

Más allá de la autonomía

A. Pardo

Departamento de Humanidades Biomédicas. Universidad de Navarra

Correspondencia:

Antonio Pardo

Departamento de Humanidades Biomédicas. Facultad de Medicina

Universidad de Navarra. Campus Universitario

31080 Pamplona

(apardo@unav.es)

En el reciente IV Congreso Nacional de Bioética de la Asociación Española de Bioética y Ética médica, modélicamente organizado en Valladolid, pude asistir a bastantes ponencias interesantes. Sin embargo, las que más me hicieron reflexionar no fueron las que me aportaron más datos o puntos de vista originales sino dos, que tuvieron lugar consecutivamente, y cuyo contenido general intentaré resumir a continuación.

La bioética de exaltación de la autonomía

Tengo que reconocer, antes de comenzar este resumen, que dichas ponencias fueron, aparentemente, muy distintas en su contenido. La primera se centraba en las dificultades e incertezas que van ligadas al ejercicio profesional de la Medicina, con sus ajetreos, conocimientos parciales y decisiones en ocasiones precipitadas, que dejan siempre un regusto de "quizá podría haber hecho otra cosa", "¿seguro que mi postura en este caso era la más acertada?" y otras consideraciones similares. La segunda era una visión de la atención de enfermería desde la óptica de los cuidados: cuidar al paciente no es un mero secundar las indicaciones técnicas del médico, sino un estar atento a las peculiaridades del enfermo, a su visión de la vida, gustos y preferencias, que pueden hacer variar sustancialmente la atención de enfermería en cada caso concreto. Cada persona es un mundo, y una enfermera competente debe descubrir ese mundo para apoyarlo con sus cuidados; no cabe una atención de enfermería que descuide a la persona, con sus peculiaridades individuales.

Sin embargo, detrás de estos dos temas, tan diversos aparentemente, se vertió la misma idea bioética de fondo: el único punto de mira de la atención sanitaria es la autonomía del paciente. Aunque el contexto, como he mencionado, era muy diverso en uno y otro caso, la argumentación se desarrolló partiendo del mismo tópico: la atención sanitaria se ha desarrollado clásicamente dentro del paternalismo, de la toma de decisiones por parte del médico sin contar con el enfermo; ya es hora de revertir esta situación anómala: debe considerarse prioritaria la autonomía del enfermo, su "estilo de vida", sus ideas concretas sobre el tratamiento que puede recibir, etc. Porque vivimos en una sociedad pluralista y multicultural en la que ya no son aplicables clichés idénticos a todos los pacientes.

En este contexto de rechazo del paternalismo, las dudas médicas expuestas en la primera ponencia, incluso en los casos en los que la ley prevé un determinado curso de acción, se convertían en dudas sobre si se había respetado la autonomía del paciente de modo acorde con la nueva corriente de mayor respeto a la autonomía; y, en la segunda ponencia, la calidad de los cuidados de enfermería venía al final calibrada por el grado de fomento prestado a la autonomía del paciente.

Creo que todos los asistentes estuvieron plenamente de acuerdo en las soluciones que se aportaron a los casos, reales o imaginarios, que ilustraron las ponencias. Efectivamente, si consta que existe una directiva anticipada de tratamiento expresada de modo jurídicamente correcto, esta directiva es vinculante, aunque es interpretable (primera ponencia); y los cuidados de enfermería deben fomentar el modo de vida del paciente y no un estereotipo que el cuidador se haya podido formar.

Mis dificultades surgen, no de lo que se dijo, sino de lo que no se dijo pero se dejó traslucir en dichas intervenciones, y que sólo se hace aparente tras un poco de reflexión.

¿Puede ser realmente autónomo el paciente?

En primer lugar, me pregunto si el paciente puede ser realmente autónomo. En toda esta borrachera contemporánea de exaltación de la autonomía, se insiste constantemente en que nuestra vida está a nuestra disposición. Somos nuestros propios amos, dueños de nuestro destino, que no tiene por qué verse sometido a imposiciones arbitrarias.

