

El consentimiento informado y sus límites

José W. Tobías (*)(**)

SUMARIO: I. Una cuestión terminológica.— II. El evento adverso y el deber de información: “un silencio embarazoso”.— III. La calidad de la comunicación.— IV. Valor a atribuir a la negativa del paciente.— V. Omisión de informar, nexo causal y resarcibilidad del daño.— VI. Medicina digital y consentimiento informado.— VII. La impronta del interés general y la vacunación obligatoria.

El proceso comunicativo del profesional con el paciente es un evento continuo que se desarrolla a todo lo largo del tratamiento y que, por lo tanto, no se agota con el deber de información inicial. Comprende, por lo tanto, la evolución del itinerario del tratamiento, su acontecer, su desarrollo y, por lo tanto, los inconvenientes y eventos acaecidos. Ningún sentido tendría considerar que el deber del médico abarca la información preventiva de algunos riesgos para considerar luego que, acaecido el evento dañoso, no existe el deber de comunicarlo.

I. Una cuestión terminológica

La muy extendida terminología de “consentimiento informado” (el equivalente a *informed consent*, *consenso informato* o *consentement éclairé* en otros idiomas y legislaciones; su recepción expresa en los arts. 58 y 59 del nuevo Código y, antes, en la ley 26.529) (1) me ha inducido a incorporarla al título de la comunicación, no obstante mantener el punto de vista de que más apropiado es aludir al “asentimiento del paciente” o, más bien, a la “voluntad jurídica del paciente” (para precisar que ella puede ser afirmativa o negativa a la propuesta profesio-

nal) o, en todo caso, a la “voluntad del paciente conscientemente prestada” (2).

Sucede, en realidad, que “informado” no es el consentimiento, sino lo es el paciente que expresa su voluntad, y no hay, en rigor, una voluntad convergente (o coincidente) del paciente y el profesional, sino una manifestación unilateral del primero, que, como acto, es el final de un proceso al que se califica comúnmente de “consentimiento informado”.

La terminología, no obstante, puede aceptarse siempre que se tenga en claro que se está en presencia de una manifestación unilateral del paciente que concluye con un proceso que busca resaltar la previa importancia de la interacción con el profesional y que posibilita valorar el itinerario previo que concluye con el asentimiento, el modo del esfuerzo colaborativo del profesional, el contenido y el tiempo dedicado a la información, la claridad con que se ha dado, etc. (3).

Se ha afirmado, a propósito de ello, que sólo en el ámbito de la disciplina de un proceso es posible valorar adecuadamente la voluntad del paciente y la confusión y la angustia que a veces conviven con el uso de la razón: atender al proceso de formación de la voluntad posibilita valorar y garantizar las condiciones del proceso y no sólo del acto que lo concluye y que constituye el final del itinerario (4).

Lo cierto es que, independientemente del aspecto terminológico, la importancia atribuida a la voluntad del paciente reemplaza hoy los

criterios de épocas —no tan lejanas— en que predominaba el paternalismo o imperialismo médico (asentado en la idea de que era el experto —el profesional— quien estaba en mejores condiciones, por sus conocimientos, para evaluar la mejor decisión para el profano —el paciente—, y ello justificaba una limitación a su autonomía en virtud de los motivos de beneficencia).

Establecido, al menos como regla general, que la licitud de cualquier tratamiento, intervención o práctica médica está supeditada a la voluntad de quien, por la naturaleza de los intereses en juego (la propia salud o vida), es el árbitro único e irremplazable de la situación, se impone formular dos agregados relevantes: a) como lo señala un autor, “ocuparse del consentimiento informado significa analizar relaciones y decisiones que se insertan en las condiciones de fatiga, de fragilidad, de enfermedad y de batallas, de minusvalía, de ausencia de autosuficiencia, de declinación de las fuerzas y de la vitalidad, de vejez y deseos de morir” (5); b) no es posible aludir a una declaración voluntaria del paciente si no está precedida de una particular relación comunicacional con el profesional que transmita los elementos de juicio relevantes que posibiliten una decisión informada [y que contemplan, especialmente, además —como se insinúa en a)—, la situación de vulnerabilidad en que, muchas veces, se encuentra el destinatario de la información].

El consentimiento informado y sus límites

VIENE DE TAPA

Aquí, a partir de las indicadas consideraciones básicas, la comunicación se circunscribe a considerar unos pocos temas que se estiman de importancia y actualidad o que han dado lugar a controversias (prescindiendo, por ello, del análisis sistemático del tema y de su regulación en el nuevo Código, que he considerado en otra oportunidad) (5).

II. El evento adverso y el deber de información: “un silencio embarazoso”

Establecido que el llamado “consentimiento informado” reviste el carácter de regla cardinal del ordenamiento, una cuestión que se ha calificado como de un “silencio embarazoso” (7) es la de determinar cuál ha de ser el comportamiento del profesional cuando se han verificado acontecimientos dañinos posteriores al tiempo en que el paciente expresó el consentimiento al tratamiento médico. Son los casos del acaecimiento de contingencias adversas previsibles e informadas previamente, o de eventos adversos previsibles no informados, o de eventos dañinos culposos, o del suceder de riesgos no conocidos al inicio del tratamiento consentido.

Interesa señalar inicialmente que el proceso comunicativo del profesional con el paciente es un evento continuo que se desarrolla a todo lo largo del tratamiento y que no se agota con el deber de información inicial. Comprende la evolución del itinerario del tratamiento, su acontecer, su desarrollo y, por lo tanto, los inconvenientes y eventos acaecidos. Ningún sentido tendría considerar que el deber del médico abarca la información preventiva de algunos riesgos, para considerar luego que, acaecido el evento dañino, no existe el deber de comunicarlo.

En el derecho europeo, el punto de referencia principal —respecto del punto más conflictivo, como lo es el comportamiento culposo dañino— está regulado en la ley francesa del 04 de marzo de 2002 (conocida como Ley Kouchner, en razón del nombre del ministro de Salud que la promovió), que dispone: “quien resulte o se considere víctima de un daño imputable a una actividad sanitaria de prevención o de

diagnóstico o de un tratamiento médico o sus descendientes si la persona ha fallecido o, en su caso, su representante legal, deben ser informados por el médico o la estructura sanitaria, o los servicios sanitarios u otro organismo involucrado, de las circunstancias y las causas del daño” (8). La misma fuente consagra la obligación de informar al paciente riesgos nuevos que no pudieron ser identificados a la época del inicio del tratamiento (9).

En el derecho italiano, el “Manual para la formación de operadores sanitarios sobre la seguridad del paciente y la gestión del riesgo clínico”, emanado del Ministerio de Salud de ese país, contiene indicaciones operativas de la existencia de ese deber de información (10).

En el Reino Unido, a su vez, rige el llamado *duty of candour* (deber de franqueza), que consiste en el deber impuesto a los servicios sanitarios públicos de informar a los pacientes la presencia de un error sanitario que comprometió la cura y colaborar, de ese modo, con las Cortes para que arriben a un correcto resultado y de paso mejorar las estadísticas de los servicios de salud (prescindiendo, de ese modo, de aspirar a ganar un litigio a cualquier costo) (11).

