



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

López Jaramillo, Carlos Alberto; Holguín Lew, Jorge Carlos
Autonomía, confianza y ética médica en la obra de Onora O'Neill
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 42, núm. 1, 2013, pp. 120-135
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80626357005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Autonomía, confianza y ética médica en la obra de Onora O'Neill*

Carlos Alberto López Jaramillo¹
Jorge Carlos Holguín Lew²

Resumen

Introducción: El concepto de autonomía se ha convertido en uno de los más importantes en el campo de la bioética. Onora O'Neill es quizás la autora e investigadora contemporánea más representativa en el campo filosófico y bioético en relación con la noción de autonomía. *Objetivos:* Ofrecer una revisión del concepto de autonomía en la obra de Onora O'Neill, para comprender su aporte a la bioética actual. *Método:* Se revisa el concepto en la obra de O'Neill en relación con tres preguntas: 1) ¿cuáles son las principales limitaciones de la concepción individualista de autonomía? 2) ¿Cómo entender las relaciones entre confianza y autonomía y sus implicaciones? y 3) ¿qué implicaciones tiene la concepción de autonomía fundamentada en principios para aspectos como la relación médico-paciente y el consentimiento informado. *Resultados:* El enfoque de O'Neill es original y relaciona la ética kantiana con sus propias ideas sobre la confianza junto con los planos individual y social de la bioética. *Conclusiones:* La autora ha desarrollado la visión no individualista kantiana de la autonomía. Su conceptualización de la confianza y sus crisis contemporáneas complementan y fortalecen el concepto de autonomía fundamentada en principios. Esta tiene implicaciones más allá de lo teórico y en su obra, O'Neill propone ejemplos y analiza circunstancias que hacen manifiesta la aplicabilidad de sus planteamientos. La obra de O'Neill contribuye a enfrentar los retos que impone el entorno sociopolítico de los sistemas de salud orientados hacia la costoeficiencia y la llamada medicina a la defensiva.

Palabras clave: O'Neill, autonomía, ética kantiana, individualismo, confianza, relación médico paciente, decisión compartida.

Title: *Autonomy, Trust and Medical Ethics in Onora O'Neill's Work*

* El presente estudio fue financiado por la Universidad de Antioquia.

¹ Médico psiquiatra, MSc, doctor en Bioética. Profesor titular y jefe del Departamento de Psiquiatría. Coordinador del Grupo de Investigación en Psiquiatría, de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Antioquia. Director del Programa de Trastornos del Ánimo, Hospital San Vicente Fundación.

² Médico psiquiatra, Mphil, candidato a doctor en Filosofía. Profesor asociado, del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Grupo de Investigación en Psiquiatría (GIPSI).

Abstract

Introduction: Autonomy has become a key concept in bioethics. Onora O'Neill is perhaps the most representative author and researcher in the philosophical and bioethical fields regarding the concept of autonomy.

Object: To review the concept of autonomy in Onora O'Neill's work so as to understand its relevance in current bioethics. *Method:* The concept of bioethics is reviewed in relation to three fundamental questions: 1) Which are the main limitations of the individualistic conception of autonomy? 2) How to understand the relations between trust and autonomy together with their implications? and 3) Which are the implications of principled autonomy for aspects such as doctor-patient relationship and informed consent. The main works by O'Neill are reviewed, specifically regarding medical bioethics. *Results:* O'Neill's approach is original and relates Kantian autonomy to her own conceptions about trust, and both the individual and social levels of bioethics. *Conclusions:* The author has developed a Kantian non individualistic view of autonomy. Her conceptualization of trust and the crises this concept is currently undergoing complement and strengthen the concept of principled autonomy. The implications of O'Neill's concepts go beyond theoretical discussions and in her work she uses examples and analyzes circumstances which demonstrate the applicability of her proposals. O'Neill's work contributes to dealing with the challenges posed by the socio-political context of cost-efficiency oriented health systems and of the so-called defensive medicine.

Key words: O'Neill, autonomy, Kantian ethics, individualism, trust, doctor-patient relationship, shared decision.

Introducción

La autonomía se ha convertido en uno de los conceptos principales

alrededor de los cuales se estructuran las relaciones entre los individuos y la sociedad contemporánea. De las relaciones entre individuos que con más fuerza se encuentran determinadas por el concepto de autonomía, está la relación médico paciente. Se puede afirmar que la autonomía determina en gran medida hoy en día la toma de decisiones por parte del médico y la valoración de tipo ético que se hace de sus acciones. Si se ha respetado la autonomía del paciente o no, es uno de los criterios para la valoración ética de la conducta médica, tanto clínica como en el contexto de la investigación.

Si bien el término *autonomía* es utilizado de manera amplia, tanto en el lenguaje corriente como especializado, el concepto no es tan "transparente" como se pudiera pensar. Es más, el término autonomía en sus usos más "técnicos" tiene varias definiciones, que a su vez generan una estructura o campo semántico mucho más amplio y diverso de lo que a veces percibimos. Por ejemplo, el *Diccionario* de la Real Academia Española (DRAE) trae cinco definiciones, entre las cuales la segunda parece particularmente relevante para estas discusiones: "Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie". ¿Es esta la definición de autonomía y el concepto subyacente (el de independencia en algunos aspectos), aquel en que se basan las personas en sus transacciones cotidianas para decidir si alguien puede o no tomar decisiones?, o,

por el contrario, ¿las definiciones que utilizan los pacientes difieren significativamente de las de los médicos, los bioéticos, los políticos, los abogados, etc.?

