



Facultat de Lletres

L'autonomia a l'ètica mèdica: una breu genealogia

Carla Planas Serra

Grau en Filosofia

Tutora: Anna Quintanas Feixas

Curs 2022-2023

RESUM

Aquest treball explora l'evolució de l'ètica mèdica des de la tradició hipocràtica fins a l'enfocament centrat en l'autonomia del pacient, un canvi impulsat per la incorporació del principi d'autonomia a la bioètica. S'analitza l'origen del paternalisme mèdic, els fonaments filosòfics de l'autonomia i com aquests elements són vistos a la pràctica mèdica actual. També s'argumenta com el creixent èmfasi en una autonomia de caràcter individualista corre el risc de mercantilitzar la relació metge-pacient. S'exposen algunes crítiques a aquesta concepció individualista de l'autonomia i es recull un enfocament alternatiu: l'autonomia relacional, que considera l'individu dins del seu context social, cultural i relacional.

PARAULES CLAU: Autonomia, ètica mèdica, tradició hipocràtica, paternalisme mèdic, principi d'autonomia, autonomia relacional.

Índex

1. Introducció	4
2. Breu genealogia de l'ètica mèdica occidental	6
2.1. Medicina sacerdotal	6
2.2. Del paternalisme a l'autonomia	18
2.2.1. Orígens filosòfics del concepte d'autonomia personal	18
2.2.2. El sorgiment de la bioètica i la irrupció de l'autonomia a l'ètica mèdica	22
3. El principi d'autonomia en bioètica	26
4. Problemàtiques del principi d'autonomia individual	31
5. Perspectives alternatives: autonomia relacional.....	36
6. Conclusions.....	42
7. Bibliografia	46
Annexos	51
Annex I	51
Annex II	53

1. Introducció

Participar en un estudi interdisciplinari destinat a analitzar la relació entre el personal sanitari i la mort— en relació amb l'aplicació de la LORE (Llei orgànica 3/2021 de març, de regulació de l'eutanàsia) i finançat per a Fundació Víctor Grifols i Lucas— em va portar a reflexionar sobre l'origen de les dificultats que encara experimenten alguns metges per respectar l'autonomia del pacient i abandonar el paternalisme mèdic tradicional. Tenint en compte que, encara avui, a la graduació del grau de medicina es llegeix el *Jurament* hipocràtic, em va semblar pertinent fer una breu genealogia dels valors de la tradició hipocràtica per veure de quina manera han evolucionat fins als nostres dies.

Com a membre vocal del Comitè d'Ètica Assistencial (CEA) de l'Hospital Josep Trueta, he tingut l'oportunitat de detectar aquestes dificultats, persistents entre alguns professionals sanitaris, per deixar de banda el paternalisme mèdic i respectar plenament l'autonomia dels pacients. A més, de manera paradoxal, he observat una tendència creixent, dins el sistema sanitari, de prioritzar el principi d'autonomia sobre consideracions mèdiques fonamentals o altres principis bioètics com la no-maleficència, la beneficència i la justícia. Alguns autors, així com alguns membres del CEA, considerem que l'abandonament del paternalisme mèdic, tot i ser necessari, corre el risc de veure's substituït per la preeminència d'un principi d'autonomia de caràcter individualista, que pot acabar amb una mercantilització de la relació metge-pacient, fent que la figura del pacient s'assembli cada cop més a la del client.

Al llarg de les següents pàgines, examinaré l'ètica mèdica hipocràtica per comprendre el seu impacte en l'ètica mèdica actual, el seu efecte en el rol social dels metges i com ha definit la relació metge-pacient. Em proposo destacar un dels canvis més significatius d'aquesta tradició: la transició des del paternalisme mèdic cap a l'autonomia del pacient—dit de manera simplista. És per això que, per acotar la temàtica, l'eix vertebrador de l'anàlisi serà el principi d'autonomia: com era l'ètica mèdica quan no tenia l'autonomia del pacient com a valor fonamental? Com s'hi va introduir el principi d'autonomia? Quins canvis ha comportat la introducció d'aquest principi? D'aquesta manera, el meu objectiu principal és explicar com l'ètica mèdica ha evolucionat d'un model dominat pel que ara anomenaríem paternalisme mèdic, cap a un enfocament en què el respecte per l'autonomia dels usuaris de la salut es considera un valor fonamental i inviolable.

En primer lloc, tractaré d'explicar l'origen i la naturalesa de l'ètica mèdica de tradició hipocràtica a l'antiga Grècia, els seus valors fonamentals, els principis pels quals estava regida, la seva relació amb la filosofia i com aquesta tradició s'ha perpetuat al llarg dels segles. En aquest punt, m'agradaria assenyalar que, dels quatre principis actuals de la bioètica, només n'hi ha un que no es trobava a l'ètica hipocràtica de la Grècia clàssica: el principi d'autonomia. Pel que fa a la caracterització del rol social dels metges i de la relació metge-pacient seguiré, principalment, l'anàlisi de Diego Gracia—metge,

filòsof i catedràtic d'història de la medicina— que analitza els fonaments històrics i filosòfics dels principis de la bioètica actual a l'obra *Fundamentos de Bioética*. Procuraré justificar la tesi de Gracia segons la qual durant l'antiga Grècia, Roma i l'edat mitjana, la tradició hipocràtica va dotar la professió mèdica d'un caràcter «sacerdotal». Per analitzar els orígens de l'ètica mèdica també em serviré d'autors com E.R. Dodds o Werner Jaeger. A continuació exposaré els orígens filosòfics del concepte d'autonomia personal, fent èmfasi en el concepte de llibertat individual de Stuart Mill i en l'autonomia moral kantiana. Després, consideraré la influència del sorgiment de la bioètica i la incorporació de l'autonomia a l'ètica mèdica al llarg del segle XX. Feta aquesta breu genealogia de l'ètica mèdica hipocràtica, em centraré en el principi d'autonomia en bioètica, concretament en la caracterització que en van fer Tom Beauchamp i James Childress, i en el triomf del principisme a l'hora d'introduir el principi d'autonomia a la bioètica.

Tot i que encara hi ha metges que troben dificultats per abandonar actituds paternalistes i prioritzar l'autonomia del pacient, alguns autors han criticat la preeminència d'un principi d'autonomia de caràcter massa individualista que opera amb una visió limitada de l'individu, prenent-lo deslligat del seu context social i cultural. Per això, continuaré l'anàlisi fent una breu exposició de les diferents formes de concebre l'autonomia individual i de les diverses crítiques que rep aquesta concepció de l'autonomia de caràcter individualista.

Finalment, introduiré algunes aproximacions a l'autonomia relacional, un nou enfocament de respecte a l'autonomia personal que sorgeix com a resposta de diferents autors al problema de la concepció individualista de l'autonomia. Aquesta perspectiva pretén mantenir l'autonomia personal al centre de l'ètica mèdica però prenent l'individu dins del seu context social, cultural, econòmic i, sobretot, relacional.

Amb tot, pretenc analitzar els valors que han vertebrat l'ètica mèdica de tradició hipocràtica, identificar quins van ser els pressupòsits filosòfics necessaris per a l'aparició i la introducció de l'autonomia, avaluar les implicacions d'aquest canvi de paradigma, i exposar les crítiques i riscos de la caracterització individualista del principi d'autonomia. També pretenc argumentar que el paternalisme mèdic no necessàriament ha de ser reemplaçat per una autonomia individualista sinó que hi ha plantejaments alternatius que permeten respectar l'autonomia personal sense caure en una hiperindividualització de la presa de decisions a l'àmbit sanitari.

2. Breu genealogia de l'ètica mèdica occidental

2.1. Medicina sacerdotal

En aquest apartat faré una breu caracterització dels fonaments de l'ètica mèdica i del rol sociològic dels metges a la tradició occidental. Em basaré en— i intentaré explicar— la tesi de Diego Gracia (2008) segons la qual, des de l'antiga Grècia fins a l'edat moderna, la medicina tenia un caràcter moral i els metges un rol social sacerdotal que els dotava d'autoritat i impunitat. En conseqüència, l'ètica mèdica tradicional ha estat profundament paternalista. El terme «paternalisme» no apareix fins a principis del segle XX (TERMCAT, 2023). El faré servir per il·lustrar les conductes que avui dia es considerarien paternalistes, tot i que fins al segle XX no fossin considerades com a tal. S'entén per paternalisme la relació de tipus jeràrquic que es regeix segons el model de la relació paternofilial tradicional, en què la persona jeràrquicament superior pren decisions en nom de les altres, ignorant-ne els desitjos i circumstàncies i justificant-ho amb sentimentalisme i amb la idea que ho fa pel seu bé (TERMCAT, 2023). Més concretament, en bioètica, el paternalisme es defineix com a «Actitud dels professionals de la salut, dels serveis de salut pública, de l'administració sanitària o dels familiars o cuidadors d'una persona consistent a menystenir la seva autonomia, amb l'assumpció que actuen pel seu bé.» (TERMCAT, 2023).

Convé, abans de continuar, fer alguna observació de tipus històric. El *Jurament* hipocràtic és un dels textos fundacionals de l'ètica mèdica, i ha marcat profundament la tradició mèdica occidental¹. Està inserit dins d'una col·lecció d'obres i tractats de medicina de l'antiga Grècia, el *Corpus Hipocràtic*² (García *et al.*, 1983). No hi ha consens sobre la data de creació ni l'autoria del *Jurament*, alguns historiadors (Nutton, 2013) el situen als segles V o IV aC i consideren que hauria estat escrit per Hipòcrates de Cos (aprox. 460-380 aC), d'altres creuen que podria tenir orígens pitagòrics³ (Edelstein, 1943), i d'altres consideren que podria haver estat escrit el segle I dC (Amundsen, 1978, p. 27). Segons Diego Gracia, l'obra seria de l'escola hipocràtica però tindria influències pitagòriques i de societats místiques de la Grècia Arcaica (2008, p. 51). Tampoc està clara l'autoria dels diversos tractats que conformen el *Corpus Hipocràtic*, probablement són escrits de diferents autors i èpoques, però la majoria de textos que el conformen es situarien al període clàssic de l'antiga Grècia⁴ (Garcia *et al.*, 1983, p. 10).

¹ Podeu trobar el *Jurament* a l'[annex I](#).

² El *Corpus* conté aproximadament una seixantena d'obres, majoritàriament es considera que van ser compilades el segle IV a.C, estaven escrites en grec jònic. També hi ha escrits hipocràtics tardans (segles IV-I aC) que no estan inclosos al *Corpus* però que provindrien de l'escola hipocràtica (Nutton, 2013).

³ Edelstein defensa que el *Jurament* és producte de l'escola pitagòrica, però no es pot provar. És molt probable que la versió manuscrita més antiga del text que es conserva (segle XI) ja hagués estat modificada durant l'era cristiana (Edelstein, 1943).

⁴ El nucli originari de la col·lecció va estar a la biblioteca mèdica dels Asclepiades de l'illa de Cos, creació i herència d'Hipòcrates i la seva família. Els escrits més significatius van ser escrits entre 420 aC i 350 aC, a l'etapa que es pot considerar més representativa de la formació de la doctrina hipocràtica (Garcia *et al.*, 1983).

Gracia considera que el *Jurament* és un text que pretén establir l'estructura religiosa, moral i mèdica de l'acte mèdic, i determinar el tipus de relació que el metge ha de tenir amb els malalts. Si bé l'escola hipocràtica no era l'única de l'antiga Grècia, ha estat la que ha tingut més transcendència i en la qual, tradicionalment, s'ha fonamentat l'ètica mèdica occidental⁵. És per això que Gracia fa servir el *Jurament* com a text principal per explicar els fonaments de l'ètica mèdica occidental i la constitució de la figura del metge.

Segons Gracia, el tipus d'estructura de jurament que té el text podria provenir dels curetes cretencs, una de les societats místiques més antigues del període arcaic, els membres de la qual eren considerats, alhora, sacerdots, xamans i metges. Un d'ells, Epimènides, hauria estat convidat a Atenes per purificar-la⁶ d'una pesta mitjançant uns ritus realitzats en públic i, posteriorment, haurien començat a sorgir, a Atenes, altres moviments religiosos i comunitats semireligioses que haurien perdurat fins al període clàssic. Soló hauria legalitzat l'existència d'aquestes fraternitats i n'hauria declarat vàlids els reglaments i contractes, sempre que no s'oposessin a la llei pública. La forma de jurament que pren el text del *Jurament* hipocràtic provindria del sagrament de la iniciació en aquestes comunitats, que convertia els iniciats en membres i establí una relació fraternal entre ells (Gracia, 2008, p. 51).

Gracia considera que els metges tenien un rol sacerdotal que va evolucionar del sacerdoci dels déus olímpics de les societats místiques al sacerdoci *fisiològic* dels metges de les polis; la creença en les divinitats mitològiques hauria estat substituïda per la creença en la divinitat de la *phýsis* (Gracia, p. 52). Aquesta evolució hauria sigut conseqüència, principalment, del que E.R. Dodds anomena *il·lustració* o *racionalització* del període clàssic, encapçalada pels filòsofs de la Grècia clàssica (Dodds, 1994).

Dodds exposa que no hi ha tal cosa com substitucions religioses o substitucions de creences, sinó que hi ha «aglomeracions». Un nou esquema de creences rarament esborra l'esquema anterior: o l'antic continua vivint com un element nou, o bé tots dos conviuen juxtaposats, lògicament incompatibles però acceptats per diferents individus, o inclús pels mateixos individus. Aquesta aglomeració de creences religioses de la qual parla Dodds, Gilbert Murray l'havia anomenat «Conglomerat Heretat»⁷ (Dodds, 1994, p.171).

⁵ Encara avui, els estudiants de medicina juren el *Jurament* hipocràtic a l'acte de graduació, es fa de manera simbòlica i el contingut del *Jurament* està més adaptat a la bioètica actual. Podeu trobar el text del *Jurament* de la Universitat de Girona a l'[annex II](#).

⁶ «La idea de *kátharsis* fue una de las preocupaciones de las mentes religiosas durante toda la Época Arcaica. Pero en el nuevo esquema de creencias cobró nuevo contenido: el hombre debe limpiarse, pero no solo de contaminaciones específicas, sino, en la medida de lo posible, de toda mancha de carnalidad. La pureza, más bien que la justicia, se ha convertido en el medio cardinal de la salvación. Y como es un yo mágico, no un yo racional, el que tiene que limpiarse, las técnicas de *kátharsis* no son racionales, sino mágicas. Podían consistir únicamente en ritos, como los de los libros órficos (...) o podían servirse del poder de encantamiento de la música, como en la *kátharsis* atribuida a los pitagóricos. O podían envolver también una *áskesis*, la práctica de un modo de vida especial.» (Dodds, p. 151).

⁷ «Tal era, pues, el «Conglomerado Heredado» a finales de la Época Arcaica, inteligible, desde el punto de vista histórico, como reflejo de las cambiantes necesidades humanas a lo largo de muchas generaciones, pero que es, para el criterio intelectual, una masa de confusión»-diu Dodds (p. 171).

La dimensió espiritual, religiosa i mística de la literatura homèrica i de la Grècia Arcaica no va desaparèixer durant les èpoques clàssica i hel·lenística, sinó que va començar a confluir amb el coneixement científic, amb la recerca d'explicacions racionals als fenòmens naturals i amb la relativització de les idees religioses (Dodds, p. 173). L'ètica hipocràtica es va constituir en un món on la religió i el misticisme conviuen amb la *racionalitat*, especialment en els filòsofs i científics.

Pitàgores i Empèdocles són dos exemples paradigmàtics de la juxtaposició, en la figura del savi, del coneixement científic i les creences religioses i màgiques. Representen la personalitat del xaman, que combina les funcions no diferenciades de mag, naturalista, poeta, filòsof, predicador, curandero i conseller públic (Dodds, p.143). Durant els segles posteriors, algunes d'aquestes funcions se separen i esdevenen disciplines independents, com és el cas d'alguns filòsofs o metges a l'època clàssica. Tot i això no hi hauria tal cosa com un tall entre una tradició i l'altra, sinó que moltes de les funcions dels antics xamans també sobreviuen i s'incorporen a la creixent *racionalitat* de la mentalitat dels filòsofs i, en conseqüència, a la medicina com a disciplina a l'època clàssica. Per Dodds, la frase de Jacob Burkhardt «el racionalismo para los pocos i la magia para los muchos» es pot dir del conjunt de la societat grega des de finals del segle V aC en endavant (Dodds, p.183).