El interrogante, en suma, es el de establecer el alcance del deber de información, es decir, si éste comprende, luego del consentimiento inicial, la comunicación del acaecimiento de los eventos adversos previsibles —informados o no— y de los riesgos desconocidos al momento del consentimiento (incluyendo sus consecuencias). La contestación afirmativa se impone, no sólo porque, según lo dicho, el deber de información del profesional subsiste a lo largo de todo el tratamiento, sino porque se lo debe considerar un resguardo de la mejor gestión de la actividad sanitaria y de la protección y expectativas del paciente. Más significativamente, la existencia de tales deberes de información está directamente vinculada a los principios de la dignidad y autonomía del paciente (de los cuales emana el discurso acerca del consentimiento informado).

III. La calidad de la comunicación

Una particularidad relevante para determinar si se está en presencia de un consentimiento “libre” —luego de recibir información clara, precisa y adecuada, como lo impone el art. 59 del nuevo Código— se relaciona con las circunstancias, la oportunidad y el ambiente en que se producen la información y la declaración del paciente.

Un pronunciamiento ilustrativo es el resuelto por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso “I. V. vs. Bolivia” (30/11/2016).

La actora, en el marco de una operación cesárea, experimentó la pérdida permanente de su función reproductora (salpingoplastia bilateral). El tribunal consideró que no se trataba de una urgencia o emergencia terapéutica (12); que la actora, por la envergadura de la intervención que se le estaba practicando (cesárea), se encontraba en una situación de vulnerabilidad y estrés; que la información que se le pudo haber suministrado se realizó en un lugar inadecuado (el quirófano) y de manera inoportuna (en el acto quirúrgico), sin que la paciente hubiera tenido oportunidad de “reflexionar y comprender” las consecuencias de la decisión que estaba tomando (debido a la ausencia de un plazo razonable de reflexión que posibilitase entender que la información fue cabalmente comprendida). Consideró, en definitiva, que el galeno no había obtenido un consentimiento personal libre, previo, pleno e informado (13).

Se infiere de todo ello que algunas de las pautas a considerar negativamente son la presentación de información relevante en proximidad del evento (como cuando se la brinda en oportunidad de ser llevado al quirófano), o cuando el paciente ya se encuentra bajo los efectos de la anestesia, o cuando lo expresa bajo los efectos de un sedativo suministrado por el médico, o cuando el cirujano especialista fija una fecha próxima para la cirugía, imposibilitando la consulta con el médico de familia sobre la oportunidad del tratamiento propuesto.

Otro aspecto relevante —a partir de la consideración de que el deber de información, al menos como regla, debe ser integral— se vincula con la prudencia y solidaridad humana con que ella debe ser suministrada (*supra*, nro. I); caracterizado por esfuerzos de persuasión (no de presión) y, sobre todo, computando la incidencia en la salud del paciente, abarcativa esta del resguardo del equilibrio psíquico. Muy vinculado con el tema de la existencia (o no) del llamado “privilegio terapéutico” —cuestión a la que me he referido en otras oportunidades (14)—, puede al menos afirmarse que en los casos en que se concluye que existe el deber de informar un diagnóstico y pronóstico gravísimo, el modo de hacerlo debe, entre otras particularidades, resguardar la autonomía del destinatario, evitando desestabilizar su salud psíquica: es que el deber de información del médico no impone la brutalidad y supone, en cambio, el deber de computar las condiciones de salud psíquica; la transmisión de los márgenes de esperanza existentes; evitar la sobreestimación de la situación patológica y, en su caso, la de resaltar las facultades del paciente para enfrentar la enfermedad (con el auxilio de la asistencia psicológica, de considerárselo necesario).

Paradójicamente, los avances tecnológicos, que conducen a que un número cada vez mayor de pacientes busquen información previa en internet o las redes sociales, acentúan la importancia de la comunicación coloquial entre ambos: la mayor información que aquello supone (como profano que es el paciente) no excluye la necesidad de que le sea precisado por el experto lo que lee, para poder asimilarlo, distinguirlo y, en todo caso, para subsumirlo en la situación concreta, no sin destacar que también en este ámbito hay las llamadas *fake news*.

En otro orden, es una práctica lamentablemente extendida en nuestro país la presentación de formularios escritos que contienen la información del tratamiento —muchas veces en un lenguaje técnico, poco aprehensible para un profano— no suministrada en forma personal por el médico, y presentados para su firma por algún auxiliar no profesional.

Independientemente de que términos manifiestamente genéricos (“he sido informado de los riesgos” o “he sido informado de las consecuencias de la no realización de la práctica”, o similares) carecen de la idoneidad para tener por cumplido el deber de información, es perceptible, además, que el documento tampoco es idóneo para reemplazar la comunicación coloquial entre paciente y médico (única que posibilita al paciente interpelar al médico sobre sus incertezas y a éste contestarlas). Por lo demás, siendo que el lenguaje debe adecuarse a las particularidades de comprensión de cada paciente, además de adaptarse a su estado psíquico, el documento escrito no es, por lo general, un medio apropiado de comunicación y es insuficiente, por lo tanto, para sustituir el coloquio con el profesional (sobre todo en el caso de intervenciones complejas en que las alternativas posibles no se presentan con particular claridad).

En otro orden, la circunstancia de que el paciente sea, a su vez, un médico, no libera al profesional tratante de su deber de información, aunque puede atribuir características especiales a la información (por ejemplo, posibilitar un lenguaje más técnico), sin prescindir de considerar que el paciente médico puede no ser especialista en la rama de la medicina de que se trata, o que su profesión no le posibilite confrontar y discutir las perspectivas del tratamiento con su colega (15).

IV. Valor a atribuir a la negativa del paciente

Prescindiendo de considerar aquí el valor a atribuir a la negativa del paciente cuando se presentan situaciones que pueden posibilitar considerarlo un acto involuntario (la presencia de coacciones internas significativas, como

miedo, dolor, sufrimiento o depresión, que condicionan la decisión y desestabilizan la escala de valores; o coacciones externas significativas, como lo podrían ser la incidencia de problemas económicos para afrontar los costos), o cuando la negativa constituye una forma larvada u ostensible de suicidio y hay ausencia de motivos atendibles (16), me detendré en el valor a atribuir a la negativa del paciente fundada en convicciones religiosas. La Corte Suprema de Justicia de la Nación, como es sabido, se ha pronunciado en la conocida causa “Bahamondez” haciendo prevalecer la voluntad del paciente fundado en su derecho a la autodeterminación, sus creencias religiosas (testigo de Jehová) y su dignidad (17), criterio que reiteró en “Albarracini Nieves” (18).

Algunas dudas, que sirven para intentar precisar más el alcance del valor atribuido a la autonomía del paciente, sin embargo, suscitan los casos en que la declaración negativa del paciente testigo de Jehová debe evaluarse bajo el prisma de su actualidad o de las circunstancias que rodean a la declaración.

En relación con lo primero, un antecedente judicial puede ser ilustrativo acerca del valor a atribuir a la oportunidad temporal de la negativa y al estado de salud en que se la emitió: se había denegado judicialmente la transfusión de sangre a un paciente testigo de Jehová que se hallaba inconsciente, sobre la base de un documento médico de cierta antigüedad que rechazaba la transfusión, y el mismo día, horas después del fallo denegatorio, el paciente recuperó la conciencia y prestó su asentimiento para la transfusión (19).

Lo atinente a la incidencia de las circunstancias que rodean a la negativa puede también evaluarse con base en una causa que debió resolver la Casación italiana, en que desconoció el valor de la negativa del paciente expresada en circunstancias en que no se encontraba en peligro inminente de vida, si el cuadro clínico posterior se desarrolló de modo drástico e imprevisto, con peligro de vida, a cuyo fin considero legítima la actitud de los médicos que practicaron la transfusión —estando el paciente inconsciente— por entender que el rechazo anterior no era operante en razón del posterior desarrollo de la situación (20).