Estas diferencias, ¿son un hecho intrascendente en lo cotidiano o, al contrario, se crean dificultades tanto comunicativas como relacionales, que a su vez dificultan la valoración de si una decisión determinada respeta o no la autonomía de un individuo? Es más, ¿es siempre beneficioso para pacientes y médicos guiarse por la idea de autonomía como el no depender de nadie para ciertas cosas?

Previamente, autores como Dworkin (1989) han examinado esta multiplicidad semántica de la autonomía; han encontrado que se articula con otros conceptos, como libertad, dignidad, integridad, individualidad, independencia, responsabilidad, autoconocimiento, reflexión crítica, etc. En el campo de la bioética específicamente, en años recientes se ha señalado que existen diferencias significativas entre los diversos enfoques acerca de la autonomía, tanto en el ámbito conceptual o filosófico como en las implicaciones que cada una de estas visiones tiene para la relación médico-paciente, y las acciones concretas de médicos, pacientes y sistemas de salud.

Entre las autoras que han influido en las discusiones sobre autonomía y bioética durante la última década se destaca Onora O'Neill. Este papel destacado se debe en parte

importante a su original desarrollo de la obra de Kant sobre moral y autonomía, sus cuestionamientos a la autonomía individualista y sus trabajos sobre la confianza. O'Neill tiene estudios en filosofía, psicología y fisiología de la Universidad de Oxford, y de doctorado de la Universidad de Harvard, con supervisión del pensador John Rawls, de quien acepta una gran influencia. A lo largo de su extensa e importante carrera académica, ha defendido y aplicado la interpretación constructivista de la ética de Kant, enfatizando en la centralidad de la responsabilidad y reciprocidad, en relación con los principios, la confianza, la escogencia informada (como alternativa al consentimiento informado) y el respeto, como elementos clave en la estructuración de la autonomía, no solo como concepto, sino como elemento involucrado en la acción cotidiana.

El presente trabajo tiene como objetivo un examen de la obra de O'Neill en lo relativo a la autonomía en bioética médica. Las implicaciones de su obra en otros ámbitos de la bioética (por ejemplo, ambiental), si bien son tenidos en cuenta, sobrepasan los objetivos de este artículo. Sus obras *Rethinking Informed Consent in Bioethics* (2007, con Neil Manson), *New Essays on the History of Autonomy* (2004, con Natalie Brender), *Autonomy and Trust in Bioethics* (2002), *A Question of Trust: The BBC Reith Lectures 2002* (2002), *Constructions of Reason: Exploration of*

Kant's Practical Philosophy (1989), al igual que varios de sus artículos, fueron seleccionados con este fin. Tres preguntas principales sirvieron de guía para el análisis:

1. ¿Cuáles son, según O'Neill, las principales limitaciones de la concepción individualista de autonomía?
2. ¿Cómo entender las relaciones entre confianza y autonomía, y sus implicaciones?
3. ¿Qué implicaciones tiene la concepción de autonomía fundamentada en principios (o "*principled autonomy*") para procesos como la relación médico-paciente y el consentimiento informado?

Un escenario complejo y contradictorio

El escenario en que O'Neill sitúa las controversias más importantes alrededor de la autonomía es el de unas sociedades crecientemente preocupadas por los riesgos. En estas sociedades, los individuos y los colectivos expresan su intranquilidad por los riesgos que entrañan las acciones y productos científicos, médicos y, de manera más general, biotecnológicos. Esta intranquilidad es expresada no solo como temor, sino de manera más general como una falta de confianza, que en ocasiones lleva a que se intente cuestionar o frenar estas instituciones (y/o a sus agentes) por medio de la crítica,

la protesta o incluso el sabotaje. La falta de confianza en las instituciones ha llevado también a la exigencia de niveles de seguridad impracticables que garanticen prácticamente "cero riesgo".

En las profesiones de la salud, esto se ha visto reflejado en los movimientos que propenden por estandarización máxima de la práctica médica, hasta el punto en que se intenta que no exista variabilidad entre los procedimientos realizados por los médicos, situación que contrasta con la demanda por un mayor respeto y comprensión de las particularidades de cada individuo al momento de recibir un diagnóstico y/o tratamiento.

La bioética es planteada por O'Neill como un espacio aglutinador de discusiones acerca de las problemáticas que suscitan la medicina, la ciencia y la biotecnología en diferentes sectores de la sociedad. Este espacio tiene al menos dos dominios principales: la ética médica y la ética ambiental. La autonomía y la confianza son identificadas como dos de los temas centrales de las controversias contemporáneas alrededor de estas situaciones y espacios (figura 1).

