

PROBLEMAS DE APLICABILIDAD DEL PRINCIPIO DE BIOÉTICO DE AUTONOMÍA (1era. parte)

Applicability difficulties of the bioethical
principle of autonomy (I)

47 / SP

Oscar L. Thüer*

*Doctor en Medicina.
Magister en Ética Aplicada.
Dpto. de Artes y
Humanidades, Universidad
Nacional de Lanus, Bs As
Fundación ICALE,
Río Cuarto.

El objeto hacia el cual todo ser humano debe incesantemente dirigir sus esfuerzos, y sobre el que deben mantener fija su mirada...es la individualidad del poder y desenvolvimiento...para esto se necesitan dos tipos de requisitos: libertad y variedad de situaciones..

Wilhelm von Humboldt, *La Esfera y los Deberes del Gobierno*, s/f, págs 11-13

I. Introducción

El desarrollo de la bioética como vertiente de la ética aplicada (ética normativa) que se aboca de manera sistematizada al estudio de los problemas éticos de la investigación y práctica médica, se remonta a mediados del siglo XX. Existen, sin duda, documentos anteriores que mencionan algunos aspectos éticos de la praxis y la investigación biomédica. Ya Hipócrates hacía alusión a lo que hoy llamamos principio de no maleficencia y principio de beneficencia. Locke, por su parte, destaca entre otros derechos fundamentales, el derecho a la salud (que hoy estaría representado por el principio de justicia) (Locke, 1995, pág.37). Sin embargo, el principio de autonomía, como dice Cortina, aparece mucho más tardíamente tanto en la conciencia médica como en la conciencia de los pacientes (Cortina, 1993, pág. 226).

Podría considerarse el código de Nürenberg como el primer documento que destaca la libertad de decisión de los afectados

por actos médicos, especialmente relacionados con la investigación en seres humanos. Se trata de un breve escrito de 10 artículos de menos de 2 páginas que dice en su artículo primero: 1. "El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial" (The Nüremberg Code, pág. 7, en *Ética en la investigación clínica*, sin fecha de edición). La Declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores modificaciones y enmiendas hasta el año 2000, procura maximizar la seguridad de los participantes en protocolos de investigación a la vez que insiste una y otra vez sobre la responsabilidad que le cabe al investigador para salvaguardar la integridad de los probandos (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, págs 11-14 en *Ética en la investigación clínica*, sin fecha de edición).

El Informe Belmont de 1978 constituye el primer documento en donde, de manera general y a modo de lineamientos de orientación, se establecen los principios de autonomía, de beneficencia y de justicia (The Belmont Report, 1978). Al respecto, Adela Cortina hace una interpretación de porqué el principio de autonomía aparece en primer término, aspecto que será analizado en párrafos posteriores (Cortina, A., 1993, pág. 226).

Basados en el Informe Belmont, numerosos autores de distintos centros de investigación bioética formularon posteriormente diversas teorías bioéticas. Todas ellas contienen tres (H. Tristram Engeldardt, 1994) o cuatro principios fundamentales (Beauchamp y Childress, 1994). Algunas de estas teorías establecen jerarquías entre los principios (Teoría de los Niveles de Diego Gracia, 1999, Teoría de Andorno, 1998), otras ubican a todos los principios en un mismo plano aplicando el de mayor peso en determinada situación concreta (Teoría de Beauhamp y Childress, 1994).

En las democracias de Occidente, el principio de autonomía ha ganado terreno tanto en la comunidad médica como en el público informado. Sin embargo, no son pocos, tanto desde el ámbito médico y filosófico como del de los pacientes y población en general, los que han cuestionado este principio; los médicos consideran que el principio de beneficencia bien entendido y bien aplicado, permite al médico actuar correctamente sin caer en paternalismo por lo que dicho principio debiera constituir el eje central del paradigma bioético; por su parte, los pacientes critican al principio de autonomía aduciendo que el médico pretende hacerles tomar decisiones para las cuales no poseen los conocimientos necesarios. Es así que el principio de autonomía que pareció ser la panacea hace veinte años, hoy está en el banquillo.

En este trabajo se indagan y analizan algunos de los numerosos problemas que la aplicación del principio de autonomía suscita tanto en la práctica médica diaria como en la investigación biomédica. Se pone especial énfasis en las interpretaciones distorsionadas del principio, la amplitud del mismo que en algunas circunstancias lo tornan ambiguo y la dificultad que existe para considerarlo, como se ha pretendido, el elemento principal del paradigma bioético.