Una nueva hipótesis, también resuelta por la Casación italiana, se plantea respecto del valor a atribuir a un documento en papel que el paciente testigo de Jehová llevaba consigo (con una declaración: “no sangre”) en oportunidad de ingresar inconsciente y con peligro de vida a la guardia de un hospital. Al negar valor a la declaración —con el argumento de que la negativa debió formularse luego de que el paciente fuera advertido de la gravedad de

la situación y de las posibles consecuencias de la negativa—, la Corte dejó, sin embargo, a salvo el principio según el cual una declaración expresa de la que surja inequívocamente la voluntad de impedir la transfusión comprensiva de las hipótesis de peligro de vida debió haber sido considerada como válida (21).

En las causas mencionadas, parece subyacer la consideración de que el valor a atribuir a la declaración del rechazo a la transfusión cuando hay peligro de vida requiere que la voluntad para esa hipótesis esté prevista especialmente y resulte de manera inequívoca, a lo cual alguna doctrina agrega que la negativa debiera tener actualidad en el sentido de que, ante una situación de duda, es menester hacer valer el principio *in dubio pro vita*, pues una negativa preexistente puede como máximo acreditar la intención de la persona al momento de suscribir la declaración (que puede ser anterior en cinco, diez años o más) (22).

Como se advertirá, en la controversia subyace la cuestión de la manera de resolver las tensiones entre la autonomía (el derecho a la libertad) y el derecho a la vida (especialmente cuando no es posible establecer con certeza la existencia de una voluntad negativa).

En otro orden, a veces, el resguardo de las convicciones religiosas debe confrontarse con derechos relevantes de terceros (como lo serían la salud o la vida de ellos). Es el caso en que la creencia religiosa del o los progenitores es invocada para oponerse a la transfusión de un hijo menor. En nuestro país, parece ser generalizado el criterio de que el interés del menor debe prevalecer sobre la convicción religiosa de los progenitores, y el tema se ha considerado en relación con la negativa de testigos de Jehová a la transfusión de sangre de hijos menores (aun en los casos en que no hay un peligro de vida o grave para la salud) (23).

En el derecho italiano, sin embargo, la cuestión se ha planteado respecto de procedimientos que no tienen siquiera carácter terapéutico o sanitario (aunque carentes de riesgos), como lo es la circuncisión masculina de los hijos en las familias musulmanas, en relación con lo cual se ha entendido que se trata de una práctica que entra dentro del margen de disponibilidad reconocido a los progenitores en el ámbito educativo por el art. 30 de la Constitución italiana, cuya finalidad no es otra que introducir a los hijos en una determinada creencia religiosa y en sus prácticas conexas (24).

V. Omisión de informar, nexos causal y resarcibilidad del daño

En otras oportunidades, he considerado cuáles han de ser los riesgos, molestias y even-

tos adversos previsibles del tratamiento propuesto que el profesional debe comunicar al paciente y el complejo problema de establecer si también ese deber abarca los riesgos más excepcionales (25). Destaqué entonces que los fallos de los tribunales argentinos reflejan opiniones diversas, representativas de la dificultad de establecer criterios absolutos.

En los casos en que se estime que la comunicación de un determinado riesgo forma parte del deber de informar, quedará por establecer cuáles daños guardan relación causal con el obrar antijurídico del profesional y, por ende, el de la resarcibilidad.

Se puede tomar como modelo de análisis aquel fallo que condenó al resarcimiento de los graves daños experimentados por el paciente por ausencia de comunicación de un riesgo susceptible de suceder en el 5 por mil de los eventos de esa naturaleza: un severo daño neurológico provocado por una arteriografía cerebral a un paciente arterioesclerótico (26).

Independientemente de que el pronunciamiento omitió, a mi juicio, considerar suficientemente —además del carácter excepcional del riesgo (5 por mil de las prácticas)— el nivel de la necesidad médica de la práctica y de la condición psíquica del afectado, resulta relevante establecer si se ha de responder por todas las consecuencias dañosas experimentadas en la salud (como lo estableció el fallo).

Así, ¿cuál ha de ser el daño resarcible, si, balanceados los costos y beneficios —incluyendo el escaso riesgo y la necesidad de la práctica atendiendo a las circunstancias del paciente (como el caso en que de no realizarse habría imposibilidad del diagnóstico y, por ende, imposibilidad de adoptar un tratamiento)—, era muy probable que debidamente informado del riesgo el paciente lo hubiera aceptado?

A propósito de ello, Graziadei (27) cita dos fallos de la Casación francesa que califica de históricos.

En el primero (año 2007) —criticado por la doctrina— el tribunal consideró que no se había demostrado que el paciente, suficientemente informado del riesgo, habría rechazado la intervención y concluyó que el perjuicio reparable por la ausencia del deber de información tendiente a obtener el asentimiento del paciente consistía en la pérdida de la chance de evadir el riesgo que se había realizado efectivamente (28).

En el restante (año 2010), en cambio (29), la Casación consideró que la violación de la obligación de informar al paciente y de obtener su asentimiento antes de realizar el tratamiento

era idónea para infligir al paciente un daño moral que debía ser resarcido.

En parecido sentido, el citado autor recuerda un fallo de la Corte italiana del mismo año, que distinguió entre el perjuicio a la salud dependiente del tratamiento (culposo o no culposo) y la violación del derecho del paciente a ser informado de los riesgos del tratamiento propuesto. Consideró que el perjuicio a la salud sólo sería resarcible si el paciente, debidamente informado, habría verosímelmente rechazado el tratamiento (a cuyo fin consideró que la carga de la prueba acerca de la eventualidad del rechazo podía establecerse por presunciones, aunque ella le incumbía al paciente y no al médico) (30).

Como se podrá advertir, los fallos mencionados (con conclusiones disímiles) plantean la espinosa cuestión acerca de la eventual existencia de un vínculo causal (y su prueba) entre la violación del deber de informar y los riesgos y las secuelas dañosas a la salud del paciente si el riesgo no informado se materializa (en relación con lo cual se presenta como un dato relevante la actitud que habría adoptado el paciente de haber sido informado del riesgo) (31). A mi juicio, el daño a la salud causado por el acacamiento de un riesgo no eliminable es resarcible si, de haber sido informado por el profesional, el paciente habría verosímelmente rechazado el tratamiento (32).

Una cuestión especial se suscita cuando la violación al derecho a la autodeterminación (la prestación se realizó prescindiendo de recabar el asentimiento o con información falsa o errónea) no genera daño a la salud corporal, sino que —en todo caso— la diligente actividad profesional contribuye a resguardarla o a evitar su menoscabo.

Se ha afirmado que en la relación médico-paciente corresponde escindir un crédito de contenido informativo con el que tiene por objeto la intervención terapéutica y la existencia, por lo tanto, de un espacio resarcitorio autónomo por violación del primer interés (distinto al menoscabo a la salud, por hipótesis inexistente). El tema, en sustancia, reside en determinar si una eventual resarcibilidad por violación de la autodeterminación está o no inescindiblemente ligada a la lesión del bien salud orgánica.

