

## La autonomía a examen, XIII Ateneo de Bioética

### Lydia Feito

Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina, UCM, Madrid

Desde el año 1998, la Fundación de Ciencias de la Salud viene organizando con periodicidad anual los Ateneos de Bioética. El objetivo es analizar en profundidad algunos de los temas de mayor importancia o más actuales en esta disciplina. No pretende realizar una función divulgativa ni docente, sino permitir a los profesionales interesados, con formación en bioética, realizar una reflexión crítica sobre un tema de calado. En esta ocasión el Ateneo revisa el problema de la autonomía moral, quizá el más importante y controvertido tanto en la teoría como en la práctica de la bioética, y muy especialmente en el ámbito de la bioética clínica.

La primera mesa “Definiendo la autonomía” se dedicó especialmente a la definición filosófica y jurídica del concepto de autonomía, y la segunda a los problemas que plantea su aplicación en el mundo de la clínica.

### La autonomía moral

“Autonomía” es un término complejo que admite distintas acepciones: política, moral, personal. Resulta complicado, por tanto, dar una definición. En esta primera mesa, se abordó la cuestión desde la filosofía y desde el mundo jurídico.

Jesús Conill, Catedrático de Filosofía Moral y Política de la Universidad de Valencia, realizó un breve recorrido histórico del término “autonomía” señalando cómo en el mundo griego (Herodoto, Tucídides) se refiere principalmente a una cuestión política, relacionada con la libertad y la autodeterminación. No obstante, un precedente experiencial de la autonomía en sentido filosófico aparece, según Conill, en Sófocles. La actitud interna de Antígona muestra la idea de autonomía: vivir sólo según un criterio autónomo. Esto permite la emergencia de la conciencia moral, vinculada a la autonomía. Algo que antecede y anuncia lo que aparecerá después en Kant o en la filosofía moral contemporánea.

El comienzo de la idea de autonomía en sentido filosófico, el momento cumbre, se sitúa en Kant, quien llega a afirmar que “toda filosofía es autonomía”, pues «si ponemos en marcha nuestra razón, descubriremos un principio de espontaneidad que no está sometido a nada, que es capaz de rebasar todos los límites naturales o de servidumbre o de opresión, vengan de donde vengan.» El ser humano puede autodeterminarse porque es un ser racional. Lo cual supone una ruptura con la idea de que los seres humanos actúan obedeciendo un patrón de leyes naturales.

En la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* y después en la *Metafísica de las costumbres*, Kant realiza una crítica del ejercicio de la razón en el orden práctico, o de la acción. Según su análisis, la autonomía de la voluntad implica rebasar el sistema de la naturaleza, autolegislando, es decir, dándose el ser humano a sí mismo una ley, como ejercicio de libertad. La autonomía, en definitiva, nos permite ser libres. Frente a la obediencia y la heteronomía, el principio de autonomía se convierte en una auténtica revolución, un giro copernicano. La moralidad como autonomía deja de lado la moralidad como seguimiento de una norma impuesta heterónomamente. Y la fórmula de esta ley de la libertad es el imperativo categórico.

Frente al modelo antiguo, en el que imperaba una norma, que expresaba la voluntad divina, la Ilustración y Kant suponen el comienzo de una idea de autonomía como capacidad de dotarse a sí mismo de ley moral, es decir, que la moralidad ya no está vinculada al sometimiento a normas preestablecidas, sino que sea un fruto de la razón. Es la autonomía lo que nos permite entendernos como seres libres. En este sentido interpreta Conill la expresión de J.B. Schneewind cuando habla de “La invención de la autonomía”. Afirma que Kant expresa un principio de libertad, no sometido a la relación causa-efecto, que rompe la idea de la moralidad como obediencia. (Schneewind, J. B. 2009 *La invención de la autonomía. Una historia de la filosofía moral moderna*, México, FCE). Aunque el ponente también puso en cuestión si la mejor manera de denominar la aportación de Kant es “invención” o más bien “reconstrucción” reflexiva y crítica, una búsqueda de fundamentación para el gran principio de la autonomía de la voluntad, expresado en el imperativo categórico.

La propuesta kantiana es, pues, la de una eleuteronomía —la norma es la libertad, y la libertad es autonomía—, frente a la moral como eudaimonía y la moral como obediencia. Es una transformación radical.

