

PRESUPOZIȚII METAFIZICE ÎN ETICA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT

LAURENȚIU STAICU
Universitatea din București

OCTAVIAN BUDA
Universitatea „Carol Davila”, București

Metaphysical Presuppositions in the Ethics of Informed Consent. In the aftermath of the Second World War, with the indignation caused by the disclosure of the brutal medical experiments performed by Nazi physicians on human subjects, the doctrine of informed consent has become the subject of heated debate in the sphere of medical and research ethics. Although the obligation to obtain a certain form of informed consent from subjects prior to any high risk treatment or experiment has been recognized by specialized institutions since the 50s and 60s, the concept of informed consent as such, and the ethical principles that determine its application and interpretation did not receive much attention *until the last decades of the 20th century*. The working hypothesis advanced in the present paper is that disagreements about the definition of informed consent and its theoretical ingredients are determined, largely, by the radical differences in the philosophical presuppositions upon which those definitions are built. In the following pages we try to offer a proper analysis of these assumptions which gave birth to various definitions of informed consent, and also of their underlying ethical principles. Finally, we will advance a moderate solution which could overcome the existing disagreement and provide some prerequisites for a more robust and coherent theory about informed consent.

Keywords: informed consent, research ethics, human nature, free will, metaphysics.

INTRODUCERE

După cel de-al Doilea Război Mondial, odată cu indignarea provocată de dezvăluirea experimentelor realizate de medicii naziști cu subiecți umani, doctrina consimțământului informat a devenit obiectul unor dezbateri aprinse în sfera eticii medicale și eticii cercetării. Deși obligația de a obține consimțământul pacientului sau subiectului înaintea unor tratamente sau experimente cu grad de risc ridicat a fost recunoscută de instituțiile medicale și de cercetare începând din anii '50 și '60, conceptul de consimțământ informat ca atare și principiile etice care îi determină aplicarea și interpretarea în cazuri clinice nu au primit prea multă atenție până în

ultimele decenii ale secolului trecut. Astfel, în 1972, J. Katz publică *Experimentation with human beings. The Authority of the Investigator, Subject, Professions, and State in the Human Experimentation Process*¹, o lucrare monumentală dedicată unei analize minuțioase atât a istoriei conceptului de consimțământ informat, cât și a situației reale existente în mediile medicale și de cercetare cu privire la obținerea consimțământului informat din partea pacienților. Lucrarea lui Katz, deși poate fi privită ca o veritabilă reconstrucție rațională a istoriei consimțământului informat, a provocat reacții aprinse din cauza neîncrederii ferme a autorului în realitatea consimțământului informat în instituțiile medicale și de cercetare. În 1982 apare studiul istoricului M. S. Pernick, „The Patient’s Role in Medical Decisionmaking: A Social History of Informed Consent in Medical Therapy”², care se remarcă, îndeosebi, prin liberalismul interpretării sale cu privire la prezența consimțământului informat în istoria medicinei și definiția foarte generoasă pe care o dă acestuia. În sfârșit, în 1986 apare o altă lucrare de proporții, *A History and Theory of Informed Consent*³, publicată de Ruth R. Faden și Tom L. Beauchamp, în care accentul se pune, mai degrabă, pe încercarea de a oferi o definiție adecvată a consimțământului informat și o analiză sistematică a principalelor principii etice pe care se bazează.

Dar, în pofida faptului că au adus în atenția specialiștilor și a publicului larg problematica spinoasă asociată cu ideea de consimțământ informat în practica medicală și în mediul de cercetare și a importanței pe care au dobândit-o ulterior ca repere metodologice⁴, cele trei lucrări amintite mai sus nu au reușit totuși să ofere o definiție univocă a consimțământului informat și o formulare definitivă și limpede a setului de principii care stau la baza acestuia. Literatura mai recentă nu aduce multe schimbări, majoritatea lucrărilor dedicate consimțământului informat publicate în ultimii ani fiind încercări de a suplimenta, a rafina sau a reformula definițiile existente, prin analize comparative și studii de caz. Ipoteza de lucru care stă la baza prezentului studiu este aceea că dezacordul cu privire la definiția consimțământului informat și a elementelor teoretice care îl compun se datorează, în mare măsură, unor deosebiri radicale la nivelul presupuzițiilor sau angajamentelor filosofice

¹ Jay Katz, *Experimentation with human beings. The Authority of the Investigator, Subject, Professions, and State in the Human Experimentation Process*, New York, Russell Sage Foundation, 1972.

² Martin S. Pernick, „The Patient’s Role in Medical Decisionmaking: A Social History of Informed Consent in Medical Therapy”, President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Making Health Care Decisions*, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1982.

³ Ruth F. Faden, Tom L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford, Oxford University Press, 1986.

⁴ Grzegorz Mazur, de pildă, le consideră de-a dreptul paradigmatică în această privință, considerând că ele au fixat principalele jaloane metodologice de pe harta dezbaterii pe tema originii consimțământului informat. Vezi G. Mazur, *Informed Consent, Proxy Consent, and Catholic Bioethics*, Philosophy and Medicine, Springer Science+Business Media B.V. 2012, pp. 1–8.

prealabile pe fundalul cărora sunt construite definițiile respective. În cele ce urmează, ne propunem să scoatem la lumină aceste presupoziii, analizând, pe parcurs, principalele definiții oferite consimțământului informat și principiile etice adiacente. În final, vom încerca să formulăm o posibilă soluție de compromis care să atenueze dezacordul existent și să ofere premisele unei teorii mai solide și coerente cu privire la consimțământul informat.

I. CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT CA EXPRESIE A LIBERTĂȚII

Ce este consimțământul informat? Dacă acceptăm premisa formulată explicit de Faden și Beauchamp, potrivit căreia noțiunea de consimțământ informat se originează în „grija pentru protejarea și facilitarea alegerilor autonome sau auto-determinate ale pacienților și subiecților”⁵, trebuie să căutăm să definim consimțământul apelând la conceptul de „autonomie” sau, mai precis, de „acțiune autonomă”; astfel, consimțământul informat este o acțiune autonomă a unui agent (pacient/subiect) prin intermediul căreia acesta își dă acordul, în cunoștință de cauză, cu privire la aplicarea unui tratament sau a unei intervenții medicale particulare asupra sa. Această definiție succintă conține trei elemente implicite: primul, că acțiunea respectivă vizează bunăstarea pacientului sau îmbunătățirea stării de sănătate a acestuia, al doilea, că este vorba de o intervenție potențial periculoasă, care promite să ducă la ameliorarea stării pacientului, dar este însoțită, în același timp, de riscuri și, în sfârșit, că nu există o altă intervenție alternativă care să producă același efect, dar fără riscurile adiacente pentru bunăstarea pacientului. De pildă, să presupunem că este vorba de un pacient care suferă de o maladie gravă, aflată în ultima fază de dezvoltare. Medicii îi recomandă un tratament experimental, care a obținut rezultate bune în trecut, în tratarea maladiei respective, însă care, dată fiind starea pacientului, poate provoca complicații. Într-o astfel de situație, pentru aplicarea tratamentului respectiv medicii vor solicita consimțământul pacientului sau, în cazul în care acesta nu este în măsură să-și dea acordul, consimțământul familiei sau al rudelor de cel mai apropiat grad. Odată cu solicitarea acordului pentru continuarea tratamentului, pacientului i se comunică toate informațiile considerate relevante cu privire la intervenția în cauză, care sunt riscurile, care sunt beneficiile potențiale, procedura ce urmează să fie urmată etc. Într-un astfel de scenariu, este limpede că solicitarea consimțământului din partea pacientului corespunde cu o delegare a răspunderii pentru aplicarea tratamentului respectiv către acesta, în condițiile unei informări adecvate și în lipsa unei alternative fără riscuri. Iar o astfel de delegare a răspunderii se sprijină direct pe ideea de autonomie: pacientul este o persoană autonomă care are, în mod necesar, dreptul de a decide cu privire la orice

⁵ Ruth F. Faden, Tom L. Beauchamp, *op. cit.*, p. 235.

intervenții medicale care îi pot periclita starea de sănătate sau îi pot pune în pericol viața. Cu alte cuvinte, premisa fundamentală pe care se sprijină această perspectivă asupra consimțământului informat este aceea că, odată cu dobândirea calității de subiect sau pacient, individul nu-și pierde statutul de persoană căreia nu i se poate răpi dreptul de decizie asupra propriei sale vieți sau bunăstări. Decizia respectivă nu poate fi luată decât în urma unei acțiuni autonome a pacientului ca agent, prin care acesta își dă acordul cu privire la o intervenție sau acțiune însoțită de riscuri, care îl vizează direct. Deși în relația medic-pacient primul are, în mod evident, cunoștințele necesare pentru evaluarea situației și a oportunității intervenției, aceasta nu îi conferă, automat, dreptul de a acționa asupra pacientului, în virtutea dreptului acestuia la libertatea de a decide pentru sine.

Fără îndoială că realismul acestei viziuni poate fi privit cu scepticism, pornind de la convingerea că, în practică, medicul își tratează pacientul, de cele mai multe ori, nu ca pe un subiect autonom, ci ca pe o „mașină” care trebuie reparată sau repusă în funcțiune sau, în cel mai bun caz, ca pe un individ lipsit de discernământ, care nu știe ce este cel mai bine pentru el. Jay Katz, de pildă, este foarte drastic în analiza sa cu privire la preeminența deciziei medicului în ceea ce privește intervențiile asupra pacientului, considerând că manipularea deciziei și nu informarea adecvată în vederea unei decizii autonome este, cel mai adesea, situația pe care o întâlnim în practica medicală: „istoria relației medic-pacient din vechime și până astăzi... stă mărturie pentru lipsa de interes a medicilor față de drepturile și nevoile pacienților de a lua propriile lor decizii. Istoria ne oferă foarte puține dovezi în favoarea atenției acordate informării adecvate și consimțământului, poate doar într-o manieră negativă, adică prin accentul asupra incapacității pacienților de a înțelege misterele medicinei și, prin urmare, de a împărți povara deciziei cu medicii lor.”⁶ Dar astfel de îndoieli cu privire la realitatea consimțământului informat în practica medicală nu sunt suficiente pentru a considera drept utopică definiția pe care o analizăm și, implicit, pentru a anula legitimitatea unei astfel de analize. Chiar dacă acceptăm că scepticismul lui Katz este justificat și că, în practică, medicii nu respectă principiul autonomiei și dreptul pacientului de a decide cu privire la propria persoană, de aici nu decurge că aceasta ar fi o atitudine imposibil de urmat și, prin urmare, că o astfel de cerință ar fi lipsită de întemeiere. La urma urmei, la un nivel mai general, imoralitatea comportamentului indivizilor, chiar dacă este prezentă pe scară largă, nu anulează legitimitatea regulilor morale pe care aceștia ar trebui să le respecte. Ba chiar dimpotrivă, cu cât indivizii se comportă mai imoral, cu atât mai mult se impune nevoia de a reflecta asupra regulilor pe care le încalcă și măsurilor care se cer luate pentru a reduce incidența imoralității.