Werner Jaeger (Jaeger, 1996) també considera la condició de «teòlegs» dels filòsofs presocràtics, exposant que la majoria van posar la seva vida al servei dels *déus* de la naturalesa, fent de mediadors entre els déus i els homes. També Jaeger exposa que entre els segles V i IV aC el metge apareix com a representant d'una cultura del més alt refinament metòdic, i afegeix:

«Y es, al propio tiempo, la encarnación de una ética profesional ejemplar por la proyección del saber sobre el fin ético de carácter práctico, la cual, por tanto, se invoca constantemente para inspirar confianza en la finalidad creadora del saber teórico en cuanto a la construcción de la vida humana. (...) traspasa los linderos de una simple profesión para convertirse en una fuerza cultural de primer orden en la vida del pueblo griego (...) En la cultura moderna no llegará a recobrar nunca este lugar.» (Jaeger, 1996, p. 783).

Els metges del període clàssic no només van ser teòlegs sinó que també van ser sacerdots de la religió de la naturalesa (Gracia, p. 55). Pitàgores hauria estat el promotor, al món grec, de l'establiment d'una *regula vitae*, una regla de vida que, en el cas de l'orde religiós pitagòrica, estava determinada per l'esperança de vides venidores (Dodds, p. 141). Segons Gracia, la determinació d'una regla de vida per una comunitat determinada, independentment del seu contingut, s'hauria establert a Grècia a través de Pitàgores i va ser el model de tots els qui, posteriorment, es van dedicar tant a la filosofia com a la medicina, fent d'ella forma i norma de vida per tal d'assolir l'*areté*.

Semblaria que l'ètica mèdica es corresponia força, o es va acabar corresponent força, amb la concepció de la naturalesa humana i l'ètica dels filòsofs del període clàssic: «Sin exageración puede afirmarse que

la ciencia ética de Sócrates, que ocupa el lugar central en los diálogos de Platón, habría sido inconcebible sin el procedimiento de la medicina» (Jaeger, p. 783).

Els herois d'Homer i els individus de l'època arcaica interpretaven l'experiència en termes religiosos, per exemple, l'experiència d'una passió o d'una malaltia com l'actuació directa d'un *daimon* que se servia de la ment i el cos dels éssers humans com a instruments: «Tal es la concepción usual de las gentes sencillas: el primitivo, bajo la influencia de una pasión violenta, se considera a sí mismo como un poseso, o como un enfermo, que para él es la misma cosa» (Dodds, p.177). Aquesta manera de pensar perdura entre els grecs encara al segle IV aC, però pels poetes i els filòsofs aquest llenguatge ja només té la força d'un simbolisme tradicional (Dodds, p. 177).

«El mundo demoníaco se ha retirado, dejando al hombre solo con sus pasiones (...) Eurípides nos muestra a hombres y mujeres afrontando al desnudo el problema del mal, no ya como algo ajeno que asalta su razón desde fuera, sino como parte de su propio ser. Y, sin embargo, por haber dejado de ser sobrenatural, no es menos misterioso y aterrador. Medea sabe que se está debatiendo, no con un *alástor*, sino con su propio yo irracional, con su *thymós*.» (Dodds, p.178).

Aquesta cita de Dodds il·lustra, a parer meu, la diferència principal entre els xamans de l'època arcaica i els metges de l'època clàssica. Tot i que els metges continuaven tenint molt de xamans, l'ètica mèdica, igual que l'ètica dels filòsofs, va començar a buscar maneres de controlar la debilitat passional de la naturalesa humana; els metges de la tradició hipocràtica es dedicaran menys a expulsar *dimonis* dels cossos dels individus i més al govern de les passions.

La filosofia, especialment la de Plató, es va ocupar de la qüestió ètica relativa a la font de la validesa de l'obligació moral i política, però també es va ocupar de la qüestió psicològica relativa a les fonts de la conducta humana: per què els homes es condueixen com es condueixen? Com se'ls pot induir a conduir-se millor? (Dodds, p. 175). És en aquest sentit que a l'ètica mèdica i la medicina, sense deixar enrere la tradició mística, s'hi afegeix un to preceptiu que jutja moralment les conductes dels malalts i prescriu el control de les passions; els metges s'encarreguen del règim del cos, però també tenen la funció d'instaurar una determinada *politeia* als individus. Jaeger (1996, p.784) exposa que la posició única que ocupa el metge a la Grècia clàssica respon principalment a la seva relació amb la *paideia*, tenint en compte que la cultura grega estava orientada tant a la formació del cos com a la de l'esperit. En aquest sentit, Diego Gracia concep la medicina grega com un sacerdoci: el metge és, en certa manera, mediador entre els déus i els homes, fet que l'assimila als filòsofs i als governants.

Plató, al llarg de tota la *República* (1988) fa analogies entre els metges i els governants. Exposa que, tant els uns com els altres, tenen la responsabilitat de cuidar-se de les persones de les seves respectives àrees de competència: el metge es preocupa del benestar del cos de la mateixa manera que el governant es preocupa del benestar de la polis. Aquesta idea del cos com a microcosmos que ha de ser governat pel metge, igual que la polis pel governant, s'anirà repetint al llarg de la història de la medicina. «Y el

necesitar la medicina—seguí— cuando no obliga a ello una herida o el ataque de alguna enfermedad epidémica, sino el estar, por efecto de la molicie o de un régimen de vida como el descrito, llenos, tal que pantanos, de humores o flatos, obligando a los ingeniosos Asclepiades a poner a les enfermedades nombres como «flatulencias» o «catarros», eso no te parece vergonzoso?»—Diu Sòcrates a la *República* (*República*, III, 405d).

L'ètica mèdica que es va anar consolidant als voltants del segle IV aC tenia una concepció del món i de la naturalesa humana molt semblant a l'ètica dels filòsofs del moment, és a dir, era fonamentalment naturalista: intentava fonamentar els judicis morals apel·lant a l'ordre de la naturalesa. La virtut era vista com una disposició natural i equilibrada i els vicis com a disposicions antinaturals. En una cultura naturalista la moralitat coincideix amb l'ordre de la naturalesa: el que és sa és ahora bo, bell i just. En canvi, la malaltia es relaciona amb una alteració de l'ordre de la naturalesa, amb els excessos i el desequilibri (Gracia, 2008, p.326). Aquests són els termes generals en què els metges grecs van definir la salut⁸.

L'ètica grega, a més, comprèn les disposicions de l'home en tots els àmbits de la vida: el caràcter, els costums, el físic i la moral. L'ordre físic i l'ordre ètic o moral no eren dos ordres diferents, sinó dos moments d'un mateix ordre: l'ordre de la naturalesa. No serà fins al món modern quan l'ordre natural i el moral se separaran (Gracia, p.328). L'ideal de perfecció *kalokagathia* exigia el balanç entre la bellesa física i la perfecció moral. La bellesa física no era només entesa en termes estètics sinó en termes de salut, que al seu torn es relacionaven amb les conductes, costums i vicis, és a dir, amb la moral.

L'ordre polític i l'ordre mèdic tenen una profunda correlació. El metge, igual que el governant, encarna el bé comú i, per tant, la perfecció moral, el malalt busca un bé particular: la salut. Per això l'única obligació moral del malalt és l'obediència al metge. Gracia sosté que entre el metge i el pacient, igual que entre el feligrès i el sacerdot, o el súbdit i el sobirà, no hi ha justícia commutativa; els serveis prestats són tan superiors als que poden prestar la resta de membres de la comunitat que mai es podrà donar una igualtat d'intercanvi. Per això ni al sobirà ni al sacerdot ni al metge se'ls paga conforme al principi de justícia commutativa, sinó en concepte d'honor; els diners que reben són honoraris (Gracia, p. 200).

Gracia postula que hi ha dos tipus de professions, les que tradicionalment s'han anomenat *professions*⁹ i les que s'han anomenat oficis o ocupacions. Els oficis s'han tendit a caracteritzar per un tipus de

⁸ El pensament pre-hipocràtic entenia la fisiologia com una sèrie de qualitats (*dynámeis*) que operaven en parells oposats. Segons Alcmeó de Crotona (s.VI aC) l'equilibri d'aquestes qualitats definia la salut. Partint d'aquí, posteriorment hi va haver discrepàncies a l'hora d'interpretar la naturalesa de l'equilibri, van sorgir diferents teories fisiològiques de l'ésser humà: teoria elemental, basada en els quatre elements d'Empèdocles (aire, aigua, terra i foc), teoria humoral, centrada en els quatre humors (sang, pituïta, bilis groga i bilis negra) i teoria dinàmica, definida per quatre qualitats (calent, fred, sec i humit) (Sierra Martín, 2018, p. 308).

⁹ El substantiu «professió» deriva del terme llatí *professio* que es pot traduir com proclamar, professar o prometre però també té el sentit de confessió pública, promesa o consagració (Gracia, p.57). En relació al «professar» diu Jaeger: «La actuación de los médicos como oradores sofistas ambulantes representaba un intento de realzar la importancia pública de esta profesión» (Jaeger, 1996, p. 794)

responsabilitat jurídica, mentre que les *professions* haurien gaudit d'impunitat jurídica precisament per trobar-se sotmeses a responsabilitat moral i requerir virtuositat. En conseqüència, afirma que històricament hi ha hagut un antagonisme entre la responsabilitat moral i la responsabilitat jurídica: el gaudi de la responsabilitat moral eximia la jurídica, i viceversa (Gracia, p. 199). Així, algunes *professions*, com ara la medicina, s'haurien constituït a Grècia seguint el model del sacerdoci i, per tant, desenvolupant un concepte de responsabilitat *professional* de tipus més religiós que jurídic.

Aquesta exempció de responsabilitat jurídica és la impunitat. A les *professions* autèntiques se'ls suposava màxima responsabilitat moral alhora que màxima impunitat *de facto*. Les professions a les quals es refereix Gracia agrupen un nombre reduït i excepcional d'activitats humanes: el sacerdoci, la reialesa (i la judicatura com a derivació seva) i la medicina (Gracia, p. 72).

A més, la moral *professional* contribuïa a segregar certs homes del comú de les relacions socials pròpies d'un grup per situar-los en una posició de privilegi que comportava autoritat i impunitat. La primera part del *Jurament* recolzaria aquesta tesi: la medicina no és un simple ofici sinó una *professió*, una activitat molt particular que no obliga només al «bon fer» (*officium*) sinó a la «perfecció» (*perficio, perfectio*) (Gracia, p.73) i aquesta perfecció, aquesta excel·lència moral o *areté* és l'element que legitima la impunitat jurídica. Mitjançant el jurament, el neòfit adquireix la categoria de *profés*, és a dir, de *professional*, en un sentit moral –que professa– que comporta un exercici de la responsabilitat interna i privada, alhora que implica impunitat externa, pública i jurídica. D'aquí provindria el contingut ètic i religiós de la seva fórmula de compromís.

Tot i que la tesi de Gracia pugui ser vàlida per la caracterització de la figura paradigmàtica del metge i la seva transcendència al llarg de la història, cal tenir present que no tots els qui es deien metges a l'antiga Grècia havien de fer el *Jurament*, tampoc tots els qui exercien de metges complien els requisits de virtuositat que es demanen a la tradició hipocràtica. No hi havia tal cosa com una llicència mèdica que legitimés els metges a exercir, sinó que hi va haver certes tradicions o comunitats mèdiques, com la hipocràtica, que determinaven estàndards de conducta i criteris per l'excel·lència dels seus membres (Amundsen, 1978, p. 23).

Gracia justifica, en termes weberians, la tesi segons la qual el metge té un rol sociològic de poder. Max Weber defineix la dominació com «la presència actual d'algú manant eficaçment a algú altre» (Gracia, pp. 73-74). Dominació és poder de comandament autoritari, sense autoritat o sense força no hi ha dominació. El cas de la medicina és un clar exemple de dominació per autoritat sense força. El rol sacerdotal implica dominació perquè entre les seves notes característiques: l'elecció, la segregació, el privilegi i la impunitat, hi ha també l'autoritat. Entre el mandat de la dominació i l'obediència que li correspon, en el cas de la relació metge-pacient, no hi ha una correlació primàriament coercitiva o jurídica sinó persuasiva. Segons Weber, tota dominació necessita legitimar-se d'alguna manera, i ho pot fer per tres vies: la racional, la carismàtica i la tradicional (Gracia, p.73).

Per Gracia, el paternalisme mèdic antic es regia per la dominació carismàtica i la tradicional. Originàriament, hi ha un carisma (*khárisma*) i una gràcia (*khársis*). El metge té el poder de gratificar el malalt i el malalt té el deure de deixar-se gratificar. L'acte mèdic té la funció d'atorgar la gràcia al malalt, gràcia en sentit religiós, la gràcia de la curació. Fa de sacerdot actuant com a mediador amb les divinitats, el coneixement li atorga poder sobre la vida i la mort (Gracia, p. 74).

Com que el carisma és, per la seva pròpia naturalesa, un concepte subjectiu i inestable, no és d'estranyar que es busqués una manera d'objectivar-lo. Semblaria que la literatura que intenta objectivar el carisma és la literatura preceptiva, que els llatins van anomenar *doctrina, regim o regula*. Això és el que donaria uniformitat i coherència a la dominació carismàtica. El carisma s'acaba plasmant en una disciplina que, alhora, fa de pont entre la dominació carismàtica i la tradicional. L'ètica hipocràtica va aconseguir objectivar el carisma creant una disciplina mèdica, fet que possibilita el sorgiment d'una tradició i d'una dominació de legitimitat tradicional (Gracia, p. 75). A l'antiga Grècia, el que avui anomenem paternalisme mèdic, igual que el polític, no és una aberració moral sinó la bona manera d'actuar com a metge. El metge *sacerdot* i *professional* estava legitimat a actuar amb paternalisme.

Per acabar d'il·lustrar la tesi sobre el caràcter sacerdotal i *paternalista* dels metges a l'antiga Grècia, faré una breu presentació del contingut del *Jurament* hipocràtic seguint l'anàlisi que en fa Gracia¹⁰.

El *Jurament*¹¹ es pot dividir en dues parts o capítols principals. El primer estudia i determina les relacions entre mestre i deixeble a l'interior de la fraternitat mèdica, Gracia l'anomena capítol del «compromís» (*xyngraphé*¹²). El segon l'anomena «teràpèutica» (*therapeía*¹³) perquè dona normes sobre la conducta mèdica, la relació amb el pacient i el tractament. A més, aquests dos capítols tenen una clàusula inicial i una clàusula final que donen forma de jurament al text (Gracia, p. 50).

Les clàusules inicial i final tenen contingut de jurament solemne, és a dir, de compromís emfàtic realitzat davant de déus, posant-los de testimonis i acceptant el seu càstig en cas de transgressió o incompliment. A la clàusula inicial es fan servir els termes «jurament» (*hórkos*) i «compromís» (*xyngraphé*), fent referència al tipus de text (Gracia, p. 50). Es jura pels déus mèdics del panteó olímpic: Apolo metge, Asclepi, Hígia i Panacea. Després de la introducció sacerdotal, el *Jurament* continua amb el primer capítol, la part del *xyngraphé* o compromís. No m'estendré a fer-ne una anàlisi profunda, però sí que caldria remarcar que posa en relleu el caràcter familiar de la comunitat mèdica. Per una banda, hi havia

¹⁰ Dins el *Corpus hipocràtic* el text que ha tingut una influència més transcendent ha estat el *Jurament* Hipocràtic, però en altres textos del *Corpus* també s'hi poden trobar trets definitoris de la relació metge-pacient i del que, avui dia, anomenariem paternalisme mèdic. Per exemple, a l'obra *Hippocraticus*, on s'argumenta que els metges han de tenir la capacitat de persuadir els pacients perquè acceptin els seus consells i instruccions, encara que això impliqui enganyar-los o ocultar-los informació (Gracia, p. 85).

¹¹ [Annex I](#).