Si se admite que el derecho a la autodeterminación forma parte de una autónoma situación jurídica tutelable —configurativa de la lesión a un interés—, parece que hay que concluir en la existencia de un eventual deber resarcitorio por la sola circunstancia de haber omitido la información, prescindiendo de la inexistencia de perjuicios a la salud corporal resultantes

de un diligente acto médico⁽³³⁾. De cualquier modo, no deja de ser compleja la cuantificación del daño extrapatrimonial —cuya alegación y prueba le incumbirá a quien lo invoca—, sin perjuicio de lo cual es perceptible la diferencia de situaciones entre el caso de la hemotransfusión practicada sin el asentimiento previo a un testigo de Jehová que posibilitó el recupero de su salud, que igual hipótesis practicada a quien carecía de ese tipo de convicciones religiosas. Sin prescindir, tampoco, de la existencia de circunstancias en que el profesional —por las particulares características del paciente— haya optado por priorizar el valor vida por encima del valor libertad.

VI. Medicina digital y consentimiento informado

El avance de las nuevas tecnologías digitales se extiende a la medicina. Una particular situación plantea la llamada “telemedicina”: en el ámbito de las entidades de medicina pre-paga y de servicios de asistencia médica al viajero, en efecto, tiende a expandirse un sistema de teleconsultas entre el paciente y el médico a través de dispositivos digitales. La “reunión virtual” reemplaza al contacto comunicacional personal, y su extensión y sobreutilización plantean inquietantes interrogantes acerca de sus implicancias en el nivel y calidad de la atención médica y el procedimiento con que ha de realizarse el “consentimiento informado”. He aquí algunos de los riesgos o consecuencias negativas que requieren de análisis en un intento de superarlos: empobrecimiento de la comunicación y el lenguaje; riesgos de comprensión equívoca de las indicaciones médicas; omisiones de diagnóstico por ausencia de la clínica; dificultades de auditoría del acto médico digital; dificultades probatorias acerca de lo informado por el paciente y lo diagnosticado y recomendado por el médico; ausencia de encuentro personal previo y de conocimiento suficiente del historial personal del paciente; riesgos de compromiso de la confidencialidad e intimidad del paciente; identificación y título del prestador del servicio, etc. ⁽³⁴⁾.

Es exacto, desde otros aspectos, que la telemedicina puede cumplir un rol positivo, como en aquellas situaciones en que el profesional no puede estar presente en un tiempo seguro y aceptable, o que ella puede tener la aptitud de llegar a pacientes con acceso limitado a la asistencia médica debido al lugar de su residencia, o que puede posibilitar interconsultas con especialistas, o que puede cumplir un rol significativo en la actualización de los conocimientos en profesionales que residen en zonas alejadas de las grandes metrópolis.

Pero lo cierto es que la precariedad de la intercomunicación del ejercicio de la medicina a distancia en la relación médico-paciente, además del riesgo de la insuficiencia de la información recibida del profesional, hace extremadamente difícil el acabado cumplimiento del deber de información que el art. 59 pone a cargo del profesional y correlativamente el “consentimiento informado” del paciente. Se hace indispensable, por lo tanto, la existencia de una regulación de una legislación nacional que contemple aspectos básicos relacionados con la práctica de la telemedicina, particu-

larmente aquella vinculada con la relación médico-paciente, el adecuado cumplimiento del deber de información y el resguardo de la confidencialidad ⁽³⁵⁾.

En el ínterin, asume particular relevancia la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Ética de la Telemedicina, adoptada por la 58ª Asamblea General, en Copenhague, Dinamarca (octubre 2007) y enmendada por la 69ª Asamblea General, Reikiavik, Islandia (octubre 2018) (la entidad nuclea a 112 asociaciones médicas nacionales), algunos de cuyos principios y responsabilidades del médico se enuncian en nota a pie ⁽³⁶⁾.

Creo de especial importancia resaltar los siguientes: a) “La telemedicina no debe considerarse igual a una atención médica presencial y no debe utilizarse sólo para reducir costos o como un incentivo perverso para servicios excesivos y aumentar las ganancias para los médicos”; b) en la telemedicina la relación médico-paciente “debe estar basada en un examen personal y consentimiento suficiente del historial médico-paciente y en la confianza y respeto mutuos”; c) “El consentimiento informado adecuado requiere que toda la información necesaria sobre los distintos aspectos de las consultas por telemedicina sea explicada a fondo a los pacientes...”; d) “El médico debe tratar de asegurarse que el paciente haya comprendido el consejo y las sugerencias de tratamiento entregadas y en lo posible tome medidas para promover la continuidad de la atención”; e) el médico no debe utilizar la telemedicina si infringe el marco legal o ético del país.

En nuestro país, en el último orden de ideas, dispone el art. 115 del Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina: “No son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos curaciones; los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces; la simulación de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas; el uso de productos de composición no conocida y *el ejercicio de la medicina mediante consultas realizadas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet*”.

Interesa señalar, a propósito de todo ello, que la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha precisado que *a la hora de juzgar la actuación profesional médica deben ponderarse las reglas éticas que rigen el ejercicio profesional, pues ellas constituyen criterios idóneos para apreciar la diligencia debida en cuanto a obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas y que no cabe, por ello, “privar a las normas éticas de relevancia jurídica”* (Fallos 306:178 y causa H.36. XXXIII, 12/05/1998) ⁽³⁷⁾.

De cualquier modo, se impone un sistema armonizador que se beneficie de los avances de la tecnología con el único y exclusivo fin de beneficiar el nivel y calidad de la atención médica, respetuosa por lo tanto del derecho a la salud y la vida de los pacientes y de su libertad de autodeterminación (lo cual supone que se ha de cumplir en plenitud el deber de información).

VII. La impronta del interés general y la vacunación obligatoria

La ley 26.529 señala como excepción al deber de obtener el consentimiento informado “el grave peligro para la salud pública” [art. 9º, inc. a)]. Otras disposiciones legales prevén normas para situaciones específicas: la ley 22.953 de Rabia contempla el deber de someterse a un tratamiento específico y gratuito; se contemplaba la exigencia del certificado prenupcial indicativo de la ausencia de enfermedades venéreas en período de contagio (ley 12.331 para los varones, que la ley 16.668 extendió a las mujeres y que, discutido si era impedimento dirimente o impediendo, quedó sin efecto en el nuevo Código) o las revisiones médicas para ingresar a colegios o universidades.

La negativa a someterse a esas obligaciones requiere determinar las consecuencias de su incumplimiento (multas u otras sanciones) y si, en ocasiones, es factible el cumplimiento compulsivo.

Aquí, solo consideraré el valor de la negativa a someterse a las vacunas obligatorias. Como es sabido, en nuestro país —y mucho más generalizadamente en otros países desarrollados— se ha extendido un movimiento antivacunación que reniega de uno de los avances científicos más importantes de la historia (que ha evitado la pérdida de millones de vidas y enfermedades). Tan extendida es esa tendencia que la Organización Mundial de la Salud ha considerado a los grupos radicales antivacuna como una de las diez principales amenazas a la salud mundial ⁽³⁸⁾.

Las negativas suelen fundarse en ocasiones en motivos religiosos; en otras, en filosóficos o morales (se incluyen aquí las convicciones de algunas comunidades basadas en la quiropráctica, y algunas de homeópatas o de naturistas); y, en otras, simplemente, en invocaciones relacionadas con su ausencia de efectividad o sus riesgos o, conjuntamente con ello, en la adhesión a un estilo de vida naturalista.

Las dos primeras situaciones plantean la tensión entre la invocación de la objeción de conciencia con la tutela del interés general (tensión que se acentúa cuando los motivos religiosos o filosóficos son invocados por los padres y el interés en juego, además del general, es el del hijo menor de edad).

