argentina de salud mental que resulta, en el mejor de los casos, ambiguo. Se trata de una ambigüedad que parece señalar dos sentidos bajo tensión que dan forma al consentimiento informado. Por un lado, no se permite ninguna clase de excepción terapéutica, ni siquiera con carácter sumamente restrictivo, al consentimiento que deben brindar los pacientes. Y, por el otro, se establece que “la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación”, según el artículo 18° de la LSM⁶⁸.

La superación de la aludida tensión no precisa llegar al extremo de la erradicación de la pretensión de actitudes y prácticas propias de la corrección política que atraviesan al régimen argentino de salud mental. De hecho, no se discute aquí que resulta deseable un viraje de un paradigma de la relación médico-paciente centrado en el médico hacia uno en que el epicentro está en el paciente. Lo que se pone bajo crítica es la coherencia de la ley con la pretensión de poner el centro de gravedad sobre el principio de autonomía de los pacientes, al punto de reconocerles a los pacientes de salud mental un “Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento”, tal como lo dispone el Artículo 7°, inciso J). Dicho de otro modo, el punto cuestionable es que el régimen de

⁶⁸ En un sentido similar, AD Nieuw, “Informed Consent”, *Medicine and Law* 12, no. 1–2 (1993) 125, 128.

consentimiento informado de la LSM no termina siendo adecuadamente respetuoso de la autonomía de los pacientes.

Lo último obedece fundamentalmente a la falta de limitaciones o excepciones al derecho al consentimiento informado. Esto se debe a que la LSM adopta un paradigma de salud pública que reduce las causas de la salud mental a factores socioeconómicos⁶⁹ y, por ende, excluye la posibilidad de diagnósticos y tratamientos que se basen en otros abordajes teóricos que podrían escoger los pacientes. Con otras palabras, la LSM asegura que los pacientes sean informados para decidir cómo serán diagnosticados o tratados, pero sobre la base de un pensamiento único anclado en el paradigma de salud pública comunitaria.

6. Conclusiones

La creciente relevancia que viene cobrando el consentimiento informado en el contexto de la salud mental se explica no porque se trata de transferir al paciente toda la responsabilidad de las decisiones tomadas en relación con su salud, sino porque se procura que las personas sean capaces de elegir opciones que contribuyan a su salud. Se trata, en efecto, de promover la capacidad de que los pacientes tomen decisiones tan autónomas como favorables para sí mismos; es decir, que escojan alternativas que incrementen su nivel de bienestar general.

Sin embargo, la información de las opciones de tratamiento y diagnóstico que se ofrece a las personas que sufren trastornos mentales se fundamenta en una concepción de la salud pública que se apoya más en lo ‘políticamente correcto’ que en una noción de salud que ponga realmente al bienestar del paciente en el centro de las preocupaciones. De hecho, la LSM asume un paradigma de salud mental que atribuye como las principales causas de trastornos mentales a los factores socioeconómicos, por más que adopte una definición de salud mental como un proceso que reconoce una serie de múltiples causas de los padecimientos mentales que incluyen otros componentes históricos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona, tal como lo dispone el artículo 3° de la LSM.

⁶⁹ Satel denomina a este paradigma sanitario centrado focalmente en realizar la justicia social como “Salud Pública Comunitaria”, Satel, P.C., M.D. : *How Political Correctness is Corrupting Medicine*, 12.

Lo último se explica a partir de un proceso de ingeniería semántica que revela que se habrían adoptado diversos giros terminológicos —*p. e.*, “padecimientos mentales” en vez de “enfermedad” o “trastorno mental”; se ha prácticamente eliminado la referencia al término “paciente” o “incapaz”— con la pretensión de modificar actitudes y prácticas orientadas tanto a mejorar sustancialmente el bienestar de los pacientes como a incrementar sus niveles de autonomía. En efecto, no se introduce ninguna salvedad al consentimiento informado aparte de la excepción de emergencia. Ni siquiera se reconoce la renuncia libre y voluntaria del paciente a ser informado sobre el curso de su tratamiento.

Así se advierte una inconsecuencia que suscita esta obra de ingeniería semántica sobre la que se apoya la LSM. Por un lado, la citada ley se dirige a erradicar una concepción paternalista de la relación médico-paciente a través de la adopción de una terminología novedosa. Así, por caso, ya no se ha de utilizar la expresión de “enfermo mental” sino “persona que sufre un padecimiento mental”. Pero, por otra parte, este cambio de paradigma paternalista se realiza mediante la imposición de uno alternativo centrado unilateral o exclusivamente en lo que se ha dado en llamar “salud mental comunitaria”; es decir, una concepción de la salud mental que le asigna un lugar preponderante a los factores socioeconómicos por sobre todos los demás elementos que dan origen a los ‘padecimientos mentales’.

