

La ética médica ante los límites de la autonomía del paciente: el debate sobre las *Confesiones de un médico*

Omar García Zabaleta, Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, España
Antonio Casado da Rocha, Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, España

Resumen: La publicación en castellano de las “Confesiones de un médico” de Alfred Tauber, ya reseñadas por Ion Arrieta en el número anterior de esta revista, ha generado un interesante debate en torno a algunos de los problemas tratados en el libro. Profesionales pertenecientes a distintas disciplinas relacionadas con las humanidades médicas han mostrado sus acuerdos y discrepancias con la propuesta del autor estadounidense, en una discusión en la que el papel de los avances científicos y de la autonomía constituye los principales puntos de tensión. Para clarificar y avanzar el debate, proponemos el establecimiento de un concepto de autonomía adaptado a la naturaleza de la relación asistencial, que parta de la consideración y cuidado de los rasgos biológicos, cognitivos y morales que se desarrollan en la interacción del individuo con su entorno.

Palabras clave: autonomía, ética relacional, relación médico-paciente, Tauber, medicina humanista, bioética

Abstract: This paper reviews the debate around the Spanish translation of Alfred Tauber’s “Confessions of a Medicine Man,” whose main topics were already analyzed in a previous issue of this journal. Professionals with diverse backgrounds within the fields of medical humanities have discussed the pros and cons of Tauber’s proposal. Their main arguments have focused on the roles of scientific advances and the concept of autonomy. To clarify and move forward the debate, we propose to establish a concept of autonomy rooted on the nature of the healthcare relationship and its caring role, taking into consideration the biological, cognitive, and moral features that develop in the interaction between the individual and its environment.

Keywords: Autonomy, Relational Ethics, Doctor-Patient Relationship, Tauber, Humanist Medicine, Bioethics

El primer número de la *Revista Internacional de Humanidades Médicas* incluía un breve artículo titulado “El compromiso ético de la medicina” (Arrieta, 2012a) en el que se reseñaba la reciente publicación de *Confesiones de un médico*, un ensayo filosófico del médico norteamericano Alfred I. Tauber (2011). Publicado por la editorial Triacastela, este libro ha provocado un vivo debate entre profesionales de diversas disciplinas generalmente asociadas a las humanidades médicas, y que puede seguirse en revistas académicas como *Eidon*, *Dilemata*, o el *Boletín de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid*. Dado que el artículo de Arrieta no hace referencia a estas reacciones críticas, sino que se limita a resumir y contextualizar el libro en cuestión, nuestro objetivo consiste en revisar esta bibliografía para sintetizar la lectura de Tauber en el ámbito de las humanidades médicas en castellano, y extraer así algunas conclusiones sobre el debate principal, directamente relacionado con nuestra comprensión del principio de autonomía en bioética.

A ese debate subyace el inevitable reto al que ha de enfrentarse la medicina actual, inmersa en un contexto drásticamente diferente al de sus primeros pasos, y que la sitúa ante la compleja exigencia de actualizar su actividad, y el modelo ético que la rige, sin descuidar su función constitutiva. La necesidad de establecer una estructura ética en las ciencias relacionadas con la medicina es evidente en unos tiempos en los que los avances científicos han multiplicado las posibilidades de intervención sobre la naturaleza y la vida. El modelo paternalista, dominador



hasta las últimas décadas del siglo XX, se ha visto superado por la evolución de una sociedad que ofrece posibilidades para que las diferencias entre expertos y legos se vean reducidas paulatinamente. La educación, y las facilidades de acceso a la información y al conocimiento posibilitan que los individuos tengan una mayor conciencia sobre su salud y sobre sus derechos. El paciente rendido a la omnipotencia del médico va, poco a poco, desapareciendo para dejar paso a un individuo que demanda conocimiento y poder de decisión sobre las acciones que le afectan. Como consecuencia de este proceso, hace ya tiempo que la beneficencia se encuentra bajo sospecha y que la voluntad de autonomía se expande entre quienes se ponen en manos del personal sanitario.

Esta autonomía debe adaptarse a la naturaleza de la actividad asistencial o clínica, y de los sujetos que interactúan en ella, para lo que parece razonable pensar que tiene que partir de la consideración y cuidado de los rasgos biológicos, cognitivos y morales que se desarrollan en la relación del individuo con su entorno, incluyendo el entorno sociosanitario. Sin embargo, pese a que las llamadas al establecimiento de un nuevo modelo son cada vez más constantes, no acaba de definirse la manera en que la autonomía debería introducirse en él. La discusión está servida y frente a quienes abogan por la instauración de la autonomía como principio fundamental de la estructura ética subyacente a la actividad sanitaria, se encuentran los que defienden que ésta no es la alternativa adecuada para la función y la naturaleza de esta disciplina.

En este segundo grupo se inscriben Tauber y su ya mencionado libro publicado por primera vez en 1999 bajo el título *Confessions of a Medicine Man: An Essay In Popular Philosophy*, y traducido recientemente como *Confesiones de un médico*. En la traducción del título se pierden los ricos matices de la expresión americana “*medicine man*”, que alude tanto al chamán de la tribu como al hombre que ha hecho de la medicina su vocación, así como el modesto tono divulgativo de “*popular philosophy*”: no se trata de un libro para filósofos sino para aquellos que desean acercarse a la filosofía. Su autor, el médico y filósofo estadounidense Alfred Tauber, presenta una propuesta de ética relacional como la más adecuada para la medicina y, además, desestima la validez de otras alternativas aplicables a este contexto, prestando una especial atención a las que conceden la centralidad a la autonomía del paciente.