La falta de confianza, o por lo menos la actitud de pérdida de confianza hacia las profesiones de la salud, los expertos y las autoridades regulatorias parece estar bastante extendida en la sociedad. Los profesionales de la salud y las entidades regulatorias son vistos cada vez más como grupos

Figura 1. Bioética



Nota: La bioética como espacio de convergencia, deliberación y acción de sectores diversos, en una sociedad intranquila por los riesgos derivados de las acciones y productos de la ciencia-medicina-biotecnología, pero que a la vez alberga, configura y estimula estas instituciones y sus actividades. Autonomía y confianza.

que persiguen sus propios intereses y no los de los pacientes. Sin embargo, en lo concreto, la sociedad tiene una actitud ambivalente en relación con su percepción de los riesgos que entrañan los desarrollos tecnocientíficos en medicina. Por una parte, los individuos declaran de manera reiterada que no confían en instituciones como la ciencia, la medicina, etc., pero siguen recurriendo a estas para resolver sus problemas de salud. Desde la perspectiva de O'Neill, existe una serie de tensiones y contradicciones entre la creciente demanda de mayor autonomía de los pacientes y la pérdida de confianza que (al menos como actitud social) ha invadido estas relaciones. Ello,

pese a que cada vez más las instituciones mencionadas implementan estrategias y mecanismos regulatorios (incluso autorregulatorios), que buscan ofrecer garantías frente al respeto y defensa de la autonomía.

En sus obras, la autora ofrece razones para esta paradoja. Como se ha mencionado, se encuentran relacionadas con una serie de cambios sociopolíticos y culturales, que involucran los intercambios y retroalimentaciones entre la sociedad y la comunidad médica, y a la vez entre esta, los estados y sus entidades regulatorias.

Entre las transformaciones que ha experimentado la práctica médica en las últimas décadas, sin duda

una de las más importantes tiene que ver con el debilitamiento de las tradiciones paternalistas, en las que los profesionales eran quienes decidían cuáles eran los mejores intereses del paciente. Este modelo tradicional de la relación médico paciente ha sido muy criticado, en especial por la asimetría que se da en términos de conocimientos y poder, con la consecuencia de una potencial institucionalización del abuso. Con frecuencia, se ha recurrido a la analogía de los pacientes como niños que siguen ciegamente a sus padres (de allí el “paternalismo”). Si bien en otros momentos históricos esta relación de dependencia era aceptada sin mayor reparo, o tal vez sin mayor alternativa, a medida que las sociedades (occidentales) se han movido hacia modelos de individualidad e individualismo cada vez más fuertes, se considera la confianza existente en la relación médico paciente paternalista como una confianza injustificada.

La ética médica se ha concentrado en el paciente individual, situación que se ha extendido no solo a la medicina hospitalaria, sino a ciertos sectores del sistema de salud como tal. Hasta cierto punto, la insistencia en el respeto por la autonomía y los derechos ha convertido estos conceptos complejos en frases de cajón, en estribillos propagandísticos. Sin embargo, esta actitud origina puntos de fricción con otros movimientos provenientes de la salud pública, los sistemas de salud, la protección del

medio ambiente, etc., que propugnan por la justa y equitativa distribución de los recursos y la atención, además de exigir atención al impacto ambiental negativo que pueden tener decisiones que satisfacen la autonomía individual.

En la bioética, a veces estos tópicos de discusión se han visto marginados, dada la importancia nuclear de la autonomía individual, y a veces surgen conflictos con la bioética en sus dimensiones ambientales y sociales. La autonomía del paciente, que es defendida a capa y espada en la ética médica, es cuestionada cuando se trata de decisiones que tocan a la comunidad, a los derechos de otras especies y al medio ambiente en general. Puede afirmarse que en algunas instancias, la autonomía individual (en especial lo que podría llamarse el “estilo de vida autónomo” escogido por los individuos) es incluso considerada como una frecuente fuente de daño para el medio ambiente, lo cual plantea la necesidad de que esta sea limitada.

Estas discusiones subyacen a las propuestas para diseñar e implementar:

Modelos supuestamente mejores de relación médico-paciente, en los cuales los pacientes son considerados como iguales que participan en la escogencia del tratamiento, en donde el tratamiento es implementado solo a partir del consentimiento informado, en donde la satisfacción del paciente

es considerada como un indicador importante de adecuación profesional y en donde los pacientes son vistos (de manera variable) como consumidores, adultos informados que no son infantilizados o tratados de manera paternalista y en los cuales el poder de los doctores es limitado. En estos acercamientos más sofisticados al tema de la confianza, la autonomía es vista como una precondition para la confianza genuina. (O'Neill, 2003, pp 18-19)

Pero la autora nos alerta hacia los efectos, no siempre percibidos como positivos, que estos cambios han tenido para pacientes y médicos. Para los pacientes, es posible que se haya ganado en términos de autonomía, pero no de confianza. Las condiciones de los sistemas de salud contemporáneos ponen al paciente en frente de grupos de extraños (muchas veces diferentes médicos en cada consulta), con una gran cantidad de información de todo tipo acerca de su vida. Se trata ya no solo de profesionales de la salud con un gran poder por su conocimiento y posición, sino de las legiones de funcionarios cuyas estructuras son desconocidas para la mayoría de los pacientes. Pese a que, al menos en principio, están ahí para garantizar sus derechos, es frecuente la experiencia de los pacientes de que sus necesidades parecen diluirse y perderse en los laberintos de trámites, certificados, firmas y “conductos regulares”. Pese a que estas estructuras están ahí

supuestamente para preservar la autonomía, confidencialidad, el derecho a una atención “con calidad”, se generan nuevos espacios de falta de confianza, al crear distancias entre pacientes y médicos. Se crean instancias de autonomía preservada en el encuentro con el médico, pero que no forzosamente, o mejor, que con mucha frecuencia no garantizan que esa autonomía que hizo parte del proceso de decisiones, sea respetada en otros ámbitos institucionales.