Revenind la principiul autonomiei ca temei al consimțământului informat, merită observat că acesta este văzut, uneori, ca fiind opus principiului binefacerii în

⁶ Jay Katz, *The Silent World of Doctor and Patient*, Baltimore, John Hopkins University Press, 2002, p. 28.

cea ce privește relația medic–pacient. De pildă, pentru Faden și Beauchamp, cele două principii constituie temelia a două tipuri distincte de interacțiuni între medic și pacient, care străbat întreaga istorie a medicinei și care se află într-o relație permanent tensionată, dacă nu chiar de opoziție. În modelul întemeiat pe principiul binefacerii, model care se poate regăsi încă în jurământul lui Hipocrate, medicul poartă întreaga răspundere pentru intervențiile asupra pacientului. Bunăstarea pacientului prevalează în fața libertății de decizie a acestuia, ceea ce îi conferă medicului dreptul de a încălca, dacă este cazul, alegerile pacientului. Chiar dacă pacientul este informat cu privire la tratamentul care urmează să fie aplicat, medicul este cel care decide, în baza principiului binefacerii (și a expertizei sale presupuse în mod necesar), care este cea mai bună cale de urmat. În modelul bazat pe principiul autonomiei, care se cristalizează, potrivit lui Faden și Beauchamp, odată cu epoca modernă, pacientul este, așa cum am văzut, singurul agent responsabil care poate decide cursul acțiunii. Medicul nu este un factor de decizie autonom, ci el este cel care execută sau duce la îndeplinire decizia pacientului, acționând ca un soi de delegat expert într-un cadru stabilit de persoana autonomă pe care o tratează conform competențelor sale specifice. Astfel, principiul autonomiei stabilește că „persoanele ar trebui să fie libere să aleagă și să acționeze fără controlul unor constrângeri impuse de alții”⁷.

Chiar dacă această presupusă tensiune între cele două principii este oarecum intuitivă și ne putem imagina cu ușurință scenarii în care cele două principii dau naștere unor atitudini diferite ale medicului față de pacient, de aici nu decurge că suntem constrânși să o acceptăm. De fapt, mulți autori critică această opoziție între cele două principii pe care Faden și Beauchamp o consideră esențială pentru reconstrucția rațională a istoriei medicinei, argumentând că cele două principii pot să colaboreze armonios în baza unei presupoziii mai adânci care să le determine pe amândouă. Mai precis, cele două principii pot să fie, *de facto*, în opoziție, însă nu sunt într-o opoziție *de jure*. Mazur, de pildă, susține că, deși în diferite etape ale practicii medicale cele două principii pot să fie succesive în privința prevalenței lor, în sensul că uneori este mai important unul, alteori celălalt, de aici nu decurge că ele sunt în mod necesar în opoziție. Mai mult chiar, „în funcție de profilul moral al medicului și pacientului, ele pot fi folosite astfel încât să se completeze unul pe celălalt”⁸. Deși această posibilă colaborare a celor două principii în baza „profilului moral” al medicului și pacientului este oarecum ambiguă⁹, ea evidențiază totuși

⁷ Ruth F. Faden, Tom L. Beauchamp, *op. cit.*, 1986, p. 8.

⁸ Grzegorz Mazur, *op. cit.*, p. 6.

⁹ Pentru a nu face o nedreptate perspectivei lui Mazur, trebuie să precizăm că această ambiguitate este doar locală, adică este prezentă doar în contextul discuției pe marginea teoriei formulate de Faden și Beauchamp. Mazur explică, în capitolele următoare ale cărții sale, la ce se referă atunci când vorbește de profilul moral al medicului și pacientului, profil care poate determina conlucrarea armonioasă a celor două principii, însă despre această temă vom discuta pe larg în ultima parte a studiului de față.

posibilitatea ca, cel puțin în unele cazuri, expertiza medicului să nu intre în conflict cu alegerile pacientului și, în consecință, nu putem susține că cele două principii dau naștere unor modele opuse ale relației medic–pacient.

Dar, chiar dacă acceptăm posibilitatea unei colaborări armonioase a celor două principii în practica medicală, rămâne totuși valabilă observația lui Faden și Beauchamp că principiul autonomiei începe să capete importanță abia odată cu epoca modernă, mai precis odată cu recunoașterea autonomiei și libertății individuale ca drepturi inalienabile ale persoanelor, în orice context (sau situație terapeutică) s-ar afla acestea. Iar de aici decurge că, deși pot colabora, cele două principii pot, la fel de bine, să fie în opoziție, în funcție de presupozii metafizice mai adânci decât profilul moral la care face referire Mazur.

II. CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT CA EXPRESIE A MORALITĂȚII

În pofida faptului că participarea principiului autonomiei la întemeierea consimțământului informat este larg acceptată, preeminența principiului, atât în plan teoretic, cât și în practica medicală, nu este considerată, adeseori, o consecință firească și necesară, așa cum ar putea părea la prima vedere. Mai mult decât atât, se poate evidenția relativ ușor insuficiența principiului autonomiei pentru întemeierea morală a consimțământului informat, argumentând că respectul necondiționat pentru autonomia pacientului ca persoană poate duce la un rezultat imoral. De pildă, dacă pacientul refuză intervenția propusă de medic, iar acesta acceptă decizia pacientului în baza respectului pentru autonomia persoanei și dreptul acesteia de a decide, se poate ajunge la punerea în pericol a bunăstării sau chiar a vieții pacientului. Într-un astfel de scenariu, ne putem întreba dacă respectul pentru autonomia persoanei este o acțiune morală și dacă nu cumva trebuie suplimentat cu reguli adiacente care să ne permită să evităm, pe cât posibil, riscurile pentru sănătatea și/sau viața pacientului. Cu alte cuvinte, tratarea principiului autonomiei ca un temei suficient și necondiționat pentru moralitatea consimțământului informat poate duce la transformarea relației dintre pacient și medic într-o relație tranzacțională, de tip client–expert, limitată exclusiv la oferirea de servicii (medicale) și acceptarea sau respingerea acestora. Iar o astfel de relație aparent obiectivă¹⁰ poate periclita bunăstarea sau chiar viața pacientului, ceea ce îndreaptă către concluzia că respectarea necondiționată a principiului autonomiei, care determină obiectivitatea acestei relații, este imorală.