Uno de los principales problemas de aplicabilidad, reside en el hecho de no distinguir entre autonomía -tal como se entiende en ética teórica-, condiciones ideales para la aplicación del principio y la aplicación propiamente dicha. De igual modo, no reconocer las limitaciones de aplicabilidad de este principio, o guiarse por jerarquías interprincipales para solución de conflictos prácticos, o apelar a la disolución del conflicto eligiendo uno de los principios en tensión -el de mayor peso-, constituyen sólo algunas de las causas que han conducido al cuestionamiento del principio de autonomía o, como prefiere Childress principio de respeto por la autonomía. Por último si el ejercicio del principio de autonomía es un derecho adquirido por todos (pacientes, comunidad, médicos), también es un deber de todos. De acuerdo a Kant, autónomo es aquel sujeto que se dicta y cumple sus propias leyes, la observancia de dichas leyes (ejercicio de la autonomía), constituye un deber ineludible. Es decir, autonomía implica derecho y obligaciones. Del mismo modo que en la elección de gobernantes, un ciudadano tiene derecho a votar, es decir a elegir, tiene también el deber, primero moral y luego legal de hacerlo. En el caso de toma de decisiones médicas, el paciente o sus representantes tienen el derecho de participar de las mismas pero también el deber de hacerlo, porque la cesión total de la autonomía personal en cuestiones que lo involucran puntualmente, no sólo da pie a que el médico ejerza de algún modo una forma de paternalismo,

sino que, y esto es lo peor, el paciente pierde su dignidad porque, por su propia voluntad se ha convertido en un sujeto heterónomo. Este tema da para discusiones más profundas. En efecto, cabe preguntarse si un sujeto competente que decide ceder su autonomía es realmente un sujeto heterónomo o es totalmente autónomo, por cuanto al cederla voluntariamente ha ejercido precisamente su derecho de autodeterminación.

II. Problemas de aplicabilidad del principio bioético de autonomía

El principio de autonomía constituye, en la mayoría de los casos, el medio más adecuado para establecer una relación médico-paciente basada en el diálogo, la información y el respeto mutuo. Al mencionarse la relación médico-paciente se está haciendo referencia tanto a la medicina asistencial cotidiana como a la investigación biomédica con seres humanos voluntarios. Pero, como se ha mencionado anteriormente, este principio ha sido y sigue siendo cuestionado desde puntos de vista muy disímiles por algunos miembros de la comunidad médica y por la sociedad en general. Estas críticas merecen ser atendidas y requieren un minucioso análisis para clarificar las causas de los conflictos que este principio acarrea e intentar ofrecer algún grado de esclarecimiento.

II.1. La autonomía personal y el principio de autonomía

El concepto de autonomía que magistralmente describieron los ilustrados, especialmente Kant, "es el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional" (Kant, 1995, pág. 49). El hombre autónomo es aquel que dicta y obedece sus propias leyes de modo tal que dicha ley sea universal, es decir que la voluntad pueda considerarse por sí misma universalmente legisladora (Kant 1995, pág 48). Es evidente que existe una considerable distancia entre lo que la ética teórica considera por autonomía y el espíritu del Informe Belmont al mencionar como primer principio bioético al principio de autonomía. Mientras el concepto kantiano de autonomía no admite grises, se es autónomo o se es heterónomo, la idea de autonomía del Informe Belmont (y las teorías derivadas del mismo), es la de no obligar contra su voluntad a alguien a someterse a determinado acto médico. No debe olvidarse que la redacción de este Informe surge a instancias del gobierno de los Estados Unidos para evitar los abusos en que investigadores y médicos prácticos incurrieran con frecuencia. El ideal de autonomía de los ilustrados era una máxima deseable para todos los seres racionales (reino de los fines, como dice Kant); por su parte, principio de respeto por la autonomía de los pacientes significa sencillamente ausencia de coerción —principalmente externa— y libertad para decidir en todos los actos médicos en donde ese sujeto concreto pueda estar involucrado. Tal vez para dar mayor claridad y evitar confusiones H. T. Engelhardt prefiere hablar de principio de permiso. El permiso del paciente para actuar médicamente sobre su cuerpo o su mente es la *conditio sine qua non* de todo acto médico. Sostiene este autor que "sin permiso no hay autoridad moral" para actuar sobre un paciente (H. Tristram Engelhardt, 1994). So pena de ser repetitivo, se considera necesario remarcar una vez más la diferencia entre ideal de autonomía y principio de autonomía en ética aplicada porque con frecuencia parece que dichas diferencias no se aprecian con claridad.