Esta afirmación de la autonomía es una obviedad: todo el mundo sabe de sobra que "está en mi mano hacer lo que me dé la gana"¹. Pero un enfermo, ¿puede hacer lo que le da la gana? También es obvio que no. Precisamente estar enfermo es no poder desarrollar la vida personal según uno suele, es estar limitado por una circunstancia generalmente orgánica que impide vivir. La atención sanitaria puede intentar ayudar a superar esa situación. Pero es aplastante que, en el caso del enfermo, no está en su mano hacer lo que le da la gana. Por la enfermedad, su vida se convierte en algo no autónomo sino dependiente, en su caso de quienes le ayudan y cuidan. Los enfermos

están obligados a entenderse con sus cuidadores, cuestión mucho más humana que “está en mi mano hacer lo que me dé la gana”. Lógicamente, los partidarios de la autonomía a ultranza no compartirán esta afirmación, pues piensan que la máxima humanidad está en la máxima libertad, en la optimización de las posibilidades de elección.

Reflexionando sobre algunos tipos de enfermo que me ha tocado cuidar, pienso que es precisamente la enfermedad lo único que puede hacer reaccionar a algunas personalidades, eternamente infantiles, que nunca terminan de elegir nada seriamente para no perder libertad, al mostrarles las limitaciones y condicionantes de la vida humana por la vía más dura. Pretender subrayar la autonomía de quien no es en absoluto autónomo es desperdiciar esa oportunidad que la vida ofrece para madurar. Tendría que matizar esta afirmación, pero nos llevaría demasiado lejos. Quede así por ahora.

Qué significa “Doctor, ¿qué haría usted en mi caso?”

En segundo lugar, mi experiencia me indica que lo último que desea un paciente -normalmente- es gobernar su vida con sus propias decisiones. Si a un enfermo se le ofrece un menú de posibilidades diagnósticas o terapéuticas, en primer lugar deberá hacerse cargo razonablemente de su contenido, lo que ya es mucho suponer; y, tras la oferta del menú, es muy corriente que rechace elegir y nos pregunte: “Doctor, ¿qué haría usted en mi caso?”.

Llegado este punto, los partidarios de la bioética de la exaltación de la autonomía claman: En este momento el médico -o la enfermera- impone su propio criterio al paciente. Eso es paternalismo trasnochado. Debe ofertarse el menú, el paciente es quien debe elegir. O, en todo caso, si el paciente prefiere obedecer las indicaciones del médico, esta aceptación debe tener lugar como un acto autónomo suyo, libre de presiones psicológicas o de cualquier tipo por parte de quien le cuida.

Dejando aparte que hay situaciones en las que eso es imposible (pacientes inconscientes o semiinconscientes, por ejemplo), creo que hay detrás de esta negativa una comprensión incorrecta del “Doctor, ¿qué haría usted en mi caso?”.

La bioética de la exaltación de la autonomía interpreta esta frase en el sentido siguiente: “Doctor, si usted tuviera mi enfermedad, ¿qué haría usted?”, con lo que su acusación de que todo lo que se siga de ahí es paternalismo tiene su parte de razón. Sin embargo, pienso que la interpretación correcta de esta pregunta es la siguiente: “Doctor, si usted fuera yo, con mi familia, mi trabajo y mis diversas circunstancias, pero con sus conocimientos técnicos, ¿qué decisión tomaría?”².

Como puede verse, la cuestión es muy distinta: el enfermo no está pidiendo al médico que tome las decisiones por él (creo que eso sería una práctica médica incorrecta); más bien, pienso que le pide que, haciéndose uno con el enfermo, le ayude a tomar una decisión para la que él no tiene conocimientos suficientes. Este modo de actuar es una cuestión nada fácil para el médico, que exige una humanidad fuera de lo común, y que no se aprende en las Facultades de Medicina; pero me parece palmario que está tan lejos del paternalismo que fustigan los partidarios de la exaltación de la autonomía como la noche del día.

Sin embargo, esto han sido dos reflexiones previas. El núcleo del problema no radica en estas observaciones iniciales, sino que tiene algo más de calado.

¿Hay límites a la autonomía?

En el Congreso, tras las dos ponencias a las que me estoy refiriendo, debió desarrollarse un breve coloquio. Por desgracia, las premuras de tiempo lo dejaron reducido a una sola pregunta cuyo meollo fue esquivado por los ponentes. Dicha pregunta iba encaminada a ir un poco más al fondo de la cuestión bioética subyacente: en esa bioética de la exaltación de la autonomía, ¿cabe establecer límites a la autonomía del paciente o es ésta el último criterio de actuación del médico o la enfermera?