Para los médicos, estas nuevas “reglas del juego” generan vacíos en sus puntos de referencia para la actuación ética. El juramento hipocrático constituía una guía relativamente simple, y estos nuevos arreglos hacen más complejo el abordaje de las situaciones clínicas cotidianas: códigos profesionales enmarañados, necesidad de diferentes certificaciones que respalden la competencia incluso para procedimientos relativamente menores, historias clínicas extensas donde coexisten múltiples datos con funciones diferentes (no siempre con intención terapéutica), un nuevo orden, donde los auditores han reemplazado a los pares y los criterios con que el médico guía su actuar son distintos a los que los auditores utilizan para calificarlo, juzgarlo y sancionarlo.

Autonomía individualista y no individualista

La multiplicidad de significados de la autonomía se convierte en una

necesidad de clarificación, aunque a primera vista pudiese pensarse que la autonomía es en sí misma un estado o situación siempre deseable o positiva.

La acción independiente puede ser importante o trivial, heroica o brutal, solidaria o egoísta, admirable o angustiante para los demás. Si vemos la autonomía individual como mera y absoluta independencia, sus méritos serán altamente variables. (O'Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics*, 2002)

O'Neill coincide con Dworkin en el carácter polisémico del término, pero cuestiona de entrada que la autonomía constituya siempre una cualidad deseable. El origen del cuestionamiento frente a estas supuestas bondades intrínsecas de la autonomía tiene que ver en gran parte con la dimensión individualista a ultranza, por medio de la cual con frecuencia se interpreta e implementa la autonomía.

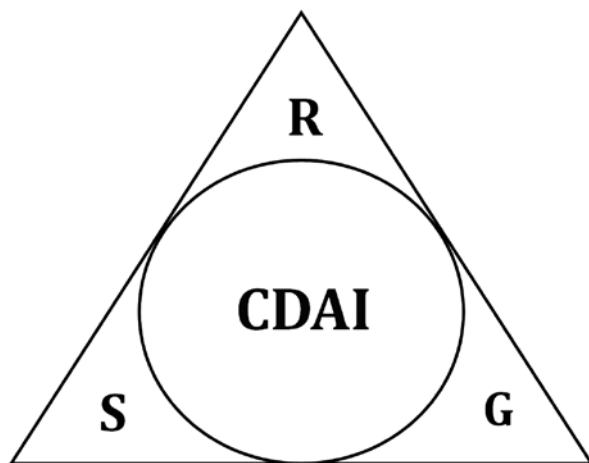
Lo básico del concepto de autonomía está integrado por un elemento nuclear y varias dimensiones que lo configuran. El elemento nuclear sería el de independencia, más específicamente el de capacidad para la decisión y acción independiente. Lo terminan de configurar al menos tres dimensiones: una *relacional*, pues la autonomía siempre es autonomía frente a algo; una de *selectividad*, pues se puede ser independiente en algunos asuntos y al mismo tiempo no en otros; y finalmente, una de

gradualidad, pues algunos individuos en circunstancias particulares pueden tener mayor o menor grado de independencia (figura 2).

Aunque parece claro que la autonomía es asumida como una cuestión de independencia individual, esta paradójicamente tiene consecuencias negativas para la confianza. Cuando se simplifica de esta manera, se reduce la autonomía a *independencia individual de los demás* y, por tanto, de la visión, preferencias, valores, necesidades, etc., *de los demás*. En este punto, la tensión entre autonomía y confianza aumenta, pues la confianza depende de que el otro también sea capaz de interesarse por nuestras necesidades, intereses y bienestar al momento de tomar su decisión autónoma. Esta tensión opone la confianza (que pertenece al espacio de las relaciones y obligaciones mutuas) y la autonomía individual (con su énfasis en derechos y preferencias individuales, con sus acciones tendientes a establecer límites reivindicativos entre el sujeto y los demás).

En los campos más específicos de la autonomía aplicada a la medicina y la relación médico paciente, las críticas vienen desde varias direcciones. La sociología, con su preocupación no solo por los discursos, sino por lo que ocurre en realidad, cuestiona si dicha autonomía se ejerce (o incluso si se puede ejercer) en las situaciones y bajo la forma y extensión que pretendidamente se debe dar. Algunos autores incluso

Figura 2. Elemento nuclear (CDAI)



Nota: Concepto de autonomía y su estructura. El elemento nuclear (CDAI) es el de la capacidad para la decisión y acción independiente, junto con las dimensiones en las cuales se configura el concepto: relacional (R), selectividad (S), gradualidad (G).

proponen que en realidad la asimetría de poder o bien permanece *de facto* intacta y el médico sigue en lo concreto tomando las decisiones, o bien, como se mencionó antes, esta asimetría de poder ha sido desplazada hacia los funcionarios del sistema.

