



# *En defensa del paternalismo médico: potenciar al máximo la autonomía de los pacientes*

*A Defence of Medical Paternalism:  
Maximising Patients' Autonomy*

■ Mark S. Komrad

## Resumen

Todas las enfermedades se acompañan de un estado de disminución de la autonomía y, por esta razón, según argumenta el autor, un estudiante de medicina norteamericano, la relación médico-paciente implica necesaria y justificadamente cierto grado de paternalismo médico. En un artículo de amplio espectro, el autor aborda los conceptos de autonomía y paternalismo en el contexto de la relación médico-paciente, y explica que por causa de la necesaria disminución de la autonomía que inflige la enfermedad, es aceptable cierta medida de paternalismo médico, que trate de restaurar o potenciar la máxima autonomía del paciente, que, en realidad, es fundamental para dicha relación médico-paciente. Sin embargo, es preciso que el ejercicio del paternalismo sea flexible y esté en relación con el "nivel de autonomía" real del propio paciente. Un editorial de la revista donde se publicó originalmente el artículo lo comenta de forma breve. (Además, en la sección *Artículos breves* de esta publicación, el autor hace una reflexión sobre su escrito, veinte años después de su publicación.)

## Palabras clave

Autonomía. Paternalismo. Capacidad. Madurez. Voluntad. Libertad. Ética médica.

## Abstract

All illness represents a state of diminished autonomy and therefore the doctor-patient relationship necessarily and justifiably involves a degree of medical paternalism argues the

---

Este artículo, cuyo título original es: Komrad MS. A defence of medical paternalism: maximising patients' autonomy. *J Med Ethics*, 1983; 9:38-44, es una traducción autorizada por el BMJ Publishing Group. La traducción es de Bibiana Lienas. La revisión ha estado al cuidado de la Redacción de la Revista.

El autor ([www.komrad.yourmd.com](http://www.komrad.yourmd.com)) era estudiante del último curso de Medicina, en la Universidad de Duke, cuando publicó éste artículo. Al terminar la carrera, el doctor Mark S. Komrad se especializó en psiquiatría y neurología en el Johns Hopkins Hospital (Baltimore, Maryland, EE.UU.). En la actualidad es profesor asociado de psiquiatría de la Universidad de Maryland y psiquiatra docente del Johns Hopkins Hospital, Sheppard Pratt Hospital de Towson (Maryland).

author, an American medical student. In a broad-ranging paper he discusses the concepts of autonomy and paternalism in the context of the doctor-patient relationship. Given the necessary diminution of autonomy which illness inflicts, a limited form of medical paternalism, aimed at restoring or maximising the patient's autonomy is entirely acceptable, and indeed fundamental to the relationship he argues. However, the exercise of this paternalism should be flexible and related to the current "level of autonomy" of the patient himself. An editorial in this issue comments briefly on this paper.

### **Key words**

Autonomy. Paternalism. Capability. Maturity. Will. Liberty. Medical ethics.

■ Sin duda, la relación médico-paciente se caracteriza por la existencia de determinados tipos de desigualdades entre ambos. Tal vez, la menos discutida sea el hiato de conocimientos que existe entre el médico y el paciente, lo que motiva que éste busque la atención médica en primer término y refuerce, en parte, la autoridad profesional del médico. Históricamente, se ha utilizado esta particular asimetría para justificar el paternalismo médico a expensas de la autonomía del paciente. Tradicionalmente, el paternalismo ha caracterizado la relación terapéutica dentro de la medicina, lo que la hace diferente de una simple relación contractual entre iguales, de una reciprocidad perfecta, y de los simples acuerdos pactados. Sin embargo, ha sido precisamente esta característica de la relación médico-paciente la que ha sufrido últimamente las críticas más duras con la aparición del consumismo médico, del autocuidado, del movimiento en favor de los derechos del paciente y la revisión de la autoridad profesional en general (1). Numerosos críticos han arremetido contra el paternalismo en medicina, identificándolo con la presunción y la condescendencia. Algunos han defendido la completa eliminación del paternalismo dentro de este ámbito, y concederían una autonomía perfecta y una responsabilidad completa al paciente. Han llamado la atención sobre la "generalización de la pericia", de tal suerte que la capacidad técnica del médico se ha confundido con la pericia moral (2). Otros han tratado de combinar amplias parcelas de autonomía con un cierto grado de paternalismo, en pos de una reforma menos radical. Verdaderamente, es momento de examinar los conceptos de paternalismo y autonomía, e intentar extraer alguna conclusión sobre su adecuada interacción en el contexto de la relación médico-paciente.

## **El principio de autonomía**

Tal vez las descripciones de autonomía citadas más a menudo son las de Emmanuel Kant y John Stuart Mill. El concepto deontológico de Kant, conocido como "autonomía de la voluntad" no es contradictorio con la "autonomía de acción" utilitarista de Mill, sino complementario.