No recuerdo exactamente los términos en que fue planteada la pregunta. Yo la habría formulado del modo siguiente: se publicó, hace ya bastantes años, en una revista médica, un artículo en el que se presentaba una anécdota real; una mujer acude a la consulta del cirujano, y le pide que le extirpe la mama derecha. El cirujano, lógicamente, se interesa por el diagnóstico que supone que le han hecho en otro centro médico, para ver si es la intervención más indicada en dicho caso. La mujer, sin embargo, responde que no existe ningún diagnóstico de ningún proceso maligno; se trata de que ella es golfista profesional, y piensa que su pecho derecho supone una dificultad para mejorar el balanceo del palo de golf al final de los golpes largos y mejorar así su estilo. Hasta aquí la anécdota. Pero, situado ante este caso, ¿accedería usted a extirparle el pecho a esa mujer?

Comienza aquí un calvario para el entendimiento entre los hombres. Ya Platón reconocía que encontrar en el diálogo con quien sostiene posturas extremas (como el autonomismo radical del que ahora tratamos) a alguien capaz de ser coherente hasta el final es difícil³, del mismo modo que se vuelve muy complicado el diálogo debido a una peculiar cerrazón argumentativa en quien defiende la postura radical⁴.

Debido a estos problemas, a partir de ahora el diálogo con el autonomismo radical se convierte en una ficción literaria, como en el correspondiente diálogo de Platón, pues es difícilísimo que se dé en la realidad. Al menos, yo no he conseguido en mi carrera profesional en el campo de la bioética establecer ninguno siquiera medianamente constructivo.

Relativismo radical

Puesto entre la espada y la pared, en la tesitura de si extirparía el pecho a la golfista que lo pide o no, el defensor del autonomismo podría responder de varias maneras.

Una primera, la coherente (y muy poco frecuente), sería afirmar que accedería a mutilar a la mujer porque se trata de una decisión que ella ha tomado autónomamente sin presiones de ningún tipo. Dicho de otro modo: el médico debería de acceder a *cualquier cosa* que pidan sus pacientes⁵. No hace falta que me extienda criticando esta salida: se deshace de raíz cualquier vínculo interpersonal, base de las relaciones sociales, y resulta repelente desde el más mínimo atisbo de sensibilidad moral. De hecho, los pocos autores que han seguido esta línea de argumentación han conseguido que se hable mucho de ellos

(por lo *boutade* de sus afirmaciones), pero no han tenido un seguimiento serio por parte de la ética profesional.

Moderación moral

La otra posibilidad es que el interpelado responda que no accedería a practicar la intervención. Esto parece mucho más sensato. Sin embargo, la causa de dicho rechazo se puede argumentar de dos modos distintos.

Uno de ellos puede formularse de modo parecido al siguiente: "el relativismo radical es una exageración, no es admisible; hay que ser más moderados en nuestras opiniones éticas". Esta es la respuesta que un defensor del autonomismo da habitualmente como comentario a las posturas extremas que accederían a *cualquier* deseo del paciente.

El problema comienza cuando se les interroga acerca de la razón o del significado concreto de dicha moderación en las opiniones éticas: no hay manera de conseguir una respuesta ni siquiera medianamente coherente. A lo más, se obtiene una vaga referencia a que sería necesario un consenso social sobre la cuestión antes de tomar una decisión definitiva al respecto, pero que tampoco hay que ser extremistas por el lado contrario, prohibiendo o vetando ciertas conductas médicas simplemente porque ahora, en el contexto presente, nos parecen demasiado avanzadas o extremas⁶; y que no hay más que ver casos históricos, como la práctica del aborto, que ha pasado de ser algo radicalmente prohibido a ser una práctica médica más, socialmente aceptada⁷.

Por decirlo de otro modo más clarificador: están en contra de posturas extremas, pero, dadas las circunstancias adecuadas, no existen acciones que sean éticamente incorrectas: siempre hay casos extremos en los que la regla general (que profesan ardorosamente defender) decae. O sea: son tan relativistas como quienes responden que sí estarían dispuestos a acceder a cualquier deseo del paciente, pero visten su relativismo de un ropaje de moderación que hace aceptable su postura a primera vista⁸.

Más allá de la autonomía

La otra alternativa es que el médico se negara a practicar la mastectomía argumentando que hay acciones que están mal, que no es correcto decidir la mutilación de nadie, incluso aunque esa persona lo solicite⁹. Hay ciertas cosas que no es correcto querer, ni por consiguiente ejecutar, sean cuales sean las circunstancias.