La última hipótesis, en cambio, desemboca en cuestionamientos científicos a la eficacia de las vacunas o, en todo caso, a sus efectos adversos o secundarios o a la inmunidad natural de toda persona que las torna inútiles o dañosas, o la adhesión a un estilo de vida naturalista. Se ha señalado con razón que el éxito de los programas de inmunización depende de la confianza pública en sus resultados, y que las suspicacias acerca de su eficacia están influidas, a su vez, por estudios de investigadores, luego científicamente desmentidos, que sugieren determinados efectos adversos de una determinada vacuna.

Las consideraré separadamente.

VIII. La tensión entre la tutela del interés general y el particular del menor de edad, por un lado, y la objeción de conciencia del progenitor, por el otro

La objeción de conciencia —fundada, como es sabido, en el derecho constitucional a la libertad (o de libertad)— alude a un comportamiento individual contrario a los deberes de normas jurídicas basado en motivos de conciencia. Ésta, como se adelantó, está fundada en deberes religiosos o convicciones de esa naturaleza, pudiendo ser también morales o filosóficos. Es común precisar, con razón, que debe tratarse de deberes o convicciones de ese tipo relevantes o sustanciales, o, si se quiere, dotados de firmeza, certeza y profundidad.

Cuestiones particulares se suscitan en la hipótesis que se considera, es decir, cuando se invocan las propias convicciones para incumplir deberes normativos (como el Plan de Vacunación Obligatorio con facultades coercitivas) que se presentan en tensión con intereses relevantes de un menor de edad sobre el que se ejerce la responsabilidad parental —el resguardo de su salud o su vida— y, más aun, con el mismo interés más general de los menores del medio social a evitar el contagio de enfermedades por medio de la vacunación. Se está en presencia de intereses en contraste: el interés general a evitar las enfermedades y su transmisión; la potestad y convicciones de los progenitores y el interés del menor a su salud y vida.

La indicada tensión —si cabe— se acentúa, aunque con matices distintos, en los casos en que la vacunación obligatoria es impuesta como requisito —sin facultades de coactividad— para acceder a un determinado nivel escolar. A la enunciada tríada de intereses o potestades que se presentan como contrapuestas se agrega la incidencia de su derecho-deber constitucional a acceder a la educación (que se vería menoscabado con la negativa de los progenitores a acceder a la vacunación).

En nuestro país, como es sabido, la ley 22.909 establecía un régimen de vacunación a efectos de la protección de los habitantes del país “contra las enfermedades prevenibles por ese medio...”, que estableciera la autoridad sanitaria nacional (art. 1º). Los padres, tutores, curadores y guardadores de menores e incapaces eran considerados responsables del cumplimiento con respecto a las personas a su cargo (art. 11), y la falta de vacunación oportuna en que ellos incurrieran determinaba su emplazamiento en término perentorio, sin perjuicio, en caso de incumplimiento, de ser sometidas las personas a su cargo “a la vacunación en forma compulsiva” (art. 18).

Recientemente, a principios de este año, se promulgó y publicó la ley 27.491, que derogó la ley 22.909, y estableció nuevas normas para el control de enfermedades prevenibles por vacunación: entre ellas, declara la vacunación como de interés nacional (art. 3º); establece la obligatoriedad para los habitantes de su aplicación (art. 7º); reitera la responsabilidad de los padres, tutores, guardadores, representantes legales o encargados (debió agregar los apoyos) de las personas a su cargo (art. 10); consagra la prevalencia de la salud pública por sobre el interés particular (art. 1º); el incumplimiento

de las obligaciones que consagra faculta a la autoridad sanitaria jurisdiccional a acciones tendientes a efectivizar la vacunación, que llegan hasta la vacunación compulsiva (art. 14); la certificación del cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación debe ser requerida para el ingreso y egreso del ciclo lectivo obligatorio y optativo, formal e informal (art. 13).

Sucesivas resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación han mantenido actualizado el Plan de Vacunación Obligatorio (p. ej., res. 20/2003; 653/2005; 498/2008; 10/2015; 563/2015; 1977/2016).

Una primera afirmación de orden general es ésta: la licitud de las normas que imponen la vacunación obligatoria está supeditada a su respaldo científico, a su carácter no discriminatorio y a la inexistencia de alternativas adecuadas. Es el corolario constitucional que una imposición obligatoria y coactiva del tratamiento comporta una importante intromisión del Estado en la autonomía personal.

Superada esa inicial evaluación —con la consideración de que concurren los requisitos indicados— se presenta la manera de resolver la tensión entre la invocación de la objeción de conciencia (religiosa, filosófica o moral) de los progenitores o tutores o guardadores de los menores de edad (también de los curadores o apoyos de incapaces o capaces restringidos), con el interés general en el resguardo de la salud del medio social (39), además del interés de la persona individual.

En la hipótesis de vacunas obligatorias en previsión de enfermedades transmisibles, es menester concluir que el derecho a tutelar convicciones religiosas o filosóficas de aquéllos no incluye la libertad para exponer a la comunidad a enfermedades infecciosas. Menos aún cuando se considera la relevancia del interés general comprometido que emerge de los datos de la realidad histórica: p. ej., la importancia de la vacunación en previsión de enfermedades como la viruela (llegó a matar a uno de cada siete niños en Europa) o la poliomielitis

(erradicó prácticamente la enfermedad) o las de la difteria, tétanos y tos ferina, que la OMS considera que evitan cada año en el mundo entre dos y tres millones de muertes (40).

La indicada es la respuesta jurisprudencial en nuestro país (41), que ha tenido respaldo doctrinario (42).

Al aludido interés general se agrega, también, la primacía del interés individual del menor, incapaz o capaz restringido. La libertad personal de conciencia no es invocable cuando se está en presencia del menoscabo a un interés individual relevante de quien está a cargo del objeto, como lo es la salud o la vida (y también, eventualmente, su derecho constitucional a la educación, teniendo en cuenta que la certificación es un requisito de ingreso al ciclo lectivo); ellos, como se ha afirmado, tienen derecho a no convertirse en “mártires” de las convicciones de conciencia de quienes son sus guardadores o representantes; una cosa son las convicciones religiosas o el proyecto de vida de los primeros, y otra es el derecho a la salud o la educación del hijo menor, que es indisponible para los progenitores. La afirmación precedente conlleva, también, la primacía de este interés cuando se trata de vacunas obligatorias para la prevención de enfermedades no transmisibles —en que está en juego el indicado interés y sólo mediatamente el general— como lo podría ser la vacuna antitetánica, en que no se previene una enfermedad difusiva sino sólo infecciosa.

Interesa señalar, de todos modos, que la importancia de la vacunación no está exenta de algunos riesgos individuales (aunque insignificantes atendiendo a sus beneficios): es perceptible, por ello, que los beneficios sobrepasan ampliamente los riesgos de eventos adversos (43).

En consideración a ellos, en algunos países se han buscado soluciones alternativas. Una ley italiana 210 del 25 de febrero de 1992 establece un resarcimiento pecuniario a favor de la persona dañada de manera permanente a

causa de una vacunación obligatoria (extendido, luego, por la ley 229 del 29 de octubre de 2005 a una indemnización en beneficio de familiares del dañado) (44), que fueron precedidas de un fallo de la Corte Constitucional de ese país que consideró constitucionalmente ilegítima la disciplina de la vacunación obligatoria en cuanto no preveía un sistema de indemnización por los incidentes de la vacuna (45); en los Estados Unidos, a su vez, se creó un Programa Nacional de Compensación por Daños Causados por las Vacunas, financiado mediante un impuesto especial sobre las vacunas vendidas.