El concepto de Kant de autonomía está centrado en la voluntad humana racional. En *Fundamentos de la metafísica de la moral*, Kant explica que la libre voluntad inherente al pensamiento humano es el verdadero ámbito de la autonomía y, como tal, la autonomía existe antes de la acción. La voluntad autónoma se autogobierna y se autolegista. "No está sometida simplemente a la ley, sino que... debe considerarse que también *hace la ley en sí misma*" (3). La acción, que emana del ejercicio de la voluntad autónoma, es una cuestión completamente diferente de la autonomía. Una de las propiedades especiales de la voluntad autónoma, autolegislada, es que las leyes que ella misma promulga resultan ser leyes universales. Kant complementa esta definición de autonomía con el mandato de que estamos obligados a ser autónomos. Las personas tienen la obligación de ser autónomas, en especial, porque la autonomía es la base de todas las demás conductas morales. Seguir una ley universal no sólo es un "*imperativo categórico*" sino que al seguirla nos convierte en agentes morales" (4).

Para Mill, el principio de autonomía no surge de la voluntad previa a la acción, sino de la propia acción ulterior. Cuando describe la autonomía, Mill utiliza el término "libertad" con la finalidad de vincular las libertades y las limitaciones de acción en el contexto de la sociedad. La autonomía se define, por exclusión, sólo como libertad de acción en tanto no perjudique a los demás. "El principio [de autonomía] exige libertad para realizar tareas y perseguir aspiraciones, armar el plan de nuestra vida más compatible con nuestro propio carácter; hacer lo que deseamos, exponiéndonos a las consecuencias que puedan derivarse de ello: sin impedimentos de nuestros semejantes, siempre que lo que hagamos no les perjudique" (5). Por tanto, para Mill, el principio de autonomía es funcional. Él comienza por asumir que la autonomía implica que cualquier acción que sea interesada es permisible dentro de unos límites. Dichos límites se derivan de una proyección teórica de las consecuencias de las acciones que hipotéticamente son comprometidas. Esto se sigue de un cálculo moral: "la conducta de la que se quiere disuadir [a un individuo] tiene que estar *calculada* para perjudicar a otro" (pág. 135, la letra cursiva es del autor de este artículo). La autonomía es la libertad para ejecutar cualquier acción dentro de unos límites establecidos de esta manera.

Al igual que en el caso de Kant, para Mill la autonomía es un imperativo moral. Estamos obligados tanto a satisfacer nuestro propio potencial de autonomía como a preservar la autonomía de los demás. El agente autónomo de Mill no podría actuar de una forma que disminuyera su propia autonomía, por ejemplo, vendiéndose como esclavo. La autonomía se preserva a toda costa. "El principio de libertad no contempla que [una persona] pueda ser libre de no ser libre. No hay libertad que permita alienar su libertad" (pág. 236).

En resumen, el principio de autonomía de Mill tiene que ver con acciones manifiestas que se basan en el interés personal, mientras que el de Kant se centra en la voluntad previa a la acción. El primero describe el orden externo de la autonomía, mientras que el segundo examina el interno. Estos dos conceptos son claramente complementarios.

Combinando ambos, podemos considerar la autonomía como una organización autodeterminada de la voluntad, de acuerdo con leyes universales existentes *a priori* y, a la vez, como una libertad para ejercer las acciones decididas personalmente, siempre que no perjudiquen a los demás.

Tanto la deliberación como la acción son características destacadas del concepto de autonomía descrito por Beauchamp y Childress: "la persona autónoma es la que no sólo delibera y elige, sino también la que es *capaz* de actuar partiendo de dichas deliberaciones" (6). El término capacidad que aparece en esta definición suscita importantes preguntas. ¿Es la autonomía un "derecho natural"? ¿Existe alguien a quién pueda excluirse legítimamente de ser autónomo partiendo de una incapacidad? ¿Es la incapacidad un fundamento adecuado para limitar la autonomía? Numerosos filósofos han reconocido que el principio de autonomía no es absoluto, y que existen personas que no pueden ni deben disfrutar plenamente de él. Estos pensadores identifican ciertos requisitos para gozar de autonomía plena, como la "capacidad" y la "madurez" (7, 8). Mill añade la advertencia siguiente a su descripción de autonomía: "quizás apenas sea necesario decir que esta doctrina solamente se aplica a seres humanos en la madurez de sus facultades". Mill entiende por madurez, la "*capacidad* de mejorar mediante una discusión libre y equitativa" (págs. 135-136, la letra cursiva es del autor del artículo). Beauchamp y Childress sostienen que "algunas personas no pueden actuar de manera suficientemente autónoma, quizás porque son inmaduras o están incapacitadas. Serían ejemplos típicos los lactantes y los individuos suicidas irracionales" (9). Sin embargo, la madurez no es un simple estado sino que evoluciona por grados en el proceso de "maduración". Si, como se ha sugerido, es legítimo vincular la autonomía y la (capacidad de) maduración, sería concebible un "grado de autonomía" que fluctuara con el tiempo y la situación, al igual que lo hace la capacidad. Este aspecto será importante más adelante, cuando consideremos el lugar de la autonomía en la relación terapéutica.

## El concepto de paternalismo

El problema de quiénes son debidamente autónomos y en qué grado, invita a hacer algunas consideraciones sobre el paternalismo. Cuando la autonomía retrocede, el paternalismo avanza, y viceversa. El paternalismo se ocupa, por fuerza o por necesidad, de los intereses de un individuo en lugar de su autonomía. Por lo tanto, el paternalismo y la autonomía son dos parámetros que varían inversamente a lo largo de un espectro de independencia. Sin embargo, no son ni mucho menos contrapuestos. El objeto de ambos es el bien del mismo agente moral. Desde la perspectiva de la autonomía, este bien aparece como el interés personal, mientras que desde una perspectiva paternalista se concibe como un interés fiduciario. La definición de Gerald Dworkin destaca este aspecto, que es la esencia

del paternalismo: "burdamente, entiendo por paternalismo la interferencia con la libertad de acción de una persona, justificada por razones que se refieren exclusivamente al bienestar, el propio bien, la felicidad, las necesidades, los intereses o los valores de la persona coaccionada" (10).