Esto en parte porque existe una diferencia importante entre que los pacientes tengan la posibilidad y el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento en un momento determinado, y la autonomía individual. Esta posibilidad de aceptar/rechazar es, desde luego, muy importante. Sin embargo, se confunde entonces la autonomía (capacidad para la decisión y acción independientes) con una de sus expresiones (posibilidad y derecho de aceptar/rechazar un tratamiento). Pero además, existen situaciones en que ni

siquiera esta versión parcial puede fungir de autonomía, por ejemplo, cuando no hay otras opciones para el tratamiento que las ofrecidas, pues otras acciones, disponibles en otros ámbitos, en el sistema de salud al cual el paciente tiene acceso no forman parte de las opciones. En estas situaciones (cuando el campo de acción y por tanto la autonomía se ve limitada *per force* a aceptar/rechazar un tratamiento), el consentimiento informado se convierte más en un ritual en unos casos vacío (un trámite), en otros angustiante, en una simulación del ejercicio de la autonomía.

Otros autores, incluyendo a O'Neill, señalan y cuestionan cómo la noción de *autonomía individual* ha sido interpretada y pretende ser ejercida como *autonomía individualista*.

Si bien el individualismo ha sido una función de gran importancia en el pensamiento humanista, sus versiones más extremas desembocan en una especie de “ética cuántica”, donde solo existen éticas individuales que cada cual lleva consigo y que operan dentro de un espacio interindividual restringido. Estos *quantums* (o incluso *qualias* éticos si se prefiere) son extremadamente densos, con un rango de intersubjetividad muy limitado, que los hace virtualmente incuestionables y que, como átomos de la misma polaridad, se repele al entrar en la cercanía de otras concepciones (individuales o colectivas) de la ética. A medida que esta interpretación de la autonomía individual como autonomía individualista se hace más radical (situación que no es infrecuente en la práctica clínica), el médico cuenta con menos posibilidades éticas de interactuar y proponer, pues cualquier intervención es vista como una limitación de la autonomía.

Estos dos extremos (una autonomía que en la práctica es meramente un eslogan y otra que raya con el solipsismo) apuntan, según la autora, hacia la necesidad de un concepto de autonomía que sea consecuente con la importancia que esta tiene en la ética médica actual. En particular, la *autonomía individual* como *autonomía individualista* es cuestionada y rebatida por O'Neill desde sus desarrollos de la ética kantiana, la ética basada en principios y el concepto de confianza.

El kantianismo de O'Neill

Este requerimiento modal exige que rechacemos todas las formas de ética heterónoma en favor de actuar a partir de principios que estén en capacidad de ser leyes universales y por tanto que no tratemos a los demás como medios o menos que fines.

O'Neill

La autora plantea que las versiones de autonomía dominantes en la actualidad están fundamentadas más en las conceptualizaciones del siglo XX del carácter, en la psicología individual y en los estudios sobre desarrollo moral, que en las tradiciones más clásicas de la filosofía moral. Nos recuerda frente a la obra de Mill que el concepto se aplica principalmente al autogobierno de las ciudades o territorios, y que su versión de la autonomía individual —sin por ello entrar en contradicción con su crítica a la tiranía de la mayoría— tenía matices importantes: “La versión de Mill de la autonomía considera que los individuos no están meramente escogiendo e implementando cualquier deseo que tengan en un momento determinado, sino haciéndose cargo de dichos deseos, reflexionando y seleccionando entre ellos de manera diferenciada” (O'Neill O. *Autonomy and Trust in Bioethics*, pp. 83-5).

En cuanto a Kant, afirma que él nunca habla de individuos autónomos, su concepto de autonomía “no es equivalente con ninguna for-

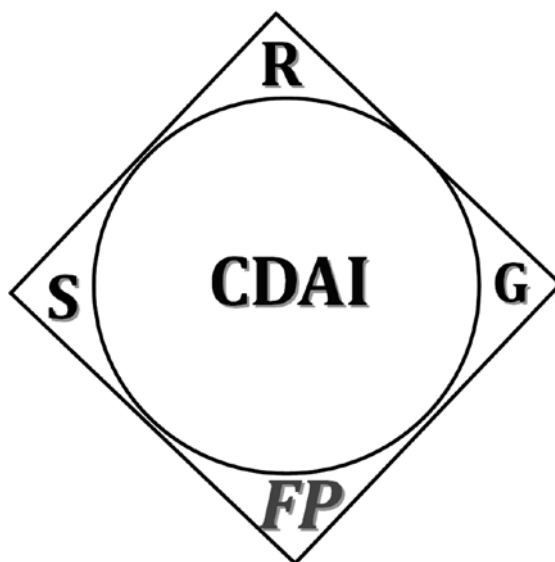
ma distintiva de independencia o expresión personal”. Más adelante agrega: “La autonomía kantiana se manifiesta en una vida en la cual se encuentran deberes, en que hay respeto por los otros y sus derechos”. Finalmente, plantea que en la obra de Kant acerca de la autonomía moral “no puede haber posibilidad de libertad para ningún individuo si una persona actúa sin referencia a todos los otros agentes morales”. Es esta interdependencia, esta interacción, la que O’Neill enuncia como “*principled ethics*”, cuya traducción sería ética fundamentada o basada en principios. Cuando un individuo,

