

LOS LÍMITES DE LA AUTONOMÍA EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

JORGE LUIS MANZINI

(Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata)

RESUMEN

El propósito de éste trabajo es explorar los necesarios límites que deben contener al principio de autonomía en la práctica asistencial.

Se comienza distinguiendo estos límites razonables y necesarios, de las *limitaciones* de la autonomía, tradicionalmente reconocidas en bioética.

Despejada esta posible fuente de confusión, se entra en materia analizando la tensión entre la autonomía del paciente y el profesionalismo del equipo tratante. Se consideran las razones del auge de la denominada *medicina de medida*, "buena para nada". Se explican sus características y se fundamenta la licitud y necesidad de su limitación por parte del equipo.

Se aborda luego el análisis conceptual, histórico y crítico del principio bioético de autonomía. Se estudian sus fundamentos filosóficos tanto como las críticas que se le pueden hacer, y las respuestas de sus defensores a esas críticas, concluyéndose que el principio es insuficiente para dar respuesta a la realidad existencial de la práctica clínica.

Se termina entonces con una propuesta, intuida ya hace más de diez años, a la que se cree poder dar fundamento ético desde la ética del discurso, con sus bases en la fenomenología husserliana y la filosofía del cuerpo. Esa propuesta es la de una autonomía intersubjetivamente considerada, o *simbólicamente mediada*.

PALABRAS CLAVE: autonomía - límites - relación terapéutica - bioética.

ABSTRACT

This work examines the necessary limits to be set to patients' autonomy in the clinical practice.

The possible confusion with the traditional limitations of autonomy is first solved.

Then, the tension between patient autonomy and the professionalism of the clinical team is considered, explaining the reasons for the progressive emergence of the so-called "*tailor-made*"- *medicine*, "good for nothing", and the legitimacy and convenience to restrain it.

The next issues to be explored are the very idea of the principle of autonomy, its philosophical basis and history, and the critical thought about it, concluding that the principle is insufficient for the existential reality of the clinical encounter.

Finally, the author intends a proposal within the framework of the *Discourse Ethics* (communicative ethics), founded in the Phenomenology of Edmund Husserl as well as in the so called Philosophy of the Body.

This proposal is one of an *intersubjectively considered* (symbolically mediated) *autonomy*.

KEY WORDS: Autonomy - Limits - Therapeutic relation - Bioethics.

Dentro de la amplitud del concepto de autonomía, no hablaré de sus *limitaciones*, que a continuación repasaré, sino de los *límites* que debieran acotarla. Del tema así entendido, tomaré dos aspectos que creo de particular interés: por un lado, la autonomía del paciente frente al profesionalismo del equipo sanitario; por el otro, confrontando dos maneras de entender la autonomía, la concepción individualista de autonomía como libertad irrestricta o libertad de no-interferencia, específicamente la del principio de autonomía de la bioética norteamericana, frente a una autonomía simbólicamente mediada, o intersubjetivamente construida.

Las *limitaciones* de la autonomía son bien conocidas en bioética. Incluyen:

- La limitación que todos tenemos como seres humanos situados y condicionados, que es más o menos decir que hacemos lo que podemos, lo que nos dejan hacer y lo que nos han enseñado, y es como siempre debe entenderse la libertad humana. En este apartado podrían agregarse las limitaciones de la medicina, con sus verdades científicas siempre provisionales y su lógica probabilística,¹ lo que implica, según los juristas, sólo un compromiso de medios y nunca de resultados.²
- En el caso que nos ocupa, la limitación causada por el estado de enfermedad, la “principal ladrona de autonomía” según Dworkin³.
- La causada por incompetencia, falta de información o de libertad externa, que es la que la bioética trata de remontar, oponiendo la autonomía del paciente al paternalismo médico y, en general, a la asimetría de la relación.

Yendo propiamente al tema, diré que el *principio de autonomía* o, como se llamó originariamente, *principio de respeto por las personas*⁴ o, como más

¹ Mantz J-M. Autonomía del paciente y paternalismo médico. El punto de vista de un médico reanimador. Apartado “La incertidumbre médica”. *Coloquio Dignidad humana-Pérdida de dignidad*. Asociación Europea de centros de Ética Médica, Centro Sèvres, Paris. Traducción de Ana Abraham de la publicación en la *Revue d'éthique et théologie morale “Le supplément”* aux Editions du Cerf, Paris, 1995, N° 192 – Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care. *The Lancet* 1996;347:595-8.