II.2. El principio de autonomía

Este principio representa entre otras cosas, la libertad del paciente para decidir sobre cierto acto médico o participar de un protocolo de investigación médica. Por su parte, *libertad* significa capacidad de autodeterminación. El concepto de libertad requiere de algunas aclaraciones. Locke decía que los hombres se encuentran en un estado de naturaleza y " éste es un estado de perfecta libertad para que cada uno ordene sus acciones y disponga ...como juzgue oportuno dentro de los límites de la ley de la naturaleza, sin pedir permiso ni depender de la voluntad de otro hombre" (Locke, 1995, cap. 2, pág. 36). Para establecer los límites de la libertad, Locke hacía la distinción entre estado de *libertad* y estado de *licencia*. La licencia otorga al hombre un poder incontrolable y una capacidad discrecional para realizar lo que le plazca, mientras que la libertad, basándose

en la leyes de la naturaleza, es decir la razón, implica un cierto orden en el ejercicio de la misma porque "siendo todos los hombres iguales e independientes, ninguno debe dañar a otro en lo que atañe a su vida, salud, libertad o posesiones" (Locke, págs. 37-38). También Mill al referirse a la libertad establece límites a la misma: "Acciones de cualquier especie que sean, que sin causa justificada perjudican a otro, pueden, y en los casos más importantes deben, absolutamente ser fiscalizadas por la desaprobación, y cuando sea necesario, por la activa intervención del género humano" (Mill, 1993, pág. 126)

En la praxis médica la idea de autonomía y libertad ha sido con frecuencia mal entendida. En primer término, siendo un derecho adquirido por los pacientes para ser considerados personas dignas con capacidad para dialogar y tomar las decisiones que consideren pertinentes según su voluntad y justo entender, el principio fue frecuentemente rebasado en cuanto a su alcance. Es así que los pacientes, ejerciendo más licencia que libertad reclamaron las más insólitas e irracionales peticiones. Quienes ejercen la medicina conocen de casos en los que se ha solicitado al médico realizar mutilaciones parciales para obtener algún rédito laboral, esterilizaciones innecesarias para disfrutar de "una vida sexual plena", implantes de prótesis de dudosa calidad para el embellecimiento corporal, etc. Por otra parte, ante situaciones graves, concretas, que admiten un solo tipo de tratamiento, algunos pacientes rehúsan someterse al mismo. Por último cuando se plantean diversas estrategias terapéuticas y el paciente tiene la opción de decidirse por alguna de ellas, deja la decisión en manos del médico argumentando que éste, con su saber y experiencia, seguramente habrá de decidir lo mejor.

Hasta ahora se ha considerado la libertad del paciente para ejercer su derecho de autonomía. Sin embargo, el médico o investigador como hombre autónomo que puede decidir libremente, puede estar de acuerdo o no con la decisión del paciente; en este caso, puede negarse a realizar determinado procedimiento sin que esto implique un abandono del paciente o una ruptura de la relación médico-paciente. Tampoco debe dejar de reconocerse que no es sencillo ni frecuente que se pueda entablar una relación en donde cada uno de los involucrados llegue a un grado de diálogo y consenso tal, que habilite a uno o al otro a rechazar cierto acto médico sin que se resienta la relación entre ambos. Supóngase el caso de un paciente añoso, diabético y con enfermedad coronaria en donde las alternativas terapéuticas fueran tratamiento médico que no cura pero mejora la enfermedad y es de bajo riesgo, angioplastia que permite desobstruir algunas arterias y que implica un riesgo mediano, o cirugía de revascularización que posibilita restablecer la circulación coronaria pero con un alto riesgo. Si informado el paciente sobre los riegos de esta última, decidiera operarse, es probable que el médico se niegue a realizarla. En este caso, el médico ha ejercido su derecho de autonomía. Pero tal decisión no es arbitraria, porque al tomarla el profesional se ha valido de otros principios éticos que frecuentemente los pacientes desconocen, tales principios son el de *responsabilidad*, el de *prudencia* y el de *proporcionalidad*. Principio de prudencia significa en términos médicos, no arriesgar más de lo necesario cuando la situación así lo justifica. La proporcionalidad de un acto médico resulta de ponderar los riegos, los beneficios y la necesidad médica de apelar a medidas extremas cuando por la situación general del paciente no es de esperar un desenlace exitoso. En una situación como la planteada, el médico, apelando a su experiencia, sugeriría lo que Aristóteles llama "el justo medio", es decir ofrecer un tratamiento cuya aceptable eficacia haya sido comprobada sin poner en riesgo la integridad o la vida del paciente. En este caso, ha primado la idea de prudencia y de proporcionalidad sobre la solicitud del paciente. Si se ha desconocido la autonomía del mismo y se ha ejercido un cierto grado de paternalismo, es materia discutible; sin embargo es importante no olvidar que: 1. La decisión del paciente puede, desde el punto de vista médico, estar equivocada, 2. En toda relación médico-paciente existe una inevitable doble asimetría: a) el médico esta posesión de un conocimiento que el paciente no lo tiene, y, b) el paciente puede encontrarse con algún grado de minusvalía, al menos por el impacto psicológico de su enfermedad, para decidir con la claridad y mesura necesarias, mientras que el médico actúa objetiva y racionalmente. 3) Si el paciente cree haber decidido