Por consiguiente, aunque se trate de un buen médico, que sabe ponerse en el lugar del paciente y plegarse a sus deseos mientras sea moralmente admisible (que lo es muchas más veces de lo que parece¹⁰), llega un punto en el que considera que no puede acompañar con su ayuda técnica las decisiones autónomas del enfermo, y se negará a atenderlas (manteniendo, mientras tanto, su mejor ayuda en lo que no sobrepase esa línea de lo *realmente* inadmisibles). Es la objeción de conciencia profesional que, como mucho, es admitida a regañadientes dentro de la bioética de exaltación de la autonomía.

Lógicamente, quien defiende las peculiaridades de sus pacientes pero se niega a atravesar esa línea de lo a todas luces moralmente incorrecto, no tendrá inconveniente en declarar abiertamente que sus principios éticos consideran el respeto a

la autonomía del paciente pero que, más allá y por encima de ella, deben respetar unas normas básicas de comportamiento moral; y que, por tanto, no estarán dispuestos a secundar *cualquier* petición de sus pacientes.

¿Táctica?

En las intervenciones que nos están sirviendo de guía para esta exposición no se habló en ningún momento de dichos principios o normas básicas que se encuentran por encima de la autonomía del paciente¹¹. Como máximo, se hizo una vaga referencia a la dignidad de la persona, que podía interpretarse de cualquier manera.

De lo dicho anteriormente se deduce que el discurso de exaltación de la autonomía de los pacientes es solamente una visión inicial de la relación médico-enfermo, que esconde detrás un argumento ético más profundo que no se declara: este argumento es, o bien el relativismo ético, o bien unos principios éticos superiores; pero quien defiende unos principios superiores no siente ningún prurito en declararlos; sólo nos queda, por tanto, que, si en el discurso de exaltación de la autonomía no se declaran esos principios que están detrás, y que son los que regirán al final la conducta del médico, esos principios no son más que relativismo ético, que quizá no se llega a formular abiertamente porque resulta demasiado extremista o políticamente incorrecto. El punto clave en estos casos es recurrente: puestos en la tesitura de tener que decantarse por el sí o por el no en casos como el ejemplo que hemos propuesto anteriormente, habrá mil salidas, pero nunca el no tajante a ciertas cosas que están siempre mal.

¿Este modo de exponer el tema de la autonomía es una táctica para difundir insidiosamente el relativismo moral? Es una posibilidad. De hecho, se ha comentado en numerosas ocasiones en este sentido el trabajo de algunos filósofos ilustrados, como puede ser John Locke. Los países occidentales somos herederos en buena medida de sus ideas a la hora de la organización política de nuestra sociedad. La exaltación de la autonomía tiene una virtud parecida: es una banalidad, pero suena bien, conquista clientela, y triunfa en el mercado de la bioética, sembrándola de relativismo moral de modo subrepticio. Si a esto le sumamos que la defensa de la autonomía se suele apoyar en argumentos como "hay que convivir", "hay que tolerar", resulta muy difícil mantener posturas éticas "duras".

Además, existe el hecho complementario de que estas exposiciones de defensa de la autonomía siempre comienzan denostando un modo de paternalismo que, propiamente, es un fantasma, que sólo existe en una mala práctica médica; esto contribuye a pensar que, en efecto, el discurso de exaltación de la autonomía sigue, en el fondo, una táctica para difundir relativismo ético.

La bondad política

Pero no seamos tan negativos: cabe otra interpretación más benévola a estos hechos. Vivimos inmersos en una cultura heredera de la filosofía ilustrada, que ha hecho un extraordinario hincapié en dos cuestiones decisivas: la interpretación científica del mundo material, y la necesidad de organizar la vida política alrededor del respeto a las libertades o derechos de los individuos (en

una variación laica del respeto a la persona que tantos siglos costó al cristianismo imbuir en Occidente). Estas visiones de la naturaleza y del hombre se quedan en sus aspectos más superficiales y periféricos (las leyes que rigen los aspectos materiales, o las que rigen las relaciones externas entre los hombres).

Dejan de lado lo que ocupaba el empeño filosófico clásico¹²: penetrar en lo inteligible de la realidad para desentrañarlo, alcanzar su esencia, sus aspectos universales. Esta empresa filosófica es difícil: ya Aristóteles indicaba que algunas realidades inteligibles sólo se podían intentar mostrar; es cada persona la que debe hacer en un momento de su vida el descubrimiento de la existencia de lo inteligible, sin el cual no puede haber verdadera empresa filosófica¹³.