La definición de Dworkin se basa en el concepto de Mill de autonomía como "libertad de acción" y lamentablemente considera que el paternalismo siempre es coercitivo. Otros han percibido en el paternalismo aspectos de superioridad, dominio, opresión y dogmatismo (11). Cuando se caracteriza de este modo, recibe el nombre más apropiado de autoritarismo. El paternalismo no es necesariamente una conducta coercitiva, ya que posee otra cara, la que connota preocupación, cuidado y sacrificio del agente paternalista. El concepto de coacción no es una característica esencial del paternalismo, ya que entonces manipularía el pensamiento, la información y la acción. La interpretación de Dworkin no considera aquel componente de la autonomía previo a la acción que destacaba Kant.

Gert y Culver (12) ofrecen una visión más moderada del paternalismo. Definen la conducta paternalista del modo siguiente:

A actúa de manera paternalista con S si, y sólo si, la conducta de A (de forma precisa) indica que A *considera* que:

- 1.ª Su acción es para el bien de S.
- 2.ª Está facultado para actuar en beneficio de S.
- 3.ª Su acción implica la violación de una norma moral (o requerirá que la viole) con respecto a S.
- 4.ª El bien de S justifica que A actúe en beneficio de S independientemente de su consentimiento (libre o informado) pasado, presente o inmediato.
- 5.ª S considera (quizá equivocadamente) que él (S) sabe que es por su propio bien.

Esta definición es convincente porque es clara, suficientemente general para ser útil y contiene algunos aspectos nuevos.

De acuerdo con esta perspectiva, un acto paternalista no viola necesariamente la libertad de acción, como sostiene Dworkin, sino "las normas morales" que los autores relacionan con los "derechos". Sólo un pequeño subgrupo de estas normas morales atañe a la libertad de acción (13). Al igual que la definición de Dworkin, ésta también hace hincapié en los motivos puramente fiduciarios inherentes al paternalismo. De hecho, la 1.ª característica es el *sine qua non* del paternalismo: "lo que hace que la acción de A hacia S sea paternalista nunca es el bien de cualquier otro que no sea el propio S" (14).

La 4.ª característica también es crucial y sin duda singular: un acto no es paternalista si S da su consentimiento. "El consentimiento pasado, presente o inmediato excluye el acto de A de la clase de actos paternalistas" (15). Sin embargo, el paternalista debe tener una expec-

tativa razonable de obtener un consentimiento *final* de S (16). Esto sugiere que es imposible atender una solicitud de paternalismo, ya que cualquier respuesta a dicha petición es, por definición, no paternalista sino remunerativa<sup>1</sup>; el "paternalismo solicitado" encierra una contradicción en los términos. Si se aceptara este punto se llega a un resultado interesante. Ha sido muy popular considerar los casos en los que los pacientes renuncian voluntariamente a su autonomía alegando que el "médico conoce lo mejor" (sin que hayan sido forzados a hacerlo). Algunos pensadores han tratado de argumentar que éste es un raro ejemplo de paternalismo "justificado moralmente" (17). Siguiendo con la terminología de Gert y Culver, este argumento es discutible y sería preciso clasificar el problema de nuevo en algún área diferente del debate ético sobre el paternalismo. Para un médico, aceptar dicho ofrecimiento no sería paternalista. Sin embargo, cuando un paciente renuncia voluntariamente a su autonomía, deben establecerse algunas limitaciones en la conducta del médico para garantizar el sentimiento de confianza. Aunque las características 3.<sup>a</sup> o 4.<sup>a</sup> no se cumplirían en este caso, es preciso conminar al médico para que cumpla las características 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, y 5.<sup>a</sup>. Gert y Culver se refieren a dicha conducta (que sería paternalista excepto por la presencia del consentimiento) como "conducta paternal". Esta conducta no viola las normas morales, y se produce como respuesta a una petición o consentimiento no obtenido por coacción.

En este contexto, Mill consideraría moralmente reprobable que un paciente renunciara por completo a su autonomía. Por extraño que parezca, el acto paternalista sería que el médico rechazara su ofrecimiento y obligara al paciente a conservar su autonomía, quizá incluso contra su voluntad. Ceder la autonomía a un médico es análogo a venderse como esclavo, con la diferencia de que no sería de manera tan permanente. Mill afirma que está justificado que un estado prohíba de manera paternalista que un hombre se venda como esclavo. Y mantiene que no somos libres de moderar nuestra libertad y de abandonar deliberadamente nuestra autonomía. El "imperativo categórico" de Kant también prohibiría la renuncia, incluso voluntaria e informada, a la autonomía. En consecuencia, sus argumentos llevan irónicamente a la conclusión de que podría disuadirse de manera paternalista a un paciente de un tentador paternalismo a costa de su autonomía. Según la distinción antes mencionada, rechazar esta petición sería paternalista, y admitirla sería paternal.