correctamente pese las explicaciones que el médico le ha brindado, éste debe ofrecerle la posibilidad de hacer una segunda consulta para corroborar o reconsiderar su postura. Si se tienen en cuenta las premisas antes mencionadas, no existiría una argumentación sólida que permita calificar al médico de paternalista o al paciente de sujeto heterónomo. La situación paradigmática del principio de la proporcionalidad se da en pacientes oncológicos terminales en donde, generalmente a instancias de la familia, se insiste en continuar con la radio y quimioterapia, sabiéndose que la suerte del paciente ya está echada. Otras veces es la familia, quien sin conocer la existencia del principio de proporcionalidad, atinadamente pide al médico la suspensión del tratamiento. En este caso, el ejercicio de la autonomía subrogada por parte de los familiares evita el *encarnizamiento terapéutico*. Una situación hartamente conflictiva y que lleva a una marcada tensión interprincipal se presenta cuando ese paciente terminal con absoluta claridad mental pide que se continúe con el tratamiento que recibía o se lo incorpore a un protocolo de investigación de una nueva sustancia que actúa sobre el mal que padece. Ante esta situación debiera respetarse la voluntad del paciente a sabiendas que todo será en vano. Así, el principio de respeto por la autonomía del paciente habrá de colisionar con el de justicia (dilapidar recursos humanos y económicos en situaciones irreversibles). También el principio de beneficencia entrará en conflicto con el de autonomía, porque, si el fin último de la medicina es beneficiar al paciente, al respetársele su derecho de autonomía, se le estará prolongando su agonía y privando de una muerte digna.

II.3. Niveles o grados de autonomía

La problemática mencionada anteriormente fue, en parte, vista por James Childress. Al referirse a los límites en el ejercicio del principio de respeto por la autonomía, Childress introduce el concepto de *niveles o grados* en dicho ejercicio. En su propuesta, que no resulta del todo clara, el autor sostiene que si las personas son competentes, están informadas y actúan voluntariamente, pueden “elegir ceder sus decisiones de primer orden”. De este modo, cuando el médico propone un tratamiento, los pacientes pueden ceder su autonomía concediéndole la libertad para la elección del mismo. Al respecto dice que un paciente puede ceder la autonomía de primer orden para ejercer la de segundo orden. Agrega que, esto que parece implicar heteronomía, no es del todo cierto porque “si una persona elige autónomamente ceder la toma de decisiones de primer orden a un profesional...esa persona ha ejercido lo que se puede llamar autonomía de segundo orden” ... “en estos casos el respeto por la autonomía de segundo orden es central, aun cuando sus elecciones de primer orden sean heterónomas. Este punto es importante debido a la suposición común de que el principio (de respeto) por la autonomía es contrario a todas las formas de heteronomía, autoridad, tradición, etc.” (Childress, 1998, pág.134). De lo expresado por Childress, se desprende que para reconocer grados o niveles de autonomía hay que aceptar que dos conceptos antinómicos, como son el de autonomía y el de heteronomía, deben convivir dentro de un mismo paradigma bioético, cosa que por cierto tanto desde la ética teórica como de la ética aplicada no resulta sencillo fundamentar.

Tal vez la contribución más importante de este autor sea la de reconocer, como lo hace el derecho, la existencia de un principio de autonomía que puede expresarse en forma negativa, como “es incorrecto someter las acciones de los demás a influencias restrictivas” es decir apelar a la fuerza o el engaño para que participe de un protocolo de investigación o se someta a una práctica que no ha elegido. Los derechos vinculados con el principio de autonomía son la libertad y la privacidad. Esta formulación negativa del principio enfatiza el evitar influencias externas interesadas que apelan a la coerción y con frecuencia a la mentira para obtener el consentimiento del paciente. En síntesis, la libertad negativa permite que cualquier individuo se niegue a realizar aquello que las leyes no obligan. Pero el principio de autonomía tiene también una dimensión positiva (posibilidad de realizar todo aquello que las leyes no prohíban). Esto determina que el investigador, el médico, puedan llevar a cabo ciertos procedimientos con los pacientes siempre que los mismos hayan sido previamente informados y accedan voluntariamente; la acción positiva se verá reflejada en la obligación del médico de informar y de fomentar la toma de decisiones libres Childress, (1998, pág. 135).