¹² Terme grec compost per el prefix adverbial *xyn*, que significa «amb», i el substantiu *graphé* que, entre altres sentits, vol dir «document escrit» i «text d'una llei». El que és escrit és una espècie de promesa solemne, raó per la qual *xyngraphé* es pot traduir per «compromís» (Gracia, p.50).

¹³ *Therapeia*, apareix dues vegades al llarg del text i en grec té un sentit tant religiós (cura dels déus) com moral (cura de les persones, de les coses i de les accions) (Gracia, p.49).

les famílies de metges que es transmetien els coneixements de generació en generació. Per altra banda, si no hi havia consanguinitat, calia posar-se al servei del metge com a aprenent per tal de passar a formar part de la fraternitat, de manera semblant a com un fill adoptiu passa a formar part de la família (Gracia, p. 60). Per poder formar part de la comunitat mèdica, però, calia accedir a formar part de la *professió*, a mantenir el «secret¹⁴ professional», el secret religiós o sacerdotal (Gracia, p. 61). El compromís i la responsabilitat (*spondé*¹⁵) del metge hipocràtic, tal com apareix en aquest primer capítol, formula i defineix la responsabilitat professional del metge entesa en sentit moral i religiós.

El segon capítol del Jurament té cinc clàusules: 1) Règim de vida, 2) Farmacologia, 3) Cirurgia, 4) Visita domiciliària i 5) El secret.

A la primera clàusula es determina que el metge té el deure de regular el règim de vida (*diàita*¹⁶) dels malalts. S'hi expressa la màxima segons la qual s'ha d'afavorir el malalt o, almenys, no perjudicar-lo. La funció de la *diàita* consisteix a ordenar la vida del pacient de manera que s'eviti el mal i la malaltia i es promogui la salut. Convé tenir present que, pels grecs, salut física i bé moral són qualitats íntimament relacionades. La *diàita* promou també la justícia (*diké*) moral en tant que el metge pot recomanar uns hàbits i objectar-ne d'altres que no només serien perjudicials per la salut, també serien moralment reprovables. L'objectiu últim d'aquesta regulació seria l'assoliment de l'ajustament perfecte a l'ordre natural, és a dir, la «justícia». L'ajustament a l'ordre de la naturalesa, tant física com moral, és el terme de tota regulació de la vida física i moral dels homes (Gracia, p. 65).

La segona clàusula fa referència al *phármakon*. Les malalties que no poden ser tractades mitjançant la *diàita* requereixen un remei més fort, el *phármakon*. S'ha de tenir en compte que les virtuts dels fàrmacs són considerades un do diví. Les *dynámeis* dels fàrmacs són manifestacions de la *dýnamis* dels déus. Poden curar malalties letals, però també tenen prou força per matar persones sanes, i els metges en tenen el domini. D'aquí provindria el doble compromís que el metge fa al versicle segon d'aquest segon capítol: no donar fàrmacs per provocar la mort, ni de persones adultes ni de fetus¹⁷, per tal de mantenir la seva vida i el seu art de manera pura.

¹⁴ Segons Gracia, aquesta promesa de secret provindria també de la tradició pitagòrica, on es lloava el rigor del manteniment del secret de qüestions de l'escola pitagòrica (Gracia, p. 55). Aquest secret també seria indicador de la sacralitat del gremi mèdic, separaria els homes profans dels professionals iniciats en una ciència oculta assequible només a uns quants, idea que no enfoca la importància del professional únicament a l'asceta tècnic o social, sinó que a més li atorga una dignitat superior (Jaeger, 1996, p.794).

¹⁵ Significa la libació amb què es conclou un tractat o una aliança a fi que adquireixi caràcter solemne i sagrat, això és, responsable.

¹⁶ Concepte ampli que englobaria la dieta, activitat física, peculiaritats climàtiques, hàbits i costums. Els escrits hipocràtics que presten més atenció a la *diatitia* són els dedicats a l'alimentació (Garcia *et al.*, 1983, pp. 181-186).

¹⁷ Aquesta part del *Jurament* s'ha fet servir, sovint, per intentar justificar l'oposició mèdica a l'eutanàsia i l'avortament, apel·lant a l'autoritat de l'ètica hipocràtica. És, però, la qüestió més controvertida de l'anàlisi del text. Alguns historiadors consideren que aquesta clàusula es podria haver modificat amb el cristianisme i que el seu sentit original no seria contrari a l'eutanàsia ni a l'avortament sinó que podria estar relacionat amb evitar que els metges participessin en assassinats de caire polític o similar. Ni a Grècia ni a Roma el suïcidi era considerat un delictes (excepte el d'un esclau o un soldat). Excepte entre alguns grups de la perifèria del pensament clàssic, la santedat de la vida humana no era una idea central i xocava amb el dret inherent dels homes lliures a disposar de la seva vida i la seva mort (Amundsen, 1978, p. 26).

La tercera clàusula té un caràcter estrictament negatiu que prohibeix l'exercici de la cirurgia. Aquí cal puntualitzar que, des de la Grècia clàssica fins a la baixa edat mitjana, dins la medicina hi havia dues figures amb rols diferents: el metge i el cirurgià. Com que la cirurgia era una tasca manual, era considerada un ofici, no una *professio*. Els cirurgians no eren *professionals* amb impunitat jurídica, sinó artesans. El rebuig a la cirurgia, tal com es veu al *Jurament*, és un bon indicador de quan s'està parlant de metges o de cirurgians. La cirurgia és un ofici que està al nivell de la responsabilitat jurídica, la medicina és una professió al nivell de la responsabilitat ètica i moral (Gracia, p. 66).

La quarta clàusula determina els límits de la visita domiciliària i s'hi exposa que caldrà fer sempre el bé al malalt. El seu sentit és estrictament moral: evitar qualsevol dany i perjudici i actuar conforme certes virtuts morals: prudència, justícia, fortalesa i templança. El domicili, la casa, és l'àmbit privat, de la intimitat, i el metge hi pot penetrar perquè és moralment virtuós (Gracia, p. 67).

La cinquena i última clàusula fa referència al secret. Gracia ha interpretat la clàusula del secret en sentit religiós, com a secret sacerdotal, perquè s'hi concentren les dues característiques més visibles de l'ètica mèdica grega: el seu rol marcadament sacerdotal i el seu paternalisme. La clàusula del secret no afecta tota la informació que el metge té de la vida dels seus pacients, sinó només «allò que mai hagi de transcendir». El metge decideix què pot transcendir i què no, l'àmbit del secret no l'estableix el pacient, l'estableix el metge. Al llarg de tot el jurament el malalt es presenta no només com a incapacitat física, també moral (Gracia, p. 68).

El que es pretén amb el *Jurament* és establir l'estructura religiosa, moral i mèdica de l'acte mèdic, de la cura i curació dels malalts. En tant que *terapeuta*¹⁸, el metge estableix amb el malalt una relació sacerdotal i paternalista. El *Jurament* seria un document típicament sacerdotal, propi de sacerdots, reis o jutges i metges, es caracteritzaria per una elevada responsabilitat ètica i jurar-lo implicaria assumir un compromís religiós i moral que contribueix a l'establiment de la impunitat jurídica dels professionals.

La clàusula final del text del compromís diu: «Ensenyaré aquestes coses als qui hagin subscrit el compromís i estiguin sotmesos per un jurament a la llei mèdica, però a ningú més». El saber mèdic té primàriament un caràcter «privat» o «familiar» i només secundàriament «polític» o «públic».

Durant molts segles, pràcticament des del segle I dC fins al XVIII, es va tenir davant el *Jurament* una actitud de veneració, era vist com un document que va saber expressar de manera insuperable els principis generals de decència i responsabilitat que exigeix l'exercici de l'art de curar, com a document que havia aconseguit plasmar la naturalesa immutable i necessària de l'activitat mèdica (Gracia, p.80).

¹⁸ *Therapeia*, apareix dues vegades al llarg del text i en grec té un sentit tant religiós (cura dels déus) com moral (cura de les persones, de les coses i de les accions) (Gracia, 2008, p.49).

La tradició hipocràtica va transcendir a l'antiga Roma, on el malalt es caracteritza com un *in-firmus*, subjecte faltat de fermesa, no només física sinó també moral. Aquesta caracterització, que assimila el malalt a un nen petit, autoritza el metge a actuar amb el que avui anomenariem paternalisme. Escriboni Llarg, metge romà del segle I d. C, al pròleg d'un llibre de receptes mèdiques, exposa les característiques formals del rol sacerdotal i les aplica simultàniament a la reialesa i a la medicina, i hi expressa la idea del metge com a emperador del cos, del microcosmos (Gracia, p. 74).

També Galè¹⁹, metge i filòsof romà del segle II dC, té un llibre titulat *Quod optimus medicus sit quoque philosophus* (2004, pp. 76-84) en el qual determina que el metge, per ser-ho completament, ha de tenir les virtuts ètiques i dianoètiques de l'amant de la saviesa, si el metge no respon a aquest ideal, el seu *bios* no és adequat i pot quedar fàcilment desautoritzat. El *Corpus Hipocràtic* va tenir molta influència en l'obra de Galè (Ferragud, 2020). El metge de la tradició hipocràtica-galena manté i reafirma el paternalisme i la seva autoritat en les dimensions tant físiques com morals dels homes. Galè també diu, a l'obra citada anteriorment, que cal gratificar el malalt per fomentar la seva obediència (Galè, 2004, pp. 76-84).

L'ètica grega de l'ordre natural va ser cristianitzada pels teòlegs, de manera que el cristianisme va modular l'ètica hipocràtica tot i mantenir-ne els principis fonamentals. A l'edat mitjana es van escriure un bon nombre de tractats higiènics amb el títol de *regiment sanitatis*, generalment dirigits a cuidar la salut dels reis i prínceps eclesiàstics. La *regula* (proporció, ordre just) és la qualitat que han de posseir tots els homes, però especialment els qui tenen més autoritat, com els sacerdots, els reis i els metges, fet que els dona autoritat i legitima el seu *paternalisme* (Gracia, p. 80).

Segons Gracia (Gracia, p. 76) la literatura de règim polític (*regimina principium*) i la de règim mèdic (*regimina sanitatis*) procedeixen d'una mateixa arrel, el tractat pseudoaristotèlic *Secretum secretorum*. Es tracta d'una sèrie de normes per orientar la conducta dels reis, que apareixen com dictades pel mateix Aristòtil per a Alexandre Magne. El prestigi del suposat autor i l'àmplia gamma de consells del llibre van fer-lo un dels llibres més llegits, copiats i traduïts de tota l'edat mitjana. Aquesta similitud existent entre l'educació dels prínceps i la dels metges permet entendre per què aquests últims han de ser, com aquells, subjectes privilegiats, amb autoritat i impunitat. D'aquí que hi hagi tota una literatura dedicada a descriure el metge òptim.

Aquest gènere es va cultivar força durant els segles de vigència del galenisme i especialment durant el Renaixement. Com el príncep, el metge assumeix el rol sacerdotal. Al-Ruhawi, Rhazes, Maimònides o Arnau de Vilanova, entre d'altres, van ser clars exemples de la unió de la figura del metge amb el teòleg,

¹⁹ Les obres de Galè van circular àmpliament durant la seva vida. Posteriorment, al segle VI els seus textos es van recollir a Alexandria i les seves teories van viatjar al món bizantí. Molts manuscrits grecs van ser recopilats i traduïts en el món àrab al voltant del segle IX. Durant el segle XI aquests textos es van traduir al llatí i van arribar a configurar la base sobre la qual es va fonamentar la formació mèdica a les universitats europees. Al segle XV els humanistes italians van preparar noves versions de les seves obres, que van continuar essent influents al llarg dels segles posteriors (Ferragud, 2020).

el filòsof, l'alquimista, el diplomàtic i el sacerdot. No aporten res realment nou a la història de l'ètica mèdica, els seus escrits continuen presidits per un criteri ètic clarament paternalista (Gracia, p. 84).

Durant l'edat mitjana la pràctica mèdica va estar influenciada per l'ètica cristiana i les concepcions teològiques de l'època. Els metges eren considerats, en certa manera, servidors de Déu, i la seva tasca era vista com una obra caritativa. Per tant, la pràctica mèdica estava estretament lligada a la moral cristiana i als valors ètics de la societat de l'època. Segons Gracia (p. 82) hi hauria tres rols socials de caràcter sacerdotal durant la baixa edat mitjana i el Renaixement: l'espiritual del papa, el temporal del governant i el corporal del metge.

En aquest context, van sorgir diverses obres que abordaven l'ètica mèdica des d'una perspectiva cristiana. Per exemple, el *Regimen Sanitatis Salernitanum* era un tractat sobre higiene i salut escrit al segle XV per Arnau de Vilanova, metge i teòleg català dels segles XIII i XIV, que incloïa un capítol dedicat a l'ètica mèdica. En aquesta obra, es recomanava als metges que actuessin amb paciència, compassió i caritat en la seva pràctica. El *medicus graciosus* de la tradició hipocràtica està moralment obligat a ser la consciència del seu malalt (Gracia, p. 83). Antoni de Florència, humanista florentí dels segles XIV i XV, va escriure:

«Si un home malalt rebutja les medicines que se li donen, el metge pot tractar-lo contra la seva voluntat, de la mateixa manera que un home ha de ser apartat contra la seva voluntat d'una casa que està a punt d'ensorrar-se» (Amundsen, 1978).

A més, partir dels segles XII i XIII la cirurgia comença a agafar prestigi, va ser una època de gran producció de tractats quirúrgics i els cirurgians van començar a aparèixer als tractats d'ètica mèdica, principalment per les seves contribucions als descobriments d'anatomia.

Henri de Mondeville²⁰ després de descriure, en un tractat, les característiques que ha de tenir un cirurgià perfecte –a imatge i semblança del metge— defineix les característiques d'un bon malalt:

«Los enfermos han de obedecer los cirujanos en todo lo que concierne la cura de sus enfermedades, no deben oponer-se a las operaciones o a los concejos del cirujano, porque esto, además, desagrada a los cirujanos y los hace indiferentes, y la operación se vuelve más peligrosa.» (Gracia, p. 85).

Durant els anys de l'edat mitjana i el Renaixement, la figura del metge continua tenint una autoritat no només tècnica i física sinó també moral. Són alhora sacerdots i pares dels seus malalts (Gracia, p. 85). L'ètica mèdica és paternalista i es basa en l'autoritat, que al seu torn es troba legitimada pel carisma, la tradició i l'estatus social que van anar adquirint els metges per tot el que he explicat anteriorment i, principalment, degut a la continuïtat dels preceptes de l'ètica hipocràtica.

²⁰ Cirurgià i anatomista francès dels segles XIII i XIV, sovint considerat un dels pares de la cirurgia.

L'ètica mèdica sacerdotal està dominada pel que avui, en bioètica, s'anomena principi de beneficència (Gracia, p. 250). També hi apareixen el principi de no maleficència i el principi de justícia. Aquests tres principis s'estableixen, encara que de manera indirecta, dins el «codi deontològic» de l'ètica mèdica que fonamentarà la tradició mèdica occidental. Naturalment, no es poden projectar els principis de la bioètica actual a l'ètica mèdica de l'antiga Grècia o l'edat mitjana, però s'hi poden trobar els orígens del que avui s'anomena bioètica.

De fet, els principis de beneficència i no-maleficència de la bioètica actual beuen directament dels preceptes de l'ètica hipocràtica. La beneficència estableix que cal fer el bé i promoure la salut dels pacients; la no maleficència determina que cal evitar danys i no córrer riscos innecessaris és el «*primum non nocere*» del *Jurament*. La relació del principi de justícia no és tan directa perquè depèn principalment del que s'entén per «justícia» en el context històric, social i cultural (Gracia, p. 320). Avui, en bioètica, el principi de justícia fa referència principalment a qüestions de justícia distributiva i formal. A l'antiga Grècia la justícia consistia en l'ajustament de les coses a l'ordre natural.