De esta manera, se puede apreciar que estamos ante la perplejidad de que se rechaza el paradigma paternalista de atención de salud mental porque este no respeta apropiadamente la autonomía de las personas que sufren enfermedades mentales, pero al impedirse la excepción de renuncia al consentimiento informado no se reconoce cabalmente la posibilidad de que el paciente escoja el modo en que habrá de llevar a cabo su tratamiento. Asimismo, al rechazar enteramente la excepción de privilegio terapéutico no se antepone tampoco la salud del paciente concreto por sobre la concepción de salud pública que embebe a todo el régimen argentino de salud mental.

En resumen, el espacio que se le asigna al consentimiento informado está determinado tanto por la pretensión de adecuar el sistema de salud mental a los estándares de lo ‘políticamente correcto’ como por el establecimiento de una concepción de la salud mental comunitaria. El bienestar y la optimización del estado de salud del paciente concreto parecen ser preocupaciones de segundo orden. Dicho de otro modo, la LSM concibe a la salud del paciente no como un fin en sí mismo, sino como un mero instrumento o medio para la concretización de la llamada “salud pública comunitaria”.

7. Referencias bibliográficas

ALVARADO, Lilián. “Ley Nacional de Salud Mental. Posibilidades para su implementación.” *Estrategias: psicoanálisis y salud mental* 1 (2013) 42–44. En línea: <https://revistas.unlp.edu.ar/Estrategias/article/view/1471> (última visita: 21-10-2018)

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. *Manual de Ética*. 6° edition. Philadelphia: American College of Physicians, 2012. https://www.acponline.org/system/files/documents/running_practice/ethics/manual/spanish-ethics-manual-6th-edition.pdf. (última visita: 10-10-2018)

ANDREWS, Edna. “Cultural Sensitivity and Political Correctness: The Linguistic Problem of Naming.” *American Speech* 71, no. 4 (1996) 389–404.

ANÓNIMO. *Unprotected: A Campus Psychiatrist Reveals How Political Correctness in Her Profession Endangers Every Student*. New York: Sentinel, 2006.

ASHBOLT, Anthony. “Postmodernity, Political Correctness and the Collapse of Ideology.” *Australasian Journal of American Studies* 13, no. 2 (1994) 35–44.

DE BRIGARD PÉREZ, Ana María. “Consentimiento informado del paciente.” *Revista Colombiana de Gastroenterología* 19, no. 4 (2004) 277–280. En línea: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572004000400009&lng=en&tlng=en (última visita 21-10-2018)

CAMERON, Deborah. *Verbal Hygiene: The Politics of Language*. London: Routledge, 1995.

CAVE, Emma. “The Ill-Informed: Consent to Medical Treatment and the Therapeutic Exception.” *Common Law World Review* 46, no. 2 (2017) 140–168.

CROXATTO, Guido L. “La Salud Mental (en la Argentina): dos paradigmas en pugna.” *Lecciones y Ensayos* 90 (2012) 255–276. En línea: <http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/lye/revistas/90/croxatto.pdf> (última visita 21-10-2018).

DARAY, Federico Manuel. “La oportunidad de transformar el modelo de atención en salud mental de la Argentina en un modelo basado en fundamentos científicos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental.” *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría* 26, no. 123 (2015) 382–389. En línea: <http://www.polemos.com.ar/vertex123.php> (última visita: 21-10-2018).

FAIRCLOUGH, Norman. “‘Political Correctness’: The Politics of Culture and Language.” *Discourse and Society* 14, no. 1 (2003) 17–28.

FERGUSON, D. S. “Informed Consent to Medical Treatment.” *Advocates’ Quarterly* 5, no. 2 (1984) 165–190.

FOX, Dennis R. “Psychological Jurisprudence and Radical Social Change.” *The American Psychologist* 48, no. 3 (1993) 234–241.

GINSBERG, Marc D. “Beyond Canterbury: Can Medicine and Law Agree about Informed Consent? And Does It Matter?” *Journal of Law, Medicine & Ethics* 45, no. 1 (2017) 106–111. En línea: <https://doi.org/10.1177/1073110517703104> (última visita: 21-10-2018)

GORBACZ, Leonardo. “Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental.” *Estrategias: Psicoanálisis y salud mental* 1 (2013) 36–41.

GUERRA VAQUERO, Ana Ylenia. "El paciente como sujeto de derechos: la autonomía de la voluntad como fundamento del consentimiento informado y de las instrucciones previas." *Bajo Palabra: Journal of Philosophy* 2, no. 12 (2016) 153–162. DOI: <http://dx.doi.org/10.15366/bp2016.12.012> (última vista: 21-10-2018).