O primă cale de a răspunde la această obiecție ar fi aceea de a susține că principiul autonomiei trebuie să fie dublat, în practică, de principiul binefacerii,

¹⁰ Spunem „aparent” pentru că, în esență, orice tranzacție de tip client–expert este însoțită întotdeauna de subiectivitatea persoanelor angajate în tranzacție, subiectivitate pe care se sprijină, de cele mai multe ori, deciziile pe care le vor lua.

care să-i permită medicului să decidă în favoarea unei intervenții în pofida alegerii pacientului, atunci când există riscuri majore pentru bunăstarea și viața acestuia. Mai precis, respectul pentru principiul autonomiei ar trebui să fie condiționat de calitatea alegerii pacientului și coroborarea acesteia cu expertiza medicului. Atunci când pacientul decide, în virtutea principiului autonomiei și pe baza informațiilor relevante oferite de medic, împotriva unei intervenții benefice pentru sănătatea și bunăstarea sa, medicul este îndreptățit să acționeze, totuși, în virtutea principiului binefacerii, pentru a proteja viața și bunăstarea pacientului. Moralitatea intervenției în pofida alegerii pacientului și încălcarea principiului autonomiei ar fi întemeiată, într-o astfel de situație, de respectul necondiționat față de binele pacientului, adică de principiul binefacerii. În plus, pentru a da mai multă legitimitate preeminenței principiului binefacerii, s-ar putea argumenta că, în context terapeutic, unele dintre drepturile persoanei ar trebui văzute ca fiind limitate de statutul de pacient pe care-l dobândește automat, drepturile respective fiind preluate de medic în calitatea sa de expert. Cu alte cuvinte, în momentul dobândirii statutului de pacient, individul recunoaște, printr-un acord tacit, neputința sa de a-și conserva bunăstarea și viața prin propriile mijloace, cedând dreptul de a decide asupra propriei bunăstări și asupra propriei vieți în favoarea terapeutului.

Lăsând deoparte caracterul utopic dat de presupuziția tacită a moralității necondiționate a medicului, o astfel de strategie nu ne ajută să eliminăm obiecția amintită anterior, ci doar să o reformulăm sau să o transferăm asupra celuilalt membru al relației pacient–medic. Dacă respectul necondiționat față de autonomia pacientului poate să ducă la periclitarea bunăstării și chiar a vieții acestuia și, prin urmare, poate avea consecințe imorale, același lucru se poate spune, în oglindă, și despre respectul necondiționat față de bunăstarea pacientului, adică față de principiul binefacerii. Să presupunem, de dragul discuției, că terapeutul este un agent moral ideal, care are permanent în minte jurământul hipocratic și toate acțiunile sale sunt determinate de intenția de a urmări sistematic binele pacientului. Dar, chiar dacă în context terapeutic este un agent moral ideal, medicul este, totuși, un agent cognitiv failibil, ca orice ființă umană, care se poate înșela în evaluarea situației pacientului și, în consecință, în recomandările pe care le face. Ceea ce înseamnă că, la limită, în pofida intenției de a face binele, el poate să facă un rău, adică poate periclita bunăstarea pacientului. Iar dacă rezultatul în ceea ce privește bunăstarea pacientului este, *ex hyphotesi*, singurul care contează, atunci faptul că ar fi un rău neintenționat nu ar schimba cu nimic situația. Pentru că se poate susține, la fel de bine, că și intențiile pacientului care refuză o anumită intervenție recomandată de medic sunt în egală măsură bune. Sunt bune din perspectiva pacientului tot așa cum, în celălalt caz, intențiile sunt bune din perspectiva terapeutului. În plus, renunțarea la autonomie și la dreptul de a decide pentru propria bunăstare odată cu dobândirea statutului de pacient ar fi extrem de greu, dacă nu chiar imposibil de întemeiat într-o societate bazată pe drepturi și libertăți individuale inalienabile. La

urma urmei, o astfel de legitimare a pierderii unui drept fundamental în vederea atingerii unui presupus bine mai mare stă la baza tuturor societăților totalitare, indiferent de nuanța lor politică sau de ideologiile pe care se sprijină.