Alfred I. Tauber es uno de los principales exponentes de las humanidades médicas en Estados Unidos, pero tiene una visión bastante poco optimista acerca del creciente peso adquirido por la autonomía en el ámbito médico. Tauber, formado como médico especializado en hematología y bioquímica, decidió inmiscuirse de manera profesional en la filosofía en busca de respuestas para los conflictos morales que le suscitaba el desarrollo de su profesión. Posteriormente su curiosidad filosófica le ha llevado a estudiar otros temas (se trata de un autor notablemente independiente, que funciona movido por sus propias obsesiones al margen de corrientes académicas), pero su trayectoria siempre ha girado en torno a algunos temas perennes: la identidad y la alteridad (tanto en filosofía como en inmunología), o la tensión entre los aspectos científicos y humanísticos de la medicina. Entre otros cargos, actualmente es profesor de medicina y de filosofía en la Universidad de Boston y ha sido Director del Centro de Filosofía e Historia de la Ciencia de la misma universidad desde 1993 hasta 2010.

Desde la perspectiva que le proporciona su trayectoria como profesional sanitario, Tauber sospecha de las implicaciones que podría tener el establecimiento de un modelo basado en una ética autónoma en la medicina. Su libro, como él mismo confiesa, surge de la insatisfacción y el desencanto que le produce la deshumanización que ha sufrido la medicina —en especial la norteamericana— en las últimas décadas. Y es que Tauber considera que la decidida apuesta por el cientificismo y la objetividad que caracteriza la actividad sanitaria está muy alejada de lo que de ella debería esperarse. Sostiene que el paciente ha pasado a ser un objeto a los ojos de un observador objetivo que lo reduce a un conjunto de síntomas.

En este sentido, su postura se caracteriza por reclamar una base ética que reoriente la actividad médica hacia la que considera su función constitutiva, esto es, hacia el cuidado del paciente. Entiende que una relación ética entre el médico y el paciente es el fundamento sobre el

que debe cimentarse la medicina y que, por lo tanto, es necesario articular el cuidado de la persona y de la enfermedad para que la dignidad del paciente recupere la centralidad que le corresponde. Esta propuesta, que comparte algunos rasgos con la obra de otros médicos-filósofos de origen judío, como Eric Cassell o Leon Kass, se enmarca en una voluntad transdisciplinar de conciliar epistemología y ética para la construcción de una base que asegure la subordinación de los avances científicos al ejercicio de la moralidad en todas las esferas de la actividad humana y que Tauber denomina “epistemología moral”:

Llamo a mi filosofía rectora una “epistemología moral”, que defino como el intento de atrapar la inextricable trama de nuestros valores personales en nuestro conocimiento y nuestros modos de conocer. Los valores no solo evolucionan a través del tiempo y las culturas; son lo que está en juego mientras surcamos y construimos el mundo en que vivimos. Entender este proceso nos proporciona la libertad potencial de ejercer la responsabilidad moral. (Tauber, 2011: p. 16)

Una filosofía que Tauber ha desplegado en gran parte de su obra posterior, pero cuyo punto de inicio y eje de expansión lo constituyen las páginas de *Confessions of a Medicine Man*. De modo que es en este libro donde el autor define las líneas maestras de su propuesta ética para la medicina y transmite por primera vez el mensaje de que “la autoconciencia ética, y el razonamiento moral imaginativo, son recursos profesionales que han de cultivarse para responder al desafío de defender la agencia moral en una época que no confía en fórmula alguna y duda de todas las autoridades” (Tauber, 2011: p. 13).

Este mensaje se completa de manera más formal en *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility* (2005), donde desarrolla su crítica de las nociones de autonomía actuales y la idea de que estas dependen de la construcción de identidad personal. Es decir, al igual que en *Confesiones*, desestima el valor de la ética de la autonomía y propone una ética basada en una construcción relacional de la identidad.

También en *Henry Thoreau and the Moral Agency of Knowing* (2001) el mensaje es parecido ya que, en este caso, explora la obra de este escritor y naturalista del siglo XIX para articular su propuesta de coordinar ciencia y humanismo, epistemología y moralidad. Y, en *Science and the Quest for Meaning* (2009) continúa por ese camino para defender la integración de la ciencia en la realidad social:

Me parece que puede trazarse una línea recta y continua que va desde *Confesiones* hasta *Quest*. El mensaje expresado una década antes en términos personales, terminó por aparecer bajo la forma de una filosofía humanista de la ciencia aplicable a nuestros días. (Tauber, 2011: pp. 15-6)

La propuesta de Tauber

Como consecuencia de la publicación en castellano de este libro se ha generado un vivo debate entre profesionales pertenecientes a diversas disciplinas relacionadas con las humanidades médicas. Su quinto capítulo, titulado “Hacia una nueva ética médica”, es el que ha centrado la mayor parte de las reacciones por ser el menos descriptivo y más propositivo; podría decirse que es el clímax del libro, y de hecho es el capítulo que contiene las viñetas o episodios autobiográficos más provocadoras y personales.

En los capítulos anteriores, Tauber había descrito la situación desde la cual se escribe el libro: las convulsiones de un sistema sanitario cada vez más comercial y tecnificado, y los desafíos que ese sistema plantea a la identidad moral de las profesiones sanitarias. Hace un repaso al origen histórico de nuestras ideas sobre la autonomía, describiendo la transición desde el yo (*self*) puntual de Locke y Newton al yo orgánico de Nietzsche, y sus problemas. Estas concepciones modernas presuponen un yo previo a la interacción entre el yo y su entorno (que incluye a otros individuos), lo que las hace vulnerables a la crítica postmoderna heredera del romanticismo: el yo es contingente e impermanente, su constitución no es ajena al entorno, y esa inestabilidad afecta también a su autonomía. Por lo tanto, Tauber busca una concepción alternativa para la medicina, donde lo importante no sea tanto el yo sino el otro. Inspirado por

Levinas, Tauber sostiene que el yo no es asunto de representación (como en Locke) o voluntad (Nietzsche), sino de relación.¹

El capítulo 5 se abre con una crítica a la enseñanza de la ética tal como esta se enseña en las facultades de medicina, de manera periférica. Tauber quiere integrar la ética en la práctica clínica; no se trata de convertir a cada profesional sanitario en un especialista en ética (algo harto improbable), sino de cambiar el énfasis de la enfermedad al enfermo. Dicho en otros términos, Tauber supedita la teoría ética a la práctica moral (Barden, 1997) y, aunque se felicita de que el “médico-dios” haya desaparecido de nuestra memoria colectiva, se pregunta con qué otro modelo lo hemos reemplazado. Tal vez con el Doctor House, aquel que considera que los médicos están para tratar enfermedades, a pesar de los pacientes (Casado y Saborido, 2010). Obviamente, no es ese el modelo que Tauber propone. Ni tampoco un modelo en el que “a los médicos no se les responsabiliza de otra cosa que no sea su capacidad técnica” de acuerdo con la *lex artis* o “los criterios que establezca la comunidad” científica (Tauber, 2011: p. 150).