HADSKIS, Michael Ralph. "A Critique of Canadian Jurisprudence on the Therapeutic Privilege Exception to Informed Consent." *McGill Journal of Law and Health* 12 (2018) 1–28. En línea: <https://mjlh.mcgill.ca/issues/volume-12-issue-1/a-critique-of-canadian-jurisprudence-on-the-therapeutic-privilege-exception-to-informed-consent/> (última visita: 19-10-2018)

HERMOSILLA, Ana María, & Rocío Cataldo. "Ley de Salud Mental 26.657: antecedentes y perspectivas." *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 4, no. 2 (2012) 134–140. En línea: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4391116.pdf> (última vista: 21-10-2018).

HUGHES, Geoffrey. *Political Correctness: A History of Semantics and Culture*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2011.

KOMRAD, Mark S. "A Defence of Medical Paternalism: Maximising Patients' Autonomy." *Journal of Medical Ethics* 9, no. 1 (1983) 38–44.

LOURY, Glenn C. "Self-Censorship in Public Discourse: A Theory of 'Political Correctness' and Related Phenomena." *Rationality & Society* 6, no. 4 (1994) 428–461.

MACLEAN, Alasdair. *Autonomy, Informed Consent and Medical Law: A Relational Challenge*. New York: Cambridge University Press, 2009.

MORRICE, David. "Philosophical Errors of Political Correctness." *Politics* 13, no. 2 (1993) 32–37.

MURPHY, Gavin. "Championing Autonomy - Does Montgomery Truly Protect Patient's Interests?". *North East Law Review* 6 (2018) 35–52. En línea: <https://research.ncl.ac.uk/nclr/thereview/NELR%20Volume%206.pdf> (última visita: 18-10-2018)

NIEUW, AD. "Informed Consent." *Medicine and Law* 12, no. 1–2 (1993) 125–130.

SATEL, Sally. *P.C., M.D.: How Political Correctness is Corrupting Medicine*. New York: Basic Books, 2002.

SHELEY, Erin. "Rethinking Injury: The Case of Informed Consent." *Brigham Young University Law Review*, no. 1 (2015) 63–119. En línea: <https://digitalcommons.law.byu.edu/lawreview/vol2015/iss1/4/> (última visita: 10-10-2018)

SPENCER, Martin E. "Multiculturalism, 'Political Correctness' and the Politics of Identity." *Sociological Forum* 9, no. 4 (1994) 547–567.

UNESCO. "Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos." Última modificación: 2005. Última visita: 18-10-2018. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.

VALVERDE EIZAGUIRRE, Miguel A., & José A. Inchauspe Aróstegui. "Peculiaridades del consentimiento informado en salud mental. Considerando el caso TDA/H como ejemplo." *Clínica Contemporánea: Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud* 5, no. 2 (2014) 113–136. En línea: <https://doi.org/10.5093/cc2014a9> (última visita: 21-10-2018)

Valverde, José A., & Miguel A. Inchauspe. "¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis? Una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis." *Revista de Bioética y Derecho* 30 (2014) 40–65. <http://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872014000100004> (última visita: 21-10-2018)

Vazquez Gonzalez, Victor A. “La doctrina del consentimiento, el consentimiento informado y la relacion medico-paciente.” *Revista Juridica de la Universidad Interamericana de Puerto Rico* 20, no. 1 (1985) 75–86.

VENUGOPAL, B. S. “Informed Consent to Medical Treatmeant.” *Journal of the Indian Law Institute* 46, no. 3 (2004) 393–417.

VERA CARRASCO, Oscar. “El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica.” *Revista Médica La Paz* 22, no. 1 (2016) 59–68. En línea: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010 (última visita: 21-10-2018)

WEAR, Stephen. *Informed Consent: Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine*. Dordrecht: Springer, 1993.

ZIMMERMANN, Augusto, & Lorraine Finlay. “A Forgotten Freedom: Protecting Freedom of Speech in an Age of Political Correctness.” *Macquarie Law Journal* 14 (2014) 185–204.

civilistica.com

Recebido em: 04.11.2018
Aprovado em:
19.11.2018 (1º parecer)
18.12.2018 (2º parecer)

Como citar: LAISE, Luciano D. Corrección política y consentimiento informado: una interpretación de los derechos del paciente en el sistema argentino de salud mental. **Civilistica.com**. Rio de Janeiro, a. 7, n. 3, 2018. Disponível em: <<http://civilistica.com/correccion-politica-y-consentimiento/>>. Data de acesso.