VII.2. La invocación de cuestionamientos científicos

Como se dijo, en otras ocasiones los cuestionamientos se basan en la invocación de razones relacionadas con la eficacia científica de las vacunas o de su seguridad. Se ha destacado, a propósito de ello, el impacto que generó una publicación en una prestigiosa revista médica (“The Lancet”) del Reino Unido en el año 1998, que creyó encontrar una conexión entre la administración de la “triple vacuna” (sarampión, rubeola y paperas) y el trastorno del autismo. Al tiempo, varios de los coautores retiraron su firma del artículo y la revista publicó una rectificación, retirándola finalmente de sus archivos, a raíz de los severos cuestionamientos científicos a las conclusiones. Pero lo cierto es que en los diez años siguientes de la publicación —que tuvo amplia repercusión en los medios masivos de comunicación— el índice de vacunación cayó sensiblemente y los casos de sarampión se acentuaron (46).

Las circunstancias reseñadas indican la relevante importancia de amplias campañas públicas de sensibilización acerca de la importancia de la vacunación y la correlación entre la excepcionalidad de los riesgos o efectos adversos y la extensión de los beneficios.

Ahora bien, establecida en *a*) la primacía de la salud pública sobre las convicciones de

conciencia, y aun la del interés individual del menor a su salud o educación sobre aquellas convicciones, la misma solución —con mayor razón— es de recibo cuando los fundamentos científicos que respaldan la legislación sobre vacunación obligatoria no han sido contrarrestados con las razones científicas invocadas para la negativa.

En otro orden —y para concluir—, la naturaleza obligatoria de la vacunación no dispensa al profesional, en líneas generales, de proveer información a la persona, en particular, aquella relacionada con la existencia de factores de riesgo que imponen precauciones especiales o la prevención de eventuales reacciones alérgicas y el modo de evitarlas (47).

Cita on line: AR/DOC/3915/2019

MÁS INFORMACIÓN

Basset, Úrsula C., “El consentimiento informado en el ámbito reproductivo: la posición de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en un fallo de notables implicancias”, Sup. Const. 2018 (julio), 9, LA LEY, 2018-C, 561; DFyP 2018 (agosto), 141; RCyS 2018-X, 3; AR/DOC/1116/2018

González Magaña, Ignacio, “El consentimiento informado deficientemente prestado como fuente de responsabilidad civil en un caso de anticoncepción fallida”, LA LEY, 2018-B, 249; RCyS 2018-V, 71; AR/DOC/600/2018

Garay, Oscar E., “El consentimiento informado en el Código Civil y Comercial y en la ley de derechos de los pacientes”, RCCyC 2017 (agosto), 59; LA LEY, 2017-D, 1283; DFyP 2017 (octubre), 233; AR/DOC/1690/2017

LIBRO RECOMENDADO

Código Civil y Comercial comentado - Tratado exegetico. 3ª edición

Coordinador: Alterini, Ignacio Ezequiel

Director: Alterini, Jorge H.

Edición: 2019

Editorial: La Ley, Bs. As.

Especial para La Ley. Derechos reservados (Ley 11.723)

(*) Abogado (UBA). Doctor en Derecho y Ciencias Sociales (UBA). Secretario académico de la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Buenos Aires.

(**) Comunicación del académico ofrecida en la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Buenos Aires, en la sesión privada del 24 de octubre de 2019.

(1) Emplea también la expresión el “Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biotecnología y la medicina” (Protocolo de Oviedo). Los proyectos de reforma del Código Civil emplean la palabra “consentimiento” (art. 112, Proyecto 1998; art. 120, Proyecto del Ejecutivo de 1993).

(2) TOBÍAS, José W., “Tratado de derecho civil. Parte general”, Ed. La Ley, t. II, ps. 156 y ss.; BUERES, Alberto J., “Responsabilidad civil de los médicos”, Ed. Hammurabi, 2ª ed., p. 161.

(3) HIGHTON, Elena - WIERZBA, Sandra, “La relación médico-paciente: El consentimiento informado”, Ed. Ad-Hoc, ps. 69 y ss.; MOSSET ITURRASPE, Jorge, “Responsabilidad civil del médico”, Buenos Aires, ps. 167 y ss.; BUERES, Alberto J., “Responsabilidad civil de los médicos”, Ed. Hammurabi, 3ª ed., p. 159; TOBÍAS, José W., “Tratado de derecho civil. Parte general”, ob. cit., t. II, p. 157. En rigor, no obstante el epígrafe de “consentimiento informado”, es la precisa caracterización que formula el art. 59 del nuevo

Código (“...es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada...” de los ítem que enuncia). En ese orden, debe precisarse que el asentimiento del paciente es diverso al consentimiento en el contrato médico. En el primer caso, acepta la alternativa terapéutica propuesta por el profesional y, en el segundo, concluye un contrato del que deriva la obligación del profesional de realizar el tratamiento y, en su caso, la obligación del paciente de pagar los honorarios (CATTÁNEO, Giovanni, “La responsabilità del professionista”, Giuffrè, Milano, p. 265; TOMASI, Sara, “Consentimento informato e disciplina dell’attività medica”, *Riv. Critica del Diritto Privato*, año XXI-3, ps. 556 y ss.). Es cierto, como afirma ORGAZ, Alfredo, “El consentimiento del damnificado”, *LA LEY*, 150-965, que en la mayor parte de los casos ambas manifestaciones de voluntad coincidirán en una, pero ello no impide la necesaria precisión conceptual y, además, no sucederá siempre. Así, cuando el tratamiento médico se realiza sin que medie como fuente un contrato sino a raíz de una disposición legal o administrativa, como lo sería —por ejemplo— el reconocimiento médico para el ingreso a la universidad, en donde —sin embargo— es evidente que el asentimiento del particular es necesario. También MAYO, Jorge A., “La autonomía de la voluntad en el ámbito de la medicina”, *RRCS*, nro. 11, año XX, ps. 283 y ss. Comp., sin embargo, NICOLAU, Noemí, “El acto jurídico personalísimo. Instrumento para la dinamización de

los derechos personalísimos”, en *Estudios de derechos personalísimos. Homenaje a Santos Cifuentes*, Instituto de Derecho Civil, Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Buenos Aires, para quien se está en presencia de un acto jurídico bilateral.

(4) ZATTI, Paolo, “Maschere del diritto volti della vita”, Giuffrè, ps. 253 y ss.

(5) ZATTI, Paolo, “Il proceso del consenso informato”, en *I nuovi diritti nell’integrazione europea: la tutela dell’ambiente e del consummatore*, Cedam, p. 214, cit. por GRAZIADEI, Michele, “Il consenso informato e i suoi limiti”, en RODOTÀ, Stefano - ZATTI, Paolo (dirs.), *Trattato di bio diritto. I diritti in medicina*, Ed. diretto da S. RODOTÀ - P. ZATTI, *I diritti in medicina*, Giuffrè, p. 204.

(6) Me he ocupado del tema en otras oportunidades: TOBÍAS, José W., “Tratado de derecho civil. Parte general”, ob. cit., t. II, ps. 156 y ss.

(7) GRAZIADEI, Michele, “Il consenso informato e i suoi limiti”, ob. cit., ps. 231 y ss., quien invoca para ello estudios empíricos de los que resulta que, en su país, los médicos se abstienen de comunicar a sus pacientes errores sanitarios de los que derivan daños significativos.