Frente a todo eso, Tauber propone volver a la interacción entre médico y paciente (p. 152). La viñeta en la que su padre cura al asesino nazi (mas no sin angustia) sugiere que para Tauber la vocación no es algo trascendente, sino la identificación con el núcleo moral de una profesión, y que en el caso de la medicina esta consiste fundamentalmente en curar y cuidar, junto a la serie de fines señalados por el ya clásico informe del Hastings Center (2004).

Esto nos lleva a una tesis central en el libro: en la enfermedad lo importante no son los hechos sino el sentido que adquiere para el paciente, cómo estos se integran en su experiencia subjetiva (p. 160), lo que encierra cierta similitud con la definición de sufrimiento según Eric Cassell (2004). El médico ha de ser algo así como un acompañante del enfermo, no como mero contemplador del sufrimiento, sino como “testigo empático” (p. 157), aquel que se identifica con el sufrimiento ajeno y trata en consecuencia de aliviarlo. Aunque este planteamiento tiene mucha similitud con el de Pellegrino y Thomasma (1988), Tauber tampoco concibe la beneficencia como principio rector de la ética asistencial, incluso cuando se da en condiciones de confianza mutua entre profesional y usuario (p. 163). Lo que propone como conclusión podría esbozarse en tres puntos:

1. La relación asistencial viene dada como una relación de responsabilidad que emana de la empatía. Usando ejemplos de la literatura tanto clásica (Hawthorne) como contemporánea (Berger), Tauber subraya el carácter personal del encuentro entre médico y paciente, y el papel crucial que juega en él el reconocimiento mutuo.
2. La confianza es producto de esa empatía, y hace que la autonomía del paciente pase a un segundo plano. La viñeta en la que un médico enfermo se autoindica una dosis brutal de quimio funciona como una anomalía: claramente vemos que los médicos de la viñeta piensan que es un error, pero acatan la decisión del paciente, por respeto no a su autonomía sino a su autoridad como médico más veterano. De hecho, lo normal es la situación contraria, en la que la voluntad del paciente no prevalece por encima del juicio de los profesionales que le atienden.
3. La relación asistencial es esencialmente asimétrica. Con todo, compartir el fin de la medicina conlleva una cierta igualdad. el paciente necesita al cuidador para aliviar su sufrimiento pero este también le necesita para realizarse como profesional. Esto enlaza el final del capítulo con el siguiente, en el que Tauber propone dos respuestas a la pregunta fundamental: ¿por qué escuchar la llamada del otro, potencialmente infinita? Una de sus respuestas apela a la noción nietzscheana del eterno retorno, que interpreta como una metáfora de la también infinita responsabilidad ética, y la otra apela a la especial apertura al otro que define y satisface la identidad moral del profesional sanitario.

Prácticamente la totalidad de las voces surgidas en respuesta a las Confesiones comparten el diagnóstico general realizado por Tauber; muestran su acuerdo con la idea de que es necesaria

¹ Para una exposición más completa del contenido del libro en su totalidad ver Arrieta (2012a).

una reorientación ética en la actividad médica, y manifiestan cierta preocupación por dar respuesta a las incertidumbres generadas en este contexto de cambio. En este sentido, el fenómeno de la objetivación del paciente y de su enfermedad, parece ser también una de las mayores preocupaciones para la mayoría de los profesionales relacionados de una u otra manera con el ámbito de la ética asistencial. Para Arantza Etxeberria (2012: p. 75) el argumento central de Tauber “es que la práctica de la medicina debe concebirse como una interacción entre sujetos y abandonar el modelo actual, que ha reducido esa interacción a una relación entre sujeto (médico) y objeto (enfermo)”. José Antonio Seoane (2012: p. 63) considera que Tauber identifica correctamente los problemas que azuzan a la medicina y que “señala con acierto que el positivismo médico y la separación hecho-valor son obstáculos para la adecuada configuración ética de la relación clínica”. También Azucena Couceiro (2012) se muestra de acuerdo con esa apreciación. La deshumanización de la medicina es, por lo tanto, una preocupación ampliamente compartida entre quienes reflexionan sobre la naturaleza de esta actividad y, del mismo modo, la búsqueda de soluciones para enfrentarla es vislumbrada como un objetivo prioritario.

Sin embargo, lejos de generar consenso, las vías de solución propuestas por el médico y filósofo estadounidense han despertado reacciones dispares entre especialistas y colegas, hasta el punto de que muchos de ellos no han dudado en distanciarse de ellas. Como Arrieta (2012a) identificó acertadamente en su ya mencionado artículo, son dos, principalmente, los factores que el profesor de la Boston University señala como causa de este fenómeno de deshumanización de la medicina: por un lado, el papel de la ciencia y la tecnología; y, por otro, el protagonismo del principio de autonomía. Como veremos a continuación, ambas hipótesis resultan polémicas y han generado valoraciones y críticas bastante significativas.

Los avances tecnológicos y la supremacía del conocimiento científico han empapado la actividad médica en las últimas décadas, produciendo cambios significativos tanto en los medios como en las formas de actuación de los profesionales. Tauber defiende que este hecho ha contribuido a deshumanizar la relación entre el médico y el paciente, y que el cuidado empático de este último se ha visto desplazado por el análisis y el tratamiento objetivo de la enfermedad. Mabel Marijuán, desde su experiencia como profesional de la medicina, relata identificándose con el médico estadounidense la incertidumbre que invadió su día a día y el de muchos de sus compañeros de profesión durante esa época de cambio. De esta manera, explica cómo el ejercicio de su profesión se vio alterado por “los rápidos cambios en la tecnología y en el modelo asistencial y, sobre todo, en las relaciones humanas” (Marijuán, 2012: p. 57).