Este concepto ciertamente difiere del modo actual de entender la autonomía, que no es la autonomía del sujeto racional, sino la autodeterminación subjetiva de cada individuo. Algo bastante alejado de lo que Kant planteaba. De hecho, el mismo Kant, en la *Crítica de la Razón Práctica* diferenciaba estos dos niveles: «La autonomía de la voluntad es el único principio de todas las leyes morales y de los deberes conformes a ellas; toda heteronomía del albedrío, en cambio, no solo no funda obligación alguna, sino que más bien es contraria al principio de la misma y de la moralidad de la voluntad.» (Kant, I. 1998 *Crítica de la razón práctica*, Salamanca, Ediciones Sígueme. Pp.52-3)

Avanzando hacia el mundo contemporáneo, la autonomía ha sido pensada de modos diversos. Incluso esta autonomía anclada en la razón, es criticada por autores como Nietzsche, quien considera que no puede haber un fundamento universal, sino que el individuo es soberano individualmente, frente al grupo (al “rebaño” autónomo de la sociedad, en expresión nietzscheana).

El modo de resolver este problema, sería, según J. Conill, comprender que la autonomía se entiende según el modelo de razón en que estemos insertos.

Probablemente nuestra razón es intersubjetiva y tiene, según sus palabras, “momentos de autonomía” que residen en las pretensiones de validez que se ponen en juego en una deliberación. La autonomía intersubjetivizada podría, así, denominarse “co-autonomía”.

## La autonomía como concepto jurídico

El proceso de construcción jurídica de la autonomía del paciente fue el objeto de la segunda intervención, de José Antonio Seoane, profesor titular de Filosofía del Derecho en la Universidad de La Coruña.

Es inevitable hablar de la autonomía en el derecho, porque los derechos se construyen sobre un presupuesto, que es la existencia de sujetos morales. Un breve recorrido por la historia permite entender cómo se ha ido configurando:

El modelo norteamericano ha sido el más influyente en la construcción de la autonomía de los pacientes. El derecho a la autonomía está basado en la 14ª enmienda a la Constitución norteamericana, relativa a la libertad personal. Y se ha configurado judicialmente, generando jurisprudencia a través de los casos, a partir de dos fuentes: la teoría del consentimiento informado y el reconocimiento de la intimidad.

La vía del consentimiento informado se articula a partir de numerosos casos que han ido generando la idea de que una acción realizada sin consentimiento del sujeto, es una acción mala e inadecuada, porque lesiona la autonomía del sujeto, independientemente de la existencia o no de un daño físico. Además, la configuración del consentimiento informado ha exigido definir, también a través de casos, aspectos esenciales como la información, o la capacidad para poder otorgar un consentimiento válido.

Existe una segunda vía, que consolida el ejercicio de la autonomía de los pacientes en el contexto norteamericano, la del reconocimiento de la intimidad (*privacy*). A su vez, esta vía se plantea de dos formas: autonomía decisoria y autonomía informativa.

La expresión inicial de derecho a la privacidad o a la intimidad aparece en el siglo XIX como derecho a rechazar injerencias. Adquiere rango jurisprudencial a principios del siglo XX, pero logra estatuto de derecho fundamental en los años 60, ligado a cuestiones relativas a la reproducción. Se trata de algo ligado a la personalidad y la dignidad, que tiene que ver con la libertad de elección y la autonomía para tomar decisiones. Confluye así con la vía del consentimiento informado, que se analizó previamente.

En España, la configuración jurídica de la autonomía es más compleja. En ella confluyen dos factores: la constitucionalización de los sistemas jurídicos, y el desbordamiento del marco del Estado. Hay, además, una construcción legislativa, doctrinal y jurisprudencial. Y se tienen en cuenta los dos polos de la relación clínica: los derechos de los pacientes, pero también la buena práctica o *lex artis* de los profesionales. El resultado es el enunciado de tres tipos de autonomía: decisoria, informativa y funcional.

Todo esto se ha producido en tres décadas, mucho más rápidamente que en Estados Unidos.

Respecto a la construcción de la autonomía en relación a los derechos de los pacientes, hay tres etapas:

1. Con dos momentos (a) preconstitucional, en donde se habla del consentimiento o la capacidad de recibir información, pero aún sin consolidar la autonomía; (b) constitucional, a partir de la Constitución de 1978, en donde sí se reconoce la autonomía del paciente, si bien con el formato de "libertades". El primer catálogo de derechos de los pacientes y la primera aparición del consentimiento informado está en la Ley General de Sanidad de 1986, que supone un giro autonomista, especialmente en cuanto a la autonomía decisoria.
2. Más allá de la Constitución Española, rebasando el marco del Estado, la norma será europea: el Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina, que estará vigente desde 2000. La traducción legislativa es por vía autonómica. Se habla de autonomía decisoria e, incipientemente, de autonomía informativa.
3. Refuerzo, consolidación e internacionalización de la autonomía, introduciendo la autonomía funcional. Normas internacionales (Constitución Europea, Convención sobre derechos de las personas con discapacidad, Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, etc.) que amplían el desarrollo de la autonomía hasta reconocer el consentimiento informado como derecho constitucional (Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011).