² Renna CM. *Malpraxis*. Santa Fe: Sudamérica Santa Fe; 1991, espec. pp. 41-7 – Zuccherino MA. *La praxis médica en la actualidad*. Buenos Aires: De Palma; 1994, espec. pp. 37-42.

³ Dworkin G. Autonomy and Behavioral Control. *Hast Cent Rep* 1976;6(1):25.

⁴ U.S. Department of Health, Education and Welfare, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research: “*The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*”. Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1978, p. 4 -. Beauchamp T L, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York,. Oxford University Press, 1979, 1983, 1989, 1994.

propriadamente lo llaman sus descubridores en la última edición de su libro, *principio de respeto por la autonomía del paciente*⁵, es una creación típicamente estadounidense, que refleja su ideología liberal y su cultura individualista. Para esa mentalidad, se trata de asegurar que el paciente pueda efectivizar decisiones autónomamente consentidas, entendiendo esto simplemente como que, asegurada la información, competencia y libertad externa con que fueron decididas, no deben interferirse. Los dos problemas que voy a desarrollar se originan a mi juicio, en esta manera monádica, solipsista, de entender la autonomía.

Abordaré primero la tensión entre la autonomía del paciente y el profesionalismo del equipo tratante, tema propio de la ética clínica:

Podría llamar también a esta tensión, “conflicto entre las autonomías” de ambos (los agentes de salud somos seres humanos, y todos los seres humanos aspiramos a ser autónomos), o titular a este apartado “el agente de salud frente a la llamada *medicina de medida*”, esgrimida por el paciente. Plantearé el conflicto ejemplificando con el paciente que viene al médico a pedir un *chequeo*, que quiere que *se le haga todo*, o el que pide específicamente determinados estudios o tratamientos, que el profesional (o el equipo; en adelante los denominaré indistintamente así) considera inapropiado, innecesario o hasta riesgoso para el paciente, lo que suele terminar en una discusión harto incordiosa.

Los motivos del paciente son varios: por un lado, una “intoxicación” de información, en general *des-información*, que busca o que absorbe pasivamente de los medios masivos o de familiares, amistades, etc. Esto en el contexto de una *salud* (medicina y salud no son sinónimos) entendida como un *bien de consumo* entre tantos otros, que se compra, como un auto o una casa. Por el otro, una medicina promocionada hasta el hartazgo como siempre exitosa, casi mágica, y a la vez, en sistemas que en su mayoría van siendo capitados y gerenciados, con la desconfianza de que lo que no se le hace, se le niega para ahorrar dinero.

Esto suscita varios temores en el profesional, dos en especial: sobre todo en esta época de vacas flacas, el temor de que el paciente se vaya a buscar a otro que lo satisfaga, y el de que si no accede a su pedido, y luego el paciente termina teniendo algo que eventualmente podía haberse diagnosticado y/o -porque no es lo mismo- curado o mejorado su pronóstico, éste lo demande judicialmente. A la vez, el profesional está realmente tironeado en sentido opuesto por el marco restrictivo impuesto por el “tercero pagador”, para usar una expresión de Laín Entralgo⁶, se llame éste “managed care”, “obra social” o Estado. Con la particularidad, además, del lugar en que la

⁵ Beauchamp T L, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Versión española de la cuarta edición en lengua inglesa (*Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 1994). Barcelona: Masson; 1999, p.34-5 y 113-78.

⁶ Laín Entralgo P. La socialización de la asistencia médica. En *Antropología médica*. Barcelona: Salvat; 1984, pp.448-53.

profesión se ejerza, con sus restricciones propias y, actualmente en nuestro país, todo empeorado, multiplicado, por la crisis político-económico-social.

Estoy describiendo la práctica actual de la medicina, que se ha vuelto engorrosa y tensionante para los profesionales hasta tal punto que muchos –que pueden– están abandonando la tarea asistencial por la docente y/o la administrativa, menos estresantes, y para muchos otros es una de las causas principales del llamado *burn-out*, con lo que se quedan en el camino, abandonando la profesión o muriendo, especialmente por enfermedad coronaria⁷.