Pese a coincidir con la preocupación de Tauber acerca de las consecuencias que puede tener la tecnificación de la medicina sobre la ética intrínseca a esta actividad, Rosana Triviño (2012) considera exageradamente dramática la forma en la que el autor estadounidense presenta el problema. Azucena Couceiro va más allá y se muestra especialmente crítica con la relación causal que Tauber establece entre ciencia y deshumanización de la medicina. Couceiro (2012: p. 36) defiende que el conocimiento científico forma parte de la ética médica al afirmar que “un buen fundamento científico es la primera exigencia ética de la Medicina”. En este sentido, explica que una buena base científica aumenta las posibilidades de acierto en la toma de decisiones, proporciona una mayor eficacia en las intervenciones médicas y que, por lo tanto, se constituye como el primer paso para ayudar al paciente. Es decir, rechaza la relación de oposición que Tauber establece entre ciencia y moralidad y destaca el potencial de la primera como herramienta al servicio de la segunda.

Couceiro hace hincapié en que la técnica y la tecnología no tienen ninguna responsabilidad sobre la deshumanización de la medicina, afirmando que es su uso equivocado basado en el error de percibirlos como fin en sí mismas en lugar de como medio para otros fines lo que genera los perjuicios. Por este motivo concluye que “el desafío filosófico de la Medicina no sería tanto ir más allá de la ciencia y la tecnología, sino reubicar la forma en que se utiliza, sin perder de vista nuestro horizonte, los fines de la Medicina” (Couceiro, 2012: p. 37).

El papel de la autonomía

El segundo factor que Tauber sitúa en el origen de la deshumanización de la medicina es el que se encuentra más estrechamente vinculado con la temática de este trabajo y, también, el que más controversia ha generado, especialmente entre quienes han percibido en la propuesta del autor estadounidense cierto olor a paternalismo. Y es que, el inmunólogo norteamericano considera que el creciente peso otorgado a la autonomía del paciente en la actividad médica ataca la naturaleza moral de la relación entre médico y paciente que a su juicio constituye el núcleo de la medicina. Por esta razón principal, sostiene que el principio de autonomía no puede ser el eje en torno al que se construya la ética de la medicina.

Arrieta (2012a, 2012b) se muestra bastante próximo a Tauber en esta cuestión, al opinar que la autonomía liberal de carácter individual no es adecuada para la medicina. Arrieta considera que el uso del principio de autonomía liberal, centrado en la defensa de las decisiones individuales, genera bastantes problemas en la actividad sanitaria, debido a que, además de dar lugar a la actuación defensiva de los profesionales, su utilidad es bastante dudosa para los enfermos.

De manera que postula que el respeto a la autonomía del paciente no puede ser el núcleo articulador de la ética médica, por el hecho de que no se corresponde con las vicisitudes de una actividad en la que lo primero es la recuperación de la salud del enfermo, tanto para el médico, como para el propio paciente. Explica que “en estas situaciones de enfermedad o de salud débil o precaria, la autonomía pasa a un segundo plano por la sencilla razón de que está disminuida o comprometida” y que, precisamente por este motivo, “antes que respetarla, el médico intenta restituirla” (Arrieta, 2012b, p. 28).

Además, Arrieta subraya la relevancia de valorar la cualidad de las decisiones a la hora de promover la autonomía y de superar las dificultades que surgen en un contexto en el que la capacidad de decisión del sujeto ha sido mermada. Por ello, considera que “tomarse en serio la autonomía del paciente es hacer todo lo necesario para que sus decisiones sean lo más meditadas, prudentes y razonables que sea posible” (2012b: p. 29) y que ese es el camino que ha de seguirse en la medicina. Tal y como se puede intuir en base a esta afirmación, para este autor, no es la autonomía de carácter liberal la que debe promoverse en la actividad sanitaria, sino una autonomía que vaya más allá del respeto de la voluntad individual y que invite a que esas decisiones sean lo más razonables posible. La información se postula como un factor esencial para este fin y el respeto a la autoridad teórica es, en su opinión, un elemento al que no se puede renunciar.

Lydia Feito (2012) tampoco se aleja demasiado de esta visión. Otorga un papel central a la confianza en la relación entre médico y paciente, y, en gran medida por ello, entiende que la ética relacional propuesta por Tauber puede encajar con la naturaleza de la actividad sin caer en el paternalismo. Concretamente, expone que el hecho de que esta relación no se dé en términos de estricta igualdad no implica una vuelta al paternalismo, ni una negación de la autonomía, ya que entre los objetivos que el médico debe marcarse en el proceso de cuidado del paciente se encuentra, precisamente, la restauración de su autonomía. “Es verdad que la relación clínica se plantea como asimétrica y la responsabilidad recae del lado del médico. Pero esto no significa que haya de ser paternalista: la autonomía del paciente se debe respetar porque forma parte del bien del paciente.” (Feito, 2012: p. 48).

Al igual que Tauber, considera que al depositar su confianza en el médico, el paciente renuncia a una porción importante de su autonomía. Sin embargo, como ya se ha visto, no considera que esta entrega de la autonomía del paciente al personal sanitario suponga una contribución al paternalismo, sino que defiende que simplemente responde a las vicisitudes de una relación asimétrica fundamentada sobre el binomio confianza-responsabilidad. Aun así, reconoce el riesgo de que esta relación caiga en el viejo paternalismo y, por ello, subraya la necesidad de mantener una actitud relacional en la que jueguen un papel esencial aspectos como

la comunicación, la cercanía y la confidencia. De modo que, lo que Feito propone es una conjunción equilibrada entre ayuda y respeto como guía de la actividad del médico.

La responsabilidad principal del médico es encontrar un equilibrio entre la ayuda al enfermo —con su arsenal de técnicas y conocimientos, pero también con sus capacidades de comunicación— y el respeto a sus valores y decisiones, sin el que incurriríamos en un paternalismo inaceptable. (Feito, 2012: p. 50)

Otros autores, en cambio, muestran su rechazo a la forma en que Tauber entiende la autonomía en la bioética, y apelan a la existencia de concepciones de autonomía menos reduccionistas que la liberal para alejarse de la valoración que el autor estadounidense hace de las implicaciones que el ejercicio de la autonomía tiene sobre la práctica médica.