---

<sup>1</sup> *Nota de la redacción. (N. de la R.).* El punto de vista del autor es que el paternalismo -éticamente admisible- solo se puede dar en un contexto específico: cuando la autonomía está disminuida. Consecuentemente, un individuo no puede pedir que se le trate de manera paternalista, porque la capacidad para hacer tal petición denota que no lo necesita. Por "remunerativo" se quiere subrayar que el *paternalismo solicitado* tiene carácter de transacción entre iguales, es decir, existe un toma y daca, un *quid pro quo*, una petición atendida. Sin embargo, el verdadero *paternalismo médico* no se da entre iguales, sino que se desarrolla en un marco de asimetría: una parte está más incapacitada que la otra. En este contexto, el paternalismo constituye una obligación del médico, que la ejerce justo cuando la autonomía del paciente está disminuida, no estamos pues ante una transacción entre iguales, esto es, no media un interés remunerativo o venal.

## Paternalismo y autonomía en la práctica médica

Después de haber expuesto algunos de los aspectos contenidos en los principios de autonomía y paternalismo en general, nos queda examinar su aplicación apropiada en el contexto de la relación médico-paciente. Mark Siegler revisa sucintamente el dilema:

"Indudablemente, el principio de respeto de la autonomía reconoce que diferentes individuos autónomos desearán ser tratados de una forma diferente por el profesional sanitario... La cuestión esencial... [es cómo] médicos y pacientes moralmente escrupulosos... determinan en qué lugar del espectro del paternalismo/consumismo o dependencia/independencia desean y deben situar su relación profesional" (18).

Algunos de los códigos iniciales de la profesión médica parecían promulgar un paternalismo absoluto como una norma profesional apropiada (19). Históricamente, el estatus de los médicos, similar al del sacerdote, alentaba el paternalismo consentido que era aceptado por los pacientes de buena gana. Sin embargo, en la práctica real hay pruebas de que los médicos habitualmente adaptaban este paternalismo al contexto y al paciente, y eran más sensibles que dogmáticos (20). Recientemente, en especial, en Estados Unidos, la "crisis de autoridad", de la que participa la medicina, se ha visto acompañada de una verdadera apoteosis de la autonomía y del descrédito del paternalismo. Los pacientes-consumidores han hecho campaña a favor del "respeto de la autonomía" y han planteado el problema en el lenguaje de los derechos humanos. Numerosos reformadores han apelado a la ética del contrato como modelo para la relación terapéutica, descartando incluso un mínimo paternalismo (21).

En general, numerosos médicos han tratado de estar a la altura y reducir las tendencias paternalistas, alimentadas en el curso de la educación médica y la socialización (22). La ley también ha fortalecido el incentivo para ir en esta dirección. Sin embargo, para un médico resulta en cierto modo desconcertante que, por un lado, la sociedad insista en la abolición del paternalismo médico, mientras que, por otro, numerosos pacientes de forma individual siguen esperando, abrigando la esperanza e, incluso, insistiendo (de una manera tanto sutil como categórica) en que el médico sea paternalista. Los médicos han tenido que enfrentarse a la posibilidad de ser indulgentes con estas expectativas, recibiendo los elogios del paciente pero siendo censurados por la sociedad.

Consideremos un ejemplo típico. Un médico descubre un cáncer de mama de 1,5 cm en una paciente de 30 años de edad sin ganglios linfáticos axilares afectados. Planifica una mastectomía total, en lugar de una exéresis local del tumor seguida de radioterapia, cuya equivalencia terapéutica es controvertida desde el punto de vista de la eficacia (23). La paciente ruega al médico que haga "lo que considere mejor". ¿Puede el médico aceptar esta petición? ¿Sería superfluo dar a la paciente una justificación de la mastectomía, puesto que aquélla ya

ha decidido aceptar incondicionalmente el juicio del médico? ¿Debería el médico solicitar con firmeza a su paciente que retome su autonomía, insistiendo en presentarle todos los argumentos a favor y en contra de la mastectomía, para que los analice minuciosamente? Supongamos que la paciente insistiera en echar una moneda al aire para decidir entre las alternativas terapéuticas. El principio de autonomía absoluta no tendría por qué impedir a la paciente, que, por otro lado, parece tener una idea de qué es su propio bien (característica 5.<sup>a</sup> de Gert y Culver), la utilización de una técnica no racional para llevar a cabo su elección. ¿Sigue siendo sagrada la autonomía cuando es caprichosa? ¿Cuando lo es, sería impertinente indicarlo?

Lo que todavía es motivo de mayor confusión es que en ocasiones los pacientes se expresan con mensajes mixtos. Un paciente puede al principio pedirle a su médico una actitud no paternalista estricta, y más tarde reprocharle el no haber sido más paternalista, cuando las decisiones tomadas autónomamente conducen a un desastre. Consideremos el caso de un varón de 50 años de edad con angina de pecho, que comunica a su médico que ha empezado a practicar *jogging* desde que se ha hecho socio de un club. El médico, después de una evaluación inicial, firma reacio el certificado médico, pero le insiste encarecidamente en que sea prudente. El paciente practica *jogging* sin incidentes durante tres meses y, de hecho, sus parámetros cardíacos mejoran; hasta que un día, en la pista, sufre varios episodios de angina y es trasladado a un servicio de urgencias, donde se le diagnostica un infarto de miocardio. Cuando se restablece, reprende firmemente a su médico por no *prohibirle* desde el primer momento que corriera, y por no utilizar un chantaje paternalista como negarse a prescribirle la medicación a menos que dejara de correr. A menudo, los pacientes desean ambas actitudes, en función de su conveniencia y no de un principio moral. Por lo tanto, a la hora de reivindicar la autonomía se aprecian diferencias considerables entre un paciente y otro, y entre un paciente y la sociedad. En el devenir del proceso terapéutico, las necesidades y reivindicaciones de un paciente pueden variar. En consecuencia, una fórmula para el paternalismo médico no puede ser dogmática e incondicional. Este aspecto merece que le prestemos una atención más cuidadosa.