O altă strategie de a răspunde la obiecția că respectarea necondiționată a principiului autonomiei poate duce la periclitatea bunăstării pacientului este aceea de a reinterpretă sau redefini tipul de relație care există între medic și pacient. Mazur, de pildă, pledează cu mult patos în favoarea superiorității poziției Bisericii Catolice în problema consimțământului informat, argumentând că, spre deosebire de doctrinele laice, catolicismul este mult mai nuanțat, punând un accent aparte pe necesitatea unei relații de parteneriat între medic și pacient. În acest sens, el invocă o serie de documente importante emise de instituția papală, în care se conturează o viziune foarte generoasă cu privire la tipul de fundamente pe care se sprijină sau ar trebui să se sprijine protocolul de obținere a consimțământului informat. De exemplu, în *Charter for Healthcare Workers*¹¹, în secțiunea dedicată consimțământului informat, relația dintre medic și pacient este descrisă ca fiind una de colaborare egală, în care subiectivitatea celor doi participanți joacă un rol important, mai degrabă decât una de tip client-expert, în care cerința obiectivității capătă un accent preponderent. O relație în care cei doi, pacientul și medicul, alcătuiesc o echipă și negociază în vederea atingerii unui scop comun, și anume binele pacientului. Aceeași idee este explicitată și în *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, unde relația dintre pacient și medic este descrisă drept „o parte importantă a temeliei pe care se sprijină diagnosticul și îngrijirea medicală”¹² și este scos în evidență caracterul personal al acestei relații: „învățăturile morale ale Bisericii cu privire la îngrijirea medicală susțin o relație cu adevărat interpersonală între pacient și medic”¹³. În plus, în calitate de parteneri egali, medicul și pacientul au responsabilități egale, deși distincte în privința conținutului, pentru conservarea vieții și bunăstarea persoanei: „persoana care are nevoie de îngrijire medicală depinde de priceperea celui care oferă îngrijirea medicală pentru asistență în privința conservării vieții și promovării sănătății corpului, minții și spiritului. Pacientul, la rândul său, are responsabilitatea de a pune aceste resurse fizice și mentale, pe măsura abilităților sale, în slujba țelurilor morale și spirituale.”¹⁴

Pentru Mazur, acest caracter personal al relației dintre pacient și medic arată că procesul prin intermediul căruia se obține consimțământul informat este un proces de dezvoltare personală autentică, în care miza sau scopul principal nu este

¹¹ Pontifical Council for Pastoral Assistance to Health Care Workers, *Charter for Health Care Workers*, <http://www.ewtn.com/library/curia/pcpaheal.htm> (secțiunea II, paragrafele 72–74).

¹² *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, United States Conference of Catholic Bishops, <http://www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/health-care/upload/Ethical-Religious-Directives-Catholic-Health-Care-Services-fifth-edition-2009.pdf> (ed. V, 2009, p. 18).

¹³ *Ibidem*, p. 19.

¹⁴ *Ibidem*, pp. 18–19.

atât informarea adecvată a pacientului și obținerea acordului său cu privire la intervenția medicală, cât formarea conștiinței. De altfel, în viziunea sa, acesta este elementul principal care conferă superioritate doctrinei catolice cu privire la consimțământul informat în raport cu doctrinele laice. Deși nu explică în ce constă, mai precis, acest proces de formare a conștiinței, Mazur semnalează prompt că este un element care lipsește din principalele documente laice referitoare la drepturile omului care abordează tema consimțământului informat, de vreme ce niciunul dintre aceste documente nu recunoaște „nevoia de formare a conștiinței”¹⁵. În pofida vaguității cu care autorul tratează această temă a formării conștiinței, nu putem înțelege de aici că ar fi vorba de o veritabilă formare a conștiinței morale, ci mai degrabă de o adâncire sau dezvoltare a acesteia în relație cu situația cu care se confruntă cele două persoane în calitatea lor de medic și pacient. Cu alte cuvinte, că pe parcursul dialogului care se desfășoară între cei doi în vederea obținerii consimțământului informat, are loc o conștientizare sau recapitulare a obligațiilor pe care medicul și pacientul le au, în egală măsură, față de viața și bunăstarea persoanei care are nevoie de îngrijire medicală, proces care conduce la o decizie în acord cu aceste obligații. Mazur pare să sugereze că tocmai această răspundere egală în relație cu o lege morală care îi privește pe ambii participanți la dialog ar oferi asigurarea că rezultatul deliberării va fi, automat, unul pozitiv sau moralmente bun. Mai precis, că din această perspectivă putem evita consecințele indezirabile pe care am văzut că le-ar putea produce respectul necondiționat față de principiul autonomiei sau, în mod simetric, față de principiul binefacerii. Dată fiind obligația de a respecta și a conserva viața oricărei ființe umane, obligație care îi vizează pe medic și pacient în egală măsură, s-ar putea spune că răspunderea față de decizia luată și, implicit, față de rezultatul intervenției medicale se transferă de la cele două persoane, medicul și pacientul, la legea morală în cauză. Mai simplu spus, respectul necondiționat față de viața oricărei ființe umane îi transformă, atât pe medic, cât și pe pacient, din agenți ai deciziei/acțiunii în intermediari ai deciziei/acțiunii.

Aceeași interpretare a relației dintre pacient și medic ca o relație de dialog și parteneriat determinată de obligația comună de a conserva și proteja viața oricărei ființe umane se regăsește și la alți autori, cu accente diferite. Paul Ramsey, de pildă, de pe o poziție mai pronunțat creștină, descrie consimțământul informat drept o „experiență comună a medicului și pacientului”¹⁶, care îi angajează pe amândoi într-un adevărat proces de explicitare sau, mai precis, de aplicare a poruncilor biblice în context medical. Cu alte cuvinte, obligația generală comună a medicului și pacientului de a respecta viața oricărei ființe umane în virtutea sacralității ei, obligație consacrată de cuvântul Bibliei, se particularizează, în cazul

¹⁵ Grzegorz Mazur, *op. cit.*, p. 54.

¹⁶ Paul Ramsey, *The Patient as Person: Explorations in Medical Ethics*, New Haven, Yale University Press, 2002, p. 11.

consimțământului informat, prin respectul necondiționat față de viața și bunăstarea pacientului. Deși Ramsey, spre deosebire de Mazur, consideră că fundamentul absolut al respectului față de viața oricărei ființe umane este pur și simplu Biblia, și nu doctrina Bisericii Catolice, rezultatul este același. Pentru că, de aici decurge, iarăși, că atât medicul cât și pacientul trebuie să respecte o poruncă morală situată dincolo de principiul autonomiei și principiul binefacerii (care îi obligă diferențiat și individual), devenind, astfel, executanți sau intermediari egali ai poruncii divine.