La vía de definición de la buena práctica de los profesionales implica ir más allá de la corrección técnica, para incluir la corrección ética en la *lex artis*, lo que exige informar, obtener autorización y respetar la confidencialidad de los datos. Al incluir estos aspectos de autonomía decisoria e informativa en la buena práctica clínica, la autonomía se convierte no sólo en un derecho de los pacientes, sino en una obligación de los profesionales. Adquiere rango legal en la Ley 41/2002 de autonomía de los pacientes.

El fundamento de la respuesta jurídica son los derechos. Elementos a combinar sabia y prudentemente en conjunción con las autonomías descritas: de decisión (libertad de elección), de información (capacidad de controlar la propia información, o derecho a la protección de datos personales), funcional (capacidad de llevar autónomamente a la práctica las propias decisiones, esto es, la posibilidad de realizar aquello que se ha decidido hacer).

Seoane enfatizó en su exposición que el fundamento de la autonomía para tomar decisiones no es la protección de la vida, ni la dignidad, ni la libertad de conciencia o la libertad de movimientos, sino el derecho a la integridad física y moral.

La construcción de la autonomía jurídica ha sido pues un proceso largo y complejo, con pluralidad de fuentes normativas. Es un proceso constitucionalizado, que la eleva a rango supremo, y es un proceso iusfundamental, que se manifiesta a través de una categoría jurídica: los derechos fundamentales, máxima expresión de las libertades de los individuos.

Pero este proceso está inacabado y, por tanto, continuará en el futuro, en opinión de Seoane, ampliando el estatuto de la autonomía, convirtiéndola en una auténtica libertad de decisión. Lo que implica ampliar las áreas de intervención y redefinir el significado de la autonomía en el derecho, conforme a los tres ejes de la Ley 41/2002: autonomía, responsabilidad y confianza.

La autonomía no puede significar sólo voluntad, como una “atomización” de los individuos, pues todos somos interdependientes. Coincidió así Seoane con Conill en que conviene hablar de co-autonomía. El objetivo sería, en expresión de A. MacIntyre, ser “animales racionales y dependientes”. Esta autonomía, además, se tiene que conciliar con una relación de confianza, y con la responsabilidad, esto es, con hacerse cargo de las decisiones y sus consecuencias. Los desafíos jurídicos para el futuro, que son también clínicos y cívicos, se sitúan en desarrollar las tres esferas de la autonomía: decisional, informativa y funcional. Para ello es necesario promover la capacidad, y formar y mejorar la ética profesional, elevando la relación clínica a un rango ejemplar. Un buen derecho ayuda a lograr estos objetivos, pues tiene una dimensión pedagógica.

## La autonomía en la práctica clínica

Como se indicó anteriormente, la segunda parte de este Ateneo estuvo dedicada al análisis de la cuestión de la autonomía en el marco de la práctica clínica. La primera de las ponencias fue presentada por Rogelio Altisent, director de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza, quien planteó que no puede concebirse en la actualidad la relación clínica sin una referencia a la autonomía. Sin embargo, no resulta sencillo gestionar la autonomía en la práctica.

Hay una importante distancia entre la teoría y la práctica, lo cual ha generado, en algunos casos, cierta desconfianza respecto de la bioética académica, que plantea exigencias aparentemente muy ambiciosas y poco realistas. A esta objeción se debe responder, en opinión de Altisent, que los objetivos, aun siendo difíciles de alcanzar, marcan un horizonte hacia el que tender.

Centrándose en el consentimiento informado, como herramienta clave para la realización concreta de la autonomía, Altisent fue desgranando los diferentes aspectos y dificultades:

El primer elemento del consentimiento informado es la gestión de la información, y con él aparece el primer problema, relativo a cuánta información sería necesario dar al paciente para que pueda tomar una decisión. Por supuesto es preciso evitar una información exhaustiva,

pero se tiende a incurrir en el mero cumplimiento de una exigencia normativa, dando sólo la información imprescindible con una perspectiva de medicina defensiva, evitando problemas personales, sin atender a las necesidades del paciente. Esta es una primera “patología” del consentimiento informado, la que podría llamarse patología legalista. El objetivo es cumplir la ley para evitar problemas, no informar adecuadamente.