en este caso el paciente: a. actúa racionalmente; b. a partir de una información suficiente y adecuada; c. con independencia; d. asumiendo la responsabilidad por sus escogencias, acciones y decisiones; pero además, e. en relación e interacción con los otros agentes morales, entonces se configura y ejerce una *autonomía individual basada en principios* y a la vez *no-individualista* (figura 3).

Algunas implicaciones y aplicaciones

La autonomía que plantea O’Neill en su trabajo implica que las per-

Figura 3. Concepto de autonomía individualista y su estructura



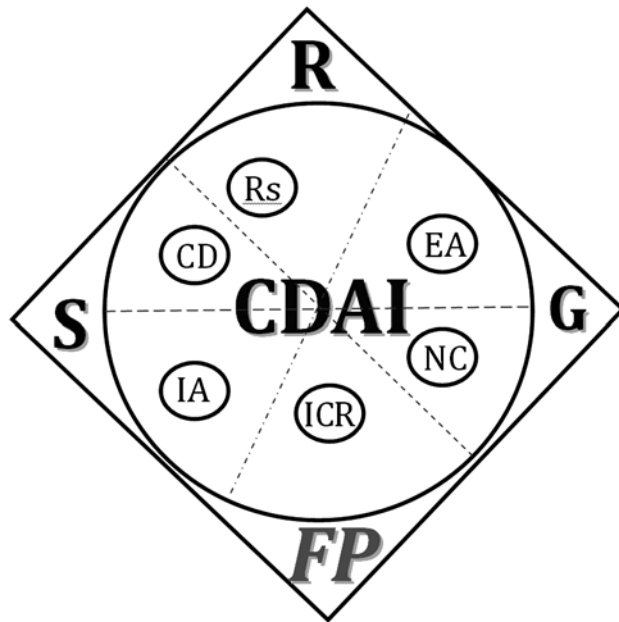
Nota: Concepto de autonomía no individualista y su estructura. El elemento nuclear sigue siendo (CDAI) la capacidad para la decisión y acción independiente, pero a las dimensiones anteriormente mencionadas se agrega una que desde Kant y el desarrollo de O’Neill es necesaria para tener una alternativa que supere la autonomía-individualista y a la vez permita que en la práctica pueda darse el ejercicio de la autonomía de manera más plena y responsable: el fundamento en los principios (FP).

sonas están unidas a partir de una búsqueda común en diversos aspectos, niveles y momentos. Esa relación, ese estar unidos no implica el abandono o sometimiento de la individualidad, pero sí una limitación del individualismo. Estos conceptos abren la puerta para una versión fundamentada en principios de la autonomía del paciente de manera que incorpora el espacio para la provisión de información suficiente y entendible para el paciente, que tiene una capacidad para *convenir*

y hacer una escogencia negociada acerca de las intervenciones médicas sobre ellos mismos y hacerlo responsablemente, de una manera a su vez considerada con los demás (figura 4).

La confianza es el otro elemento que está indisolublemente ligado con la autonomía en la obra de O'Neill. Esta confianza no puede lograrse a partir de la certeza, puesto que la confianza por definición exige un cierto grado de creer en el otro sin que exista certeza de que las cosas

Figura 4. Concepto de autonomía no individualista basada en principios



Nota: El elemento nuclear sigue siendo (CDAI) compuesto por la capacidad para la decisión y la acción independiente. Las dimensiones: el fundamento en los principios (FP), la selectividad (S), la gradualidad (G) y la dimensión relacional (R). En este esquema, básicamente se detallan algunos componentes estructurales del núcleo CDAI: información adecuada (IA), espacio adecuado para recibir y procesar dicha información (EA), integridad de la capacidad de razonamiento (ICR), negociación y convenio (NC), responsabilidad (Rs), consideración con los demás (CD).

resultarán como uno espera. La autora insiste en que la confianza debe ser defendida hasta el final, tanto por los individuos como por los colectivos, pues “tenemos que ser capaces de confiar en que los demás actuarán efectivamente como dicen que lo harán y porque necesitamos que los otros acepten que actuaremos efectivamente como hemos dicho que lo haremos”.

Esta estrecha relación entre autonomía y confianza se hace patente en lo que concierne a la relación médico paciente, pues la confianza es uno de los pilares de dicha relación. Se puede afirmar que sin la confianza no se logra entrar en el terreno de la autonomía. Pero, para lograr esta confianza mutua en el contexto de una autonomía basada en principios, tanto paciente como médico deben reconocer sus deberes y obligaciones en relación con el otro. Es aquí donde el tema de la decisión racional y responsable implica algo más que simplemente aceptar cualquier deseo del paciente como expresión de autonomía.