La bioètica actual compta amb un quart principi, el d'autonomia. Aquest seria l'únic principi que no es troba a l'ètica mèdica sacerdotal. És en aquest sentit que es pot considerar que és una ètica que avui anomenaríem paternalista, principalment perquè la beneficència, definida segons el criteri del metge, n'era el valor principal. L'autonomia del pacient no tenia entitat com a valor. La consideració de la voluntat personal dels pacients era una qüestió secundària que depenia, principalment, de la posició social del pacient. És a dir, es podia tenir en compte la voluntat d'un malalt de classe social alta, però la voluntat dels malalts que no tenien un bon estatus social, dels que no eren ciutadans o dels esclaus²¹, no era tinguda en compte.

La bona praxi de la medicina tradicional se centrava a restaurar la salut i prevenir la malaltia, dos objectius que avui es consideren necessaris però no suficients. Els textos d'ètica mèdica i els tractats mèdics no feien referència a l'autonomia o voluntat dels malalts com a qüestió rellevant que calgués respectar, al contrari, les poques referències que hi ha sobre aquesta qüestió plantegen la intromissió de la voluntat del malalt com un entrebanc o un obstacle per la pràctica mèdica (Gracia, p. 234).

²¹ «Els metges dels esclaus corren d'uns pacients a altres i donen instruccions sense parlar. (...) Aquest metge és un tirà brutal» (Jaeger, 1996, p. 794).

2.2. Del paternalisme a l'autonomia

2.2.1. Orígens filosòfics del concepte d'autonomia personal

En aquesta secció intentaré exposar els principals pressupòsits filosòfics que van fonamentar la construcció del concepte d'autonomia personal i, posteriorment, el principi d'autonomia en bioètica. El concepte modern d'autonomia es va construir, principalment, sobre el deontologisme kantian i el conseqüencialisme utilitarista de Mill. Pels conseqüencialistes, el valor de l'acció està determinat per les seves conseqüències, pels deontologistes, en canvi, els conceptes d'obligació i justícia són independents de les conseqüències; l'acció moral ha d'anar en conformitat amb la llei moral (imparcial i universal). Tal com hem vist, durant segles s'havia intentat fonamentar la moralitat sobre criteris heterònoms, com ara el criteri naturalista. És sobretot l'obra kantiana que marca, dins el món occidental, el pas de l'heteronomia a l'autonomia moral. Per Kant, l'home és persona, precisament, per la seva capacitat de donar-se a si mateix l'imperatiu categòric de la llei moral (Pugh, 2020, p.5).

«Immanuel Kant claimed that in order to be autonomous, an agent must be governed by her noumenal self, that is, the self as it is conceived as a member of the transcendent realm of pure reason, and not the self as a member of the phenomenal realm, in which it is subjected to external causes according to Kant's dualist metaphysics.» (Pugh, p.4)

Segons Kant, la llibertat humana rau en la capacitat de basar l'autogovern en la raó. L'autonomia de la voluntat contrasta amb la voluntat heterònoma dirigida per causes externes, alienes a la raó. L'agent autònom, en termes kantians, és aquell que es pot sobreposar a les possibles influències de desitjos o emocions assumint que, sovint, entren en conflicte amb la raó. Roger Scruton ho resumia de la següent manera:

«Because autonomy is only manifest in obedience to reason, and because reason must guide action always through imperatives, autonomy is described in the *Groundwork of the Metaphysics of Morals* as «that property of the will which is a law unto itself»» (Scruton, 2001, p.81).

Des d'un punt de vista kantian l'agent autònom que actua moralment no actua mogut per desitjos— això seria el paradigma de l'heteronomia moral— perquè els desitjos són forces no racionals i injustificades dins la metafísica kantiana. L'autonomia és un concepte inherentment moral per Kant, la raó demana que els agents actuïn d'acord amb l'Imperatiu Categòric. A més, des de la visió kantiana, els humans, com a agents autònoms, tenen dignitat, un valor objectiu que està per sobre de qualsevol altra caracterització.

Kant creu que les accions o eleccions dels agents autònoms han de tenir contingut moral, és a dir, s'han de basar en la raó, que demana que els agents actuïn en concordança amb màximes morals universalitzables. La concepció kantiana de l'autonomia s'assimilaria, en part, al que avui s'anomena

una concepció substantiva de l'autonomia: «According to substantive accounts of autonomy, an agent is not autonomous unless she chooses in accord with certain values.» (Pugh, p.5)

La filosofia de John Stuart Mill també va tenir una influència important en la definició contemporània del concepte d'autonomia, sobretot en relació amb els seus postulats sobre la llibertat individual. A diferència de la concepció kantiana d'autonomia, que destaca la preeminència de l'ús de la raó, la de Mill destaca la importància llibertat individual. La concepció de l'autonomia que s'ha atribuït a John Stuart Mill es basa en la idea que els individus han de prendre el control dels seus desitjos com a expressió de la seva pròpia naturalesa (Strammers, 2015, p. 158).

Onora O'Neill a l'article *Autonomy: The Emperor's New Clothes* (O'Neill, 2003) planteja que les dues definicions històriques del concepte d'autonomia (la de Kant i la de Mill) són contradictòries, i considera que l'admiració contemporània per l'autonomia personal deu més a John Stuart Mill que a Kant, ja que es centra en els conceptes de llibertat i individualitat.

Mill escriu a *Sobre la Llibertat*:

«Quan la conducta d'una persona només afecta els seus propis interessos o als interessos dels altres si aquests ho volen (...) hi hauria d'haver llibertat absoluta, tant legal com social, per fer el que desitgi i suportar-ne les conseqüències. (...) Tots els errors que pugui cometre [una persona] per no seguir el consell dels altres són preferibles al mal de permetre que restringeixin els seus actes segons allò que creguin correcte.» (Mill, pp. 135-137).

Contràriament a Kant, Mill considera que hi ha un valor significatiu en el fet que l'individu prengui les seves pròpies decisions, encara que aquestes decisions no obeeixin la raó, no siguin les millors per ell des de la perspectiva d'una tercera persona o no siguin preses en funció d'una llei moral. L'autonomia, per Mill, requereix principalment llibertat individual, que pot ser promoguda per desitjos i preferències, mentre per Kant està intrínsecament lligada a la raó i la llei moral.

La llibertat de què parla Mill és, sobretot, la llibertat civil. Una de les tesis principals de l'obra és que només una societat que respecti escrupolosament les llibertats civils pot ser considerada moral. Entenen que en una societat plural, l'acord unànime sobre béns socials o personals probablement és impossible, defineix la llibertat en termes de «convivència». D'acord amb Mill, l'acció lliure (i autònoma) no es troba en l'adherència amb algun deure o principi, com és el cas de Kant, sinó que és senzillament aquella que es duu a terme lliure de control o coacció externa, és el que posteriorment Isaiah Berlin va anomenar «llibertat negativa» (Berlin i Rivero, 2001). La presa de decisions personals i conscients és un aspecte central de l'ésser humà perquè protegeix un interès permanent: el progrés dels individus i les societats. La llibertat de Mill és teleològica, no és un bé moral en si mateix, sinó un bé polític necessari a les societats per assolir un major benestar.

Beauchamp i Childress, autors de l'obra *Principles of Biomedical Ethics*—principal text de referència de la bioètica actual— defineixen l'autonomia de la següent manera: «Self-rule that is free from both controlling interference by others and limitations that prevent meaningful choice, such as inadequate understanding» (1994, p.101).

Afegeixen que el principi està subjecte a les següents excepcions: «choices [that] 1) endanger public health, 2) potentially harm innocent others, 3) or require a scarce and unfunded resource».

Tal com diu O'Neill (2003), aquesta definició s'acosta més a la noció de llibertat de Mill que a l'autonomia kantiana. Les tres condicions són casos de danys a tercers, especialment les dues primeres. La llibertat negativa, la valoració de les conseqüències i la consideració dels desitjos i volicions del subjecte també serien trets del concepte d'autonomia que procedirien del liberalisme utilitarista de Mill i del seu postulat sobre la llibertat individual.

També hi ha, però, un rerefons kantianista que fa referència a la convicció moral o a l'imperatiu segons el qual ser home significa gaudir d'autonomia i de la capacitat d'autorealització que habitualment s'anomena «dignitat». L'autonomia de la bioètica actual no és autonomia en el sentit kantianista, autonomia formal o canònica, però sí que té una vessant deontològica. La racionalitat, la dignitat, la voluntat i la conceptualització de les persones com a fins en si mateixes serien trets del concepte d'autonomia que podríem considerar d'influència kantiana. Així, el concepte d'autonomia kantianista i la noció de llibertat individual de Mill són els fonaments filosòfics que van permetre la construcció de la noció contemporània d'autonomia personal i, conseqüentment, del principi d'autonomia en bioètica, que tractaré més endavant.

El context polític de desenvolupament del concepte d'autonomia, en termes generals, inclou la tradició contractualista i el liberalisme. L'economia liberal parteix del principi que la llibertat econòmica de cadascú produeix el màxim benefici per tots. Aquest liberalisme econòmic necessita, per expressar-se, un tipus particular d'institució política: el liberal, democràtic i parlamentari, i s'expressa en una cultura i una ètica, l'ètica liberal. Aquesta ètica és el resultat del desenvolupament del dret a la llibertat de consciència i, per tant, situa en primer pla l'autonomia personal (Gracia, p. 145). Si l'ètica antiga era bàsicament beneficentista, l'ètica liberal contemporània serà principalment autonomista, perquè concebrà els individus com a subjectes autònoms. A l'apartat anterior s'ha vist que la medicina occidental, legitimada pel carisma i la tradició de la *professió*, va perpetuar, seguint l'ètica hipocràtica, una relació metge-pacient de caràcter beneficentista i paternalista. Aquest enfocament va permetre, durant segles, una certa continuïtat de la «medicina sacerdotal» en l'ètica mèdica.

Gracia (p.144) seguint la teoria de la dominació de Weber, exposa que a la dominació tradicional i carismàtica a la medicina occidental s'hi va afegir la dominació legal-racional. Aquest tipus de dominació es basa en dos principis: 1) la legitimitat de les lleis establertes i 2) el dret de comandament dels qui les lleis atorguen autoritat. El poder es manté a través de la burocràcia i les institucions

establertes, l'obediència s'impersonalitza de manera que hom obeeix més les lleis (ordre impersonal) que a les persones.

La comunitat mèdica, que ja s'havia constituït com a col·lectiu tancat i privilegiat, durant l'edat contemporània adquireix un caràcter d'institució de caire monopolista. Igual que els estats moderns o l'Església, la medicina com a institució ha tendit sempre a ser un monopoli legal —és la mateixa medicina que determina què és la medicina— i d'exercici —controla la pràctica considerada ortodoxa i persegueix tota mena d'intrusisme. Sembla plausible, doncs, que la medicina seguís els passos dels estats moderns i s'anés constituint com a sistema de dominació legal, de manera que el privilegi social i jurídic dels metges perdurava (Gracia, pp. 140-144). En una societat liberal, amb l'autonomia individual com a valor fonamental, semblaria que el paternalisme de tradició hipocràtica s'hauria de veure com una manca de respecte fonamental cap a l'autonomia individual, però a causa de les característiques de la medicina com a institució tancada i privilegiada, l'autonomia, com a valor fonamental en ètica mèdica, no arribarà fins a la segona meitat del segle XX.

Principalment, doncs, es pot dir que la fonamentació filosòfica del principi d'autonomia veu, per una banda, del concepte de llibertat individual de Mill i, per l'altra, de l'autonomia kantiana. La concepció contemporània de l'autonomia, de la qual parlaré més endavant, implica tant la capacitat de raonament autònom com la capacitat de prendre decisions basades en els propis desitjos i preferències, on és necessari tenir en compte tant certs valors morals universals com les preferències i eleccions particulars dels pacients. Tot i així aquesta autonomia contemporània s'assimila més a la llibertat individual que a l'autonomia moral kantiana. Tant l'autonomia moral com la llibertat individual es van desenvolupar, principalment, en el context del liberalisme polític, regit per l'ètica liberal, una ètica que ja no es basa només en la beneficència sinó també en el respecte a l'autonomia dels individus. Tanmateix, l'autonomia no hauria esdevingut un valor fonamental dins l'ètica mèdica i la medicina fins al segle XX pel caràcter críptic, monopolista i privilegiat de la medicina com a institució.

2.2.2. El sorgiment de la bioètica i la irrupció de l'autonomia a l'ètica mèdica

Durant els segles XVIII, XIX i XX la medicina es va anar sofisticant gràcies als avenços científics i tecnològics, però alhora es va anar deshumanitzant degut al triomf de la visió cartesiana i mecanicista del cos²² i el positivisme científic. Els pacients tenien tendència a ser vistos com a objectes d'estudi o com a casos clínics, però no com a persones amb valors, emocions, preferències, etc., no com a subjectes autònoms. Paul Ramsey a la seva obra *The patient as person: explorations in medical ethics* (Ramsey, 1970) va denunciar que els avenços tecnològics i una educació massa científicista i poc humanista s'havien interposat en la relació humana entre els professionals sanitaris i els pacients.

Tot i que, com he dit, la filosofia d'autors com Kant i Mill van fer possible un marc conceptual per l'aparició de la noció d'autonomia personal, aquest concepte no es va introduir pròpiament a l'ètica mèdica fins a la segona meitat del segle XX. Els metges han tingut sempre una gran sensibilitat pel principi de beneficència, fins al punt que, com anem veient, la seva activitat ha estat indissolublement unida a la història d'aquest principi. L'autonomia, per contra, els ha estat un principi molt aliè i, en canvi, ha tingut un paper fonamental en una altra tradició, la jurídica. Segons bona part dels metges dels segles XIX i XX, el primer tret d'incompetència d'un pacient venia donat pel seu rebuig a un tractament que els metges consideraven eficaç (Gracia, p.160).

Va ser al segle XIX en els països de tradició anglosaxona, països en els quals el liberalisme, tant polític com econòmic, va calar de manera més primerenca, on els pacients van començar a demandar alguns metges per danys importants derivats de l'assistència mèdica, per coacció i per negligència. Aquests danys incloïen males praxis de tota mena: intervencions mèdiques sense coneixement o consentiment dels pacients, ocultament d'informació indispensable pels pacients en referència al seu estat de salut, deshumanització, intervencions quirúrgiques injustificades, etc.²³(Baker, 1999). També a principis del segle XX es van produir aberracions mèdiques de tot tipus com ara proves experimentals²⁴ a gran escala

²² Durant el segle XX, però, també van començar a aparèixer propostes alternatives que començaven a desmitificar la concepció cartesiana de la relació cos-ment. Per exemple, des de la fenomenologia plantejaven noves maneres d'entendre el cos; un cas paradigmàtic seria l'obra de Merleau-Ponty. Les nocions de dignitat i responsabilitat que subjauen en el concepte contemporani d'autonomia personal postulen, indirectament, el principi «cos-persona»: el cos no és només un objecte material, físic i biològic, sinó un «cos viscut», una forma d'inserció del subjecte en el món. Aquesta nova concepció del cos probablement va contribuir a tractar els pacients com a subjectes, com a persones amb dimensió emocional, valors, etc. i no com a mers objectes d'estudi.

²³ Alguns exemples són: Cas Slater v. Baker and Stapleton (1767), Carpenter v. Blake (1871), Pratt v. Davis (1906), Rolater v. Strain (1913), Schloendorff v. Society of New York Hospital (1914), Hunter v. Burroughs (1918), Canterbury v. Spencer (1972), Cobbs v. Grantt (1972), Wilkinson v. Vesey (1972) (Gracia, pp. 160-171). Tots són casos d'operacions quirúrgiques i tractaments mèdics forçats o sense consentiment del pacient, alguns dels quals van acabar amb greus seqüeles o amb la mort del pacient.

²⁴ Per exemple, Experiment de Tuskegee (1932-1972) experiment clínic realitzat als Estats Units on centenars d'homes afroamericans amb sífilis van ser enganyats rebent vacunes placebo en lloc de medicament. L'objectiu dels experimentadors i els metges era observar el curs natural de la malaltia.

sense consentiment ni coneixement dels subjectes participants o esterilitzacions massives no consentides i no informades²⁵.