Sin embargo, el profesional honesto y bien intencionado, tiene que saber poner límite a esto. Su labor no puede ser solamente responder a la demanda del paciente. Además, cuando pone los límites que considera adecuados, no hace más que seguir la tradición hipocrática, que le indica *favorecer, o al menos, no perjudicar*⁸. Aquel mandato está recogido en esta misma “teoría bioética de los principios” como principios de *no maleficencia y beneficencia*, y presente de algún modo en cualquier otro de los sistemas de fundamentación para la toma de decisiones, y debe ser su guía. Tiene *él* a su vez el límite de que lo que es bueno y malo se debe interpretar a la luz de los valores del paciente, y de que todo debe ponerse en perspectiva comunitaria, según el cuarto principio bioético, de *justicia*.

Pero las elecciones hechas dentro de ese marco bioético, deben ser necesariamente elecciones entre las posibilidades que su *ciencia* le propone como efectivas. Un poderoso instrumento desarrollado en los últimos años, es la llamada *medicina basada en la evidencia*, que ha fortalecido la base científica de la medicina⁹. Con su auxilio, el médico sabe qué es lo que la ciencia recomienda a la fecha (hasta que otra hipótesis explique mejor ese fenómeno) para la condición de su paciente. Y su *arte* (esa mezcla de humanismo, experiencia y sentido común) le dirá cómo aplicar ese conocimiento, que es general, a ese paciente en particular que tiene adelante, y

⁷ Finkielman S. La desmedicalización de la medicina. *Medicina (Buenos Aires)* 1998;58:555-7 – Agrest A. Acoso a los médicos [Editorial]. *Medicina (Buenos Aires)* 1998;58:763-4 – Kassirer JP. Doctor Discontent [Editorial]. *NEJM* 1998;339:1543-5 – Caffaro N. Algunas reflexiones sobre la práctica médica y las situaciones límites [Editorial]. *Rev. Hospital Italiano de Buenos Aires*. 1999;19(3):82-3 – Manzini JL. La Revista del Hospital Privado de Comunidad, el *ethos* institucional y la crisis (Inédito, 1999) – Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emanuel LL. Medical Professionalism in Society. *NEJM* 1999;341:1612-16 – Medical Professionalism Project. Medical Professionalism in the new millennium: a physicians's charter. *The Lancet* 2002;359:520-2.

⁸ Mainetti JA. *Ética médica: introducción histórica*. La Plata: Quirón; 1989.

⁹ Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA* 1992;268(17):2420-5 – Culpepper L, Gilbert TT. Evidence and ethics. *The Lancet* 1999;353:829-31 – González Aguilar P. Pediatría basada en la evidencia [Comentario editorial]. *Arch Argent., Ped* 2001;99(4):2902. Ver también, p. ej. <http://www.ebm.bmjournals.com/>

cómo tratar de que éste lo acepte, sin violentarlo¹⁰. No está obligado a hacer más. Y deberá admitir que algunos pacientes sigan buscando (y seguramente encuentren) quien les diga lo que quieren oír.

El otro asunto, es decir, *lo que se entiende por autonomía*, es más complejo, y para su comprensión hay que recurrir más a la filosofía, y específicamente a la filosofía práctica:

Cuando hace ya unos cuantos años, algunos de los que empezamos a trabajar en bioética en el país importamos el modelo norteamericano *de los principios*, y quisimos empezar a aplicarlo, vimos que en muchos aspectos no nos satisfacía. En cuanto a lo que estoy tratando, que su concepción de autonomía, *para nosotros latinos* era demasiado individualista. Que muchos pacientes rechazaban “la autonomía que les ofrecíamos”, porque *lo importante es la familia...*, insinuando la preferencia por lo que hoy llamaríamos *autonomía mediada*. Con el desarrollo actual de la disciplina en la Argentina, estamos sin duda construyendo nuestra propia manera de entender la bioética, y este principio dentro de ella.

En un trabajo sobre autonomía y consentimiento informado que publicamos con Horacio Salvador en 1993 decíamos: “cuando un paciente rechaza un tratamiento y como consecuencia de ello se invalida o muere, siempre perjudica a otros, pudiendo variar el grado en que los perjudica, y a quién; porque la situación ideal de autovalía e independencia no existe en sociedad; los hijos menores, la esposa que cargará con la invalidez del marido o llorará su muerte, el Estado que de alguna manera y en proporción variable correrá con los gastos...es nuestro convencimiento que *algo tienen que decir*”.¹¹ Lo mismo podríamos decir respecto de quien va en moto y lleva el casco colgado del brazo, de quien abandona un tratamiento para diabetes o hipertensión arterial por comodidad o indolencia, etc.