Esta pregunta, que todo clínico se plantea, se debe responder, pues, desde otra perspectiva: hay que dar la información adecuada, esto es, toda la información que el paciente necesite para tomar una decisión responsable. El consentimiento informado no puede ser una imposición para el paciente, antes bien es algo que ayuda o conviene al paciente. Esto significa que la información en el proceso de consentimiento informado tiene también una dimensión educativa, de acompañamiento en la toma de decisiones. Por eso tiene una cierta dimensión de “arte”, es un aprendizaje para el que se necesita también un cierto talento.

La información tiene que ser comprensible. En muchos casos, por ejemplo, el profesional no maneja correctamente los datos de pronóstico, ofreciendo al paciente las cifras de riesgo poco fiables, o de modo incompleto, inadecuado o poco entendible, generando un temor innecesario. Este sería, sin embargo, un magnífico campo para divulgar la bioética en aquellos sectores profesionales en donde hay un cierto rechazo. Un buen modo de abordarlo sería desarrollar útiles técnicas de comunicación que pudieran hacer comprensible el riesgo para los pacientes, utilizando equivalentes culturales.

Un segundo elemento del consentimiento informado es la capacidad. La clave en este caso es tomar en consideración el aspecto gradual, de modo que la capacidad debe valorarse en función de la decisión a tomar. Sin embargo, muchos profesionales pasan a un extremo con excesiva facilidad, pensando en la incapacitación legal como único posible escenario para las personas con una capacidad no plena.

El tercer elemento es la voluntariedad, que se mueve entre la limitación física, coacción y manipulación, y la persuasión y deliberación. Son pocas las excepciones en las que se podría justificar el uso de la limitación, la coacción o la manipulación, y siempre sería necesario poder razonar y argumentar dicha excepción. Algo diferente es la persuasión, que, por un mal entendimiento de la autonomía como “no injerencia” en la vida o decisiones del paciente, da como resultado un abandono del mismo.

Altisent insistió también en otro de los problemas propios del consentimiento informado: el tiempo necesario para realizarlo. La información debería estar en un puesto relevante dentro de la relación clínica, de modo que se dedique el tiempo necesario, como parte de una correcta intervención. El problema es la falta de actitud ética de respeto al paciente y la conducta profesional. La falta de tiempo se puede convertir en una excusa para no tratar adecuadamente al paciente. Lo esencial es cambiar la actitud. Por eso, en el manejo de la formación de grupos, es importante atender a esa clásica distinción entre quienes no quieren y no saben, quieren pero no saben, saben pero no quieren, o quieren y saben. Para lograr que quienes saben, también quieran, es preciso no sólo dotar de herramientas —que permitirán adquirir el conocimiento y las habilidades—, sino también promover actitudes.

El último aspecto que Altisent subrayó fue cómo la educación de los pacientes es también un modo de defender su autonomía. El compromiso del médico es esencial para lograr que el paciente se haga cargo de su propia salud, promoviendo su autonomía.

### La autonomía, ¿mito o realidad?

Diego Gracia, catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, fue el encargado de la última ponencia, en la que sintetizó buena parte de lo dicho en la sesión, proponiendo algunas conclusiones.

Gracia comenzó comentando que el término “autonomía” es algo que “se dice de muchos modos”, tiene varios sentidos: un primer sentido, en la Grecia antigua, es la autonomía política. No aparece, pues, en los textos éticos, sino que se entiende como independencia de las estructuras políticas. Conviene tener en cuenta que la “política” en Grecia es un noble término, con el que se hace referencia a la gestión de la vida pública. La ética es una parte de la política, en la medida en que trata de que todas las virtualidades del ser humano se expresen de modo pleno, alcancen la plenitud, la “eudaimonía”. La ética promueve la perfección o felicidad. Y esa perfección sólo puede alcanzarse en la sociedad, por eso la política es esencial y la ética parte de ella. La autonomía tiene que ser, pues, necesariamente, de la polis, de la comunidad, no individual.

Es importante subrayar esto porque el sujeto autónomo actual se concibe de un modo muy diferente. Autonomía se entiende como el derecho “a que a uno lo dejen en paz”, el derecho a la libre determinación. Un sentido que no aparece realmente hasta el siglo XVIII, de la mano de I. Kant.

Kant descubre una autonomía que es inherente al ser humano, por el mero hecho de ser un ser racional. La razón es pura y la voluntad es pura. Se distingue entre voluntad empírica, la que se guía por los usos, las costumbres, las leyes, o los deseos, y la voluntad pura, la que puede estar por encima de todos esos elementos, actuando por un imperativo puramente racional, el deber. Es un nuevo concepto de autonomía, la capacidad de regirnos por el deber, con independencia de cualquier otra máxima de acción.

