

BIOÉTICA

EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

La **Teoría de los principios** desarrollada por **Beauchamp y Childress**, surge de algún modo como respuesta a las teorías éticas tradicionales en un intento de dar un **marco teórico más específico** para la **reflexión ética biomédica**, en tanto proporciona herramientas y elementos para la elucidación de los problemas prácticos que se generan en dicho ámbito. Si bien resulta muy polémica, esta teoría se ha convertido en los últimos tiempos, en un referente ineludible del ámbito de la bioética.

La **teoría de los principios** es presentada en **1979** en la obra ***Principios de ética biomédica*** (primera edición).

La propuesta de Beauchamp y Childress no intenta ser una teoría ética completa o acabada, como la de Kant o la de Mill, sino que está pensada únicamente para abordar cuestiones de ética biomédica e investigación. En la obra citada, los autores desarrollan un marco teórico para poder identificar, analizar y resolver los problemas morales que surgen en el ámbito de la salud. Se trata de criterios generales y básicos que sirven como punto de apoyo para justificar preceptos éticos y valoraciones de las acciones humanas en el campo de la medicina, en particular, y de la salud, en general.

Los principios que proponen para su uso en el ámbito de la salud son los siguientes:

1. el principio de **respeto de la autonomía**;
2. el de **no maleficencia**;
3. el de **beneficencia** y
4. el de **justicia**.

Beauchamp y Childress, señalan en primer lugar, la pluralidad semántica involucrada en el concepto de **autonomía**. La palabra «autonomía» deriva del griego *autos* (propio) y *nomos* (regla, autoridad, o ley) y se utilizó por primera vez con referencia a la autorregulación y autogobierno de las ciudades-estado helénicas independientes.

El concepto de la **autonomía personal** resulta de una extensión del concepto de *autorregulación política* al concepto de *autogobierno por el individuo*. Dicha autorregulación se caracteriza por permanecer **libre de las interferencias de otros y libre de las limitaciones personales**, tales como una comprensión inadecuada de la información relevante que dificulte elecciones significativas. La **persona autónoma** es aquella que actúa de acuerdo con un *plan libremente elegido* y que posee la *información considerada relevante* para el caso.

Respetar a un agente autónomo implica reconocer las capacidades y perspectivas de esa persona, incluyendo su derecho a mantener posiciones, a elegir y realizar acciones basadas en sus valores personales y creencias. Respeto de las personas implica tratar a los agentes de manera de permitirles actuar autónomamente.

Veamos cómo definen Beauchamp y Childress el **principio de respeto de la autonomía**: *El principio de respeto de la autonomía puede formularse negativamente: Las acciones autónomas no deben ser controladas ni limitadas por otros.*

Este principio plantea una obligación amplia y abstracta que no permite cláusulas de excepción, como por ejemplo debemos respetar los puntos de vista y derechos del resto de las personas, **siempre que sus ideas y acciones no supongan un grave perjuicio para otros**. *De esta obligación deriva el derecho a la autodeterminación, que defiende una serie de derechos de autonomía, incluyendo los de confidencialidad e intimidad.*

Para que este principio sirva de guía práctica para la conducta tiene que ser especificado en función del contexto, y si la especificación es apropiada señalará

cuáles son las excepciones válidas. Este proceso de especificación dará lugar a derechos y obligaciones de libertad, intimidad, confidencialidad, [sinceridad y consentimiento](#).

El análisis del concepto de la autonomía no se limita a la **autonomía personal**. Beauchamp y Childress afirman que su interés también reside en las **acciones autónomas**, las **elecciones autónomas**, dado que una persona puede ser autónoma pero una acción particular de ella puede no serlo y viceversa. Por ejemplo, una persona adulta y autónoma puede aceptar seguir un tratamiento porque es obligada por su médico o por su familia. Y una persona que no se considera autónoma normalmente, institucionalizada por desórdenes mentales, puede realizar algunas acciones autónomas, por ejemplo expresar ciertas preferencias, hablar con una persona querida, etc.

Beauchamp y Childress señalan que los principios como el principio de respeto de la autonomía, funcionan de formas muy diversas en la vida moral y pueden servir de apoyo para reglas morales más específicas, como por ejemplo:

- 1) Decir la verdad.
- 2) Respetar la intimidad de los demás.
- 3) Proteger la información confidencial.
- 4) Obtener el consentimiento de los pacientes para las intervenciones.
- 5) Ayudar a los demás a tomar decisiones, **cuando se nos pida**.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Robert Veatch señala que la mayoría de los problemas éticos que se presentan en la práctica médica no tienen relación con la condición médica o el tratamiento. Los problemas éticos reales, según este autor, se encuentran en un nivel más básico. El más importante de los temas implícitos en la nueva ética médica -sostiene Veatch- consiste en que el cuidado de la salud ha pasado a ser considerado un *derecho humano*. Gracias a la contribución de la revolución biológica y la revolución social, el cuidado de la salud se ha convertido en algo esencial y en un derecho para todas las personas. Esto significó un gran cambio respecto de las concepciones vigentes en épocas pasadas. Si bien la situación actual dista mucho de reconocer de hecho este derecho, el reclamo moral se está reconociendo cada vez más.