Haré primero una breve recorrida por la historia del principio de autonomía, para ver luego cómo podría enriquecerse para una comprensión más actual y local.

La libertad que desde 1789 formaba parte del lema de la Revolución Francesa en la tríada *libertad, igualdad, fraternidad*, se definía como poder hacer... *todo lo que no daña a los demás*¹².

Aquí debe buscarse el origen del famoso principio de Mill, formulado en 1859, que él mismo reconoce no ser original. Acepta influencias de Locke, Hobbes, etc., y en el fondo es muy parecido al artículo 19º de nuestra

¹⁰ Nelson AR. Humanism and the Art of Medicine: Our Commitment to Care. *JAMA* 1989;262:1228-30 [President's Address: Inaugural Address, Annual Meeting of the American Medical Association, Chicago,(Ill.), June 21, 1989].

¹¹ Manzini JL, Salvador H. La autonomía del paciente y el consentimiento informado. Elemental análisis histórico y conceptual y perspectivas en la República Argentina. *Quirón* 1993;24(3):40-7, p. 42.

¹² Asamblea Nacional francesa, Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, Art. 4º. Citado por Gracia Guillén D. en *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema; 1989, p. 136.

Constitución Nacional, de 1853¹³. Según manifiesta el autor, es el centro de todo su ensayo “Sobre la libertad”. Su núcleo es a mi juicio, que no se puede obligar a nadie a que haga, o deje de hacer algo, salvo que esta acción (o inacción) produzca daño para otros. “...Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano.”¹⁴. Esto es lo que se ha llamado *libertad como no-interferencia*, y es la base de la primera generación de Derechos Humanos (liberales, *negativos* –de no-interferencia¹⁵-) a la vida, a la salud, a la libertad, a la propiedad¹⁶.

Tanto Hobbes como Kant fundamentan su ética en la razón y en la libertad, pero como señala Apel, estos términos tienen significados muy diferentes para uno y otro: la *razón* de Hobbes es “la racionalidad estratégica o instrumental del interés individual”, y la *libertad*, “la libertad de indiferencia, que de forma *racional* se deja motivar únicamente por los propios intereses”, lo que está en la base del llamado *individualismo metódico*, que objetiva al otro, que forma parte del *mundo*, al que el sujeto tiende a dominar. Y sigue: “bajo estos dos presupuestos [...] es imposible fundamentar algo así como normas morales, sin préstamos subrepticios de otras posiciones –como el carácter obvio de un altruismo emocional o de un principio, dado por supuesto, de universalización-”. En cambio la *razón* de Kant es la “razón de la buena voluntad, referida *a priori* al principio de universalización de la justicia”, y la *libertad*, la de “la autolegislación de la razón, que *a priori* está referida a la ley moral válida para todos”¹⁷. Se ve claramente una diferencia

¹³ “Las acciones privadas de los hombres, que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a terceros, están [...] exentas de la autoridad de los magistrados”... Constitución de la República. Argentina, art. 19 (1853).

¹⁴ “El único objeto que autoriza a los hombres, individual o colectivamente, a turbar la libertad de acción de cualquiera de sus semejantes, es la propia defensa; la única razón legítima para usar la fuerza contra un miembro de la comunidad civilizada es la de impedirle perjudicar a otros; pero el bien de este individuo, sea físico, sea moral, no es razón suficiente. Ningún hombre puede ser obligado a actuar o a abstenerse de hacerlo porque de esta actuación haya de derivarse un bien para él, porque ello ha de hacerlo más dichoso o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo. Estas son buenas razones para discutir con él, convencerlo o suplicarle, pero no para obligarlo si obra en forma diferente a nuestros deseos. Para que esta coacción fuera justificable, sería necesario que la conducta de este hombre tuviese por objeto el perjuicio de otro. Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano”. Mill JS. *Sobre la libertad*. Buenos Aires: Aguilar; 1954 (Título original *On liberty*, 1ª Ed. 1859). P. 36.

¹⁵ Ekmejdjian MA. “Derechos de primera, segunda y tercera generación”. En *Manual de la Constitución Argentina*. Buenos Aires: De Palma; 1991, p. 72 y ss- Manzini JL, Salvador H. Op. cit. p. 41.

¹⁶ “Nadie debe dañar a otro en su vida, salud, libertad o posesiones” Locke J. *Ensayo sobre el gobierno civil*. Citado por Gracia Guillén D., op. cit. p. 133.