II.4. Temporalidad de las decisiones personales (autónomas)

Para Childress el principio de autonomía es ambiguo porque atiende a un solo aspecto del concepto de persona: el de autodeterminación, pero se descuidan otros aspectos como lo son la corporeidad, el psiquismo, el carácter social e histórico de toda persona, sus creencias, etc. Precisamente por ser un principio que mira parcialmente la condición de quien habrá de tomar una determinación, es que el mismo ofrece flancos débiles para su aplicabilidad y para sus críticos; por su parte, los defensores del mismo creen que un paciente competente, informado por el médico, puede tomar decisiones autónomas y esto representa una autorización tácita para actuar sobre su cuerpo o mente. El problema se torna más complejo si se tiene en cuenta que el paciente puede cambiar varias veces de opinión respecto de lo que considera beneficioso para sí mismo. No es infrecuente que un sujeto de 25 años exprese que no desea recibir tratamiento alguno si sufriera un accidente cerebrovascular que lo deje hemipléjico; ese mismo paciente, por diversas razones, puede a los 40 desear que se le realice todo el tratamiento necesario para alcanzar algún grado de recuperación. De ocurrir dicho accidente, que habitualmente va acompañado de pérdida de la conciencia, ¿cuál es la conducta que debe asumir el médico, respetar la decisión que tomó a los 25 años o la que tomó a los 40? La situación puede ser más conflictiva si la esposa pide que se respete la primera y los hijos (competentes) la segunda. ¿Está autorizado el médico para actuar según el principio de beneficencia ignorando la disputa familiar respecto de la autonomía del paciente?

Puede ocurrir también que el paciente cambie de parecer por razones religiosas, como ocurre con aquellas personas que se convierten en Testigos de Jehová a una edad madura. Si alguien necesitase una transfusión de sangre y los familiares no están de acuerdo, ¿Puede el médico realizarla sabiendo que viola la última decisión que tomó el paciente? De hacerlo habrá actuado de acuerdo al más puro paternalismo médico, aunque con frecuencia el médico crea que se ha anticipado a la decisión que hubiera tomado el paciente si hubiera podido dialogar con el médico y reflexionar sobre los beneficios que el tratamiento produjo. Childress se pregunta si "es justificable dejar de lado las elecciones y acciones autónomas actuales de un paciente a la luz de sus elecciones o acciones pasadas o futuras (anticipadas)" y deja como interrogante si "hacer esto es respetar la autonomía personal o una violación paternalista del principio de respeto por la autonomía (Childress, 1998, pág 136.)

Estos dos ejemplos, que aunque hipotéticos, se dan con bastante frecuencia en la práctica médica, representan sólo una muestra de la complejidad que inevitablemente acompaña a la aplicación práctica del principio de autonomía.

El día 1ro. de diciembre de 2005 se sancionó en nuestro país la "Ley del donante presunto" (La Nación (01.12.05) págs. 1 y 17). En ella se presume que todas las personas desean donar sus órganos una vez muertos. Para amortiguar el impacto social de la ley, se agrega un artículo que establece que en todos los casos será consultada la familia si accede o no a la ablación de órganos del familiar muerto. Con esta ley se ha obrado precisamente de modo contrario al principio de respeto por la autonomía porque la donación de órganos es un acto individual que un sujeto autónomo puede decidir. Por el contrario, invadir el cuerpo de un sujeto con muerte cerebral bajo la presunción de que ese sujeto deseaba donar sus órganos y con el argumento de que su estado es irreversible y que sus órganos podrán salvar otras vidas es simplemente una arbitraria intromisión en la vida de otra persona. No debe olvidarse que las ablaciones se realizan cuando existe el estado de "muerte cerebral". El concepto de muerte cerebral de Harvard, que es el que se aplica en nuestro país, ha sido cuestionado porque su fin último es la obtención de órganos para trasplantes. La nueva ley viola la privacidad de la persona humana, interfiere en sus decisiones autónomas, y su aplicación traerá impensables conflictos entre los médicos que realizan ablaciones y trasplantes, y los pacientes y familiares que, por cualquier causa, no desean donar órganos. Debe tenerse presente que la mayoría de las "muertes cerebrales" ocurren a consecuencia de accidentes de tránsito, laborales, etc. y que estos pueden ocurrir a distancias considerables del lugar de residencia del afectado, demorándose a veces días en poder localizar a los familiares. A modo de ejemplo