O altă viziune care pledează în favoarea întemeierii consimțământului informat pe un fundament care să oblige moral medicul și pacientul în mod egal și nediferențiat se găsește la Edmund Pellegrino și David Thomasma. Într-un registru filosofic mai nuanțat, cei doi autori susțin că practica medicală, în general, și consimțământul informat, în particular, ar trebui să fie întemeiate pe o serie de virtuți fundamentale care să asigure moralitatea comportamentului și acțiunilor medicului și pacientului. De pildă, în *The Virtues in Medical Practice*¹⁷, Pellegrino și Thomasma susțin că prudența sau chibzuința constituie o virtute fundamentală în medicină în genere – dat fiind că obiectivul fundamental urmărit este bunăstarea și conservarea vieții ființelor umane – prin aceea că ne permite să luăm cele mai bune decizii morale în funcție de situația particulară cu care ne confruntăm. Cele mai bune decizii morale înseamnă aici, firește, cele care pot contribui, în cea mai mare măsură, la bunăstarea și conservarea vieții pacientului. În măsura în care atât medicul cât și pacientul sunt educați în spiritul acestor virtuți fundamentale sau le respectă necondiționat, rezultatul procesului de deliberare prin care se urmărește obținerea consimțământului informat nu poate să fie, sugerează autorii, decât unul moralmente asigurat.

Cu alte cuvinte, ca și Mazur și Ramsey, Pellegrino și Thomasma consideră că un fundament mai adânc decât principiul autonomiei, un fundament care să oblige, în egală măsură și nediferențiat, medicul și pacientul la respectarea vieții și conservarea acesteia, ar conferi consimțământului informat o întemeiere cu adevărat universală și asigurată din punct de vedere moral.

III. O DILEMĂ MORALĂ ȘI TEMEIURILE SALE METAFIZICE

Cele două perspective asupra consimțământului informat schițate mai sus par să fie ireconciliabile, atât prin fundamentele pe care sprijină procesul de obținere a consimțământului, cât și prin concluziile la care ajung cu privire la normele care ar trebui să-l ghideze. Pe de o parte, prima viziune susține, așa cum am văzut, că principiul autonomiei ar trebui să fie determinant în protocolul de obținere a consimțământului din partea pacientului, acesta din urmă fiind singurul factor de

¹⁷ Edmund Pellegrino, David C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, New York, Oxford University Press, 1993, p. 84.

decizie autentic, iar medicul doar un facilitator al deciziei prin informațiile adecvate pe care i le oferă pacientului. Din această perspectivă, consimțământul informat este descris ca o aplicație, în context medical, a respectului față de libertatea individuală: individul este singurul care poate să decidă cu privire la propria sa viață și bunăstare. Fiind un drept fundamental și inalienabil, acesta trebuie să-i fie respectat chiar și atunci când bunăstarea sa depinde de acțiunile altora, așa cum se întâmplă în situația în care are nevoie de îngrijire medicală. Pe scurt, în baza acestui principiu fundamental care consfințește dreptul persoanei la decizii autonome și liber alese, consimțământul informat este văzut ca o expresie a libertății individuale.

Pe de altă parte, replica principală la această viziune asupra practicii medicale susține că principiul autonomiei este insuficient din punct de vedere al forței sale de întemeiere morală, fiind necesară o revizuire a relației medic-pacient din perspectiva unui principiu mai adânc, și anume principiul respectului necondiționat față de viața oricărei persoane umane. Chiar dacă nu respinge explicit necesitatea respectării autonomiei pacientului și dreptului său de a decide¹⁸, această viziune susține că pacientul este, totuși, obligat să-și respecte necondiționat propria viață și bunăstare, ceea ce echivalează cu o trecere în plan secundar a principiului autonomiei. Se înlocuiește, astfel, relația asimetrică dintre pacient și medic care, din perspectiva principiului autonomiei, ar fi una obiectivă, de tip client-expert, cu o relație simetrică, ambii participanți la procesul de luare a deciziei fiind, în egală măsură, obligați de același principiu moral, în speță principiul care cere respectul necondiționat față de viața oricărei ființe umane.

La o evaluare superficială, am putea să spunem că dezacordul între cele două viziuni se datorează unei preferințe *a priori* pentru valori distincte (libertate *versus* bunăstare) care, în practică, s-ar implementa diferit, dând naștere unor norme, reguli și proceduri divergente, ce vor reflecta diferențiat valorile respective. În cazul primei perspective, respectul față de bunăstarea oricărei ființe umane ar fi condiționat de respectul față de autonomia persoanei, în vreme ce în cea de-a doua ar fi exact invers, respectul față de autonomia pacientului ar fi secundar în raport cu respectul față de bunăstarea sa ca ființă umană. Dar o astfel de evaluare, pe lângă faptul că ar fi mult prea facilă, ar lăsa deschisă o întrebare firească și extrem de importantă în acest context: ce determină o asemenea preferință pentru valori distincte? Cu atât mai mult cu cât ea se manifestă nu doar la nivelul fundamentelor, ci și la acela al procedurilor și regulilor care ghidează moralitatea actului de obținere a consimțământului din partea pacientului. De exemplu, în cadrul primei viziuni, persuasiunea pe baza argumentelor și apelul la rațiune sunt considerate tehnici legitime la care medicul poate apela pentru a convinge pacientul de

¹⁸ Ceea ce s-ar putea obține, de altminteri, prin simpla promulgare a principiului binefacerii ca necesar și suficient pentru practica medicală în genere, caz în care medicul ar fi obligat să acționeze, în funcție de situație, întotdeauna și necondiționat pentru bunăstarea pacientului, indiferent de alegerile sau decizia acestuia.

necesitatea unei anumite intervenții medicale. Persuasiunea, spre deosebire de coerciție, nu aduce nicio atingere respectului față de autonomie, dat fiind că „în cazul *persuasiunii* o persoană trebuie să ajungă să creadă în ceva prin intermediul meritului pe care-l au temeiurile oferite de o altă persoană”¹⁹, ceea ce înseamnă că medicul poate *pleda* în favoarea unei anumite intervenții pe baza presupuziției că pacientul este o persoană rațională care va alege calea cea mai bună în lumina argumentelor.