¹⁷ Apel KO, Las aspiraciones del comunitarismo anglo-americano desde el punto de vista de la ética discursiva. En AA.VV *Discurso y realidad*. Madrid: Trotta; 1994:15-32. Pp.18-9.

fundamental que va a caracterizar los discursos de las éticas deontológicas anglosajona libertaria y europea continental racionalista de allí en adelante.

El propio Mill percibió ya la insuficiencia del único dique que proponía su principio, (el límite de *no hacer daño*). Decía: “nadie está completamente aislado. Es imposible que un hombre haga cualquier cosa perjudicial para él, de manera grave y permanente, sin que el mal no alcance a lo menos a sus vecinos y, a menudo a otros más lejanos”¹⁸. Pero no propuso ningún remedio para esto. Más bien lo aceptaba como un precio razonable por vivir en libertad.

Así las cosas, en esta línea de pensamiento anglosajona libertaria llegamos a la elaboración de la teoría bioética “de los principios”, sobre la base del *Informe Belmont* de la National Commission de EE.UU., en 1978. Tom L. Beauchamp y James F. Childress, integrantes de la comisión, plasmaron enseguida esta teoría en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, de 1979; sarcásticamente se la denomina *el mantra de Georgetown* (Georgetown University, de Washington)¹⁹.

Estos autores reconocen, al igual que Mill, la necesidad de algún límite a la autonomía. Dicen: “algunas teorías filosóficas dudan del modelo de persona independiente, en especial cuando se plantea como una voluntad racional que no tiene en cuenta la vida en comunidad, la reciprocidad ni el desarrollo de las personas a lo largo del tiempo [...] la vida en comunidad y las relaciones humanas proporcionan la base para el desarrollo del ser, y ninguna teoría defendible de la autonomía niega este hecho”²⁰. Pero tampoco dan ninguna solución. Podría suponerse *a priori* que, dado que se trata de principios *prima facie*, que se limitan unos a otros, este ejercicio irrestricto de la autonomía estaría acotado por el principio de *justicia*. Pero no es así, porque la bioética norteamericana ha interpretado habitualmente que se trata de la justicia *distributiva*, específicamente en el campo de la asignación de los recursos.

Retornando a Kant vemos que la libertad que él entendía no era una absoluta, individual y sin norte, porque era la *libertad para hacer lo que se debe*, reconocido como bueno por la voluntad autolegisladora. En su ensayo sobre *Persona*, Carlos Díaz dice que “en un sentido kantiano”, no tomar en cuenta a los otros para las propias decisiones sería no tratarlos como fines en sí mismos, que es lo que la persona reclama para sí; “no podría tomar a los demás cual medio para su propia liberación, pues entonces no obraría de tal modo que su comportamiento valiese universalmente”²¹. Pero más allá de

¹⁸ Mill Op. Cit. en nota 14, p. 47.

¹⁹ U.S. Department of Health, Education and Welfare, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, op. cit. en nota 4- Beauchamp T L, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 1979, 1983, 1989, 1994.

²⁰ Beauchamp T L, Childress JF. *Principios de Ética biomédica*, op. cit. en nota 4, p. 117.

²¹ Díaz C. “Persona”. En Cortina A [Directora]. *10 palabras claves en Ética*. Estrella (Navarra):Verbo Divino; 1994. Pp. 289-326 (P. 305).

la afirmación de Díaz, la crítica filosófica converge en señalar que Kant no fue capaz de salir del solipsismo monadológico.

Hubo que esperar al siglo XX para superar esta barrera, sobre todo por los aportes de la fenomenología de Husserl y la filosofía del cuerpo.

Para Husserl, *ser es ser-con-otro*, porque el ser humano es menesteroso, necesitado, abierto desde su origen, y sólo se desarrolla y plenifica en el buen trato con el otro y consigo mismo²². Las estructuras de su teoría fenomenológica de la intersubjetividad -nos va a recordar Cristina-, incluyen la *empatía*, la *intencionalidad*, es decir, la tensión del yo hacia aquello que es otro, y, como resultado fundamental del acercamiento del ego al alter, la *comprensión del otro*²³.

A su vez, Gabriel Marcel, desde la filosofía del cuerpo entendido como *soy mi cuerpo*, decía: “una fuerza poderosa y secreta me dice que si los otros no existieran, no existiría yo tampoco”²⁴.