(8) Incorporado al Code de la Santé Publique, art. L. 1124-4.

(9) “Cuando en un momento posterior al tratamiento, a la cura o a las acciones de prevención se identifiquen ries-

gos nuevos, la persona interesada debe ser informada”.

(10) Se recomienda a toda entidad sanitaria la formación de un protocolo acerca de las modalidades de comunicación de eventos adversos de modo de asegurar la adopción de comportamientos homogéneos de parte de todo el personal (GRAZIADEI, Michele, “Il consenso informato e i suoi limiti”, ob. cit., p. 237).

(11) *Regulation 20* (Health and Social Care Act 2008).

(12) Debe distinguirse cuidadosamente la indicada hipótesis de aquella en que el profesional descubre una patología más grave que la diagnosticada o se ve enfrentado a una contingencia no culposa e imprevista, que requiere un procedimiento distinto al informado para evitar comprometer la salud o vida del paciente (en cuyo caso la actitud del profesional puede encuadrarse como un estado de necesidad) (TOBÍAS, José W., en “Código Civil y Comercial comentado. Tratado exegético”, ALTERINI, Jorge H. (dir.), Ed. La Ley, 3ª ed., t. I, p. 775).

(13) Un análisis del fallo en BANCOFF, Pedro, “El derecho a la salud, el consentimiento informado y la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos”, *RRSS*, nro. 12, año XX, p. 45.

(14) TOBÍAS, José W., “Tratado de derecho civil. Parte general”, ob. cit., t. II, ps. 165 y ss.

(15) GRAZIADEI, Michele, “Il consenso informato e i suoi limiti”, ob. cit., p. 243.

(16) He analizado esas cuestiones en otro lugar: TOBÍAS, José W., "Tratado de derecho civil. Parte general", ob. cit., t. II, ps. 168 y ss.

(17) Se trataba de un paciente cuya vida parecía depender de una transfusión de sangre, a la que se negaba fundado en sus convicciones religiosas (LA LEY, 1993-D, 132). El criterio del fallo es recogido por otros pronunciamientos (CCiv. y Com. 15° Nom. Rosario, ED 162-624; CNCiv. N° 9, LA LEY, 1987-A, 84; CNCiv., sala G, L. 1996-C-390; C5° Civ., Com., Minas, Paz y Trib. Mendoza, LA LEY, 1997-F, 609) y por un sector de la doctrina: RIVERA, Julio C., "Instituciones de derecho civil. Parte general", Ed. AbeledoPerrot, 5ª ed., t. I, p. 722; SAGÜÉS, Néstor P., "¿Derecho constitucional a no curarse?", LA LEY, 1993-D, 132; HIGHTON, Elena - WIERZBA, Sandra, "La relación...", ob. cit., p. 507; BIDART CAMPOS, Germán, "La transfusión y la objeción religiosa de conciencia", ED 124-113.

(18) CS, LA LEY, 2012-D, 245. El tribunal confirmó el rechazo de una medida cautelar promovida por el padre de una persona joven que por sus creencias religiosas —era testigo de Jehová— se negaba a aceptar una transfusión de sangre que se presentaba como necesaria para compensar hemorragias sufridas en ocasión de un robo con armas de fuego.

(19) Se trataba de un paciente cuya vida parecía de-

pende de una transfusión de sangre, a la que se negaba fundado en sus convicciones religiosas (LA LEY, 1993-D, 132). El criterio del fallo es recogido por otros pronunciamientos (CCiv. y Com. 15° Nom. Rosario, ED 162-624; CNCiv. N° 9, LA LEY, 1987-A, 84; CNCiv., sala G, L. 1996-C-390; C5° Civ., Com., Minas, Paz y Trib. Mendoza, LA LEY, 1997-F, 609) y por un sector de la doctrina: RIVERA, Julio C., "Instituciones de derecho civil. Parte general", ob. cit., t. I, p. 722; SAGÜÉS, Néstor P., "¿Derecho constitucional a no curarse?", LA LEY, 1993-D, 132; HIGHTON, Elena - WIERZBA, Sandra, "La relación...", ob. cit., p. 507; BIDART CAMPOS, Germán, "La transfusión y la objeción religiosa de conciencia", ED 124-113.

(20) *Foro Italiano*, 2007-I, p. 1711, cit. por GRAZIADEI, Michele, "Il consenso informato e i suoi limiti", ob. cit., p. 239.

(21) Cas., sez. III, 15/09/2008, *Foro Italiano*, 2009-I, p. 36, cit. por GRAZIADEI, Michelle, "Il consenso informato e i suoi limiti", ob. cit., p. 239. Se ha afirmado que es discutible que una resolución de ese tipo pueda ser reiterada luego de la sanción de la ley 122 del 22 de diciembre de 2017, que, además de consagrar de modo expreso el derecho del paciente a rechazar en todo o en parte cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico (art. 1º), no especifica acerca de la necesidad de que la negativa

sea expresa luego de que el paciente sea advertido de su estado y los riesgos correlativos a su decisión (PERFETTI, Ubaldo, "La responsabilità civile del medico tra legge c.d. Gelli e nuova disciplina del consenso informato", LA LEY del 24/09/2019).

(22) ROMBOLI, Roberto, "Persone fisiche", en SCIALOJA, Antonio - BRANCA, Giuseppe (dirs.), *Commentario del Codice Civile*, Zanichelli - Il Foro Italiano, p. 354.

(23) En la jurisprudencia, JNCiv. N° 3, ED 114-113; JPaz Letrado Ensenada, ED 153-264.

(24) Dictamen del Comité Nacional de Bioética italiano, cit. por GRAZIADEI, Michele, "Il consenso informato e i suoi limiti", ob. cit., p. 224.

(25) TOBÍAS, José W., "Tratado de derecho civil. Parte general", ob. cit., t. II, ps. 164 y ss.

(26) CNFed. Civ. y Com., sala I, LA LEY, 1994-D, 20. El criterio del fallo contrasta con otros pronunciamientos judiciales: p. ej., el de la CCiv. y Com. San Nicolás (Juris 94-43), en que se afirmó que la información de los riesgos debe ser prudente, apropiada, no debe perturbar mencionando peligros lejanos y provocando temores innecesarios y mala disposición que puede generar incluso la negativa al tratamiento. También CNCiv., sala M, JA Bioética, segunda parte, fasc. 102.

(27) GRAZIADEI, Michele, "Il consenso informato e i

suoi limiti", ob. cit., p. 276.

(28) La intervención del cirujano tendía a remover una estenosis mayor de la carótida interna derecha que dejó hemipléjico al paciente y condujo al deterioro de su salud y al fallecimiento tiempo después (GRAZIADEI, Michele, "Il consenso informato e i suoi limiti", ob. cit., ps. 276 y ss.).

(29) La intervención consistió en una adenomectomía prostática y el cirujano omitió informar acerca del riesgo —que se materializó— de padecer problemas eréctiles graves (GRAZIADEI, Michele, "Il consenso informato e i suoi limiti", ob. cit., p. 277).

(30) Entre otras consideraciones, se dice en el fallo que la lesión a la autodeterminación no necesariamente comporta un daño a la salud, como cuando falta el consenso y el resultado terapéutico es exitoso.