## Preservar cierto grado de paternalismo

Recordemos que muchos filósofos identifican una categoría de personas que son candidatas legítimas al paternalismo: las que "no cultivan la razón" (Kant), las "inmaduras" (Mill), y las inherentemente "no autónomas" (Beauchamp y Childress), etcétera. Esto sugiere que existen algunas circunstancias humanas en las que los individuos no son capaces de disfrutar de la autonomía en toda su plenitud y que el paternalismo protege sus intereses cuando la autonomía brilla por su ausencia. Previamente he propuesto que la capacidad es un determinante del "grado de autonomía". Los individuos con un deterioro de su capacidad padecen

de una disminución de la autonomía. En realidad, el paternalismo es una respuesta a esta incapacidad y no una negación de sus derechos. Sin duda, la condición humana es proteica y los individuos en ocasiones experimentan una disminución o imperfección de la autonomía, a menudo, sólo temporal. La autonomía no es permanente ni inmutable sino que es un estado dinámico con tendencia a la variación. Algunos ejemplos comunes en los que la autonomía disminuye son el encarcelamiento, el embarazo, el matrimonio y la profesión de político. Sin embargo, los ejemplos más llamativos son las enfermedades: un accidente que da lugar a una cuadriplejía, el desarrollo de una esquizofrenia, ictus, tuberculosis. De hecho, en mi opinión, *todas las enfermedades representan un estado de disminución de la autonomía*. Los enfermos dependen de otras personas como los médicos para la valoración experta de su enfermedad, por no decir totalmente para los cuidados terapéuticos.

Talcott Parsons describe la dependencia y la vulnerabilidad de la condición de enfermo que lleva de forma involuntaria a un estado de disminución de la autonomía: "[merced a la] definición de la condición de enfermo, el individuo enfermo está desvalido y, por tanto, necesita ayuda... En general, no sólo no está en una posición de hacer lo que es preciso, sino que no 'sabe' lo que es necesario hacer ni cómo hacerlo" (24). Sin embargo, obviamente, hay motivos firmes para describir la enfermedad como un estado de disminución de la autonomía, algo distinto al hecho de que el enfermo sea parcialmente ignorante y, por ello, dependa de sus médicos. De lo contrario, los propietarios ignorantes de vehículos averiados no serían autónomos; y los médicos enfermos (pero peritos en la materia) serían plenamente autónomos. De hecho, la enfermedad es cualitativamente diferente de lo que representa un vehículo averiado, profundamente diferente. Es una condición existencial que afecta ligera o profundamente al alma humana. Leon Kass se deshace en elogios describiendo al médico que:

"Atiende a los seres humanos particularmente necesitados, que además de sus síntomas padecen preocupaciones personales y a menudo miedo y vergüenza, debilidad y vulnerabilidad, necesidad y dependencia, pérdida de la autoestima y la fragilidad derivada de todo ello... la medicina aborda —en ocasiones explícitamente— el hecho de la personificación humana, esto es, nuestro extraño y misterioso ser que abarca al mismo tiempo el cuerpo y el alma" (25).

Pellegrino llama enfermedad a la "agresión ontológica agravada por la pérdida de las libertades que consideramos peculiares del ser humano" (26). Por lo tanto, la enfermedad es cualitativa y exclusivamente diferente de otras situaciones mundanas de disminución de la autonomía que sólo se deben a la ignorancia parcial.

La enfermedad es una atenuación de la autonomía, tanto desde el punto de vista de Kant como del de Mill. En opinión de éste último, la incapacidad física mitiga la libertad de acción y, por ello, disminuye "la autonomía de acción". Una enfermedad mental o incluso física puede interferir con la razón y, por ese motivo, privar de una de las facultades que, según

Kant, es decisiva para la "autonomía de la voluntad". Parsons observa que, incluso en una enfermedad puramente física, "la situación del paciente es lo que le dificulta un nivel elevado de racionalidad del juicio" (27).

Cuando se considera así —como una forma especial de disminución de la autonomía— el papel de enfermo invita de una manera natural al médico a comportarse paternalmente, por no decir de manera francamente paternalista, con el objeto de llenar el vacío dejado a medida que disminuye la autonomía. No se desea, dicho sea de paso, que el médico se comporte de cualquier otro modo, puesto que el paternalismo es el único tipo de respuesta que sitúa apropiadamente el bien del paciente por encima de todas las demás consideraciones. De acuerdo con este concepto, no sólo está justificado cierto grado de paternalismo, sino que es necesario en todas las relaciones terapéuticas, como resultado de la naturaleza de la enfermedad y del papel de enfermo. El paternalismo no siempre es incompatible con el principio de autonomía y, en realidad, puede instaurarse para preservar la autonomía (como en el ejemplo de la esclavitud de Mill), para restaurarla (como en la relación médico-paciente) o para restablecerla (como en el paternalismo hacia un niño) (28). La restitución de la autonomía disminuida es la única racionalización del paternalismo médico que no profana la autonomía. La advertencia de que un médico debe "respetar la autonomía del paciente", no reconoce explícitamente que un paciente se halla en una situación de autonomía incompleta. Más bien, en lugar de ello, es preciso pedir al médico que respete el *potencial de autonomía* del paciente. Conseguir la mayor autonomía dentro de los límites del potencial del paciente me parece el objetivo legítimo de la relación terapéutica. Por tanto, ampliaría las definiciones de Gert y Culver de paternalismo añadiendo una característica nueva, la "1A.<sup>a</sup>":