Sobre esta base se va a desarrollar, como superación de la ética trascendental de Kant, la ética discursiva de Apel y Habermas, pragmática *trascendental*, que a mi juicio da los fundamentos teóricos para afirmaciones como la que mencionaba al principio (los *otros* implicados por la decisión del paciente, *también tienen algo que decir*), que intuíamos pero no sabíamos fundamentar adecuadamente.

Como dice Adela Cortina, a la que sigo desde aquí, “después de las conquistas de [...] Marx, Nietzsche, Freud, Husserl, Heidegger...” no es aceptable que el sujeto autónomo de la **bioética** sea el iluminista y en particular el kantiano, que se cree “*autosuficiente, dominador de la naturaleza externa e interna, plenamente autónomo*”. [...] Esos trabajos “han mostrado que tal idea de sujeto es infundada, pero además [es peligrosa], es la causante de fenómenos como el fascismo o el estalinismo”. La autora remarca una transición del concepto de sujeto, *del individualismo al humanismo*, que permite conjugarlo con nociones como *alteridad, solidaridad, intersubjetividad*, entendiendo la *autonomía* como *trascendencia en la inmanencia*, como podría caracterizarse la transformación de la filosofía trascendental de Kant por Apel y Habermas. “De una autonomía entendida como *autolegislación monológica* a un concepto de persona cuya autonomía se caracteriza por ser un *interlocutor válido*”. Dirá Habermas que la categoría básica para interpretar al sujeto no es la de *conciencia de autodeterminación* sino la de *reconocimiento recíproco de la autonomía, simbólicamente mediada*. “Ahora el punto de partida no es la noción de sujeto, sino la de subjetividad/intersubjetividad, de tal modo que para comprobar si una norma es universalmente válida o, lo que es lo mismo, moralmente correcta, es

²² *Ibid.*, p. 295.

²³ Cristina R. Intersubjetividad como intramundanía. Hacia una ética del tercero incluido. *Cuadernos de Ética, Buenos Aires* 1995;(19-20):47-62.

²⁴ Marcel G. Citado por Ferrater Mora J. *Diccionario de filosofía*. Barcelona: Ariel filosofía; 1999, p. 2670 (art. “el Otro”). “Filosofía del cuerpo”, con Maine de Biran, Bergson, Sartre, Merleau-Ponty.

preciso que *todos los afectados* por ella, como *interlocutores válidos* que son, estén dispuestos a darle su *consentimiento*, tras un *diálogo* celebrado en *condiciones de simetría...*²⁵.

Creo que con lo dicho hay suficiente sustento teórico para fundamentar apropiadamente, ahora sí, que la decisión autónoma del paciente debe entenderse en un diálogo con el equipo y sus personas significantes.

Éste fue el marco teórico que utilizamos en nuestro Comité del Hospital Privado de Comunidad en 1997, al considerar la legitimidad del pedido de esterilización voluntaria. Se desechó la negativa a todos los peticionantes, tanto como la autorización a todos, inclinándonos por aprobarla cuando hay una indicación para proteger la salud del paciente, considerada en un sentido *amplio*, y el pedido se realiza en el ejercicio de una autonomía *simbólicamente mediada*²⁶.

Transcribo para terminar, otro párrafo del trabajo que publicáramos con H. Salvador en 1993: “frente a algunas concepciones demasiado estrechas de la autonomía solamente como posibilidad de rechazo de determinados tratamientos o la exigencia caprichosa de otros, y del médico como mero técnico que ofrece el tratamiento y acepta la alternativa o el no-tratamiento, deberíamos esforzarnos por situar esta decisión en la historia y los antecedentes vitales del paciente; su visión del mundo. Ver por qué, cómo y cuáles de las propuestas acepta o rechaza. Ayudarlo a tomar una decisión con su grupo familiar, en un trabajo de orientación adulta de un paciente considerado como adulto, evitando tanto el paternalismo como la promoción de una medicina *de medida o a gusto del cliente* que deja de lado el sentido común”...²⁷

²⁵ Cortina A. Ética del discurso y Bioética. En *Discurso y Realidad*, op. cit en nota 17: 75-89 (espec. p. 81-6).

²⁶ Comité de Ética del Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. Reflexiones Éticas y Jurídicas acerca de la esterilización quirúrgica de personas (Ligadura Tubaria y Vasectomía), 1997. *Cuadernos de Bioética (Bs. As.)* 1999;(4):239-51.

²⁷ Manzini, J. L., Salvador H, op. cit. en nota 11, p. 43.