Draper y Sorell han señalado: “[...] la ética médica entendida de manera superficial y convencional ha llevado a considerar que cualquier decisión del paciente es correcta, simple y llanamente en virtud de ser hecha por el paciente”. Insisten en la necesidad de que los pacientes reconozcan las implicaciones y asuman las responsabilidades derivadas de sus decisiones. Por una parte, esto puede hacer la decisión sobre

un tratamiento más efectiva (por ejemplo, un programa para dejar de fumar puede ser más efectivo si el paciente ha decidido ingresar de manera autónoma); por otra, si se escoge un tratamiento de manera autónoma, así conlleve un riesgo específico de un desenlace adverso. Entonces, no se podrá culpar a otros por lo que sucede, en tanto la intervención haya sido practicada adecuadamente.

En este punto parece fundamental mencionar el modelo de decisión compartida, pues, como lo señala Brock: “el respeto por la autodeterminación del paciente es fundamental, pero no requiere que las preferencias del paciente sean aceptadas sin cuestionamiento cuando parecen irracionales”. Obviamente el tema de la racionalidad es supremamente vasto y complejo, sujeto a la influencia de tipo ideológico, prejuicios, valores, creencias, etc. En los modelos de decisión compartida, cada uno de los involucrados contribuye. El médico aporta sus talentos, conocimientos y experiencia. El paciente, su narrativa y conocimiento personal de lo que le sucede, de sus valores y de lo que espera del tratamiento.

Un aspecto interesante mencionado en autores como Jennings, es que sorprendentemente la autonomía pareciera estar menos presente en la mente de los pacientes de lo que se esperaría. Incluso cuando los médicos se enferman, parecen optar por escenarios paternalistas (Spiro, 1998). Las razones para estas

discrepancias entre la importancia acordada por la bioética a la autonomía y cómo esta es implementada por los pacientes, pueden ser de varios tipos: psicológicas (por ejemplo, temor, déficit cognitivo), socioculturales (por ejemplo, generacionales), legales, etc.

Una razón invocada por May parece particularmente relevante: la relación entre médicos y pacientes ha sido tradicionalmente como un convenio en vez de un contrato. Este convenio se fundamenta en la confianza mutua, bajo la forma de un acuerdo tácito entre médico y paciente, donde ambos reconocen los derechos, deberes y obligaciones que los unen durante ese encuentro.

La ética gerencial aplicada a la medicina ha resultado una de las fuerzas más poderosas en los sistemas de salud estadounidenses y en aquellos que siguen su modelo. Esta ética se ha convertido en una de las amenazas más importantes para este convenio tradicional. En este tipo de modelo, no son los individuos los que deciden (por ejemplo, médicos, enfermeras, odontólogos, etc.), sino el sistema el que determina el tipo de intervención que recibirá el paciente. Aunque en ciertos ámbitos este cambio es comprensible (por ejemplo, en la racionalización de recursos), ha erosionado la confianza y degradado la relación médico paciente a algo que puede ser reemplazado por la mera cortesía. No en vano Illingworth considera que la confianza es “el recurso más escaso”.

Conclusiones

Onora O'Neill ha desarrollado para nuestra época la visión no individualista kantiana de la autonomía. Este enfoque aventaja otras concepciones, como fundamento para acercarse a los problemas de la medicina, la ciencia y la biotecnología. La necesidad de fundamentar en principios la autonomía individual, de reconocer que existen deberes para el individuo que matizan su independencia, da como resultado una versión no individualista de la autonomía. En la propuesta de O'Neill, la confianza y la autonomía no son separables en la práctica, y las paradojas y tensiones que se generan entre estos dos conceptos y actitudes sociales pueden entenderse como una de las consecuencias de conceptos insuficientes de la autonomía. Esta concepción tiene implicaciones más allá del campo teórico o didáctico.

En su obra, O'Neill propone ejemplos y analiza circunstancias que hacen manifiesta la aplicabilidad de sus planteamientos. En el área de la ética médica, los argumentos de O'Neill llevan a considerar que la definición operativa de autonomía del consentimiento informado necesita una nueva formulación adaptada para el presente siglo, o incluso para contextos y subcontextos especiales. Para los médicos y los estudiantes de medicina, es de importancia central estar familiarizados con las discusiones sobre autonomía y confianza,

en especial para enfrentar los retos que plantea la situación actual de la medicina (con su orientación hacia la costoeficiencia y para evitar las demandas), respecto a las relaciones con los pacientes y la toma de decisiones en la clínica cotidiana.