1A.<sup>a</sup> El bien de S es, exclusivamente, conseguir la máxima capacidad para ser autónomo.

Haré referencia a esta definición ampliada, incluyendo la característica 1A.<sup>a</sup>, como "paternalismo limitado". Es el único tipo de paternalismo que es apropiado en un ámbito clínico. La *raison d'être* del paternalismo limitado es salvaguardar la libertad del individuo hasta el máximo grado posible, con la esperanza de ampliarla en último término. Desde el principio, en la relación médico-paciente hay una disminución de la autonomía y un paternalismo compensador. A través del encuentro, el médico con un paternalismo limitado debe valorar continuamente la autonomía incompleta del paciente con el interés de potenciar en él una independencia creciente.

### ¿Qué grado de paternalismo es apropiado?

Una vez que hemos establecido que no sería deseable desechar por completo el paternalismo en la medicina, y después de haber examinado qué tipo de paternalismo es preciso en

cada caso, nos queda por considerar el problema cuantitativo. Es decir, qué grado de paternalismo limitado es necesario. Obviamente, las fórmulas rígidas y terminantes no son útiles, porque pasan por alto las diferencias de tiempo y situación que cambian constantemente el alcance de cualquier fórmula (29). Es más realista sugerir que la práctica de un paternalismo limitado debe sintonizarse con las peculiaridades del contexto. Al igual que se puede hablar de un "grado de autonomía", existe un "grado de paternalismo" que el médico debe evaluar con arreglo a la situación del paciente (¿hasta qué punto está comprometida su autonomía?), los deseos del paciente y las limitaciones puramente técnicas del momento (por ejemplo, un estado de inconsciencia). Un proceso constante de retroalimentación entre médico y paciente permitirá que se actualice y se ajuste continuamente el equilibrio entre el paternalismo y la autonomía. Este espíritu de reciprocidad cinética, en el que el paternalismo se amolda a la situación, es uno de los puntos clave del concepto de Mark Siegler, para el que "la adaptación médico-paciente, [que] no es una relación fija, estable e inmutable entre el médico y el paciente... sino un modelo dinámico y siempre fluido" (30).

Szasz y Hollender desarrollaron un modelo dinámico sobre la relación terapéutica basado en el principio de que es *un proceso* en el que el paciente no sólo puede cambiar desde el punto de vista de sus síntomas, sino también en la forma en que desea relacionarse con su médico (31). Describen tres puntos de referencia a lo largo del espectro continuo de dependencia-independencia, o paternalismo-autonomía. Un extremo es la *actividad-pasividad* en el que el paciente es inerte, y el médico hace cosas para él sin su consentimiento o desacuerdo. En este caso, el médico es absolutamente paternalista. El prototipo de este estado es la relación de un padre con su hijo pequeño. En el extremo opuesto se encuentra la *participación mutua* completa. En esta situación, el médico y el paciente son iguales, independientes, y desean satisfacerse mutuamente. Esta situación sigue el modelo ético del contrato y es apropiada cuando la autonomía del paciente es en verdad submáxima (nunca es máxima en tanto que desempeña el papel de enfermo). El médico "ayuda al paciente a ayudarse". El prototipo es la relación entre dos adultos independientes. Entre estos dos extremos se encuentra lo que los autores denominan *orientación-cooperación*. En este caso, el paciente es mucho más participante que en el primer modelo, pero sólo es activo como cooperador y sólo puede ejercer parcialmente su juicio. El equivalente de esta relación es la que tiene un padre con un hijo adolescente.

Estos tres estados sólo representan dos extremos y un punto medio. La relación terapéutica puede adoptar cualquier combinación de paternalismo y autonomía a lo largo de esta escala continua. Además, es preciso que las modulaciones a lo largo de la escala se pongan en práctica fácilmente y estén dictadas por la negociación y la situación. Algunos ejemplos clínicos en los que la norma es la actividad-pasividad son la anestesia, un traumatismo agudo y el coma. La orientación-cooperación se puede ver en una infección aguda, los cuidados postoperatorios, etcétera. La participación mutua es apropiada para el psicoanálisis, las enfermedades crónicas y la rehabilitación. El caso de un paciente diabético que es traslada-

do al departamento de urgencias en coma cetoacidótico y, finalmente, es dado de alta con la prescripción de una dieta apropiada e insulina, ilustra cómo cambian continuamente las proporciones de paternalismo y autonomía. Esta progresión nos muestra la relación terapéutica desde el paternalismo máximo hasta el mínimo. En general, el determinante más importante del punto donde se estabilizará la relación dentro de este espectro lo marca el grado en el que la autonomía del paciente está disminuida en un momento dado, que debe ser restaurada mediante un paternalismo limitado y compensador.