Este es el caso de José Antonio Seoane, que se distancia de la posición de Tauber por considerarla implícitamente paternalista. El hecho de que Tauber no acepte la presencia de la autonomía como complemento de los elementos en los que fundamenta su visión de la relación clínica —competencia, compasión, responsabilidad y confianza— es el motivo en base al que Seoane justifica su oposición a la propuesta del médico estadounidense. Un elemento clave de la tensión lo constituye el hecho de que este autor considera que Tauber comete el error de simplificar y reducir el concepto de autonomía, en un intento por demostrar su inutilidad como factor participante de la relación médico paciente, y que su emparejamiento con la objetividad científica y con la objetivación del paciente no es más que una consecuencia de esta voluntad.

De modo que Seoane (2012: p. 64) se opone a esa visión simplificada e incompleta de la autonomía, y defiende su valor e indispensabilidad como elemento regulador de la relación, debido a que “no existe autonomía plena, pero sí pacientes y médicos conscientes de que la síntesis de autonomía y dependencia es propia de nuestra condición humana”. Siguiendo esa línea, sostiene que no puede establecerse una verdadera relación clínica a menos que se reconozca la autonomía del paciente y, de esta manera, su valor “como persona y agente moral” (Seoane, 2012: p. 65). En este sentido, explica que la responsabilidad a la que constantemente hace referencia Tauber no tiene que recaer exclusivamente sobre el médico y que reconocer la autonomía del paciente es la forma de otorgársela también a él. Y es que para Seoane (2012: p. 65) “cabe admitir la asimetría médico-paciente desde una perspectiva epistemológica, pero no es cierta ni aceptable desde una perspectiva axiológica o ética”.

Además, destaca, en contra de la opinión de Tauber, que la confianza del paciente hacia el médico no surge de su renuncia a la autonomía, sino de la actividad en los ámbitos de relación en los que ésta se encuentra debilitada o ausente. También hace hincapié en que esta confianza no debe estar asegurada, sino que tiene que ser el médico con su actuación quien se haga acreedor de ella.

Esta opinión es plenamente secundada por Azucena Couceiro (2012), que advierte de que la entrega de porciones de autonomía por parte del paciente parece derivar en un paternalismo bastante alejado del ideal bioético y que, por lo tanto, la confianza debe ganarse durante el proceso de relación. Es el término *alianza* el que, tomado de la obra de Adela Cortina, Couceiro utiliza para sintetizar su visión acerca de cómo debe ser la relación entre médico y paciente.

Es necesario retornar a una versión diferente de los vínculos humanos, la versión de la alianza, que es la del reconocimiento mutuo entre quienes toman conciencia de su identidad humana, lo que genera obligaciones y responsabilidades respecto de ese otro yo. Relaciones recíprocas y respetuosas, y por ello horizontales en su reconocimiento y en su capacidad de tomar decisiones. (Couceiro, 2012: p. 39)

Por otro lado, Couceiro defiende que la conjunción entre conocimiento teórico y habilidades prácticas aumenta las posibilidades de generar confianza en el paciente, y de que, en consecuencia, se cumpla la función de la medicina, algo que, a su juicio, la propuesta tauberiana tampoco garantiza.

Entre esas características que ha de tener un buen profesional médico ubica Rosana Triviño (2012) el respeto a las decisiones del paciente como un rasgo más orientado a la búsqueda de su bienestar. Triviño se sitúa en oposición a Tauber al considerar que el respeto de la autonomía contribuye a generar una ética más incluyente y que, incluso cuando las facultades individuales se ven mermadas por la enfermedad, es deseable poder mantenerla. Critica la propuesta tauberiana por considerarla un intento de regreso al ya superado paternalismo y propone una ética en la que el respeto de la autonomía sea un pilar esencial de la relación médico-paciente.

Para evitar caer en el paternalismo radical de otras épocas y trascender el desequilibrio de poder entre médico y paciente, es necesario entender la relación de cuidado desde el respeto a su capacidad de autodeterminación. (Triviño, 2012: p. 70)

Pese a compartir la preocupación de Tauber por la cientificación de la ética médica piensa que “achacar la causa de la situación al desarrollo de la autonomía es una selección perversa” (Triviño, 2012: p. 70). Al mismo tiempo, rechaza la vocación médica a la que Tauber hace alusión como cualidad indispensable para la reorientación y saneamiento de la actividad médica por considerar que tiene un tinte metafísico que la hace difícilmente medible, y que existen además otras cualidades teórico-prácticas con mucha mayor relevancia para el correcto ejercicio de la profesión.

Cuando se achaca a la autonomía del paciente y a la falta de vocación de los profesionales la causa del deterioro de las relaciones se está insistiendo en dos de las múltiples variables que intervienen en la explicación de un fenómeno muy complejo. En consecuencia, el diagnóstico queda incompleto y la propuesta de solución parece limitarse a una reducción de los derechos del paciente y una exigencia idealista: el amor universal. (Triviño, 2012: pp. 72-3)

Asimismo, esta autora subraya que la autonomía es ya de por sí relacional y que por ello hablar, como hace Tauber, de “autonomía relacional” no tiene demasiado sentido. Triviño concluye que lo que el autor estadounidense promueve en realidad es un retorno hacia la ética médica de hace décadas, más que una reorientación del ejercicio médico basado en una nueva ética de carácter relacional. Por lo que percibe que el paternalismo está muy presente, aunque sea implícitamente, en una propuesta que parece defender la antigua ética médica.

Arantza Etxeberria (2012) va más allá, y, apoyándose en la biología, presenta una solución conciliadora de ambas visiones. Propone una concepción de autonomía que cambia radicalmente el sentido de la propuesta tauberiana y que parece dar así respuesta a las principales carencias que encontraban en ella gran parte de los participantes de este debate.

