

# El ejercicio razonable de la autonomía del paciente

**Ion Arrieta Valero**  
UPV/EHU  
arrieta\_ion@hotmail.com

El respeto a las decisiones autónomas de las personas se ha impuesto en la práctica médica diaria como norma reguladora de las relaciones entre profesionales y pacientes, y esto, en opinión de Alfred I. Tauber, ha puesto a la relación asistencial en una encrucijada. La ética basada en la autonomía —que es el producto de un tiempo y lugar determinados: el liberalismo inglés clásico— ha resultado tremendamente exitosa y ha sido crucial en el desarrollo de las democracias occidentales, pero a juicio de Tauber es muy conflictiva en ámbitos como la medicina. El mero «traslado» de esa autonomía jurídica y liberal, casi exclusivamente preocupada por la protección de los derechos individuales, no hace sino originar un sinfín de problemas en ambos polos de la relación asistencial: genera por un lado profesionales sanitarios a la defensiva y, por otro, se convierte en muchos casos en una abstracción de dudosa utilidad para la persona enferma, pues puede hacernos olvidar la situación de desvalimiento y vulnerabilidad en que al individuo le coloca la situación de enfermedad.

El objeto de este breve escrito es dejar apuntados algunos de los conflictos que surgen cuando entendemos el encuentro entre doctor y paciente en términos excesivamente «autonomistas».

## 1

Invocar el principio de autonomía de las personas cuando deseamos justificar las normas de una práctica social como el derecho es un argumento bien conocido. En cambio, cuando apelamos a la autonomía de las personas en contextos clínicos las cosas se complican inesperadamente. Al examinar las peculiaridades existentes en la naturaleza y el alcance de la autonomía en contextos clínicos en comparación con otros contextos como el jurídico, Francisco J. Laporta (24) encuentra

### Agradecimientos:

Este trabajo entra dentro de una investigación financiada por una beca predoctoral del Gobierno Vasco (Programa de ayudas de FPI-2011) y por el Gobierno de España (MICINN, FFI2008-06348-C02-02/FISO).



Received: 13/11/2011  
Accepted: 05/01/2012

en el primero dos asimetrías características: 1) *Si se ignora la autonomía del paciente, es decir, si no se recaba su consentimiento, pero el tratamiento tiene éxito terapéutico, tendemos a no hacer reproches al profesional médico. En cambio si se respeta la autonomía del paciente y el tratamiento fracasa, eso no excluye usualmente el reproche al médico* («asimetría en el reproche»); 2) *Los controles que se ponen en juego para aceptar el consentimiento del paciente son mucho más rigurosos cuando el paciente rechaza el tratamiento que cuando el paciente acepta el tratamiento. No se sabe de casos en que se examine si el paciente es competente o está bien informado cuando decide seguir los consejos de sus médicos* («asimetría de los controles del consentimiento»).

Estas dos asimetrías nos muestran la aparición relativamente tardía del principio de autonomía personal en contextos clínicos y lo fuertemente arraigado que todavía está el modelo beneficentista en la profesión médica. Pero también dan fe de un rasgo esencial al quehacer de la medicina, ya que lo realmente decisivo en estas situaciones no es tanto el consentimiento del paciente cuanto su recuperación. He aquí pues un elemento distintivo de los contextos clínicos: en condiciones normales, para la mayoría de los pacientes, “no se da —o no se da tanto— esa situación en la que la autonomía pasa a primer plano. En efecto, en contextos más directamente relacionados con decisiones morales, la autonomía es el principio fundamental [...] En cambio es difícil pensar que eso suceda también con la salud” (Laporta: 25). Como dice Casado (84-85), en el contexto clínico los conceptos de salud y autonomía se necesitan mutuamente. Lo que el enfermo pide al profesional médico es ante todo *salud*: “que le curen su enfermedad, que alivien su sufrimiento o que reduzcan su incapacidad; en general, que compensen su falta de autonomía”. En estas situaciones de enfermedad o de salud débil o precaria, la autonomía pasa a un segundo plano por la sencilla razón de que está disminuida o comprometida. Antes que respetarla, el médico intenta restituirla.

## 2

Tomarse en serio la autonomía del paciente es un ejercicio que fuerza al profesional a entablar con el usuario una relación que consume mucho tiempo, requiere grandes dosis de compromiso y no poca reflexión. En esa tarea se embarca Simón-Lorda, para quien que el ejercicio de la autonomía de los pacientes exige que se cumplan *al menos* tres condiciones: 1) Actuar voluntariamente, es decir, libre de coacciones externas. 2) Tener información suficiente sobre la decisión que va

a tomar, es decir, sobre el objetivo de la decisión, sus riesgos, beneficios y alternativas posibles. 3) Tener capacidad, esto es, poseer una serie de aptitudes psicológicas —cognitivas, volitivas y afectivas— que le permitan conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla (2008: 327). Pues bien, la evaluación de este tercer punto es para Simón-Lorda un elemento clave a la hora de considerar en serio la autonomía del paciente, y es una tarea que está todavía pendiente. La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones es según Simón-Lorda un área donde existen todavía más preguntas que respuestas, y si esto es cierto en el caso de los países anglosajones (donde ya hace 30 años que comenzó a ser motivo de preocupación), en el caso de España es realmente preocupante.