În schimb, din perspectiva viziunii care se dezvoltă pornind de la respectul pentru bunăstarea și viața pacientului, în cadrul procesului de consiliere în vederea informării și obținerii consimțământului, apelul la rațiune este înlocuit de un apel la moralitate sau, altfel spus, la valorile comune pe care atât medicul, cât și pacientul ar trebui să le respecte necondiționat. Acest aspect devine foarte pregnant în analiza oferită de Mazur care, vorbind despre formarea conștiinței ca scop principal al dialogului dintre pacient și medic, critică foarte aspru documentele referitoare la drepturile omului și, în egală măsură, perspectiva laică asupra consimțământului informat tocmai pe temeiul că acestea trec cu vederea importanța consilierii morale. De pildă, vorbind despre documentele referitoare la drepturile omului care abordează tema consimțământului informat, Mazur observă că „nici unul dintre aceste documente nu folosește vreodată cuvântul «conștiință», cu excepția Declarației de la Helsinki [...] Totuși Declarația nu se referă nici o clipă la conștiința pacientului, ceea ce reprezintă un neajuns substanțial.”²⁰ Iar mai târziu, în contextul unei discuții despre teoria lui Beauchamp și Childress, conchide că, „deși autorii noștri acceptă consilierea în procesul de obținere a consimțământului informat, ei o înțeleg într-o manieră îngustă și nu tratează satisfăcător tema conștiinței sau a formării acesteia”²¹.

În lumina acestor considerații, putem introduce următoarea ipoteză explicativă: răspunsul la întrebarea menționată mai devreme depinde de explicitarea sau evidențierea presupuzițiilor metafizice pe care se sprijină cele două perspective asupra consimțământului informat. Preferința pentru valori radical distincte care, așa cum am văzut, străbate de la un cap la altul cele două viziuni, nu este o chestiune de alegere liberă sau, mai bine spus, nu este chiar o preferință, așa cum am numit-o noi. Este vorba, mai degrabă, de o consecință firească ce decurge tacit din asumarea unor viziuni diferite asupra lumii și, în particular, asupra ființei umane și naturii acesteia. În primul caz, respectul pentru autonomia pacientului și întemeierea doctrinei consimțământului informat pe principiul autonomiei rezultă, în mod natural, am putea adăuga, dintr-o viziune laică asupra omului, în care libertatea individuală, inclusiv libertatea de a alege ce să creadă despre sine și

¹⁹ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press, 2001, p. 94.

²⁰ Grzegorz Mazur, *op. cit.*, p. 54.

²¹ *Ibidem*, p. 71.

natura sa se constituie într-un drept primordial și inalienabil. Pe baza acestui drept, individul este singurul în măsură să aleagă ce cale să urmeze pentru menținerea bunăstării sale și, în contextul particular al îngrijirii medicale, ce intervenție medicală să accepte sau să respingă. Într-o formulare mai directă, persoana este singura care are dreptul și libertatea de a decide asupra propriei sale vieți. În mod simetric, în cel de-al doilea caz, respectul pentru viața și bunăstarea pacientului și întemeierea consimțământului informat pe acest principiu decurg, la fel de firesc, dintr-o viziune pronunțat religioasă asupra lumii, pentru care viața este un dar oferit omului de ființa divină, iar respectul necondiționat față de propria viața este, în consecință, o obligație fundamentală a individului față de divinitate. Tocmai de aceea, în contextul particular al relației medic–pacient și al procesului de obținere a consimțământului informat, pacientul este obligat să condiționeze libertatea sa de alegere de obligația de a-și respecta propria viață, obligație care decurge din viziunea religioasă asupra lumii pe fundalul căreia se situează. Iar faptul că această obligație este valabilă, în egală măsură, și pentru medic duce la instalarea unei simetrii de participare în relația pe care o are cu pacientul și la acea colaborare subiectivă sau formare a conștiinței morale pe care o menționează Mazur.

Din această ipoteză explicativă, potrivit căreia valorile și, implicit, principiile distincte pe care este întemeiat consimțământul informat în cele două perspective se originează în viziuni metafizice diferite, decurg cel puțin două consecințe importante, una teoretică, iar cealaltă cu un caracter mai degrabă practic.