Concretamente, Etxeberria propone interpretar la concepción de autonomía utilizada por Tauber como si incluyera la ayuda médica. Es decir, pretende mostrar que si se entiende la identidad de una forma relacional, y la salud individual como algo compuesto tanto por factores internos como externos, se puede llegar a una concepción de salud que dé cabida a la intervención médica y a una de autonomía que aglutine la relación médico-paciente.

Etxeberria se apoya en la inmunología —materia que constituye la especialidad de Tauber— para explicar, y al mismo tiempo sostener, su propuesta. En este sentido, expone que en estudios recientes en inmunología se ha comprobado que “biológicamente la identidad consiste en un proceso dinámico complejo que tiene que admitir elementos que intuitivamente parecen heterogéneos o externos” (Etxeberria, 2012: p. 77). De manera que la identidad biológica parece ir definiéndose mediante su propia actividad y a juicio de Etxeberria este hecho nos da pie a interpretar la salud de una manera análoga.

Es decir, de esta manera, la salud podría entenderse como un estado dinámico que va definiéndose también en interacción con su entorno y que da cabida a factores externos tales como la intervención médica. Del mismo modo que la autonomía del paciente podría incluir las decisiones médicas que contribuyan a restituir su salud y su capacidad autónoma.

Así como el sistema inmune define la identidad biológica en su propia operación, sin considerar si los elementos propios son genéticamente homogéneos o son espaciotemporalmente continuos, así la autonomía del paciente o del enfermo que requiere atención médica puede realizarse en interacción con el médico que le atiende, porque esta intervención posibilita la realización de la identidad autónoma del enfermo. (Etxeberria, 2012: p. 78)

Si se entienden la autonomía y la salud de este modo, parece que la propuesta de Tauber y su defensa del cuidado del paciente, fundamentado en factores como la responsabilidad y la confianza, podría dar cabida también al respeto a la autonomía del paciente y responder así a las demandas de Couceiro, Triviño o Seoane. Por lo que, según Etxeberria, la propuesta tauberiana “se podría reescribir diciendo que la biología del paciente debe integrar el cuidado del médico para poder preservar la vida o aliviar el sufrimiento” y ese hecho implica “dejar de pensar en la autonomía como independencia y pasar a concebirla como interdependencia”.

El “grado cero” de la Bioética

Para clarificar los comentarios anteriores es necesario recordar las intenciones de Tauber con su libro. Este no es un manual de bioética al uso, sino una llamada de atención, basada en su experiencia personal, destinada a recuperar lo que podríamos llamar el “grado cero” de la ética asistencial —la relación entre profesionales sanitarios y usuarios de la sanidad— en un contexto que ha cambiado radicalmente en pocos años. Tauber quiere dotar a una medicina que ya es postmoderna de una ética que sea posmoderna también. Como con acierto señala Seoane (2012), la “nueva” ética médica de Tauber consiste fundamentalmente en “recuperar la voz ética”. En contraste con las éticas modernas, que enfatizan la forma (Kant) o la materia de la deliberación (consecuencialismo), Tauber plantea una ética situacionista en la que se trata de dar voz al paciente y prioridad en tanto que otro. Y para ello Tauber recluta tanto a Levinas como a Nietzsche (aunque rechace su aislamiento elitista, Tauber es nietzscheano en tanto que médico de almas, lo que explica la posterior elección de Freud como objeto de estudio para Tauber).

El libro es abiertamente nostálgico (su evocación del pasado se asemeja en ocasiones al ambiente de muchas novelas de Philip Roth), y de hecho el libro comienza recordando un “pasado nostálgico y aparentemente remoto si lo miramos desde nuestra situación actual” (p. 24). Pero esa nostalgia no tiene por qué ser paternalista, como señalan Seoane y Triviño, pero pone en duda Feito:

Tauber se inscribe en esa corriente que no renuncia a la autonomía del paciente, pero que, sin retornar al paternalismo, considera que no es posible pensar en relaciones de estricta igualdad entre médico y enfermo. El médico es un agente moral, cuya responsabilidad es poner sus conocimientos al servicio de la restauración de la autonomía del paciente que, por el mero hecho de enfermar, ya puede estar amenazada. Por eso la relación no puede ser simétrica. El paciente espera del cuidador que le ayude a recuperar su salud, su identidad, su autonomía. Y esta es la razón de ser de la propia medicina. Y es también un modo de crecimiento y desarrollo personal para el propio médico. (Feito, 2011: p. 15)

El propio Tauber dice que la solución no es volver al paternalismo (p. 167) y que no tiene nada contra la autonomía del paciente, sólo que la considera una base insuficiente para la medicina. El libro está lleno de ilustraciones de este punto, cuya aplicación más gráfica se encuentra en el episodio en el que Tauber relata su propia experiencia como enfermo. Precisamente sus conocimientos médicos le impedían tomar una decisión, y tuvo que ser su médico el que decidiera por él. Aunque tal vez aquí haya cierto sesgo introducido por la especialización de Tauber como médico de Hospital; así, en su reseña del libro, un médico de atención primaria detecta distintos modos de entender el sentido de ser o estar enfermo dependiendo del ámbito de ejercicio del médico:

Poco deben tener que ver la interpretación de un inmunólogo (y en general de la medicina hospitalaria) más centrado en lo biológico y en la pérdida aguda de función o capacidad, y la interpretación del significado de ser o estar enfermo percibido por una médica de familia, más centrada en los aspectos biográficos, sociales, familiares, laborales y relacionales, más centrada en la persona y más empeñada en ‘ayudar para que no la necesiten’. (Ogando, 2012)

Visto desde esta última perspectiva, Ogando encuentra que el concepto de enfermedad es “mucho más amplio y más consciente no solo de las carencias y necesidades sino también de los recursos y fortalezas de los pacientes (a los que con carácter general encuentro bastante dispuestos a participar en la toma de decisiones si esta participación se ve de algún modo facilitada o promovida en lugar de censurada)”.