La experiencia del deber la tiene todo ser humano por el hecho de ser racional. Se trata, pues, de una autonomía ontológica, porque responde a la misma estructura de su racionalidad, es su condición.

Los idealistas alemanes, como Fichte, desarrollarán esta idea máximamente. Los seres humanos no pueden endosar su juicio a otro, esto supondría enajenar la responsabilidad. Fichte afirma que no ser autónomo es tanto como ser inmoral, perder la conciencia moral. No hay, por consiguiente, criterio externo –heterónimo, distinto de la propia razón— que pueda regir la conducta moral, sin anuencia del propio sujeto. La obediencia no es, pues, un comportamiento moral válido, a pesar de que ha sido ensalzada y promovida insistentemente.

Sin embargo, a la altura de la muerte de Hegel, en 1831, este concepto de autonomía trascendental entra en crisis: se plantea en Europa que la vida es más complicada, que es necesario tener en cuenta las circunstancias y las consecuencias de las acciones. Por eso es preciso un nuevo concepto de autonomía que será más operativa en la práctica: la autonomía jurídica. Este tercer modo de entender la autonomía valora las condiciones empíricas que tienen que darse para poder considerar autónomo a un sujeto: la información, la capacidad y la voluntariedad.

La pregunta que queda abierta, en opinión de Gracia, es de qué autonomía se habla en bioética: la autonomía política, ontológica o jurídica. Parece claro que la autonomía ha entrado en el campo de la bioética de la mano del derecho, operativizándose en la forma del consentimiento informado. Así aparece en el Informe Belmont, o en el libro de Beauchamp y Childress, *Principios de ética biomédica*. Sin embargo, este concepto ofrece problemas.

Según los estudios de L. Kohlberg, hay una psicología del desarrollo moral que se ordena en fases, de modo que el primero es un nivel preconvencional, regido por el premio y el castigo; le sigue un nivel convencional, en el que la norma del grupo o del medio es lo que determina el comportamiento adecuado, promoviendo la integración y la socialización; finalmente se alcanza el nivel postconvencional, en el que la persona es capaz de criticar las normas del medio, llegando en última instancia a determinar lo bueno en función de un criterio de universalización.

Según esta estructura, el ser autónomo es que ha alcanzado este nivel postconvencional. Sin embargo, según los estudios, aproximadamente un 80% de la población no alcanza jamás este nivel. Esto es dramático. La autonomía supone una conquista difícil de lograr. La mayoría de la población no llega, por tanto, a esta autonomía moral, pero se sitúa en un nivel convencional, pudiendo cumplir los criterios de la autonomía jurídica. En el consentimiento informado, lo que se evalúa es esta autonomía jurídica.

Parece necesario definir un cuarto concepto de auténtica autonomía moral, que sería el más adecuado, en opinión de Gracia, para la bioética. De otro modo la convertiremos en política, en metafísica o en derecho.

Este tema se ha desarrollado en la filosofía del siglo XX. La esencia del ser humano es peculiar, consiste en ser proyecto, posibilidad. El ser humano tiene que realizar su propia vida. No se puede ser sin proyectar posibilidades de vida. Por eso dice Ortega y Gasset que el ser humano vive en el futuro, proyectando. El acto moral depende de que exista este proyecto, de que haya una intención que planea una acción. Sólo son autónomos los actos proyectados. Por eso, Gracia, apoyándose en Heidegger propone abandonar el modo inauténtico de gestionar la vida, que consiste en actuar conforme al impersonal "lo que se hace", lo considerado válido socialmente, de un modo gregario, el mundo de la heteronomía. Frente al cual es necesario promover un modo auténtico de vivir, haciéndose cargo de la propia vida. Esta es la autonomía moral. Una autonomía que se construye y es necesario cultivar. Por eso, es esencial fomentar una educación para la responsabilidad.

Con esta última ponencia se cierra el círculo, pues, de este recorrido por los distintos sentidos de la autonomía, realizado por los cuatro invitados. Sin duda un magnífico análisis, desde diversas perspectivas, con muchas cuestiones abiertas a una ulterior profundización, y planteando también debates específicos, como los que se generaron en el interesante diálogo posterior. Esta jornada cumplió así el objetivo que es tradición en los Ateneos de Bioética: ser un espacio de reflexión y deliberación.

**Zaragoza, 07/11/2012**