### **Comparación con otras estrategias**

El esquema que se ha propuesto en el presente artículo utiliza la potenciación de la máxima autonomía como piedra de toque para evaluar el paternalismo. Contribuye a reconciliar la aparente disparidad entre autonomía y paternalismo, que muchos consideran que no pueden ni deben coexistir en la relación terapéutica. Esta estrategia es preferible a otras técnicas de reconciliación, como el patrón del "hombre razonable" (32), el análisis de coste-beneficio (33) y el cálculo moral que opone los males de interferir con la libertad a los males inherentes a dicha interferencia.

El patrón del "hombre razonable" adolece de un relativismo moral que es intrínsecamente insatisfactorio. No reconoce que la persona que está en el papel de enfermo no es un hombre razonable, medio. El punto de vista del coste-beneficio incluye aspectos como coste, perjuicio y beneficio que, por demasiado amplios, no son útiles. Por último, los que utilizan el cálculo moral para valorar las injusticias sufridas por el paciente corren el riesgo de basarse en conjeturas. Gert y Culver suscriben esta técnica. Presentan los datos poniendo de manifiesto las iniquidades evitadas y las causadas por el paternalismo, con el objeto de que "todas las personas racionales" los examinen con detalle: "si todas las personas racionales estuvieran de acuerdo en que permitiendo universalmente la violación se evitaría un mal mayor que el mal causado por su aceptación universal, la violación estaría firmemente justificada; siempre y cuando nadie la considerara injustificada" (34). Lamentablemente, los autores continúan utilizando una generalización presuntuosa de su propia moralidad como canon de validez, del tipo: "¿Consideraría cualquier persona racional que...? Creemos que sí...".

### **Resumen y conclusiones**

Kant y Mill articularon dos aspectos de la autonomía: la voluntad y la acción. La primera hace referencia a la libertad de la mente que funciona de acuerdo con las leyes universales concebidas por la razón pura. La segunda implica una libertad de acción o una conducta manifiesta, que sólo está limitada por el impedimento de que no se puede comprometer la

autonomía de nadie (incluyendo la propia). Ambos filósofos insisten en que la autonomía no es tanto un derecho como una obligación, que debe ejercerse de acuerdo con las capacidades de cada uno.

Paternalismo significa actuar en el interés de otro en ausencia de su consentimiento inmediato, aunque con la expectativa de un consentimiento final. Es primo hermano de la autonomía, puesto que ambos guardan relación con el mismo bien de la misma persona. Por tanto, el paternalismo y la autonomía son recíprocos. Cuando la autonomía flaquea, el paternalismo da su apoyo.

La autonomía no es universal y las personas manifiestan diferentes capacidades para comportarse de manera autónoma. Existen "grados de autonomía" basados en diferentes capacidades y que legítimamente requieren diferentes "grados de paternalismo" compensador. El grado de autonomía de cada persona no es fijo, sino que fluctúa en el curso de los acontecimientos vitales. La enfermedad puede verse como un estado de disminución de la autonomía, y de hecho es una de las características importantes del papel de enfermo en nuestra cultura. En consecuencia, los individuos enfermos tienen menos autonomía que cuando gozan de buena salud y, como tales, requieren ciertos elementos de lo que es un trato paternalista. Sin embargo, éste es un tipo de paternalismo muy limitado, destinado exclusivamente a potenciar al máximo la autonomía del paciente. Éste es el único interés legítimo del paternalismo médico. La incapacidad del paciente para gozar de una autonomía como consecuencia de su enfermedad es el principal factor que señala el punto en el espectro del paternalismo-autonomía en que debe moverse la relación terapéutica. El paternalismo es una respuesta a la incapacidad, no una negación de los derechos. Para modular el paternalismo del médico es necesario conocer de manera continua el estado de autonomía del paciente.

Es importante tener presente que la relación médico-paciente es un proceso dinámico. Es un trayecto desde un paternalismo limitado hasta la autonomía máxima que es su *telos*, u objetivo final. A medida que aumenta la capacidad del paciente para ser autónomo, disminuye el paternalismo del médico que alimenta dicha autonomía. Ilustra este proceso la recuperación de un paciente de un coma diabético.

La relación entre médico y paciente es única dentro de las profesiones, no sólo por la diferencia de conocimientos sino también por "las dimensiones especiales de la angustia en la enfermedad" (35). Enfrentado a esta realidad, es difícil negar la necesidad del paciente, por ligera que sea, de un paternalismo que no represente un desafío a su autonomía sino su paladín.

## Agradecimientos

Deseo expresar mi agradecimiento al personal de The Hastings Center for Society, Ethics, and the Life Sciences por sus valiosas discusiones sobre los problemas suscitados en el presente artículo, y por la utilización de sus espléndidos recursos.

La presente investigación contó con la financiación de los National Institutes of Mental Health, Medical Student Psychiatric Education Grant, MH 15204; beca 383-7078 de la Josiah Charles Trent Memorial Foundation, y una beca para el internado médico de The Hastings Center for Society, Ethics, and the Life Sciences.