A causa de tots aquests casos va aparèixer el consentiment informat al món anglosaxó, el dret dels pacients a ser informats i a rebutjar o acceptar, autònomament, els tractaments mèdics. L'autonomia era un principi aliè a la tradició mèdica que va arribar a la medicina des de l'ètica jurídica, per via judicial, a través del consentiment informat i el codi de drets dels pacients (AHA, 1973) on, per primera vegada, en un document important d'ètica mèdica s'obligava el metge a incorporar el pacient a la presa de decisions (Gracia, p. 177). Això explica que l'entrada en escena del principi d'autonomia del pacient comportés—i encara avui comporti— conflictes i dificultats pels professionals sanitaris, instruits per una tradició aliena a aquest principi. Pel que fa als països europeus de tradició continental, on la jurisprudència judicial²⁶ no té un paper tan influent com al món anglosaxó, l'autonomia del pacient es comença a tenir en compte, principalment, a conseqüència dels canvis que s'estan produint al món anglosaxó (Gracia, pp. 154-156).

Sovint s'associa el principi d'autonomia amb el consentiment informat, però el consentiment informat no és el nucli del principi d'autonomia sinó que n'és una conseqüència. És coherent que fos així, ja que la qüestió central de l'ètica pròpia de la tradició jurídica moderna ha estat la defensa de l'autonomia i dels drets bàsics de l'individu, de la mateixa manera que el principi ètic de la tradició mèdica ha estat la beneficència (Gracia, p. 178). Tot i que els drets dels pacients a ser informats i a rebutjar el tractament van venir sobretot imposats des dels tribunals, per arribar als tribunals la noció d'autonomia ja s'havia hagut d'anar introduint dins els corrents de pensament moderns.

Degut a la presa de consciència col·lectiva de la deshumanització de la medicina i la desprotecció dels pacients, juntament amb la fi de la Segona Guerra Mundial i el sorgiment de la bioètica²⁷, al llarg de la segona meitat del segle XX van aparèixer tractats i manifestos d'organitzacions, tant nacionals com internacionals que defensaven una reorientació moral i una regulació ètica i legal de la medicina.

Va ser després del judici de Nuremberg (1948) que va aparèixer el primer codi ètic d'investigació mèdica i es van condemnar una desena de metges pels experiments aberrants que s'havien perpetuat als camps de concentració nazis. Va aparèixer el consentiment informat aplicat a la recerca mèdica, segons el qual cap persona podria ser objecte d'investigació sense tenir la informació prèvia adequada i haver consentit a participar-hi. El mateix any apareix la *Declaració Universal dels Drets Humans*, que dona força i validesa a la noció d'autonomia personal. També l'any 1948 l'Associació Mèdica Mundial

²⁵ Per exemple, cas Carrie Buck (1927). També a Suècia, des de 1935 a 1937 hi va haver més de 230.000 esterilitzacions basades en teories eugenèsiques.

²⁶ En el dret continental europeu la funció judicial es redueix a l'aplicació i interpretació de les lleis (Gracia, p. 179).

²⁷ La bioètica no apareix com a disciplina acadèmica a universitats, hospitals i centres de recerca fins als anys setanta del segle XX. El neologisme bioètica l'encunya un oncòleg nord-americà, Renseelaer V. Potter, pel qual la bioètica no fa referència només a la vida humana sinó a una idea de bios més general. La definició del terme bioètica més exitosa, però, va ser la d'André Hellegers, metge catòlic d'origen holandès, contemporani de Potter, que defineix la bioètica com a ciència dels problemes ètics relacionats amb la pràctica biomèdica.

va signar una versió modernitzada i revisada del *Jurament* hipocràtic, coneguda com a *Declaració de Ginebra* (1948). Posteriorment, la mateixa associació n'ha fet sis versions més (1968, 1983, 1994, 2005, 2006, 2017) per tal d'anar-hi introduint les consideracions ètiques, especialment referents a la consideració del principi d'autonomia, que s'anaven plantejant des de la bioètica (Baker, 1999).

El text *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects Research*, més conegut com a *Informe Belmont* (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979) va ser emès pel Departament de Salut dels Estats Units i va servir com a referent en el posterior desenvolupament de l'ètica mèdica centrada en l'autonomia del pacient. S'hi distingeixen tres principis ètics bàsics: beneficència, justícia i respecte per les persones. Es va conceptualitzar el respecte per l'autonomia sota la noció de respecte per les persones: el primer requisit pel respecte a les persones és que han de ser tractades com a agents autònoms.

L'ètica mèdica del segle XX busca nous principis que evitin, principalment, el paternalisme. Aquest projecte va assolir el seu apogeu l'any 1979, quan el filòsof Tom Beauchamp i el filòsof i teòleg James Childress van publicar *Principles of Biomedical Ethics* (1994), un treball que identificava l'autonomia personal com una noció clau en ètica mèdica. Van proposar quatre principis bàsics per tractar els problemes d'ètica biomèdica: autonomia, beneficència, no-maleficència i justícia.

També és important citar l'*Informe Hastings*, un document titulat *The goals of medicina: setting new priorities*, publicat l'any 1996 pel Centre Hastings de bioètica i signat per representants de 14 països diferents. Amb aquest manifest es pretenia posar punt final a les males praxis mèdiques del segle XX i retractar la medicina dels abusos i aberracions que s'havien comès en nom dels avenços de la ciència i establir uns límits, basats en la bioètica, per les pràctiques i els avenços del futur. També es desmitifica la concepció tradicional de la figura del metge i de la medicina en general per fer-la una pràctica i una ciència més humana. El tòpic principal del text és el tractament de les persones sempre com a fins en si mateixos, com a éssers iguals i autònoms i el respecte de la pluralitat. La novetat principal d'aquest manifest, a part de situar l'autonomia personal al centre de l'ètica mèdica —seguint el camí que ja s'havia obert amb l'*Informe Belmont* i l'obra de Beauchamp i Childress— és l'èmfasi que es posa en la prevenció de les malalties, l'acompanyament, la cura, la pal·liació del dolor i el patiment i l'advertència contra la tendència de prolongar la vida a qualsevol cost.

Amb tot, a finals del segle XX els metges comencen a perdre la impunitat i es comença a trencar la dinàmica paternalista que havia regentat la relació metge-pacient des de l'antiga Grècia, posant la voluntat autònoma del pacient al centre de la pràctica mèdica. Tot i això, deixar pas a l'autonomia del pacient i renunciar al paternalisme no és fàcil per la majoria de metges degut al pes de la tradició i el rol social privilegiat que havien tingut fins llavors.

La introducció de l'autonomia a l'ètica mèdica i a la relació metge-pacient és un dels canvis més importants que ha patit aquesta tradició. El que l'autonomia ha introduït al món sanitari és una nova

manera de prendre decisions i, per tant, una nova manera de definir què és la salut i la malaltia, un nou criteri per definir què és una necessitat sanitària: el criteri del pacient autònom. El pacient ha adquirit el dret d'obtenir tota la informació que necessita els professionals sanitaris per decidir què vol i què no vol en funció dels seus valors, creences, necessitats i desitjos. La tradició hipocràtica havia expressat sempre la moral mèdica en forma d'obligacions o virtuts. Ara incorporarà un llenguatge nou, el dels drets humans i drets dels pacients, molt més propi d'una ètica basada en el principi d'autonomia (Gracia, p. 177).

3. El principi d'autonomia en bioètica

En aquest apartat primerament faré una breu presentació del concepte d'autonomia en termes generals i després exposaré el principisme de Beauchamp i Childress i la definició que fan del principi d'autonomia, que és la que s'usa habitualment en bioètica. No pretenc exposar ni contrastar versions d'autonomia proposades des de diferents postures filosòfiques, sinó presentar la concepció de l'autonomia predominant en la bioètica.

Pel que fa a la noció general d'autonomia, d'entrada cal fer una distinció bàsica entre dos dels usos principals del terme. Per una banda, «l'autonomia moral» fa referència a la capacitat d'imposar-se la llei moral un mateix i, seguint Kant, seria un principi fonamental organitzador de tota moralitat (Hill, 1992). Per altra banda, el que s'anomena «autonomia personal o individual» s'entén com un tret que els individus poden exhibir relatiu a qualsevol aspecte de la seva vida, no limitat a qüestions d'obligació moral (Dworkin 1988, pp. 34). Aquesta autonomia personal apel·la a la independència i l'autenticitat dels desitjos, valors, emocions, etc. que mouen una persona a actuar. Gerald Dworkin exposa que la majoria de teòrics de l'autonomia coincideixen en determinar que l'autonomia és una propietat dels agents o subjectes. Tot i així, veurem que des de la bioètica sovint s'aborda la qüestió de l'autonomia com a propietat de les eleccions, desitjos i preferències dels agents, i no com a propietat dels agents (Pugh, p.4).

Beauchamp i Childress també consideren que l'autonomia personal, en termes generals, es pot entendre de la següent manera: «personal rule of the self that is free from both controlling interferences by others and from personal limitations that prevent meaningful choice, such as inadequate understanding.» (Beauchamp i Childress, 1994, p. 121). Exposen que l'individu autònom actua lliurement d'acord amb el seu pla triat, de manera anàloga a com un govern independent gestiona els seus territoris i estableix les seves polítiques. Una persona mancada d'autonomia, per contrast, està controlada pels altres (almenys en alguns aspectes) o bé és incapaç de deliberar o actuar segons els seus propis desitjos i plans (Beauchamp i Childress, 1994, p. 121). També consideren que les teories de l'autonomia solen estar d'acord en dues condicions essencials per l'autonomia: 1) llibertat (independència d'influències controladores) i 2) agència (capacitat per l'acció intencional). Tanmateix, hi ha desacords respecte a les definicions d'aquestes condicions i respecte a la necessitat, o no, d'afegir-hi altres condicions (p.121).

Per parlar d'autonomia en bioètica cal tenir en compte la definició de les condicions d'autonomia i els principis proposats per Beauchamp i Childress, que s'han establert com a definicions de referència en bioètica. El principisme és un corrent de pensament que estableix que hi ha quatre principis fonamentals

o *prima facie*²⁸: 1) respecte a l'autonomia, 2) no maleficència, 3) beneficència i 4) justícia, que han d'orientar moralment la presa de decisions en situacions—principalment mèdiques— concretes. Aquests quatre principis no conformen una teoria moral sinó un esquema que permet seleccionar, davant d'una situació concreta, els elements més pertinents per trobar un criteri per resoldre un conflicte ètic. El principi de no maleficència determina que no es pot fer mal intencionadament, el principi de beneficència és l'obligació moral d'actuar en benefici dels altres (els pacients). El principi de justícia inclou la justícia formal—les persones en igualtat de drets han de ser tractades amb igualtat—i la justícia distributiva—distribució equitativa dels drets i responsabilitats o càrregues de la societat. El principi d'autonomia l'explicaré més endavant.

Aquests principis deriven, segons Beauchamp i Childress, de judicis preponderats de la moral comuna i de la tradició mèdica hipocràtica (Mir i Busquets, 2012, p.4). No hi ha una jerarquia establerta entre principis, l'obligació real de la persona davant d'una situació concreta ve determinada per la ponderació entre diferents obligacions *prima facie* que entren en conflicte. En casos concrets, en l'especificació, on els principis adquireixen contingut, és necessari fer-ne una ponderació, és a dir, determinar quin principi, regla, dret o deure té més pes en una situació concreta. Per fonamentar la seva teoria ètica fan servir el coherentisme, l'equilibri reflexiu proposat per John Rawls, com a instrument que busca millorar la coherència de les conviccions morals i aconseguir una millor coherència interna del sistema moral a través de la racionalització i el reajustament constant de la teoria (Mir i Busquets, p. 5).

Fonamenten el contingut moral del seu sistema a partir de la teoria de la «moral comuna», que obté les seves premisses bàsiques directament de la moralitat compartida per tots els membres de la societat i que inclou principis com ara el respecte a les persones, tenir en compte el seu benestar, tractar-les justament, etc²⁹. Sovint s'ha criticat el principisme de Beauchamp i Childress per no tenir una ètica teòrica de base, però de les diferents teories ètiques que descriuen a la seva obra (utilitarisme, kantisme, teoria dels drets i comunitarisme) exposen que cap els sembla prou convincent per intentar resoldre els problemes d'ètica en biomedicina (Mir i Busquets, p. 6).

Beauchamp i Childress fan servir el concepte d'autonomia principalment per examinar la presa de decisions en l'assistència sanitària (consentiment informat, rebuig informat, veracitat i confidencialitat). L'interès per la presa de decisions en el context mèdic fa que es focalitzin en l'anàlisi de l'elecció autònoma i no en l'anàlisi de l'agent autònom, perquè consideren que persones amb capacitat

²⁸ Segueixen la distinció del filòsof W.D Ross entre deures *prima facie* i deures reals. Una obligació *prima facie* s'ha de complir—sempre compromet— excepte si, en una situació particular, entre en conflicte amb una obligació moral concurrent d'igual o major valor (Beauchamp i Childress, 1994. p. 15).

²⁹ Consideren que, tot i que hi pot haver més d'una teoria sobre la moral comuna, totes tenen tres característiques comunes: 1) Es recolzen en creences morals habituals compartides i no apel·len a la raó pura, a la llei natural o a un sentit moral especial; 2) totes sostenen que cal desconfiar d'una teoria ètica que no és compatible amb els judicis morals considerats de sentit o pre-teòrics; 3) Totes les teories sobre la moral comuna són pluralistes; dos o més principis no absoluts (*prima facie*) formen el nivell general de declaració normativa, com és el cas dels quatre principis de la bioètica (Mir i Busquets, p. 6).

d'autogovern—autònomes— poden fallar a l'hora de governar-se en les seves eleccions degut a constreyniments temporals, com ara per malaltia, per ignorància, per coerció o per condicions que restringeixin les seves opcions (Beauchamp i Childress, 1994, p. 122). De la mateixa manera, alguns pacients que són considerats legalment incompetents—no autònoms— poden fer eleccions concretes considerades autònomes, com per exemple triar un tipus de menjar o un altre en funció de les seves preferències o rebutjar medicació.

Consideren que una acció és autònoma si es fa:

- 1) Intencionalment. Consideren que la intencionalitat no pot ser gradual, una acció és intencional o no ho és.
- 2) Amb comprensió. Per tal que es pugui dir que una elecció o acció és autònoma, l'agent l'ha d'haver comprès, ha d'entendre què està triant o fent, per exemple, si accepta un tractament mèdic, cal que compregui, mínimament, en què consisteix això que està acceptant. Accepten que les accions poden ser autònomes per graus, hi ha un contínuum que va des de la total a la nul·la comprensió. Perquè una acció es consideri autònoma cal una comprensió de les dades rellevants de l'elecció, però no sempre és necessari que l'agent en tingui una comprensió total.
- 3) Amb absència de control extern³⁰. També consideren que és gradual, pot anar de la influència a la manipulació o la coerció. Depenent del grau caldrà considerar si l'acció ha estat autònoma o no.

Perquè una acció sigui autònoma només s'hauria de requerir un grau substancial de comprensió i absència de control extern, no seria necessària una comprensió total o una absència total d'influència externa. Consideren que no es pot descriure una presa de decisions adequada per part dels pacients en termes d'un ideal de presa de decisions totalment autònoma, ja que a la pràctica les accions de les persones difícilment són plenament autònomes (1994, p. 123).

Els llindars de la substancialitat de les decisions autònomes es poden fixar acuradament a la llum d'objectius específics, com ara la presa de decisions:

«Substantial autonomy is achievable in decisions about participation in research and acceptance of proposed medical interventions, no less and no more than substantially autonomous choice is present elsewhere in life. Accordingly, appropriate criteria of substantial autonomy are best addressed in a particular context, rather than pinpointed through a general theory of a substantial amount.» (Beauchamp i Childress, 1994, p. 123)

³⁰ El control extern es podria confondre amb la intencionalitat en tant que es pot considerar no intencional una acció dirigida des de fora. Beauchamp i Childress, però, defensen que encara que una persona que estigui compel·lida a executar una acció cal considerar que actua intencionalment quan la duu a terme.

A més, el principi de respecte a l'autonomia incorpora dos tipus d'obligacions: 1) l'obligació «negativa» de no restringir les accions o decisions autònomes dels agents, i 2) l'obligació «positiva» de facilitar als agents l'habilitat de prendre decisions autònomes. Formulen el principi d'autonomia, en la forma negativa, de la següent manera:

«Autonomous actions should not be subjected to controlling constraints by others³¹.» (Beauchamp i Childress, 1994, p. 126).