(31) Acerca de la relación causal en la responsabilidad médica en nuestro país, pueden verse BUERES, Alberto J., "Responsabilidad civil de los médicos", ob. cit., ps. 239 y ss.; CALVO COSTA, Carlos, "Responsabilidad civil de los médicos. Un fallo ejemplar respecto al consentimiento informado y las 'presunciones hominis' en materia probatoria", RCyS, nro. 4, año VI, p. 39.

(32) GRAZIADEI, Michele, "Il consenso informato e i suoi limiti", ob. cit., p. 279.

(33) PERFETTI, Ubaldo, "La responsabilit  civile del medico tra legge c.d. Gelli e nueva disciplina del consenso informato", LA LEY, 2019-E, 759.

(34) WIERZBA, Sandra - MAGLIO, Ignacio, "Medicina digital, inteligencia artificial y nuevos confines de la responsabilidad civil", *Supl. Esp.: Legal Tech 2018* (noviembre), Ed. La Ley, p. 213.

(35) Recomendación de la "Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la  tica de la Medicina" (octubre 2007), enmendada por la 69  Asamblea General, Reikiavik, Islandia (octubre 2018).

(36) a) "...Cuando se practica la telemedicina el médico debe respetar las siguientes normas éticas: 1. La relación médico-paciente debe estar basada en un examen per-

sonal y conocimiento suficiente del historial médico del paciente. La telemedicina debe ser utilizada principalmente en situaciones en las que el médico no puede estar presente físicamente en un tiempo seguro y aceptable. También se puede usar en la gestión de enfermedades crónicas o del seguimiento después del tratamiento inicial, cuando se haya probado que es seguro y eficaz. 2. La relación médico-paciente en la telemedicina debe estar basada en la confianza y respeto mutuos. Por lo tanto, es esencial que el médico y el paciente puedan identificarse con confianza cuando se utiliza la telemedicina [...]. 4. Incluido, pero no limitado a: explicar cómo funciona la telemedicina; cómo reservar citas; aspectos de privacidad; la posibilidad de fallas tecnológicas, in-

cluidas violaciones de la confidencialidad; protocolos de contacto durante las consultas virtuales; políticas de prescripción y coordinación de atención con otros profesionales de la salud de manera clara y comprensible, sin influenciar la decisión del paciente [...]. 8. El médico debe ejercer su autonomía profesional al decidir si una consulta por telemedicina versus una presencial es apropiada [...]. 10. El médico al que se le pide su opinión a través de la telemedicina debe mantener un registro detallado de los consejos que entrega, como también de la información recibida en la cual basó su consejo para asegurar la trazabilidad [...]. 14. [...] El médico debe estar preparado a recomendar un contacto directo médico-paciente cuando estime que es en beneficio del pa-

ciente. 15. El médico sólo debe utilizar la telemedicina en países/jurisdicciones donde tenga licencia para emplearla [...]. 16. El médico debe asegurarse que su seguro médico incluye la telemedicina. 17. Se deben utilizar regularmente medidas de evaluación de la calidad de la atención para asegurar la seguridad del paciente y el mejor diagnóstico y prácticas de tratamiento posibles en la telemedicina...".

(37) Sobre ello, también VÁZQUEZ FERREYRA, Roberto, "Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina", Ed. Hammurabi, ps. 107 y ss.

(38) "Diez amenazas a la salud global", <https://www.who.int/es/emergencias/ten-threats-to-global-health-in-2019>.

(39) Sobre la naturaleza ultraindividual de la salud como interés, también, de la colectividad: TOBI S, José W., "Tratado de derecho civil. Parte general", ob. cit., t. II, p. 97.

(40) Declaración sobre las 10 Amenazas a la Salud Mundial, enero de 2019.

(41) La SCBA (causa C.111.870, "N. N. o U., V., protección y guarda de personas", del 06/10/2010, con nota de RIVERA, Julio C., "Imposición coactiva de vacunas legalmente obligatorias a una persona incapaz y sin discernimiento en contra de la voluntad expresada por sus representantes legales", RDFyP, nro. 10, año 2, p. 249) dispuso intimar a los progenitores de un menor a que acreditaran el cumplimiento del Plan de Vacunación Obligatorio con el apercibimiento de procederse a la realización en forma compulsiva del modo menos traumático para el infante, con los cuidados del caso, debiendo garantizarse que la medida no lesione el derecho a obtener un trato digno y respetuoso por parte del menor y su

círculo familiar. Los padres se oponían a que el menor recibiera las vacunas previstas en el Plan Nacional de Vacunación debido a su propia visión de la medicina y de la elección que profesan por el "modelo homeopático" y, en especial, los "ayurv dicos". Más allá de ello, en realidad, pone en riesgo la salud de toda la comunidad, comprometiendo no sólo el interés del niño sino la política pública sanitaria del Estado en aras de la salud general. En esa línea, CS, 12/06/2012, LA LEY, 2012-D, 182, confirmando la sentencia del Superior Tribunal provincial. También ST Jujuy, 12/07/2016, JA 2017-II-20, con nota aprobatoria de Nicolás REVIRIEGO; CNCiv., sala de feria, 15/01/2019, AR/JUR/11/2019, con nota aprobatoria de Sabrina BERGER, AR/DOC/410/2019; C1  Civ. y Com. San Isidro, sala I, 10/04/2019, con notas aprobatorias de MPOLAS ANDREADIS, Alejandra - RIVAS, Mariano, "Vacunación compulsiva. Autonomía personal versus derecho a la salud", y URBINA, Paola A., "El inte-

r s superior del niño en el marco del Calendario Nacional de Vacunación", LA LEY, 2019-C, 125.

(42) BERGER, Sabrina, "Vacunación obligatoria y decisiones médicas familiares", AR/DOC/410/2019; RIVERA, Julio C., "Imposición coactiva de vacunas legalmente obligatorias a una persona incapaz y sin discernimiento en contra de la voluntad expresada por sus representantes legales", AR/DOC/7178/2010; WEBB, María S., " Los padres en ejercicio de la responsabilidad parental pueden rehusarse a inmunizar a sus hijos?", LA LEY, 2011-B, 419; RIVERA, Julio C., "Imposición coactiva de vacunas legalmente obligatorias a una persona incapaz y sin discernimiento en contra de la voluntad expresada por sus representantes legales", AR/DOC/7178/2010; MPOLAS ANDREADIS, Alejandro - RIVAS, Mariano, "Vacunación compulsiva. Autonomía personal versus derecho a la salud", ob. cit.; URBINA, Paola A., "El interés superior del niño en el marco del

Calendario Nacional de Vacunación", ob. cit. También BUERES, Alberto J., "Responsabilidad civil de los médicos", ob. cit., ps. 197 y ss.

(43) Se ha calculado, p. ej., que en el caso de la vacuna antipolio una persona sobre un mill n contrae la enfermedad a causa de la vacuna, confrontado con 5000 sobre un mill n en ausencia de ella (ZUOLO, Federico, "L'obiezione di coscienza alle vaccinazioni obbligatorie: un profilo legislativo e concettuale", Forum sul Biodiritto, mayo de 2008).

(44) ZUOLO, Federico, "L'obiezione di coscienza alle vaccinazioni obbligatorie...", ob. cit., p. 4.

(45) GRAZIADEI, Michele, "Il consenso informato e i suoi limiti", ob. cit., p. 267, nota 183.

(46) BERGER, Sabrina, "Vacunación obligatoria y decisiones médicas familiares", AR/DOC/410/2019.

(47) GRAZIADEI, Michelle, "Il consenso informato e i suoi limiti", ob. cit., p. 267.