Ahora bien, si con Savulescu (48) damos un paso más y consideramos el deber de distinguir entre una decisión tomada por una persona con capacidad de obrar autónomamente y una decisión autónoma, entonces tal vez convenga añadir una cuarta condición a las tres expuestas por Simón-Lorda. Con ello volveríamos la vista a la vieja cuestión de si es relevante o no la calidad de las preferencias para hablar de autonomía. No hay que olvidar que una de las mayores consecuencias del paso del modelo paternalista al autonomista en medicina es según Diego Gracia “que las necesidades sanitarias han pasado de ser definidas por la medicina a serlo por los usuarios. Son éstos los que dicen lo que es o no una necesidad de salud. Y acuden al sistema sanitario a solucionarla”. Esto trae consigo que muchos usuarios del sistema sanitario pidan cosas poco racionales cuando no imposibles, y que se abra la puerta a todo tipo de arbitrariedades. Con estas palabras Gracia no está añorando volver al paradigma clásico, sino que está llamando la atención sobre el peligro que supone que haya llegado antes “la emancipación de los usuarios que el proceso de reflexión pública sobre estas cuestiones” (2004: 83-85). Ya en el clásico *Fundamentos de bioética* dejó sentado Gracia que “lo que el paternalismo es a la beneficencia, lo es a la autonomía el anarquismo” (1989: 187). Así pues, no está de más preguntarse, como hace Laporta (27), si nos conformamos con la pura formalidad de que sea el paciente el que tome externamente la decisión, o si más bien exigimos que esa decisión descansa en preferencias realmente autónomas. Como la implantación del modelo autonomista no sólo es inevitable sino además deseable, sería conveniente que una ética de la responsabilidad empapase ambos polos de la relación clínica. Tomarse en serio la autonomía del paciente es hacer todo lo necesario para que sus decisiones sean lo más meditadas, prudentes y razonables que sea posible.

Y esto nos lleva a la dimensión normativa de la autonomía.

## 3

Uno de los rasgos del principio de respeto a la autonomía es que, al tratarse de un principio formal o procedimental, regula el procedimiento de toma de decisiones y no el contenido material de tales decisiones o, dicho de otro modo, es independiente de la calidad o el contenido de las acciones que se llevan a cabo en base a él. Como afirma Laporta (23-24), "cualquiera, en el ejercicio de su autonomía, puede decidir comportarse irracionalmente, incluso inmoralmente. Tiene, según este principio, un derecho a hacer las cosas mal, un *right to do wrong*". Pero, como se sabe, esto choca de frente en innumerables ocasiones con uno de los principios más asentados de la profesión médica como es el principio de beneficencia, la obligación de hacer el bien. A este respecto, Simón (2000) considera que la autonomía no es un principio bioético como los demás, sino más bien una nueva perspectiva sobre ellos que genera deberes de justicia, no maleficencia y beneficencia. La modernidad ha traído consigo un profundo cambio tanto en la manera en la que el hombre se ve a sí mismo —como un ser con capacidad de autonomía, capacidad que ha de ser reconocida y respetada— como respecto a lo que deben ser las relaciones humanas, y todo ello ha conllevado la necesidad de reformular y engordar el corpus de obligaciones morales de los principios ya existentes.

Ramón Valls describe esta situación como el paso del «animal racional» al «animal autónomo»: el descubrimiento por parte de la modernidad de la autonomía ha hecho que la conciencia moderna haya invertido el orden de los dos elementos definitorios de la naturaleza humana, a saber, entendimiento y voluntad o, si se quiere, razón y libertad: mientras que los pensadores clásicos hacían hincapié en la racionalidad como presupuesto previo a la libertad, los modernos invierten la perspectiva porque aumenta la atención a los aspectos activos y creativos del hombre. "El ser humano —resume Valls— se definía, traduciendo mal a Aristóteles, como animal racional. Ahora, preferimos definirlo como ser libre". Esto le permite a Valls recordar que autonomía no significa carencia de ley y obligación, como si la proclamación de la autonomía — y del consiguiente derecho a equivocarse— equivaliese a "un pretendido *derecho a hacer lo que me venga en gana*" (209).