El principi de respecte per l'autonomia només té una posició *prima facie* i pot ser anul·lat per consideracions morals contraposades, normalment per danys a tercers, com per exemple si les nostres eleccions posen en perill la salut pública, si poden perjudicar a altres persones o si requereixen un recurs molt escàs pel qual no hi ha fons. Aquests serien exemples de casos en què terceres persones podrien, justificadament, restringir l'exercici d'autonomia d'un individu. La justificació per aquesta restricció, però, s'ha de basar en principis morals rellevants per la situació i preponderants. Exposen que aquest principi ha de ser vist «as establishing a stalwart right of authority to control one's personal destiny, but not as the only source of moral obligations and rights.» (Beauchamp i Childress, p. 126).

Aquest tipus d'autonomia d'obligació negativa és semblant a la idea de llibertat civil de Mill, està definida per la no interferència dels altres en les accions dels agents. És una idea d'autonomia de caràcter individualista que posa l'accent en la llibertat de l'agent de fer la seva voluntat, i la *màxima* que ha de possibilitar l'acompliment d'aquest fi és la no interferència dels altres.

El principi, però, també té una vessant d'obligació positiva que consisteix en l'esforç actiu del metge per promoure l'autonomia del pacient. Aquesta promoció de l'autonomia per part del metge consisteix a fomentar una presa de decisions adequada, no ocultar informació al pacient, ajudar-lo a l'hora de prendre decisions importants si ho demana o assegurar-se que hi hagi una correcta comprensió de les explicacions, tractaments, conseqüències, etc. de les intervencions mèdiques (p.131).

El principi d'autonomia definit per Beauchamp i Childress és el que s'ha inserit, al llarg del segle XXI, a l'ètica mèdica. Al món de la medicina i en la relació metge-pacient s'ha tingut en compte, sobretot la concepció de l'autonomia d'obligació negativa, de no interferència, que posa l'accent en la llibertat individual del pacient i evita les pràctiques i tendències paternalistes. Una de les principals crítiques que s'ha fet a l'obra de Beauchamp i Childress és la de la preeminència del principi d'autonomia. Afirmen que el respecte per l'autonomia és un principi més entre els que constitueixen l'ètica biomèdica i que no té primacia per sobre els altres, però sembla que el principi d'autonomia ocupa un lloc preeminent al paradigma principista (Mir i Busquets, 2012, p.4), especialment en un context liberal on,

³¹ Exposen que el principi no s'ha de fer servir per persones que no es poden considerar autònomes, com ara nens, persones amb trastorns mentals severos o persones amb drogodependència (p. 130).

a la pràctica, quan els diferents principis entren en conflicte i s'han de ponderar, es dona prioritat a l'exercici de la llibertat individual.

Diego Gracia exposa que definida en termes individualistes, l'autonomia posa tot el pes moral en l'habilitat individual de governar-se un mateix i només té en compte la dimensió individual de les persones, obviant el seu rol social, el seu entorn i les seves relacions. En aquest sentit, el principi d'autonomia seria producte de l'humanisme modern i del posterior liberalisme, amb la llibertat individual com a valor primordial i inviolable (Gracia, p. 187).

La introducció del respecte a l'autonomia del pacient com a valor dins l'ètica mèdica ha aconseguit reduir el paternalisme que havia regit durant segles la relació metge-pacient, ha possibilitat el sorgiment de conceptes i pràctiques reguladores com el consentiment informat, el rebuig al tractament, la confidencialitat o les voluntats anticipades, i ha atorgat més veu als pacients a l'hora de definir què és una necessitat sanitària i, per tant, què és la salut i la malaltia i com cal viure-les. Però també ha suposat el sorgiment de noves problemàtiques o, almenys, de nous escenaris que caldria tenir en compte des de la bioètica.

4. Problemàtiques del principi d'autonomia individual

El principi de no-maleficència i el de beneficència encara regeixen les intervencions bàsiques dels professionals sanitaris, que han de buscar sempre no causar cap dany als pacients i buscar el màxim benefici per la seva salut. El principi d'autonomia, però, ha anat adquirint cada cop més protagonisme i rellevància, de manera que sovint passa per sobre el principi de beneficència en favor de la voluntat del pacient. Un exemple bàsic i no controvertit de la preeminència del principi d'autonomia en detriment del de beneficència és el dret que tenen els pacients de rebuig al tractament, segons el qual tots els pacients tenen dret a rebutjar el tractament encara que això vagi contra la seva salut i encara que el metge, pel principi de beneficència, recomani el tractament.

Però el principi d'autonomia, segons han plantejat alguns autors (Gómez-Vírseda *et al.*, 2019) pot utilitzar-se de manera «individualista», la qual cosa comporta diverses problemàtiques que es deuen a la visió limitada de l'individu amb què opera aquesta concepció, que pren l'individu deslligat del seu context —social, cultural, relacional o econòmic. Més endavant detallaré les crítiques que rep la concepció individualista de l'autonomia. Tot i que l'autonomia del pacient es pot regular amb els principis de beneficència, no-maleficència i justícia, tenint en compte la preeminència actual del principi d'autonomia, diversos autors proposen que la solució demana redefinir el concepte d'autonomia en termes menys individualistes.

Una de les qüestions que aborda un xoc més fort del principi d'autonomia amb els principis de beneficència i no-maleficència és el debat de l'eutanàsia i el suïcidi mèdicament assistit. La despenalització de l'eutanàsia, a qualsevol dels països on actualment és legal, es fa principalment apel·lant a l'autonomia personal. El respecte a l'autonomia ha de garantir que les persones puguin decidir sobre la pròpia vida i la pròpia mort, sobre com volen, o no volen, viure i morir.

Els criteris de regulació d'aquestes pràctiques depenen de la legislació de cada país, però tots tenen en comú que determinen que la persona sol·licitant ha d'estar sota unes condicions determinades— com ara tenir una malaltia incurable, dolor insofrible, patiment incapacitant o cert grau de dependència, entre d'altres— per tal que una petició d'eutanàsia sigui concedida. Aquestes condicions o requisits varien en funció de la legislació de cada país, poden ser més estrictes o més laxes. En aquest punt, encara que l'autonomia quedi limitada, sigui per requeriments legals o pels altres principis de la bioètica, la concepció de l'autonomia personal que tinguin els professionals sanitaris, els pacients i la societat en general és rellevant perquè, com he dit més amunt, els principis de la bioètica són *prima facie*. El predomini d'una idea massa individualista de l'autonomia dins les pràctiques de mort assistida pot comportar l'aparició de certes problemàtiques i situacions controvertides.

Pensem, per exemple, en el següent cas reportat al Canadà: un noi de vint-i-tres anys que sol·licita l'eutanàsia al seu metge sense que els seus familiars n'estiguin al corrent. El noi pateix depressió, diabetis i no s'hi veu d'un ull. El metge l'hi concedeix. La mare del noi, però, se n'assabenta abans que se li apliqui l'eutanàsia i interposa una demanda al metge, que finalment es fa enrere (Subramanya, 2022).

Aquest seria un cas controvertit en el debat de l'eutanàsia, sembla un escenari poc raonable, dominat per una visió individualista del principi d'autonomia on el metge fa prevaldre la voluntat d'un pacient molt jove amb patiment psicològic sense contemplar ni contactar l'entorn de persones properes al noi, el seu context relacional. El que pretenc assenyalar amb l'exposició d'aquest cas no és el debat sobre la concessió d'eutanàsia per a persones amb trastorns mentals sinó el risc de la hiperindividualització de la presa de decisions en situacions sanitàries controvertides en nom del respecte a l'autonomia personal.

Un altre tipus de cas controvertit serien les peticions d'eutanàsia de persones sense llar o en situació greu de pobresa i/o exclusió social. S'ha considerat que hi pot haver situacions en què les persones afectades podrien complir els requisits necessaris perquè se'ls concedís l'eutanàsia, però on el motiu principal de la petició no seria la malaltia en si sinó la situació de pobresa o la dificultat d'excés a recursos per tractar la malaltia i millorar les condicions de vida. En casos com aquests podria ser que no s'identifiqués que la sol·licitud de la persona està motivada per la seva situació socioeconòmica i no només per la seva situació de salut (Schüklenk et al., 2011, p. 65).

Aquest tipus de casuística no és habitual ni es pot donar a tots els països gràcies a les restriccions legals, però són situacions que es podrien acabar generalitzant si el principi d'autonomia de caràcter individualista s'absolutitzés, i sembla que l'escenari no seria menys problemàtic que el del paternalisme beneficentista.

Adoptant una posició catastrofista es podria pensar l'evolució i la preeminència del principi d'autonomia en ètica mèdica com una qüestió que necessàriament acabarà deshumanitzant les relacions metge-pacient i mercantilitzant la medicina, de manera que l'únic que importi sigui la voluntat del pacient, sigui quin sigui el contingut d'aquesta voluntat, fins i tot si passa per sobre de certes consideracions morals bàsiques.

Però posar l'autonomia del pacient al centre de l'ètica mèdica i eliminar el paternalisme no necessàriament ha de voler dir que la medicina es converteixi en un servei mercantil constituït per relacions merament contractualistes. Pensar i aplicar l'autonomia en ètica mèdica des de, per exemple, l'ètica de la cura, no és el mateix que pensar-la des d'una perspectiva neoliberal. En aquest sentit, durant les últimes dècades, sobretot des de l'ètica de la cura i altres perspectives feministes, s'ha proposat el concepte d'autonomia relacional, un enfocament no individualista de l'autonomia per tal d'adequar-la a les dimensions relacionals i contextuals de les persones.

Segons la literatura disponible, la major part de les crítiques contra una concepció considerada massa individualista de l'autonomia— i sobre les quals es construeixen les propostes relacionals— es basen en cinc factors principals (Gómez-Vírseda *et al.*, 2019):

1. Conceptualització equivocada o limitada del «jo» individual: alguns autors (Walter i Ros, 2014) que advoquen per una aproximació relacional de l'autonomia, argumenten contra la interpretació individualista de l'autonomia com un error en la concepció del «jo» individual. Per exemple, la interpretació individualista promou idees segons les quals l'agent autònom és un ésser atomístic, sobirà i unificat, amb creences i valors individuals fermes i interessat en les seves eleccions estratègiques. Diversos autors consideren que aquesta imatge liberal del «jo» és massa abstracta i idealista (Gómez-Vírseda *et al.*, 2019) no té en compte que la identitat, els desitjos, les creences i els valors dels subjectes depenen, en gran part, del seu context cultural, social o relacional, i que els individus prenen decisions i viuen en funció d'aquests contextos i no només d'una suposada individualitat «pura»; el subjecte no pot actuar deslligat de tot allò que el constitueix com a subjecte.

Per altra banda, la presa de decisions sovint és caracteritzada sota el fals pressupòsit de la racionalitat. Alguns autors (Meyers 2004, p. 37) han assenyalat que aquesta visió individualista de l'autonomia sol demanar una reflexió crítica a l'individu que sovint s'associa amb l'estimació racional dels propis desitjos, amb la coherència interna d'aquests desitjos i/o la seva relació amb creences fiables, entre d'altres. El problema és que demanant una connexió massa estreta entre l'autonomia i les avaluacions racionals sovint s'híper-racionalitza l'individu autònom, de manera que no s'ajusta a la realitat, ja que la construcció de valors, desitjos i trets personals també es basa en respostes emocionals i afectives dels individus, i estan relacionats amb la cura, el compromís i les relacions amb els altres. Per raons paral·leles altres autors han fet notar que concentrar-se només en els desitjos com a punt focal de l'autonomia és insuficient (Double, 1992, p.66).

2. Descripció inadequada de la presa de decisions: d'acord amb certs autors, el debat sobre la presa de decisions tendeix a considerar pacients genèrics en circumstàncies ideals. Tanmateix, les situacions de final de vida o la presa de decisions en el context de malalties greus són circumstàncies físicament i emocionalment molt demandants que poden afectar l'habilitat de fer tries (Gómez-Vírseda *et al.*, 2019). Sovint s'ha tractat aquest problema com una qüestió de tot o res. D'aquesta manera, si el pacient es declara lliure, competent i autèntic, l'equip d'assistència sanitària s'ha de cenyir a seguir les decisions del pacient. Però si el pacient no compleix alguna d'aquestes tres condicions, llavors una tercera persona ha de prendre el rol de la presa de decisions procurant tenir en compte els valors del propi pacient. Però això pot ser problemàtic per pacients amb símptomes cognitius fluctuants o per aquells qui poden ser considerats autònoms per certes accions però no per altres.

També hi ha autors que adopten una aproximació relacional de l'autonomia degut a estudis empírics que mostren que les malalties greus poden disminuir la voluntat dels pacients de participar activament a les preses de decisions (Wright, 2017).

3. No incorporació de la realitat social dels individus: el tercer aspecte es relaciona amb el fracàs de la concepció individualista de l'autonomia a l'hora d'incorporar la realitat social com a dimensió dels individus autònoms. La importància de les relacions particulars, com la família els amics i la comunitat, sovint ha estat negligida per les teories individualistes. Diversos autors afirmen que la presa de decisions, especialment les de final de vida, afecten els altres i estan afectades per les opinions i preocupacions dels altres. Wright (2017) sosté que la manera com les persones prenen decisions de final de vida és en consulta i en consideració dels altres, i no conforme un model ideal d'autosuficiència i independència.

4. Prejudicis discriminatoris: l'ètica relacional està especialment sensibilitzada amb qüestions de discriminació. Diversos autors aborden el problema de l'autonomia posant el centre la perspectiva de persones en situació de discapacitat. Denuncien el capacitisme que s'amaga sota una aproximació a l'autonomia centrada en les capacitats. Per la mateixa raó, una millor comprensió de la condició dels pacients amb demència ha provocat un replantejament social del que s'entén per identitat personal en situacions en què la continuïtat psicològica, la racionalitat i la independència no sempre hi són presents (Gómez-Virseda *et al.*, 2019). Des d'alguns col·lectius de suport a persones amb discapacitats també es considera que hi ha risc que les persones amb discapacitats o malalties greus considerin l'opció de la mort assistida degut a l'escassetat de recursos que els permetin dur una vida digna (Garneau i Martin, 2023, p. 35-39).

Adicionalment, altres autors (Prainsack, 2018) (Ho A, 2008) han denunciat el biaix etnocèntric en la bioètica dominant, afirmant que la concepció individualista de l'autonomia està molt lligada als valors culturals occidentals, de manera que sovint s'exclouen valors ètnics o culturals no occidentals, com l'harmonia familiar, la pietat filial i la lleialtat a la comunitat. Segons aquests autors caldria una ètica relacional que també fos pluralista i que tingués en compte la multiculturalitat de les societats occidentals (Gómez-Virseda *et al.*, 2019).

5. Deficiències en les pràctiques, lleis i polítiques actuals: Alguns autors han assenyalat deficiències en les pràctiques de presa de decisions de final de vida lligades a una aproximació individualista de l'autonomia. Per exemple, Mackenzie i Rogers (2013, pp. 39-42) afirmen que l'ús de tests cognitius per determinar la capacitat mental no captura adequadament la realitat de molts pacients en situacions de final de vida. Per tant, quan un pacient es declara incompetent només en base dels resultats dels tests cognitius, l'estàndard de les directrius anticipades i la planificació de l'atenció de final de vida no s'acostumen a implementar satisfactòriament.

Les raons que es donen d'aquest fracàs són l'èmfasi excessiu de l'exercici de control individual, el fet de posar el focus en documents legals que condueixen al formalisme procedimental, la prioritat inapropiada que es dona a la comunicació escrita i la manca d'aplicabilitat en condicions d'incertesa. També s'han expressat preocupacions similars respecte la subrogació de presa de decisions (Rigaux, 2011). La necessitat d'una discussió interpretativa d'aquestes pràctiques demana un marc relacional i no un d'individualista (Gómez-Vírseda *et al.*, 2019).