En cualquier caso, y como reconoce el propio Tauber, la de la autonomía es una “cuestión muy problemática” (p. 167). Su objetivo no es resolverla, sino “identificar propiamente lo que está en juego” (p. 147). Para ello, la clave a su juicio estriba en “cómo definir la confianza profesional” (p. 167). Por supuesto, la autonomía bien entendida es siempre relacional (Triviño); el problema detectado por Tauber y por tantos otros (y otras: autores feministas como Sheila Benhabib o Eva Kittay) es que la noción de autonomía liberal que hemos heredado de la tradición política no es tan relacional como debiera. Bien entendida, la autonomía requiere interdependencia, pero a menudo se la concibe como mera independencia. A juicio de Arrieta (2012a), el médico norteamericano exagera voluntariamente la oposición entre ética autónoma y ética relacional, porque más que sobre la ética médica busca poner el foco sobre la relación filosófica entre médico y paciente.

Otra clave la da el propio Tauber en 2010, cuando menciona que en su libro de 2005 “las diferentes nociones de autonomía dependen de cómo se construya la identidad personal” (p. 14). Esto es algo dicho en otros términos por Etxeberria, que interpreta a Tauber desde la filosofía de la ciencia (y de la medicina, pero desde fuera de la ética) para subrayar la relación entre autonomía y conceptos de salud y enfermedad. Esto solo es posible “si se reformula la noción de autonomía en base a una noción e identidad más amplia y flexible” que permita concebir a los sujetos como organismos biológicos insertos en un contexto social en el que su estado de salud está condicionado por la interacción con el sistema sanitario.

En definitiva, siempre es instructivo ver cómo varias personas leen un libro de manera independiente pero alcanzando un notable consenso. Y cómo, a pesar de las divergencias, esa lectura hace posible la colaboración, cómo el problema detectado por unos es abordado por otros. Por ejemplo, la separación que hace Tauber entre ética y tecnociencia, criticada por Couceiro, es resuelta por Etxeberria al reinterpretar la llamada a la ética de Tauber en términos que afectan a la propia ciencia implicada en la actividad médica.

Del mismo modo, es patente que la conjunción entre autonomía y beneficencia sigue siendo la fuente principal de esas divergencias. Aunque existe cierto consenso acerca de la necesidad de dejar atrás definitivamente el paternalismo, el disenso en torno al papel que la autonomía debe jugar en el ámbito sanitario sigue vigente, hasta el punto de que algunos autores parecen considerar difícil conciliar su presencia con el cumplimiento de los objetivos de la medicina.

Además, por si la búsqueda de una solución para este conflicto no entrañara suficientes dificultades, existe una importante complicación de base que convierte la tarea en una especie de laberinto con innumerables caminos y pocas salidas certeras. Esta complicación no es otra que la falta de una concepción consensuada de autonomía. Papacchini (2000) explicaba que “la importancia creciente que va adquiriendo la autonomía, principio básico de la democracia y valor prioritario en la esfera privada, contrasta con la multiplicidad de acepciones de este concepto” y que esto suscita las críticas de quienes apoyándose en “la ambigüedad e indefinición de un concepto utilizado con múltiples acepciones, ponen en entredicho la posibilidad de llevarlo a la práctica”.

Lo cierto es que la situación no ha evolucionado demasiado, y el hecho de que cada autor acuñe una concepción diferente de la autonomía bioética complica mucho la tarea, y genera

dificultades incluso a la hora de comparar las similitudes y diferencias de cada propuesta. La ausencia de una base común sobre la que ir articulando las aportaciones de los diferentes especialistas en la materia dificulta la construcción de una propuesta sólida y consensuada. Por ello, se vislumbra como indispensable fijar una concepción de autonomía para la bioética que establezca las interpretaciones particulares en torno a un mismo objeto de debate. Si el objeto del problema no está claro, difícilmente podrá estarlo la solución.

Este hecho vuelve a hacerse patente a la hora de analizar el debate surgido en torno a la propuesta de Tauber en sus *Confesiones*. Tal y como se ha visto, al examinar las visiones expuestas por los autores se comprueba, de forma evidente en más de un caso, la existencia de una diferencia de base en la concepción de autonomía adoptada por cada uno de ellos, ya que mientras unos la entienden en términos liberales, otros optan por concepciones más adaptadas a la naturaleza de la actividad. Factor éste que condiciona de forma notable la interpretación y valoración de la propuesta del médico y filósofo norteamericano.

De manera que hasta que no se defina claramente lo que se entiende por autonomía en la bioética, será difícil definir rigurosamente sus límites. Si tomamos por autonomía lo que Tauber entiende como tal —la concepción liberal—, parece evidente que nos encontramos con algunos problemas de no fácil solución. Ante este escenario, son, principalmente, dos las vías de conciliación: la primera, encontrar una concepción de autonomía más adecuada al ámbito bioético; y, la segunda, y la tomada por Tauber, volver al “grado cero”, renunciando a la centralidad de la autonomía y buscando apoyo en teorías más relacionales (como la de Levinas). Y todo ello sin retroceder al viejo paternalismo, lo que de ninguna manera sería una solución.

No son vías mutuamente excluyentes. Etxeberria y Casado (2008) consideran que el punto de partida de una concepción adecuada para la bioética tiene que ser la autonomía biológica que identifican con el respeto a las particularidades ontológicas y epistemológicas constitutivas del individuo autónomo, pero que sólo se desarrolla y ejercita en relación, interactuando con su entorno (que, naturalmente, incluye a otros sujetos igualmente autónomos). Esta es una concepción abiertamente naturalista que difiere bastante de la vía adoptada por Tauber, pero que tampoco se encuentra en oposición, al menos en tanto que el cuidado del paciente se encuentre vinculado al cuidado de su autonomía biológica, cognitiva y moral.