## Bibliografía y notas

1. Haug E, Lavin B. Public challenge of physician authority. *Medical care* 1979; 17:844-858.
2. Veatch R. The generalisation of expertise. *Hastings Center studies*. 1973; 1:29-49.
3. Kant I. *Groundwork of the metaphysics of morals*. New York: Harper and Row. 1985, p. 108.
4. Véase referencia (3), p. 34.
5. Warnock M, ed. *John Stuart Mill utilitarianism, on liberty, essay on Bentham*. New York: World Publishing, 1962, p.108. De aquí en adelante, todas las referencias a esta edición se documentarán en el texto por el número de página.
6. Beauchamp T., Childress J. *Principles of Medical ethics*. New York: Oxford Press. 1979, p. 56.
7. Husak D. Paternalism and autonomy. *Philosophy and public affairs*. 1981, Winter; 10:35-36.
8. Kao C. Maturity and paternalism in health care. *Ethics in science and medicine*. 1976, Sept; 3:179-186.
9. Véase referencia (6), p. 60.
10. Dworkin G. Paternalism. In: Wasserstrom R., ed. *Morality and the law*. Belmont California: Wadsworth. 1971: 108.
11. Véase referencia (8), pág. 184. Véase también White A. *Paternalismo* (tesis doctoral). University of Virginia, 1974.
12. Gert B, Culver C. The justification of paternalism. In: Robison W and Pritchard M, eds. *Medical responsibility*. New Jersey: Humana Press. 1979, p. 2.
13. Véase referencia (12), pág. 2. Otras normas morales incluyen prohibiciones de "matar, infligir dolor (físico o mental), discapacidad, privar de la oportunidad de la libertad o del placer, decepcionar, romper una promesa o engañar". Véase también, Gert B. *The moral rules*. New York: Harper. 1975.
14. Gert B, Culver C. Paternalistic behaviour. *Philosophy and public affairs*. 1976, Fall; 6/1:45-47.
15. Véase referencia (14), p. 53.
16. Véase referencia (10), p. 119, para una consideración sobre el "futuro del consentimiento orientado"... Véase también, Rawls J. *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press, 1979, p. 249.
17. Marsh FH. An ethical approach to paternalism in the physician-patient relationship. *Ethics in science and medicine*. 1977; 4:135-138.
18. Siegler M. Search for moral certainty in medicine: a proposal for a new model of the doctor-patient encounter. *Bulletin New York Academy of Medicine*. 1981 Jan/Feb; 57:56-69.
19. American Medical Association code of ethics, 1874. In Reiser S, Dyck A, Curran W., eds. *Ethics in Medicine*. Cambridge: MIT Press. 1977; 26-33. En este código se proporcionan instrucciones a los médicos para que "cuiden del enfermo con las debidas formas distintivas de la importancia de su profesión... También deben estudiarlo en su comportamiento, de modo que unan la ternura con la firmeza y la condescendencia con la autoridad". A su vez, la obediencia del paciente debe ser "inmediata e implícita. Nunca se le debe permitir que sus propias opiniones faltas de tino... influyan en la atención que reciba...".
20. Laín Entralgo P. *Doctor and patient*. New York: McGraw-Hill, 1969.
21. Veatch R. Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Hastings Center report*. 1972, Jun; 2:5-7.
22. Por ejemplo, Waldman A. Medical ethics and the hopelessly ill child. *Journal of pediatrics*. 1976; 88:890-892.

23. Veronesi U, Saccozzi R, Marcella D, y cols. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axilar dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *New England Journal of Medicine*. 1981; 305:6-11. Véase también, Kraft RB. The breast cancer controversy and its implications for the informed consent doctrine. *Journal of legal medicine* (Chicago). 1980, Oct; 2:47-84.
24. Parsons T. *The social system*. London: Free Press of Glence. 1961:440-441.
25. Kass L. Professing ethically: on the place of ethics in defining medicine. In Dyer AR, ed. *The humanities and the profession of medicine*. Durham, NC. The National Humanities Center. 1982.
26. Pellegrino E. Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness. *Journal of medicine and philosophy*. 1979; 4:32-56.
27. Véase referencia (24), p. 446.
28. Es interesante destacar que Mill elogia el despotismo cuando está destinado a ayudar al gobernado a satisfacer en último término su potencial de autonomía. Esto se aplica en especial a la norma imperialista británica sobre las sociedades primitivas, una reminiscencia del paternalismo hacia los niños. Véase referencia (5), p. 136.
29. Véase Veatch R. Three theories of informed consent: Philosophical foundations and policy implications. In: *Ethical principles of guidelines for the protection of human subjects of research*. Washington, DC. 26; 1-26; 66. Department of Health, Education and Welfare, 1978. Veatch escribe que, "si se considera seriamente el derecho a la autodeterminación [autonomía]... los casos en los que el derecho debe comprometerse partiendo de una base paternalista serán extremadamente limitados, por no decir inexistentes".
30. Siegler M. The physician-patient accommodation. *Archives of internal medicine*. 1972; 142:1899-1902.
31. Szasz T, Hollender M. A contribution to the philosophy of medicine: three basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of internal medicine*. 1957; 97:585-592.
32. Cassidy PS. *Cooper v. Roberts: A 'reasonable patient' test for informed consent*. *University of Pittsburgh Law review*. 1973, Spring; 43:500-509.
33. Goldman T A, ed. *Cost-effectiveness analysis: new approaches in decision-making*. New York: Frederick A Preager. 1967.
34. Véase referencia (12), p. 6.
35. Véase referencia (26), p. 45.