Amb tot, a la definició de l'autonomia personal en termes individualistes, el que garanteix l'autonomia és, principalment, la llibertat negativa d'actuar i prendre decisions sense interferència de terceres persones, amb intencionalitat, coneixement i absència de control extern. Un individu autònom, però, o una acció autònoma, descrita en aquests termes sembla que no aconsegueix capturar la realitat social de les persones. El problema de l'autonomia individualista es pot veure com a conseqüència, i no deformació, del principi d'autonomia, ja que la definició bàsica del principi d'autonomia ja apunta només a qüestions de la dimensió individual dels subjectes. Això assenyala una tensió entre l'autonomia moderna-kantiana, formal, neutre, lligada a la raó universal i, per tant, deslligada de contextos particulars i una idea d'autonomia pre-teòrica segons la qual el subjecte no pot fer abstracció d'allò particular de la seva voluntat ni actuar seguint una racionalitat universal, independent del seu caràcter, situacions i context material. L'exercici de l'autonomia que ignora aquestes particularitats ens sol semblar objectable. A més, la influència liberal que posa èmfasi a la llibertat individual i a la no interferència de tercers en les accions i decisions individuals encara dificulta més que es concebi el subjecte com a inserit en una sèrie de relacions i contextos particulars, fent que, en alguns casos, una conceptualització de l'individu en termes relacionals es pugui percebre com una violació de la llibertat individual.

5. Perspectives alternatives: autonomia relacional

A continuació faré una breu presentació d'algunes aproximacions a l'autonomia relacional, un enfocament que en alguns àmbits ja s'està incorporant al principi d'autonomia per eliminar-ne les connotacions massa individualistes i/o racionalistes, per fer que el principi s'ajusti més a com, de fet, les persones som i ens relacionem. No hi ha una sola definició de consens pel concepte d'autonomia relacional, però les propostes que agrupa sorgeixen com a resposta de diferents autors al problema de la concepció individualista de l'autonomia.

Charles Taylor parla de la naturalesa dialògica del jo social. Exposa que definim la nostra identitat sempre en diàleg –a vegades contra— amb les coses que els *altres significatius* volen veure de nosaltres (Taylor, 1993, p. 53). Els enfocaments dialògics que beuen d'aquest plantejament de Taylor invoquen estats psicològics dels agents, com ara el sentit de la pròpia responsabilitat, però analitzen aquests estats com a relacionats amb condicions interpersonals externes. Incentivades per idees com les de Taylor i per crítiques feministes de les concepcions tradicionals de l'autonomia i els drets (Nedelsky, 1989), les concepcions relacionals de l'autonomia subratllen el paper inevitable que juguen les relacions interpersonals en l'autoconcepte de les persones i les dinàmiques de deliberació i raonament. També intenten respondre a la pregunta de com l'opressió interioritzada o les condicions socials opressives poden erosionar l'autonomia dels individus.

En termes generals es podria dir que l'autonomia relacional pretén mantenir l'aspecte essencial de l'autonomia personal, el control de la pròpia vida, tenint en compte la dimensió social de les persones (Gómez-Virseda *et al.*, 2019, p. 9). Tot i que no hi ha un consens clar a l'hora de definir l'autonomia relacional, sí que hi ha cert consens respecte de la idea que una comprensió relacional de l'autonomia té en compte la realitat social de l'individu en la presa de decisions. Un enfocament relacional és, per tant, més particularista i contextual, i idealment hauria d'estar complementat amb altres valors relacionals, com la compassió, la confiança, l'empatia, la solidaritat i la responsabilitat. En ètica mèdica es desenvolupa com a concepte que, per una banda, pretén reflectir la xarxa de relacions que és constitutiva de les persones i, per l'altra, dona compte de la co-responsabilitat tant del professional sanitari com del pacient alhora que intenta preservar que el pacient pugui prendre decisions autònomes. Per la majoria d'autors l'autonomia relacional és qüestió de graus més que un principi de tot o res (Gómez-Virseda *et al.*, 2019, p. 9).

Christman (2004) planteja que l'autonomia relacional respon a una concepció del que significa ser un agent lliure i autònom, però tenint en compte que l'agent també està socialment constituït i que possiblement defineix els seus compromisos de valors bàsics en termes de relacions interpersonals i dependències mútues. Aquesta concepció subratlla els components socials del concepte que tenim de nosaltres mateixos i destaca el paper de les dinàmiques socials de fons i les estructures de poder en el

desenvolupament de l'autonomia. Exposa que hi ha, almenys, dues maneres d'entendre l'afirmació que els individus poden estar «constituïts» per les seves relacions amb altres persones i amb el seu context:

«First, the thesis in question can be understood as a metaphysical claim, such that relations with other persons, institutions, traditions, and so on are seen as essentially part of the person (either at a time or over time). Alternatively, the social self thesis can be understood as a contingent psychological claim about a person's self-concept, value structure, emotional states, motivational set, or reflective capacities» (Christman, p. 144)

Christman considera que el primer sentit, el que anomena metafísic, és massa fort:

«Just as conceiving of persons as denuded of social relations denies the importance of such relations to the self-understandings of many of us at various times in our lives, to define persons as necessarily related in particular ways similarly denies the reality of change over time, variability in self-conception, and multiplicities of identity characteristic of modern populations. Moreover, it is quite unclear that any particular conception of self or the person can serve broadly as a model for normative thinking in a wide variety of contexts, for identity is variable according to the theoretical or practical setting in which it is asked to operate.» (Christman, p. 145).

En les teories relacionals de l'autonomia es pot distingir entre teories procedimentals i teories substantives.

La visió procedimental sosté que l'autonomia s'obté «when the processes by which a desire, value, and the like comes to be developed are of the proper sort, independent of the content of such a desire, value, etc.» En canvi, la visió substantiva «demand that particular values or commitments must be part of the autonomous agent's value or belief corpus» (Christman, p. 149).

És a dir, les teories procedimentals afirmen que l'autonomia s'aconsegueix quan l'agent té la capacitat de fer un procés intel·lectual intern de reflexió sobre les seves motivacions, creences i valors per després revisar les seves preferències a la llum d'aquest procés reflexiu. Es diu que aquest procés és de contingut neutre perquè els resultats del procés de reflexió crítica es consideraran autònoms independentment del seu contingut. És a dir, encara que les característiques necessàries per a l'autonomia, des d'una visió procedimental, es poden veure afectades per una socialització opressiva, segons els procedimentalistes és possible que les facultats crítiques dels individus en entorns opressius es mantinguin intactes i, per tant, es considerin individus, o decisions o accions, totalment autònoms. Els procedimentalistes defineixen l'autonomia sense referència directa al contingut del sistema de valors que defineixen i motiven l'agent (Stanford, 2013).

Les teories substantives consideren que l'autonomia és una noció carregada de valors. A més, les teories substantives fortes posen restriccions directes al contingut de les preferències permeses perquè els agents puguin ser considerats autònoms. «Weak substantive approaches build in normative content, and

hence are substantive, yet they do not place direct normative constraints on the contents of agents' preferences» (Stanford, 2013). «For example, some accounts require that agents exhibit moral attitudes to themselves such as self-respect or a robust sense of their own self-worth to count as autonomous» (Stanford, 2013).

A part de la distinció procedimentals/substantives, les concepcions relacionals també es poden dividir en causals i constitutives. Les concepcions relacionals causals consideren que les relacions socials i les circumstàncies sociohistòriques tenen impacte sobre les capacitats dels agents i poden facilitar o dificultar el desenvolupament de l'autonomia. Investiguen els efectes dels factors «relacionals» externs sobre l'autonomia dels individus, però no ofereixen una anàlisi de l'autonomia utilitzant aquests factors: «If we ask ourselves what actually enables people to be autonomous, the answer is not isolation, but relationships—with parents, teachers, friends, loved ones» (Nedelsky 1989, p. 12).

Per altra banda, la teories relacionals constitutives consideren que les condicions interpersonals o socials formen part de les condicions definitòries de l'autonomia (Christman, p. 147). Un exemple de teoria relacional de caràcter constitutiu és la proposta de Marina A. L. Oshana, una versió social-relacional de l'autonomia. Oshana considera que l'autonomia d'un individu pot disminuir o desaparèixer per condicions del món extern que no afecten necessàriament la psicologia de l'agent. Planteja l'autonomia com «alguna cosa que passa a l'agent». Defensa que individus psicològicament competents i reflexius poden perdre l'autonomia en trobar-se en una situació que elimina el seu «control pràctic».

Per Oshana, les relacions i condicions socials no s'han de veure com a circumstàncies que faciliten o dificulten les condicions perquè es doni l'autonomia, sinó com a part inherent del que significa ser autònom. Segons aquest plantejament, els individus que viuen en condicions de restricció social severa tenen una autonomia limitada. Per Oshana «Autonomy is a temporally extended, «global» condition of agents in which they have *de facto* power and authority over choices and actions significant to the direction of [their lives]» (Oshana 2006, p. 2).

Oshana planteja casos «d'esclau feliç», casos en què una persona està sota condicions opressives per voluntat pròpia, com ara l'esclavitud voluntària o el cas d'un devot religiós, entre d'altres, i defensa que les persones que es troben en aquestes condicions no es podrien considerar autònomes, encara que elles mateixes consideressin que ho són. Una postura com la d'Oshana es basa en considerar que certs compromisos substantius de valors —com el punt de vista segons el qual hom ha d'obeir una autoritat incondicionalment— són conceptualment inconsistents amb l'autonomia.

Christman critica que, de fet, Oshana està donant suport a una concepció de l'autonomia que és un ideal d'autogovern individualitzat, un ideal que rebutgen els qui trien, per exemple, obeir certes estructures de poder: «It is one thing to say that models of autonomy must acknowledge how we are all deeply related; it is another to say that we are autonomous only if related in certain idealized ways» (Christman, p. 151).

Altres autors que adopten una visió relacional constitutiva es focalitzen en l'anomenada autonomia «local», és a dir, autonomia vista com a propietat de les eleccions, desitjos o preferències, però no dels agents. Suposem, per exemple, que una elecció autònoma en un moment determinat requereixi que l'agent tingui a la seva disposició un ventall d'opcions rellevants prou ampli per triar. Aquesta explicació de l'autonomia és constitutivament relacional perquè, per fortes que siguin les capacitats psicològiques de l'individu, si les condicions externes rellevants no es donen, no és possible que la preferència de l'agent en aquell moment sigui considerada totalment autònoma (Stanford, 2013).

Aquesta distinció entre visions causals i constitutives planteja dues maneres diferents d'abordar, per exemple, els escenaris de peticions d'eutanàsia de persones en situació de pobresa o d'exclusió social. Des d'una postura relacional constitutiva «local» caldria determinar que la petició d'eutanàsia (l'elecció de l'agent) no pot comptar com a autònoma si es considera que l'agent no té un ventall prou significatiu d'altres opcions en aquell moment. Des d'una perspectiva relacional causal no caldria negar l'autonomia de la seva elecció o preferència, però sí que caldria reconèixer la forta influència del seu context social, econòmic i relacional i abordar l'escenari tenint molt presents aquests condicionants.

Prenent una posició més conservadora, però també contra la preeminència de l'autonomia individual, a l'obra *Autonomy and Trust in Bioethics* (2002), Onora O'Neill explora els conceptes d'autonomia i confiança en el context de la bioètica. Fa una proposta d'autonomia relacional des d'una perspectiva kantiana i emfatitza la importància de la confiabilitat com a fonament de les relacions socials i, específicament, de la relació metge-pacient. Des de la perspectiva d'O'Neill hi ha una tensió entre la creixent demanda d'autonomia dels pacients i la pèrdua de confiança que (almenys com a actitud social) ha envaït la relació metge-pacient. Afirmar que entre les transformacions que ha experimentat la pràctica mèdica a les últimes dècades, una de les més importants té a veure amb l'abandonament del model paternalista, però considera que aquest canvi també ha comportat, com a factor negatiu, la pèrdua de confiança del pacient cap al metge (2002, p 30).

Segons O'Neill, els pacients haurien deixat de confiar en la possibilitat de rebre un tracte humà i personalitzat per part dels metges i les institucions sanitàries. Alguns factors, com la càrrega assistencial, les condicions dels sistemes de salut contemporanis i la burocràcia—també la de caràcter ètic, com seria el consentiment informat— han provocat que molts professionals sanitaris descarreguin la responsabilitat en la burocràcia i descuidin el tracte més humà deixant de tenir en compte la persona que tenen a davant més enllà del cas clínic (O'Neill, pp. 28-32).

Per O'Neill, el concepte d'autonomia està integrat per un element nuclear i diverses dimensions que el configuren. L'element nuclear seria el de la capacitat per la decisió i l'acció independent. Les diferents dimensions d'aquest element nuclear serien: la relacional, ja que l'autonomia sempre és autonomia davant d'alguna cosa; la selectivitat, perquè es pot ser independent en alguns assumptes i, alhora no ser-

ho en d'altres; i la gradualitat, l'autonomia pot ser gradual en circumstàncies i individus particulars (O'Neill, pp. 42-44).

L'autora considera que quan l'autonomia és assumida només com una qüestió d'independència individual queda reduïda a *independència individual respecte els altres* i, per tant, deixa de banda la visió, preferències, valors, necessitats, etc. dels altres. Aquesta tensió oposa la confiança—que pertany a l'espai de les relacions i obligacions mútues— i l'autonomia individual, amb el seu èmfasi en els drets i preferències individuals que tendeixen a establir límits reivindicatius entre el subjecte i els altres.

El plantejament principal d'O'Neill respecte a l'autonomia a l'ètica mèdica és que algunes expressions de l'autonomia individual, com el dret del rebuig al tractament o el consentiment informat, no garanteixen que la relació metge-pacient compleixi uns estàndards morals bàsics. Considera que la possibilitat d'acceptar o rebutjar el tractament és molt important, però no es pot confondre l'autonomia (capacitat per la decisió i acció independent) amb una de les seves expressions (possibilitat i dret d'acceptar o rebutjar un tractament). Adoptant una visió relacional constitutiva de l'autonomia, O'Neill exposa que hi ha situacions en què no es pot considerar que hi hagi eleccions vertaderament autònomes, per exemple, quan no hi ha altres opcions de tractament que estiguin a l'abast del pacient. En aquestes situacions (quan el camp d'acció autònoma es veu limitada per força a acceptar o rebutjar un tractament) el consentiment informat es converteix en un ritual en alguns casos buit, en d'altres angoixant o en una simulació de l'exercici de l'autonomia.

Per altra banda, O'Neill considera que les versions més extremes de l'individualisme desemboquen en una espècie «d'ètica quàntica» on només existeixen ètiques individuals. A mesura que aquesta interpretació de l'autonomia individual com a autonomia individualista es fa més radical (situació que no és infreqüent en la pràctica clínica), el professional sanitari compta amb menys possibilitats ètiques d'interactuar i proposar, ja que fàcilment qualsevol intervenció pot ser vista com una limitació de l'autonomia del pacient. Aquests dos extrems (una autonomia que a la pràctica és merament un eslògan i una altra que voreja el solipsisme) apunten, segons l'autora, a la necessitat d'una noció d'autonomia que sigui conseqüent amb la importància que té a l'ètica mèdica actual.

Exposa que es pot exercir una autonomia individual basada en principis i alhora no-individualista quan l'individu: i) actua racionalment; ii) a partir d'una informació suficient i adequada; iii) amb independència; iv) assumint la responsabilitat per les seves tries; v) en relació i interacció amb els altres agents morals (O'Neill, pp. 34-36). O'Neill considera que la preeminència de l'autonomia individual comportarà, o està comportant, una negligència d'altres consideracions morals significatives, i prescriu limitar l'autonomia individual «to its due place, but no more» (p.192). Des d'un punt de vista com el d'O'Neill sembla que el problema no rau només en una concepció massa individualista del principi d'autonomia sinó en una preeminència d'aquest principi respecte als altres tres principis de la bioètica.

Un enfocament per concretar la conjunció de la confiança, la responsabilitat i l'autonomia en ètica mèdica i la relació metge pacient és el model de «decisió compartida» proposat per autors com Daniel Brock (1993). Considera que el respecte per l'autodeterminació del pacient és fonamental, però no requereix que les preferències del pacient siguin acceptades sense ser qüestionades en casos en què semblen fortament irracionals, poc raonables. En aquests casos, però, caldria determinar què es considera «fortament irracional» o «poc raonable», i la qüestió de la racionalitat és complexa i està subjecta a influències de tipus ideològic, prejudicis, valors, creences, etc.