Diego Gracia (2012) afronta el problema de la multiplicidad de concepciones de autonomía existentes y la ausencia de una particularmente apropiada para la ética. En este sentido, considera que el objetivo de la ética ha de ser generar seres humanos capaces de tomar decisiones autónomas y responsables por sí mismos, sin ninguna otra motivación externa. Su propuesta se diferencia de la de Etxeberria y Casado por el hecho de que, en vez de adoptar al sujeto como objeto de la autonomía, opta por la evaluación de las acciones para evitar así entrar en terreno metafísico y facilitar su aplicación a las cuestiones de tipo moral. Por ello, a la hora de proponer una concepción de autonomía adecuada para ese contexto, toma la determinación de hablar de acciones autónomas y no de personas autónomas, defendiendo que, para que una acción pueda ser considerada como tal, tiene que cumplir con tres condiciones: que sea *postconvencional*, *intradirigida* y *responsable*.

Con esta propuesta se supera el supuesto problema que supone el hecho de que la autonomía del paciente se encuentre mermada por la enfermedad, ya que se expone, claramente, que el médico debe promover la recuperación de esa autonomía o, por lo menos, la toma de una decisión lo más autónoma y responsable posible. Por lo que Gracia no resta protagonismo al papel del médico en la relación con el paciente, ni a su responsabilidad como profesional, lo que hace es enfocar ambos factores al ejercicio de la autonomía. Es decir, lo que estaría defendiendo es la centralidad de una autonomía fortalecida por la relación médico-paciente o, dicho de otro modo, la presencia de acciones autónomas promovidas por el profesional.

La cuestión es compleja y diversas las aristas a limar, pero la renuncia al creciente peso adquirido por el principio de autonomía es un precio demasiado elevado que no es ni mucho menos compensado por su simplicidad como solución. De modo que el camino a seguir para la búsqueda de una solución convincente debe partir del establecimiento de una concepción de autonomía más adaptada a la naturaleza de la bioética —y a la de los protagonistas de esta

actividad—, que permita determinar sus ventajas o limitaciones para la práctica. Será en ese momento cuando pueda definirse la relevancia del papel que debe jugar en la bioética, y solo su ejercicio permitirá conocer dónde se halla un límite con el que modelos anteriores ya se han topado.

REFERENCIAS

- Arrieta, I. (2012a). “El compromiso ético de la medicina. A propósito de la obra de Alfred I. Tauber”, *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 1(1), 41-7.
- (2012b). “El ejercicio razonable de la autonomía del paciente”, *Dilemata*, 8, 27-32.
- Barden, G. (1997). “De la acción moral a la teoría ética”, *biTARTE. Revista de humanidades*, 13, 29-44.
- Casado, A. y Saborido, C. (2010): “Cultura bioética y conceptos de enfermedad: el caso House”, *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política*, 42, 279-295.
- Cassell E. J. (2004). *The nature of suffering*, 2nd edition. New York: Oxford University Press.
- Couceiro, A. (2012). “Al hilo de las confesiones de un médico”, *Dilemata*, 8, 33-43.
- Etxeberria, A. (2012). “Sobre los límites de la identidad individual y la autonomía”, *Dilemata*, 8, 75-80.
- Etxeberria, A. y A. Casado (2008). “Autonomía, vida y bioética”, *Ludus Vitalis*, 17(30), 213-6.
- Feito, L. (2011). “Reseña de Alfred Tauber: Confesiones de un médico”, *Boletín Bioética Complutense*, 9, 15. Acceso el 17 de diciembre de 2012 en <http://www.ucm.es/centros/cont/descargas/documento30878.pdf>.
- (2012): “Comentario sobre el libro de A. Tauber Confesiones de un médico, Capítulo 5”, *Dilemata*, 8, 45-51.
- Gracia, D. (2012). “The many faces of autonomy”, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 33, 57-64.
- Hastings Center (2004). *Los fines de la medicina: El establecimiento de unas prioridades nuevas*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas 11. Acceso el 17 de diciembre de 2012 en <http://www.fundaciogrifols.org/polymitaImages/public/fundacio/Publicacions/PDF/cuaderno11.pdf>.
- Marijuán, M. (2012). “Sobre Confesiones de un médico. Un ensayo filosófico”, *Dilemata*, 8, 57-9.
- Ogando, B. (2012). “Reseña de Alfred Tauber: Confesiones de un médico”, *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, 37. Acceso el 17 de diciembre de 2012 en <http://www.revistaeidon.es/investigacion-y-desarrollo/critica-de-libros/118128-confesiones-de-un-medico-un-ensayo-filosofico->.
- Papacchini, A. (2000). “El porvenir de la ética: La autonomía moral, un valor imprescindible para nuestro tiempo”, *Revista de Estudios Sociales Universidad de los Andes*, 5, 32-49.
- Pellegrino, E. D. y D. C. Thomasma (1988). *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Seoane, J. A. (2012). “Sobre las confesiones de un médico nostálgico”, *Dilemata*, 8, 61-6.
- Tauber, A. I. (1999). *Confessions of a Medicine Man: An Essay in Popular Philosophy*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- (2001). *Henry Thoreau and the Moral Agency of Knowing*, Berkeley, California University Press.
- (2005). *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts: MIT Press.
- (2005). “Medicine and the Call for a Moral Epistemology”, *Perspectives in Biology and Medicine*, 48(1), 42-53.
- (2008). “Medicine and the Call for a Moral Epistemology, Part II: Constructing a Synthesis of Values”, *Perspectives in Biology and Medicine*, 5(3), 450-63.
- (2009). *Science and the Quest for Meaning*, Texas, Baylor University Press.
- (2011). *Confesiones de un medico. Un ensayo filosófico*, Madrid: Triacastela. [Traducción de A. Casado]

Triviño, R. (2012). “Confesiones de un médico o Nostalgias de una vocación (paternalista)”, *Dilemata*, 8, 67-73.

SOBRE LOS AUTORES

Omar García Zabaleta: Licenciado en Humanidades por la Universidad de Deusto. Máster en “Filosofía, Ciencia y Valores”, UPV/EHU-UNAM. Actualmente realiza la tesis doctoral en el Departamento de Filosofía de los Valores y Antropología Social de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

Antonio Casado da Rocha: Doctor en Filosofía e investigador titular en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Autor entre otros trabajos académicos del libro *Bioética para legos* (Plaza y Valdés, 2008) y miembro desde 2003 del Comité de Ética Asistencial del Hospital Donostia.