Bibliografía

- Appelbaum P. Decisional capacity of patients with schizophrenia to consent to research: taking stock. *Schizophr Bull.* 2006;32:22-5.
- Appelbaum P, Grisso T. MacArthur Competence assessment tool clinical research. Sarasota, FL: Ed. Professional Resource Press; 2001.
- Atkins K. Autonomy and the subjective character of experience. *J Appl Philos.* 2000;17:71-9.
- Beauchamp TL, Macculog H. *Ética Médica*. Barcelona: Ed Labor; 1987.
- Bloch S, Chodoff P, Green S. La ética en psiquiatría. Madrid: Ed. Triacastela; 2001.
- Brock DW, Wartman SA. When competent patients make irrational choices. *N Engl J Med.* 1990;322:1595-9.
- Chiswick D. Test of capacity has little practical benefit. *BMJ.* 2005;331:1469-70.
- Dekkers WJM. Autonomy and dependence: chronic physical illness and decision-making capacity. *Med Healthcare Philos.* 2001;4:185-92.
- Dickenson D. Decision-making competence in adults: a philosopher's viewpoint. *Advances Psychiat Treat.* 2001;7:381-7.
- Draper H, Sorell T. Patient's responsibilities in medical ethics. *Bioethics.* 2002;16:335-52.
- Dworkin G. *The theory and practice of autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press; 1988.
- Eastman N, Starling B. Mental disorder ethics: theory and empirical investigation. *J. Med Ethics.* 2006;32:94-9.
- Escobar J, Zambrano C, Rodríguez C, et al. *Bioética, justicia y salud*. Colección Bios y Ethos. Bogotá: Ed. El Bosque; 2006.
- Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Ed. F.C.E. España, S.A.; 1985.
- Foucault M. *Una lectura de Kant*. Madrid: Ed. Siglo XXI; 2010.
- Ganzini L, Volicer L, Nelson WA, et al. Ten myths about decision-making capacity. *J Am Med Dir Assoc.* 2005;6(3 Suppl):S100-4.
- Gracia D. *Como arqueros al blanco: Estudios de bioética*. Madrid: Ed. Triacastela; 2004.
- Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Ed Eudema; 1989.
- Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Ed. Triacastela; 2008.
- Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions psychiatric services. 1989;48:1415-9.
- Hottos G. *El paradigma bioético: una ética para la tecnociencia*. Barcelona: Ed. Anthropos; 1999.
- Hottos G. *La ciencia entre valores modernos y posmodernidad*. Bogotá: Ed. El Bosque; 2007.
- Illingworth P. Trust: the scarcest of medical resources. *J Med Philo.* 2002;27:31-46.
- Jennings B. Good-bye to all that, autonomy. *J Clin Ethics.* 2002;13:67-71.
- Kant I. *Crítica de la razón práctica*. México: Ed. Universidad Nacional Autónoma de México; 2006.
- Kant I. *Crítica de la razón pura*. En: Zimmer R, (Ed). *Los esenciales de la filosofía*. Madrid: Ed. Tecnos; 2012.
- Lolas F, Quezada A, Rodríguez E. *Investigación en salud: dimensión ética*. 1ª ed. CIEB Chile: Universidad de Chile; 2006.
- Manson N, O'Neill O. *Rethinking informed consent in bioethics*. Cambridge: Ed. University Press; 2007.
- O'Neill O. *A question of trust-reith lectures 2002*. London: BBC [internet]. 2002. [citado: 2 de septiembre de 2012]. Disponible en: www.BBC.co.uk/Radio4.
- O'Neill O. *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
- O'Neill O. Kant: rationality as practical reason. En: Mele A, Rawling P, (Ed). *The Oxford Handbook of Rationality*.

- Oxford: Oxford University Press; 2004. pp. 93-109.
- O'Neill O. Some limits of informed consent. *J Med Ethics*. 2003;29:1-5.
- Ovalle C. Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Estudio de casos. Bogotá: Ed. El Bosque; 2009.
- Pellegrino E. Being a physician: does it make a moral difference? *Advances in otolaryngology*. *Head Neck Surg*. 1992;6:1-10.
- Raymont V. "Not in perfect mind" - the complexity of clinical capacity assessment. *Psychiatric Bull*. 2002;26:201-4.
- Reath A. Autonomy, ethical. En: Craig E, (Ed). *Concise Routledge Encyclopaedia of Philosophy*. London: Routledge; 2000. p. 69.
- Sabada J. Principios de bioética laica. Barcelona: Ed Gedisa; 2004.
- Sánchez Caro J. El consentimiento informado en Psiquiatría, 1ra. ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.; 2002.
- Sarmiento MI. Evolución del concepto de autonomía: del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo. Desplegando la paradoja. Bogotá: Ed. El Bosque; 2009.
- Simon P. Dificultades para valorar la Competencia. Ponencia en las Jornadas Victor Grifos i Lucas "Aproximació al problema de la competència del malalt" Barcelona. 2006.
- Simon P. El consentimiento informado. Madrid: Ed Triacastela; 2000.
- Simon P. Quién decidirá por mí?. Ética en las decisiones clínicas de pacientes incapaces. Madrid: Ed. Triacastela; 2004.
- Singer PA, Viens AM. *The Cambridge textbook of bioethics*. Cambridge: Ed. University Press; 2008.
- Spiro HM, Mandell HN. When doctors get sick. *Ann Intern Med*. 1998;128:152-4.
- Tauber AI. Sick autonomy. *Perspect Biol Med*. 2003;46:484-95.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 16 de septiembre de 2012
Aceptado para publicación: 19 de noviembre de 2012

Correspondencia
 Carlos A. López Jaramillo
 Carrera 43A No. 1-50, of 954
 Medellín, Colombia
 clopez@medicina.udea.edu.co