Lo que se necesita es un modelo que permita la igualdad en la esfera de la importancia moral entre el paciente y el médico.- El modelo de relación social que refleja esta condición es el **modelo contractual**. En este caso, los individuos interactúan de forma tal que hay obligaciones y se esperan beneficios para ambas partes. A su vez, en el marco de una relación de este tipo, las normas de libertad, dignidad, veracidad, mantenimiento de promesas y justicia son esenciales, así como la confianza y la fe entre las partes. En el *modelo contractual* hay un verdadero compartir de la autoridad ética y la responsabilidad. Llevado este modelo al ámbito de la *relación médico-paciente*, el proceso de toma de decisiones recae sobre ambos actores, el médico debe reconocer que *el paciente tiene que mantener su libertad de control* sobre su propia vida y destino en el caso en que se realicen elecciones decisivas. De otro modo, el contrato no se hace o se rompe.

En el marco de este modelo, el paciente puede confiar en que una vez establecido el sistema de valores para la toma de decisiones médicas, las decisiones que deban tomarse a diario para su atención serán realizadas por el médico dentro de ese marco de referencia. En el modelo contractual, entonces, hay un *compartir real de la toma de decisiones*, en tal forma que existe seguridad de que el médico y el paciente mantendrán su integridad moral.

Por ello parece ser el modelo adecuado para ser utilizado en la relación médico-paciente, con el fin de evitar los problemas éticos que se originan en los modelos anteriores.

Se debe tener en claro que si no hay veracidad, el consentimiento informado es una farsa.

La doctrina del consentimiento informado es un importante aspecto de las normas generales que estructuran la relación médico-paciente. Tiene relevancia en la gran mayoría de los casos en los cuales se deben tomar decisiones sobre tratamientos, dado que requiere del médico y el paciente **un mutuo proceso de información y discusión** (cuando el paciente es capaz de discutir), conduciendo así a una mutua aceptación en la decisión del tratamiento. Se halla diseñada para proveer al paciente la oportunidad de **involucrarse en el proceso de toma de decisión** más activamente de lo que había sido habitual hasta hace poco en la medicina.

Para Dan Brock, la doctrina del consentimiento informado consiste en un **rechazo de la concepción paternalista y autoritaria tradicional de la relación médico-paciente**. El objetivo fundamental de la relación médico-paciente es proteger y promover la salud del paciente. La atención médica trata la enfermedad y así previene, elimina o mejora el dolor y el sufrimiento, la discapacidad y la pérdida prematura de la vida, pero dados las **grandes complejidades y el conocimiento sofisticado** involucrados en un tratamiento tal, no se ve con claridad de manera inmediata por qué no se atiende mejor la salud del paciente invistiendo al médico de autoridad para tomar la decisión última.- En este sentido, hay que tener en cuenta que muchas veces existen varios métodos de tratamiento. La salud, para casi todo el mundo, si bien es muy importante, es sólo un valor entre otros. Los valores de la gente y sus planes de vida varían enormemente, como varía la importancia asignada a la salud y a sus componentes particulares. Qué intervención médica, si hay alguna, va a servir mejor al bienestar general del paciente se debe determinar a la luz de las **preferencias subjetivas** relevantes del paciente y de los valores y fines generales. Así, la toma de decisiones implica tanto componentes subjetivos como objetivos.

Por estas razones, Brock considera que la tradición paternalista es inaceptable. La doctrina del consentimiento informado promueve otro valor principal: **la autodeterminación del paciente**. El interés de una persona en la autodeterminación refleja el deseo común de tomar decisiones importantes sobre la propia vida y de acuerdo a los propios objetivos y valores. La autodeterminación implica cierta capacidad de los individuos para formar, revisar luego de un tiempo, y perseguir un plan de vida o concepción de su bien. Decir que somos capaces de la autodeterminación no es negar nuestra interdependencia ni que nuestros valores son influidos por otros. Incluso, en la evaluación de estas influencias, uno las hace propias y las incorpora o las rechaza en su propia concepción del bien.

El consentimiento informado sirve a otros valores, especialmente cuando se lo considera como una práctica social institucionalizada. Fomenta la confianza pública general en la empresa médica, especialmente en el contexto de la investigación médica en la que existirían de otro modo serias preocupaciones sobre conflictos de intereses entre los investigadores médicos y los sujetos de investigación.

El requerimiento de que los médicos expliquen y justifiquen las recomendaciones de tratamiento al paciente también puede alentar un escrutinio más cuidadoso y la revisión de esas recomendaciones por la profesión médica, resultando por lo tanto en mejores recomendaciones. Al brindarle información, el médico le otorga al paciente un poder, **el poder de participar en el proceso de decisión** con respecto a su tratamiento.

El consentimiento informado está asociado con agentes autónomos, que tienen una participación activa en la relación médico-paciente. El paciente, cuando da su consentimiento, no se limita a padecer y a aceptar de forma pasiva las indicaciones del médico sino que está moralmente comprometido con la determinación de su tratamiento. Este dispositivo apunta a **jerarquizar la autonomía del paciente** y a proteger su poder de decisión.