puede plantearse la siguiente situación: un sujeto sano que vive en las sierras de Pumamarca sufre un accidente en Río Gallegos (3000 Km) y entra en estado de "muerte cerebral", se intenta localizar a sus padres pero ellos ya han fallecido, hermanos no tiene, el sujeto ignoraba la existencia de la nueva ley. Los médicos que lo asisten darán aviso al juez, quien aplicando la ley autoriza la ablación. Una semana después aparece un primo del difunto reclamando el cadáver y comenta a los médicos que aquel nunca quiso donar sus órganos. En consecuencia esta ley da lugar, aunque las autoridades lo nieguen, a todo tipo de abusos y transgresiones sobre la persona humana lesionando severamente la dignidad personal. No en vano, países con una fuerte tradición democrática como los Estados Unidos e Inglaterra han rechazado la iniciativa del donante presunto. Es más, en algunos estados de los Estados Unidos se escandalizan por leyes locales que permiten la extirpación de córneas en sujetos muertos. Esta nueva ley puede facilitar el tráfico de órganos; hasta podría darse el caso de que ciertas personas solas, de estratos sociales muy bajos "puedan sufrir accidentes fortuitos", para la obtención de órganos que puedan ser requeridos por personas adineradas. Otro aspecto recriminable es que muchas personas con familiares que necesitan algún órgano, esperan impacientemente que se produzca algún accidente y que el accidentado evolucione desfavorablemente para obtener dicho órgano. ¿Dónde han quedado entonces valores como desear el bien del prójimo, la solidaridad para con los enfermos graves, la compasión hacia quienes tienen un familiar que se debate entre la vida y la muerte? Quién escribe este trabajo dejará constancia de su negación a la donación de órganos.

II.5. Aceptación de jerarquías o niveles entre los principios bioéticos

El Informe Belmont establece tres principios en el siguiente orden: 1. Principio de Autonomía, 2. Principio de Beneficencia, 3. Principio de Justicia. Aunque dicho Informe no menciona que haya prioridades de un principio sobre otro, Adela Cortina cree que tal ordenamiento no es casual. La autora sugiere que esta ordenación pretende en primer lugar adecuarse al artículo 1. del Código de Nürenberg, porque si bien para todo proceso de investigación el principio de beneficencia evalúa la relación riesgos/beneficios y el principio de justicia considera los criterios de la selección de pacientes para un estudio, el principio de autonomía adquiere una relevancia capital debido a la exigencia del consentimiento informado del paciente antes de iniciar la investigación. En segundo lugar el consentimiento informado protege ética y jurídicamente al paciente del poder que el investigador adquiere sobre éste en virtud de los avances biotecnológicos; y, en tercer lugar, la toma de conciencia de los pacientes de ser sujetos con capacidad de decisión es un fenómeno que ha adquirido tal grado de difusión, que el principio de autonomía se ha convertido en un principio de especial relevancia (Cortina 1993, págs. 226-227). A pesar de que Cortina no lo dice explícitamente, de modo tácito está reconociendo que existen principios más valiosos que otros.

Quien establece jerarquías de principios es Diego Gracia. Dentro de los principios de primer nivel, el autor incluye a los de no-maleficencia y justicia, argumentando que son principios de la esfera pública y representan garantías mínimas que todo Estado debe asegurar a su habitantes (ética de mínimos). La autonomía y la beneficencia se sitúan en un segundo orden de importancia: sería lo deseable en el ámbito privado (ética de máximos). Si poder ejercer la voluntad personal para tomar decisiones que afectan a la salud de una persona es un derecho de segundo nivel, esa persona ha dejado de ser autónoma porque su decisión personal es algo "deseable a nivel privado". La dignidad que brinda a las personas el hecho de poder decidir libremente ha sido ignorada, y con ello, se han violado los derechos humanos. Planteada así esta "jerarquización" de principios resulta que la aplicabilidad del principio de respeto por la autonomía está supeditada a que se cumplan previamente otros principios de un "nivel superior". Pareciera que el individuo como ser social, ha perdido su individualidad porque su derecho de decisión (que, como se dijo, es algo privadamente deseable), está supeditado a que previamente se cumplan los principios de la esfera pública. De este modo las decisiones que se tomen para una sociedad han primado sobre las decisiones individuales, propias y personales de cada miembro que la constituye. Usando una

terminología del ámbito económico se da primacía a lo "macro" (la sociedad) sobre lo "micro" (la persona). Tal comportamiento podría ser comprensible (aunque esto no implique estar de acuerdo) en comunidades de fuerte corte socialista, pero en sociedades democráticas y liberales (en el sentido político) de occidente, tal actitud resulta inaceptable porque lo esencial de la dignidad humana, esto es la capacidad de autodeterminación, ha sido soslayado en aras del bienestar comunitario.

