

ACTUALIZACIÓN

Autonomía, consentimiento y responsabilidad. Parte 1: limitaciones del principio de autonomía como fundamento del consentimiento informado



J.M. Mellado

Servicio de Radiología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Recibido el 5 de marzo de 2016; aceptado el 10 de junio de 2016

Disponible en Internet el 11 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Derecho de autonomía;
Derechos del paciente;
Consentimiento informado;
Bioética;
Ley;
Código deontológico;
Profesionalismo

KEYWORDS

Right to autonomy;
Patients' rights;
Informed consent;
Bioethics;
Law;
Code of ethics;
Professionalism

Resumen La consolidación legislativa de los derechos del paciente introdujo modificaciones en la relación clínica y en la *lex artis*, pero su implantación progresa con dificultades en un entorno sanitario muy condicionado por la escasez de los recursos y la abundancia de las normas. Desde hace algunos años, la autonomía, el consentimiento y la responsabilidad forman uno de los ejes vertebradores de la profesión médica. Sin embargo, son objeto de controversia y causan malestar profesional. En la primera parte de este artículo examinamos las limitaciones conceptuales y normativas del principio de autonomía como fundamento del consentimiento informado, abordadas desde una perspectiva filosófica, histórico-jurídica, bioética, legal, deontológica y profesional. En la segunda parte analizamos la viabilidad del consentimiento informado en la medicina asistencial y su relación con la responsabilidad jurídica.

© 2016 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Autonomy, consent and responsibility. Part 1: limitations of the principle of autonomy as a foundation of informed consent

Abstract Legal recognition of patient's rights aspired to change clinical relationship and medical *lex artis*. However, its implementation has been hampered by the scarcity of resources and the abundance of regulations. For several years, autonomy, consent, and responsibility have formed one of the backbones of the medical profession. However, they have sparked controversy and professional discomfort. In the first part of this article, we examine the conceptual

and regulatory limitations of the principle of autonomy as the basis of informed consent. We approach the subject from philosophical, historical, legal, bioethical, deontological, and professional standpoints. In the second part, we cover the viability of informed consent in health care and its relationship with legal responsibility.

© 2016 SERAM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Dicen que hace falta que algo cambie para que todo siga igual¹. Tal vez sea esto lo que ha ocurrido con el consentimiento informado (CI)²⁻⁴. Treinta y ocho años después de la publicación del *Informe Belmont*⁵ persisten las dudas sobre la capacidad real del CI para garantizar la autonomía del paciente⁶⁻¹⁰. Todo parece indicar que las normas destinadas a erradicar el paternalismo no han alcanzado plenamente su objetivo. De hecho, tampoco han impedido el crecimiento de las demandas judiciales, de la medicina defensiva y de la insatisfacción profesional⁸⁻¹⁵. Es posible que la actitud del médico haya malogrado algunos buenos propósitos. Sin descartar esta hipótesis, trataremos de explorar otras. Nuestro objetivo es examinar las limitaciones conceptuales y normativas del principio de autonomía como fundamento del CI.

La interrupción de la tradición hipocrática

El juramento hipocrático, paradigma de la tradición autonormativa de la profesión médica, ha tenido una influencia duradera¹⁶. La medicina hipocrática era respetuosa con la dignidad del paciente, pero al mismo tiempo era clasista y muy paternalista. Amparado por esta tradición, el médico ha ejercido durante mucho tiempo al margen de los deseos del paciente y poco condicionado por la ley. El prestigio moral del médico tradicional y su abnegada vocación de servicio parecían suficientes para avalar su conducta¹⁷⁻¹⁹. Esto, sin embargo, ha cambiado.

Los avances científicos del siglo pasado despertaron grandes expectativas, pero también alarma social. El pluralismo ideológico contribuyó a una paulatina desmitificación del colectivo médico¹⁹⁻²¹. El estado del bienestar impulsó una sanidad pública que entendía la salud como perfecto bienestar físico, mental y social²². En este contexto, la irrupción de la bioética, a partir de los años 1970, resultó decisiva para el desarrollo legislativo de los derechos del paciente.

Surge así una medicina más regulada, integrada en una organización sanitaria que protege la salud con criterios de universalidad. La relación clínica se humaniza. Se introducen elementos de control que modifican o suplantán la relación de confianza²³. El nuevo acto médico ha de ser beneficioso, necesario, consentido, seguro y justo. Debe tener calidad y procurar satisfacción²⁴. Ante un resultado adverso, el riesgo materializado en daño se convierte en eje de la discusión procesal, lo que incentiva la medicina defensiva²⁵.

El paciente se ha convertido en usuario de servicios públicos y consumidor de productos sanitarios. Aspira a disfrutar de la salud que la ley le garantiza. El médico, por su parte, añora una medicina más espontánea. Ejerce con cierta resignación, condicionado por la escasez de los recursos y la abundancia de las normas^{26,27}. Incrédulo ante las formidables propuestas de la ética académica, se pregunta si no será demasiado lo que se le exige²⁸. Se resiste donde puede, siendo el CI es uno de los escenarios de esa resistencia.

La autonomía como noción filosófica

La autonomía es un concepto básico de la organización jurídica y de la fundamentación ética de las sociedades liberales y democráticas²⁹. Se origina en la filosofía moral y política de Occidente. Se relaciona con términos como libertad, independencia, voluntariedad, autenticidad y responsabilidad. Forma parte del lenguaje educativo, bioético y médico. El individuo autónomo es consciente de sus propósitos y capaz de ejercer su voluntad. Adopta decisiones ajustadas a sus necesidades y asume sus responsabilidades²⁹.

La autonomía puede entenderse como capacidad de actuar con independencia, posibilidad de actuar con voluntariedad o derecho a decidir en libertad²⁹. Para Kant, la autonomía es autogobierno racional mediante normas morales universales³⁰. Para Mills, la autonomía busca el máximo bienestar, implica soberanía y se identifica con ausencia de coacción^{31,32}. La autonomía puede ser una loable aspiración o una acreditada capacidad. Puede funcionar como instrumento, pero también es un fin en sí mismo, que merece ser defendido²⁹.

La noción de autonomía es controvertida³³. Su acepción dominante prioriza los derechos individuales, soslaya los vínculos personales y tiende a la radicalidad. Muchos autores recelan de esta autonomía o la creen improbable. Algunos sostienen que las emociones la inhabilitan. Otros piensan que se trata de un mito o una ficción, expresión de voluntarismo mágico o liberalismo trasnochado. No son pocos los que la juzgan incompatible con la justicia, la solidaridad o la confianza³³⁻⁴¹.

La autonomía como construcción jurídica

La autonomía se convierte en argumento procesal en las primeras décadas del siglo xx en los Estados Unidos. La constitución americana y sus enmiendas reconocen el derecho de autodeterminación del individuo. En este contexto se suceden una serie de demandas por daños físicos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4244995>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4244995>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)