Vivimos tiempos en los que consideramos que la autonomía, la capacidad de autodeterminación, es en todo momento y por sí sola intrínsecamente valiosa, *independientemente* del contenido del acto elegido o realizado. En este sentido se expresa Max Charlesworth cuando sostiene que aunque lo que un sujeto elija hacer sea objetivamente malo, su elección será todavía buena en cuanto que es un acto libre y autónomo. Dice así (15): "si contrastamos dos actos: a) uno elegido libre-

mente pero objetivamente equivocado, y b) uno coaccionado y no elegido libremente, pero que objetivamente también es bueno, el liberal dirá que el primer acto es moralmente más valioso que el segundo". Esta postura, que podríamos calificar de «atomista» o «individualista liberal», no parece muy sensata. Al fin y al cabo, como remarca Seoane (62), "no todo es autonomía [...] La autonomía es un ingrediente esencial de la vida buena, pero no el único, y no basta por sí sola para calificar como buena o correcta una decisión o una actuación".

Este problema se hace aún más evidente en la relación médico-paciente. Y es que estos son contextos que Laporta (21-22) llama de «autoridad genuina o teórica», esto es, se trata de situaciones en las que los dictámenes de una de las partes —el médico— se consideran fundados en conocimientos contrastados, de naturaleza científica y cuyas conclusiones pueden ser calificadas de «verdaderas» por estar sometidas a un escrutinio racional. Desafiar una autoridad práctica —por ejemplo, ir en contra de una ley que consideramos injusta— puede ser un claro reflejo de la autonomía de la persona que lo hace. Pero ignorar la autoridad teórica —en este caso los consejos del médico— es un claro ejercicio de irracionalidad. Por eso concluye Laporta (34) que "depositar nuestra confianza en los médicos no es ni mucho menos abandonarnos a la voluntad de otros".

"La autonomía sin límites es señal de irresponsabilidad", sentencia Tauber (154); nosotros nos permitimos añadir que un ejercicio no razonable de la autonomía también es señal de irresponsabilidad.

#### 4

Argumenta Tauber que los pacientes no pueden ejercitar por completo su autonomía por la simple razón de que "carecen de la formación y los conocimientos necesarios para tomar las complejas decisiones requeridas en el contexto de una ciencia clínica altamente técnica y oscura para los no iniciados" (109). En efecto, consideramos la información importante a la hora de actuar autónomamente porque nos permite una mínima comprensión de la verdadera naturaleza del abanico de acciones a nuestra disposición y de las posibles consecuencias de dichas acciones. Si esto es así, si consideramos la información importante, entonces tiene razón Savulescu cuando afirma que también lo es un grado de, al menos, racionalidad teórica para inferir correctamente conclusiones a partir de esos hechos y para apreciar plenamente las opciones disponibles. Para Savulescu, "la acción plenamente autónoma refleja la deliberación normativa sobre el valor de las elecciones que se ofrecen", es decir, no basta considerar meramente los hechos relevan-

tes y las consecuencias de las acciones a nuestra disposición, es preciso también tener en cuenta "el valor de estos estados de cosas" (49).

Tal vez, como apunta Onora O'Neill (citada por Laporta: 34), muchos de estos problemas surjan por haber adoptado una concepción demasiado simplista de la autonomía, muy alejada de los parámetros racionales que exigía la autonomía kantiana y puesta, además, en pugna con las prescripciones razonables de los médicos, lo que conlleva el riesgo, del que ya nos avisó Tauber en *Confesiones de un médico*, de generar una corriente de falta de confianza y sospecha respecto del ejercicio de la medicina.

---

### Bibliografía

- CASADO, A. (2008). *Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial*. Madrid: Plaza y Valdés.
- CHARLESWORTH, M. (1996). *La bioética en una sociedad liberal*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GRACIA, D. (2007 [1989]). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastela.
- GRACIA, D. (2004). *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela.
- LAPORTA SANMIGUEL, F. J. (2010). Algunas incógnitas del principio de autonomía personal en tratamientos médicos. En MENDOZA BUERGO, B. *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, Cizur Menor: Civitas.
- SAVULESCU, J. (2010). Autonomía, vida buena y elecciones controvertidas. En MENDOZA BUERGO, B. *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, Cizur Menor: Civitas.
- SEOANE, J. A. (2010). Las autonomías del paciente. *DILEMATA. International Journal of Applied Ethics* 2(3): 61-75.
- SIMON LORDA, P. (2000). *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid: Triacastela.
- SIMON-LORDA, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol.28, n.2: 327-350.
- TAUBER, A. I. (2011). *Confesiones de un médico. Un ensayo filosófico*. Madrid: Triacastela.
- VALLS, R. (2003). *Ética para la bioética y a ratos para la política*. Barcelona: Gedisa.