II.6. Disolución de conflictos interprincipales

Tanto en investigaciones con seres humanos como en la atención de pacientes es frecuente que dos o más principios colisionen entre sí. Al momento de actuar prácticamente, el principio de autonomía, puede entrar en tensión con cualquiera de los otros principios, por ejemplo con el de beneficencia. Si se presentase, por ejemplo, la situación en la cual el médico aconseja operar pero el paciente quiere tratamiento farmacológico, ¿Cuál principio se aplica? ¿Se respeta la voluntad del paciente o se actúa según el mejor criterio médico? Beauchamp y Childress sostienen que debe aplicarse el principio de más peso en cada situación particular. Pero ¿cuál es el de mayor peso? Si no se trata de una emergencia y el paciente es competente ¿tiene más peso el principio de autonomía? o el médico, conocedor de la patología en cuestión tratará de persuadir al paciente para que se someta a la operación. Si así lo hiciera, sería un verdadero acto de paternalismo, pero si cediera a la voluntad del paciente estaría actuando en contra de su saber médico. Pareciera que no existe una argumentación sólida que fundamente por qué uno de ambos principios tiene más peso que el otro. Podría resolverse este conflicto apelando al *paradigma de la provisionalidad* que intenta flexibilizar los principios al momento de aplicarlos. Este paradigma es la propuesta de manejar las situaciones morales con criterios más o menos expresamente *provisionales* en el sentido de la moral provisional cartesiana como lo expresa Descartes en la parte III de su *Discurso del método*. Suponiendo que las morales provisionales no impliquen un *relativismo*, ninguna puede sostenerse por sí sola sin apoyo en *principios* que deberían ser expuestos, dado que, sin ello, aunque no se sea relativista, se ofrece –si la "moral" ha de concebirse así– un apoyo más o menos directo a los argumentos del relativismo. La "moral provisional", en suma, *flexibiliza* la moral (contra cualquier forma de rigorismo); pero la flexibiliza en exceso, y de tal modo acaba por diluirla. Aplicar un principio que en determinado caso particular tiene más "peso" que otro, implica, lisa y llanamente, disolver la situación conflictiva y no resolverla, porque en vez de armonizar esos principios en tensión, se elimina uno de ellos para aplicar el otro.¹

SP/ 54

II.7. Asimetría de la relación médico-paciente

Se ha mencionado en párrafos anteriores que en toda relación médico paciente existe una doble asimetría. Ésta está dada por el desconocimiento natural de todo paciente acerca de temas médicos, y el estado morbosos del paciente que puede impedirle decidir racionalmente. En efecto, es lícito plantearse ¿Cómo puede asegurarse que el paciente comprendió todas las explicaciones del médico, si éste está en posesión de conocimientos y el paciente no, salvo que el paciente sea médico o tenga una profesión vinculada (biólogo, veterinario, bioquímico, etc.). Por otra parte, es el médico quien tiene los conocimientos para actuar de acuerdo al caso, mientras que el paciente acude a él para que le soluciones un problema de salud. Cabe plantearse si ¿es posible que un sujeto enfermo tenga la claridad mental necesaria para reflexionar serenamente acerca de su

enfermedad y decidir correctamente por determinada alternativa de todas las que le plantea el médico? Obviamente no puede aceptarse que todo sujeto enfermo se encuentre en un estado de "desorden" o de desequilibrio emocional que le impide analizar críticamente y tomar decisiones racionales, como sostenían los antiguos griegos. La mayoría de los estados patológicos no afectan tan severamente la mente del sujeto enfermo como para que se

1 Un tratamiento más detallado de este tema se encuentra en; Maliandi, R. y Thüer, O. "Teoría y praxis de los principios bioéticos, capítulo IV (en preparación para publicación)

produzca un estado de torpeza tan manifiesto que anule la capacidad del paciente de tomar decisiones racionales. Exceptuando ciertos cuadros neurológicos o traumas psíquicos de diversos orígenes que pueden perturbar la conciencia, el agente que padece una enfermedad no pierde la capacidad de autodeterminación.

Partiendo de la premisa que la relación médico-paciente es de tipo contractualista, el médico debe asumir que el enfermo, en la gran mayoría de los casos, tiene intacta su conciencia y su pensamiento, por lo tanto su capacidad de elegir libremente está absolutamente conservada. Sería un grave error por parte del médico considerar que quien está enfermo se encuentra en inferioridad de condiciones para entablar una relación basada en el diálogo y la toma de decisiones conjuntas; esto sería subestimar al paciente por su condición de tal. Sí puede suceder que existan diferencias de opiniones entre ellos y que disientan en varios aspectos, pero no por ello se habrá de alterar la relación, porque en estos casos cada uno de los agentes puede autónomamente ceder parte de su derecho de ejercicio de la autonomía para arribar al consenso necesario para que esa relación sea posible.