La cultura contemporánea, con su acento sobre lo externo, crea enormes dificultades para este descubrimiento de lo inteligible. El resultado, en bioética, es el hincapié en la autonomía del paciente, concebida como mera libertad externa de coacción. Parece que no se ven los aspectos inteligibles, universales, de las acciones humanas, con todos los estudios éticos que llevan aparejados, y por eso no trata de ellos. Todo se queda en el fomento de la autonomía, que es un modo de quedarse en la libertad fáctica, política, como único criterio. Lo bueno es lo políticamente bueno, lo que afecta a los demás¹⁴ de modo positivo. Nada más.

¿Que es lo inteligible que no se llega a ver? Un principio muy antiguo, que nos afecta a todos los hombres, y que se encuentra por encima de toda autonomía y de toda libertad política: "hay que obrar el bien y evitar el mal".

Bibliografía

1. Cuestión aparte, y no banal, es la de las consecuencias de las acciones. Pero que existe libertad de actuar como se desee es aplastante.
2. Debo esta idea a una reflexión del Dr. Herranz en un seminario de nuestro Departamento.
3. En bioética, el único autor que yo sepa que ha tenido esta coherencia total ha sido Hugo Tristram Engelhardt, tejano que llega a defender la práctica del infanticidio entre otras barbaridades. Cfr. Engelhardt HT Jr. *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 1986; 398.
4. Es lo que sucede con Calicles en su diálogo con Sócrates: es el único que mantiene su postura hasta el final, pero Sócrates parece estar hablando con una pared. Cfr. Platón, *Gorgias*.
5. Existen cuestiones periféricas, como los daños o perjuicios causados a terceros, pero en la mayor parte de los casos se pueden obviar con facilidad, minimizando su importancia o considerándolos intrascendentes; así, se argumenta que se puede abortar porque el feto todavía no es persona, que se puede practicar la eutanasia porque mi vida es irrelevante para el resto de la sociedad, etc.
6. Es, casi literalmente, el modo de argumentar que empleó Noëlle Lenoir en la reunión de la Unesco previa a la condena que esta institución realizó de la clonación humana: defendió que dicha condena era prematura, y que no le parecía conveniente cerrar las puertas a una tecnología que, en el futuro, quizá podría dar grandes frutos.
7. Esta afirmación de ejemplo, como es obvio, es falsa. El aborto provocado es considerado por los propios médicos como una práctica de segunda fila. Y la mujer que se somete a él sabe perfectamente que está tomando una decisión muy seria, radicalmente distinta a operarse de apendicitis. Que se haga con frecuencia no implica que haya cambiado la percepción moral al respecto.
8. Dicha postura es sospechosamente parecida a la ética provisional de Descartes, que puso en tela de juicio toda moralidad y, mientras llegaba a tesis éticas definitivas (cosa que no llegó a suceder), se conformó con "allá donde fueres haz lo que vieres": no hay que ser extremistas, veamos la opinión social, etc.
9. Edmund Pellegrino, al mencionar los límites de la autonomía del paciente, menciona expresamente los intentos de autolesionarse o mutilarse (además de los daños a terceros, la conciencia del médico, y la naturaleza fútil o contraindicada de lo que el paciente solicita). Cfr. Pellegrino ED. *Decisions to Withdraw Life-Sustaining Treatment. A Moral Algorithm*. JAMA 2000; 283(8): 1065-7. Debo esta cita a Miguel Ruiz-Canela.
10. A veces, los médicos tildamos de inadmisibles las decisiones de pacientes que, por ejemplo, se niegan a una intervención quirúrgica sencilla (desde nuestro punto de vista) porque les resulta psicológicamente insoportable, o les produce un miedo irracional. Ese tipo de reacciones del enfermo es perfectamente asumible por un ejercicio correcto de la Medicina, que no debe forzar a los pacientes si, tras una adecuada explicación, no consiguen vencer sus miedos. Los ejemplos se podrían multiplicar.
11. Se habló abiertamente de ellas en la conferencia inaugural del prof. Ayllón, que supo armonizar el respeto a las peculiaridades del paciente con la existencia de principios morales superiores.
12. Con esto no me refiero a "antiguo", sino a intemporal e imperecedero.
13. Cfr. Leonardo Polo. *Introducción a la filosofía*. Pamplona: EUNSA, 1995.
14. Dejo de lado que "los demás" es un concepto que puede recortarse arbitrariamente en la vida política, como nos demuestra la historia de la esclavitud, del aborto, de los genocidios, y demás páginas negras que hemos escrito los occidentales en la época reciente, heredera de la ilustración.