Prima consecință care rezultă este aceea că cele două perspective asupra consimțământului informat sunt ireconciliabile și, poate mai important, incommensurabile. De vreme ce ele se dezvoltă pornind de la presupuziții metafizice diferite, încercările de a le acomoda reciproc sau, așa cum am văzut, de a le critica sau a semnală punctele slabe pe care le au una în raport cu cealaltă sunt sortite eșecului. Odată ce explicităm presupuzițiile metafizice pe care se sprijină cele două viziuni, astfel de încercări polemice devin redundante, se transformă în simple exerciții de retorică. Motivul este ușor de sesizat: de pe fundalul metafizic oferit de o viziune laică asupra lumii, în care libertatea este bunul și dreptul cel mai de preț al indivizilor, autonomia conștiinței care derivă de aici este, în mod firesc, o valoare nenegociabilă, ca să nu spunem absolută; și invers, de pe fundalul metafizic oferit de o viziune religioasă, în care natura divină a ființei umane este considerată trăsătura sa esențială și definitorie, respectul față de viața oricărei ființe umane devine o poruncă decisivă și imposibil de negociat. În primul caz, necesitatea formării conștiinței individuale prin intermediul unui dialog între pacient și medic pare, desigur, un demers nejustificat și chiar extravagant. Pentru că, dintr-o asemenea viziune asupra lumii și, implicit, asupra persoanei și trăsăturilor sale definitive, decurge că ceea ce înțelegem prin conștiință este o chestiune privată, rezervată strict pentru analiza introspectivă autonomă a individului. În cel de-al

doilea caz, dacă ne situăm pe fundalul oferit de o viziune religioasă asupra lumii, va deveni, într-adevăr, revoltătoare²² lipsa unui astfel de proces de consiliere morală din protocolul obținerii consimțământului informat, un proces în cursul căruia cei doi participanți, medicul și pacientul, pot să ajungă la o conștientizare deplină a obligațiilor care le revin în raport cu porunca divină.

Cea de-a doua consecință privește practica medicală ca atare, mai precis, confuziile și capcanele morale care pot afecta procesul de obținere a consimțământului informat dacă nu ținem seama de trăsăturile ireconciliabile ale celor două modele teoretice. Așa cum am văzut, cele două doctrine discutate presupun necesitatea stabilirii unui dialog autentic între medic și pacient, ca singura cale de informare adecvată și, în consecință, de dobândire a consimțământului pentru un tratament sau o intervenție medicală specifică. La prima vedere, această trăsătură comună pare să fie una neutră sau invariantă în raport cu modelele teoretice discutate anterior, în sensul că, oricare ar fi teoria cu privire la consimțământul informat asumată, în practică obținerea acestuia va presupune, în mod firesc, inițierea unui proces de comunicare, a unui dialog între medic și pacient, al cărui conținut depinde doar de factori specifici contextului în care se află pacientul și, implicit, medicul. Dar, la o analiză mai atentă, se poate observa că tipul discuției și direcția în care va înainta dialogul respectiv vor depinde, la rândul lor, de presupuzițiile metafizice ale doctrinei cu privire la consimțământul informat asumată de participanții la dialog. Mai precis, medicul se poate angaja într-un proces de persuasiune rațională sau de consiliere morală în relația sa cu pacientul, în funcție de viziunea pe care o împărtășește cu privire la consimțământul informat, iar pacientul, la rândul său, va reacționa, în mod firesc, în acord cu propria sa viziune. E ușor să ne imaginăm că de aici pot lua naștere confuzii și dezacorduri care pot afecta serios relația dintre medic și pacient, indiferent că o privim ca pe o relație obiectivă, de tip client–expert, sau ca pe una subiectivă, de parteneriat egal. În ultimă instanță, un astfel de dialog care ignoră nevoia explicitării presupuzițiilor metafizice asumate de cei doi participanți riscă să conducă fie la imposibilitatea obținerii consimțământului, fie la impunerea unei ideologii morale particulare sub vâlul unei moralități universale. În oricare dintre aceste situații ar fi viciată grav moralitatea întregului proces de obținere a consimțământului și, după caz, autonomia sau bunăstarea pacientului.

Soluția la care putem apela pentru a ieși din acest impas teoretic și practic decurge, oarecum firesc, din chiar natura dilemei în discuție, fiind conținută deja, *in nuce*, în doctrinele analizate. Dacă moralitatea procesului de obținere a consimțământului informat depinde, așa cum am văzut, de viziunile asupra lumii pe care le au cei doi membri ai relației pacient–medic, rezultă că, înainte de

²² Așa cum pare să fie, uneori, pentru Mazur, de pildă, care subliniază apăsător această „lipsă” din teoriile laice asupra consimțământului informat, în pofida meritelor pe care consideră că le au.

informarea propriu-zisă a pacientului cu privire la intervenția medicală în discuție, se impune, în mod necesar, o etapă de consiliere prealabilă pentru explicitarea presupuzițiilor sau viziunii metafizice pe care o întrețin cei doi. Abia în urma unui astfel de proces de autentică consiliere filosofică se poate lămuri direcția sau tipul de dialog care se va instala ulterior între pacient și medic în vederea informării și obținerii consimțământului. Și, în consecință, se poate asigura moralitatea consimțământului obținut la capătul acestuia.

La prima vedere, o astfel de propunere poate părea atât extravagantă, cât și excesivă, o soluție care ar încălca practica medicală și de cercetare cu o etapă suplimentară, amânând decizia și, drept urmare, intervenția sau acțiunea pentru care se impune obținerea consimțământului. Deși spațiul nu ne permite să răspundem pe larg acestei obiecții, merită observat, totuși, că ea poate fi înlăturată cu ușurință dacă ținem seama de miza procesului de obținere a consimțământului informat. Atunci când în joc este viața și bunăstarea unei ființe umane (aici intrând, în mod firesc, și dreptul acesteia de a avea convingeri fundamentale despre lume și despre sine), nicio măsură nu poate fi extravagantă și/sau excesivă dacă avem suficient timp pentru a o aplica. A susține punctul de vedere opus ar echivala, în mod implicit, cu o desconsiderare a mizei în cauză și a importanței procesului de obținere a consimțământului informat ca atare. Or, e limpede că o astfel de poziție ar fi dificil de susținut pe temeuri morale și, în consecință, inacceptabilă în contextul temei abordate în studiul de față.