De lo expresado anteriormente puede inferirse que el hecho de estar enfermo no constituye *per se* una situación que ubica al paciente en un estado de inferioridad respecto del médico. En cuanto al conocimiento o desconocimiento del paciente sobre temas médicos es materia discutible, porque habitualmente éste tiene un grado de información (a través de su experiencia, la experiencia de otros, los medios de comunicación) que con frecuencia el médico no justiprecia adecuadamente. Es mandatario que sea el médico quien, además de su tarea asistencial, informe adecuadamente al paciente aclarando dudas y confusiones que el paciente pueda tener.



II.8. Arraigo del principio de beneficencia e indiferencia del paciente

Es por todos conocido que, pese al surgimiento de bioética como disciplina con identidad propia que formula teorías que en mayor o menor medida, dan participación activa y real al paciente para que las decisiones se tomen en conjunto, existe una tradición milenaria de la medicina hipocrática basada en los principios de no maleficencia y el de beneficencia. La medicina tradicional caracterizada por la autoridad del médico, que no podía ponerse en tela de juicio, persiste todavía en una proporción nada despreciable de la comunidad médica. El principio de beneficencia no tiene por qué ser considerado como algo negativo o pernicioso para el paciente; por el contrario, el fin último de la medicina es beneficiar al paciente. Sin embargo, al sobredimensionarse este principio se llega fácilmente al paternalismo médico. A pesar de ser dos cosas diferentes, en la práctica los límites entre beneficencia y paternalismo son considerados tan ambiguos que ambos conceptos suelen ser tomados, incorrectamente, como sinónimos. Probablemente dos causas principales han contribuido a perpetuar el ejercicio del paternalismo: 1. La actitud omnipotente del médico que se resiste a darle el espacio que le corresponde al paciente al entablar una relación médica, y, 2. El desinterés o apatía del paciente para reclamar un derecho adquirido irrenunciable. Más que repartir "culpas" corresponde preguntarse por qué se ha dado esta situación. Seguramente que el médico no es un sujeto perverso que quiera someter a su paciente (al menos de manera consciente), pero no debe olvidarse que la tradición médica, principalmente en Europa, se preocupó por formar médicos que supiesen "diagnosticar y tratar enfermedades" olvidando al enfermo como un "todo", que tiene un cuerpo, una conciencia, una psiquis y capacidad para informarse, preguntar, discutir, rechazar o aceptar cualquier propuesta médica que personalmente lo afecte.

En la presente monografía se han analizado sólo algunos aspectos acerca de la aplicabilidad del conflictivo principio de autonomía. Es claro que el tema no está agotado y quedan pendiente numerosas cuestiones por considerar. Este breve trabajo que pretende mostrar un problema ético-médico real que cotidianamente se presenta en la praxis y la investigación médica, será tratado en la parte II desde una perspectiva postmodernista. De la articulación del análisis desde corrientes éticas tradicionales, como se ha realizado en esta primera parte, con la visión de los postmodernos

que se abordará en la segunda parte, surgirán algunas conclusiones que abarquen el amplio espectro del problema de aplicabilidad de un principio ético cuestionado

Bibliografía

Andorno, R., 1998, *Bioética y dignidad de la persona*, Ed. Tecnos, Madrid.

Beauchamp, T.; Childress, H., 1994, *The Principles of Biomedical Ethics*, Ed. Oxford University Press., Oxford.

Childress, J., 1998, "El lugar de la autonomía en la bioética", en: Luna, F.; Salles, A.

Bioética. Investigación muerte, procreación y otros temas de ética aplicada, págs. 133-144, Ed. Sudamericana, Buenos Aires.

Cortina, A., 1993, *Ética aplicada y democracia radical*, Ed. Tecnos, Madrid.

Engelhardt Tristram E., 1994, *Los fundamentos de la bioética*, Ed. Paidós, Barcelona.

Ética en la investigación clínica, "el Código de Nürenberg", "La Declaración de Helsinki", "CIOMS", sin fecha de edición, editado por Laboratorios Roche.

Gracia, D., 1999, *Ética Médica*, en Farreras-Rozman, Tratado de medicina interna, Salvat, Barcelona, versión en CD

Kant, I., 1995, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Ed. Porrúa, México.

Locke, J., 1995, *Segundo tratado sobre el gobierno civil*, Ed. Altaya, Madrid.

Mill, S. St., 1993, *Sobre la libertad*, Alianza Editorial, Bs. As.

"The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research", 1987, U.S. Government Printing Office, Washington.