Una definición de **consentimiento informado** es la siguiente: Una persona competente da su consentimiento informado cuando, provista de la información

adecuada y sin coerciones, acepta seguir el tratamiento propuesto por su médico o someterse a algún tipo de investigación.-

Por otro lado, puede recalcarse que el consentimiento informado implica necesariamente su opuesto, el **rechazo informado**. Es frecuente que los médicos se rehúsen a tenerlo en consideración y que se nieguen a aceptarlo. La tendencia, sin embargo, indica que el rechazo informado tiene cada vez mayor aceptación. La legislación de muchos países lo ha incorporado, incluso cuando se refiere a tratamientos vitales. Un caso típico de rechazo de tratamiento es el que suelen realizar los Testigos de Jehová, quienes se oponen por motivos religiosos a recibir transfusiones de sangre. Como sabemos, es muy frecuente que la decisión de estos pacientes genere una gran resistencia por parte de los médicos.

Otra de las nociones involucradas en la definición de consentimiento informado es la de **coerción**. La decisión sólo puede ser autónoma en el caso de que el paciente no esté sometido a coerción. Se considera que la decisión de un paciente es tomada bajo coerción cuando éste es amenazado, explícita o implícitamente, con consecuencias evitables y no queridas, *a menos que* el paciente lleve a cabo la elección deseada. Por ejemplo, se le dice a un paciente gravemente enfermo que sólo si acepta un tratamiento adicional no se le retirarán otras medidas paliativas. De hecho, una crítica común de los médicos al proceso de consentimiento informado es que no tiene sentido implementarlo porque ellos pueden hacer que el paciente acepte lo que ellos quieren. Quizás la forma más llamativa de la manipulación se da cuando deliberadamente se retacea información a los pacientes con el fin de modificar su decisión. Por ejemplo, no se les nombra alternativas de tratamiento fuera de la que el médico prefiere, o se omiten los riesgos significativos o efectos colaterales del tratamiento que se recomienda.

Esto claramente limita la capacidad del paciente para tomar una decisión informada coherente con sus valores y necesidades particulares. La manipulación pasa por alto el proceso deliberativo del propio paciente y compromete su autodeterminación haciendo que la decisión no le pertenezca plenamente. Un elemento fundamental de la decisión es la noción de **información adecuada**. El objetivo del requerimiento de que el consentimiento sea informado consiste en que los pacientes alcancen una suficiente comprensión de su condición y de sus posibles tratamientos para que ellos puedan establecer rectamente qué tratamiento, si hay alguno, va a servir mejor a sus objetivos y valores. La información brindada debería incluir: (1) el estado médico presente del paciente, incluyendo el pronóstico futuro si no se sigue ningún tratamiento; (2) todas las alternativas de tratamiento que pueden mejorar la condición y el pronóstico del paciente, incluyendo una explicación de los procedimientos implicados, los riesgos y beneficios significativos de las alternativas con sus probabilidades asociadas y los costos financieros de las alternativas; y (3) una recomendación de la alternativa mejor.

Otra noción clave en esta definición es la de **competencia** para el **consentimiento válido**. El consentimiento válido, según Brock, no sólo requiere de información adecuada sino también de estas otras dos condiciones:

1) **Competencia**. El requerimiento de que el paciente sea competente para que el consentimiento sea vinculante es más complejo de lo que podría parecer en primera instancia. En algunos casos, se percibe con claridad que el paciente es competente. En otros, las personas son incapaces de participar en la toma de decisiones sobre la atención de su salud en cualquier grado de que se trate: Los comatosos, los bebés y los niños muy jóvenes y algunos discapacitados mentales graves o enfermos mentales. Con estos grupos, existe poca o ninguna posibilidad de involucrarlos en una toma de decisión sobre el cuidado de su salud. Por otro lado, la mayoría de los adultos *normales* de inteligencia promedio, usualmente son capaces de comprender su situación y de decidir sobre su tratamiento.

2) **Voluntariedad**. Para que el consentimiento a una toma de decisión sea respetable, ésta debe ser voluntaria o tomada libremente. *El consentimiento que es*

obtenido como resultado de coerción o coacción, manipulación o influencia indebida, es inválido y no autoriza el tratamiento. Una elección involuntaria no reflejará los objetivos de quien elige sino la voluntad de quien ejerce la coacción o la manipulación, y de esta manera va a violar la autodeterminación de quien elige.

Pedro Pablo Altamirano
Comité de Bioética
27-04-2006

Bibliografía

Beauchamp, Tom L. - Childress, James F., *Principios de ética biomédica* (4º edición), Masson S.A., Barcelona, 1999.

Brock, Dan W., *Life and Death*, Cambridge University Press, 1994.

Faden, Ruth y Beauchamp, Tom, El concepto de consentimiento informado, en Beauchamp T. & Walters L., *Contemporary Issues in Bioethics*, Dickenson Publishing Company, USA, 1989. Traducido por Ana Inés Barbieri de Luna.

Curso de Postgrado de Bioética On Line. FLACSO-2.005