Segons aquests tipus de propostes relacionals, la decisió final no recau només en el pacient sinó que es basa en la comunicació oberta i transparent entre el professional i el pacient, avaluant les opcions mèdiques que hi ha i les opcions que té el pacient en funció de la seva idiosincràsia i el seu context. Aquesta concepció d'autonomia es basa en la idea que el professional sanitari i el pacient tenen rols complementaris en la presa de decisions, i que la relació ha d'estar basada en la col·laboració i en la confiança mútua. El model proposat per Brock inclou altres participants en la presa de decisions, com ara la família o persones properes del pacient, les comunitats i les organitzacions o institucions de la salut.

Una implementació sistemàtica d'un model de decisió compartida en la pràctica mèdica podria facilitar la inclusió d'una concepció més relacional de l'autonomia en la relació metge/pacient, ja que té en compte tant el principi d'autonomia personal com les dimensions relacional i contextual del pacient. Podria ser un bon enfocament per evitar escenaris probables sota el predomini d'una concepció massa individualista de l'autonomia personal.

6. Conclusions

L'autonomia personal és un dels valors fonamentals de l'ètica biomèdica, però és l'últim valor que es va introduir a la tradició hipocràtica, una tradició amb segles d'història que ha transcendit i s'ha anat adaptant a l'evolució del pensament occidental. Les bases que la tradició hipocràtica va definir com a preceptes morals fonamentals per l'ètica mèdica es van perpetuar a causa del que Diego Gracia anomena caràcter sacerdotal de la medicina. Aquest caràcter sacerdotal provenia principalment de les influències de sectes xamanístiques com les societats místiques o la secta pitagòrica. El *Jurament* hipocràtic provindria dels juraments iniciàtics que es feien a aquestes comunitats. Aquest tipus de ritual va contribuir a conformar un gremi mèdic de caràcter tancat i privilegiat, que demanava criteris d'excel·lència moral als seus membres.

La medicina es va establir com a *professió* amb autoritat moral i impunitat jurídica. Aquesta posició social comportava que la relació metge-pacient estigués marcada pel que avui anomenarien un caràcter paternalista i beneficentista, on la voluntat del pacient només valia en casos en què el pacient estava en una posició social privilegiada. Els textos d'ètica mèdica i els tractats mèdics no feien referència a l'autonomia o voluntat dels malalts com a qüestió rellevant que calgués respectar, al contrari, les poques referències que hi ha sobre aquesta qüestió mostren que la intromissió de la voluntat del malalt era vista com un entrebanc o un obstacle per la pràctica mèdica.

Degut al canvi de paradigma del sacerdocí religiós al sacerdocí de la *physis*, de la mateixa manera que la filosofia es comença a ocupar de la qüestió relativa a les fonts de la conducta humana, l'ètica mèdica, sense tallar del tot amb la tradició mística, adopta un to preceptiu que jutja moralment i prescriu el control de les passions. Tenint en compte que la cultura grega estava orientada tant al govern del cos com a la de l'ànima, els metges també contribueixen a instaurar una determinada *politeia* als individus, de manera que formen part de la *paideia* grega.

En primer lloc, doncs, conclou que l'ètica hipocràtica tenia un caràcter marcadament moral que anava més enllà de l'estricta cura del cos. Tal com es veu al *Jurament* hipocràtic, els principis vertebradors d'aquesta ètica eren la beneficència, la no maleficència i la justícia, però no l'autonomia del pacient. El que avui anomenem paternalisme mèdic, que implica no tenir en compte l'autonomia personal, no era vist com una aberració moral sinó com la millor manera d'actuar dels metges. Al llarg de l'edat mitjana l'ètica mèdica de tradició hipocràtica es va anar perpetuant per la continuïtat de la *professió* i gràcies a les obres escrites de la tradició hipocràtica.

Per entendre el «pas del paternalisme a l'autonomia» que es produeix a l'ètica mèdica cal considerar, prèviament, com es va desenvolupar el concepte d'autonomia personal en termes generals. L'autonomia personal i l'autonomia moral es van introduir al pensament occidental principalment degut a la

Il·lustració, les teories contractualistes i al liberalisme polític. Les dues propostes filosòfiques més rellevants com a fonamentació del que avui és el principi d'autonomia són la idea de llibertat individual, de Stuart Mill, i la noció d'autonomia moral de Kant.

La llibertat proposada per Mill es caracteritza com a no interferència de tercers en la conducta dels individus, que no necessàriament ha d'estar guiada per la raó ni per criteris morals, sinó que pot estar guiada pels desitjos i preferències dels individus. L'autonomia moral plantejada per Kant, en canvi, està intrínsecament lligada a la raó i a la llei moral, l'agent autònom és aquell que es pot sobreposar a les possibles influències de desitjos, volicions o emocions que, sovint, entren en conflicte amb la raó i amb la llei moral donada per imperatiu categòric.

Per tant, en segon lloc, concloc que les característiques de l'autonomia personal que provenen dels postulats de llibertat individual de Mill són la llibertat negativa, la valoració de les conseqüències i la consideració dels desitjos i preferències dels subjectes, mentre que els trets de l'autonomia personal provinents de l'autonomia moral kantiana són la racionalitat, la consideració de la dignitat humana i la conceptualització de les persones com a fins en si mateixes.

Tot i que el concepte d'autonomia personal ja es comença a introduir al pensament occidental a finals del segle XVIII, no és fins a les últimes dècades del segle XX que es comença a introduir a l'ètica mèdica. Durant els segles XIX i XX, on el liberalisme estava més estès, els pacients van començar a denunciar els metges per negligències mèdiques i abusos de poder perpetuats, principalment, degut a la mentalitat paternalista dels metges o en nom dels avenços de la ciència. D'aquí va néixer, al món anglosaxó, el consentiment informat, la primera expressió regulada del principi d'autonomia en ètica mèdica. A causa de la situació en què es trobava la medicina, diversos països i organitzacions van posar èmfasi en la necessitat de re-humanitzar-la, especialment introduint el respecte a l'autonomia del pacient com a valor primordial de l'ètica biomèdica. En aquest sentit, en tercer lloc, concloc que l'autonomia es va inserir a l'ètica mèdica de manera forçada, a través de la jurisprudència per les males praxis i aberracions comeses al llarg del segle XX.

La introducció de l'autonomia a l'ètica mèdica i a la relació metge-pacient és un dels canvis més importants que ha patit la tradició mèdica hipocràtica. En el context de les societats liberals occidentals, on la llibertat individual és un dels valors fonamentals, el principi d'autonomia ha guanyat molt terreny a l'ètica biomèdica. Això ha permès una reducció substancial de les tendències paternalistes i ha possibilitat el sorgiment de conceptes i pràctiques reguladores com el consentiment informat, el rebuig al tractament, la confidencialitat o les voluntats anticipades. També ha atorgat més poder als pacients per definir en què consisteixen la salut i la malaltia i com volen viure-les en funció de les seves creences, valors, necessitats i desitjos.

En termes generals, l'autonomia personal es descriu com l'autogovern lliure d'influències o limitacions externes. Beauchamp i Childress proposen un sistema principista per resoldre conflictes d'ètica mèdica,

i defineixen el principi d'autonomia en termes d'autonomia de les accions. Consideren que una acció és autònoma si l'agent actua i) intencionadament, ii) amb coneixement i iii) amb absència de control extern. La formulació d'obligació negativa del principi, de no restringir les accions o decisions autònomes dels agents, és el tipus d'obligació que s'ha tingut més en compte en ètica mèdica. Aquesta concepció posa l'accent a la llibertat individual del pacient i evita les pràctiques i tendències paternalistes. Per tant, a la definició de l'autonomia personal en termes individualistes, el que garanteix l'autonomia és, principalment, la llibertat negativa d'actuar i prendre decisions conscientment i sense interferència de terceres persones.

Diversos autors han assenyalat que aquesta concepció opera amb una visió limitada de l'individu, que el pren deslligat del seu context –social, cultural, relacional o econòmic. Si el principi d'autonomia de caràcter individualista s'absolutitza, es poden plantejar escenaris no menys problemàtics que els del paternalisme beneficentista, com ara els casos en què la causa de la petició d'eutanàsia prové de les condicions de pobresa i/o exclusió social. Els principals motius pels quals alguns autors consideren que l'autonomia està definida en termes massa individualistes són: 1) La concepció tradicional de l'autonomia personal concep el jo individual de forma limitada, plantejant l'agent autònom com a ésser atomístic, sobirà i unificat amb creences i valors individuals fermes i interessat en les seves eleccions estratègiques. També s'apunta que aquesta concepció ideal del jo híper-racionalitza l'individu autònom de manera que no s'ajusta a la realitat, ja que la construcció de valors, desitjos i trets personals també es basa en respostes emocionals i afectives dels individus, que estan relacionades amb la cura, el compromís i les relacions amb els altres. 2) El debat sobre la presa de decisions tendeix a considerar pacients genèrics en circumstàncies ideals sense tenir en compte les dificultats de situacions de final de vida. A més, sovint es considera l'autonomia una qüestió de tot o res, de manera que no es tenen en compte pacients amb símptomes cognitius fluctuants o aquells que poden ser considerats autònoms per prendre unes o altres decisions. 3) No es té prou en compte que el context social, econòmic i cultural afecta la presa de decisions, que sempre està condicionada pel lloc que ocupa l'individu a la societat, per la seva cultura i per les seves condicions materials. 4) Prejudicis discriminatoris. Denuncien el capacitisme que s'amaga sota una aproximació a l'autonomia centrada en les capacitats. 5) Deficiències en les pràctiques, lleis i polítiques lligades a la presa de decisions de final de vida, que estan molt burocratitzades i fixades, deixant poc marge per les necessitats particulars.

Com a quarta conclusió, doncs, diria que problema de l'autonomia individualista es pot veure com a conseqüència, i no deformació, del principi d'autonomia, ja que la definició bàsica del principi d'autonomia ja apunta només a qüestions de la dimensió individual dels subjectes. Això indica una tensió entre l'autonomia moderna-kantiana, formal, neutre, lligada a la raó universal i, per tant, deslligada de contextos particulars i una idea d'autonomia pre-teòrica, segons la qual el subjecte no pot fer abstracció d'allò particular de la seva voluntat ni actuar seguint una racionalitat universal, independent del seu caràcter, situacions i context material. Els exercicis de l'autonomia que ignoren

aquestes particularitats materials i socials ens solen semblar exercicis il·lusoris de l'autonomia, i per tant objectables. A més, la influència liberal que posa èmfasi a la llibertat individual i a la no interferència de tercers en les accions i decisions individuals encara dificulta més que es concebi el subjecte com a inserit en una sèrie de relacions i contextos particulars. Tot i que l'autonomia del pacient es pot regular amb els principis de beneficència, no-maleficència i justícia, tenint en compte la preeminència actual del principi d'autonomia, diversos autors proposen que la solució demana redefinir el concepte d'autonomia en termes menys individualistes.

Les propostes d'autonomia relacional pretenen resoldre els problemes i limitacions de les concepcions individualistes de l'autonomia. Volen mantenir l'autonomia personal com un principi fonamental en ètica biomèdica, però redefinit el concepte de manera que capturi més bé la manera com, de fet, els individus actuem, pensem o prenem decisions, especialment en l'àmbit de la salut i, més concretament, en situacions complexes com ho serien els contextos de final de vida. Tot i que hi ha diversos tipus de propostes de caràcter relacional –procedimentals/substantives i constitutives/causals— es pot dir que generalment són propostes que pretenen tenir en compte els contextos i particularitats dels individus, és a dir, la manera com estan inserits a la societat, com això els constitueix i defineix com a individus i afecta la presa de decisions en contextos sanitaris. També subratllen el paper inevitable que juguen les relacions interpersonals en l'autoconcepte de les persones i les dinàmiques de deliberació i raonament i intenten respondre a la pregunta de com l'opressió interioritzada i/o les condicions socials opressives poden erosionar l'autonomia dels individus. Algunes propostes d'autonomia relacional, com la d'Onora O'Neill, posen l'accent en certs valors relacionals com la compassió, la confiança, l'empatia, la solidaritat i la responsabilitat i pretenen donar compte de la co-responsabilitat tant del professional sanitari com del pacient en la relació metge pacient.

Finalment, concloc que com que la introducció de l'autonomia en ètica biomèdica és força recent, encara necessita matisos i adaptacions, ja que la idea d'autonomia personal prové de la tradició il·lustrada, contractualista i del liberalisme clàssic, i no té prou en compte la dimensió de les persones com a éssers socials o relacionals, dimensions que cal considerar si es pretén que l'ètica biomèdica permeti resoldre els conflictes ètics que es donen en contextos sanitaris.

A la pràctica, les propostes relacionals no sempre són fàcils de dur a terme per diverses qüestions, com la càrrega assistencial del personal sanitari o la preeminència de la llibertat individual dins el marc de pensament occidental, que pot veure algunes d'aquestes propostes com una amenaça a la llibertat. Per altra banda, també cal tenir present que, tot i el guany de l'autonomia i la reducció del paternalisme, molts professionals sanitaris encara es troben fent aquest pas «del paternalisme a l'autonomia» i tenen dificultats a l'hora de prioritzar l'autonomia del pacient per sobre del seu criteri de beneficència o de no-maleficència pel pes de la tradició hipocràtica.

7. Bibliografia

- American Patient Rights Association. (s.d). *AHA Patient's Bill of Rights*. <https://www.americanpatient.org/aha-patients-bill-of-rights/>
- Amundsen, D. W. (1978). The Physician's Obligation to Prolong Life: A Medical Duty without Classical Roots. *The Hastings Center Report*, 8(4), 23–30. <https://doi.org/10.2307/3560974>
- Askitopoulou, H., & Vgontzas, A. N. (2018). The relevance of the Hippocratic Oath to the ethical and moral values of contemporary medicine. Part II: interpretation of the Hippocratic Oath—today's perspective. *European Spine Journal*, 27(7), 1491–1500. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5615-z>
- Baker, R. (1999). *The American medical ethics revolution: how the AMA's code of ethics has transformed physicians' relationships to patients, professionals, and society* Johns Hopkins University Press.
- Bartoš H. (2015). Philosophy and dietetics in the Hippocratic on Regimen. A delicate balance of health. *Studies in ancient medicine*, 44, 1–313.
- Beauchamp T.L i Childress J.F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics* [Arxiu PDF]. Oxford University Press.
- Berlin, I. y Rivero, À. (2001). *Dos conceptos de libertad ; El fin justifica los medios ; Mi trayectoria intelectual*. Alianza Editorial.
- Brock D. W. (1991). The ideal of shared decision making between physicians and patients. *Kennedy Institute of Ethics journal*, 1(1), 28–47. <https://doi.org/10.1353/ken.0.0084>
- Brock, D. W. (1993). *Life and Death: Philosophical essays in biomedical ethics*. Cambridge University Press.
- Brock, D. W., & Wartman, S. A. (1990). When competent patients make irrational choices. *The New England journal of medicine*, 322(22), 1595–1599. <https://doi.org/10.1056/NEJM199005313222209>
- Buss, S., Westlund, A. (2018). Personal Autonomy. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2018 Edition). <https://plato.stanford.edu/archives/spr2018/entries/personal-autonomy/>
- Christman, J. (2004) Relational Autonomy, Liberal Individualism, and the Social Constitution of Selves. *Philosophical Studies* 117, 143–164. <https://doi.org/10.1023/B:PHIL.0000014532.56866.5c>
- Department of Health, Education, and Welfare, & National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (2014). The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. *The Journal of the American College of Dentists*, 81(3), 4–13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25951677/>
- Dodds, E. R. (1980). *Los Griegos y lo irracional*. Alianza.

- Double, R. (1992). Two Types of Autonomy Accounts. *Canadian Journal of Philosophy* 22 (1):65 - 80. <https://doi.org/10.1080/00455091.1992.10717271>
- Downie, J. & Schuklenk, U. (2021). Social determinants of health and slippery slopes in assisted dying debates: lessons from Canada. *Journal of Medical Ethics* 2021;47:662-669. <https://jme.bmj.com/content/47/10/662>
- Dworkin, G. (1988). *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511625206>
- Edelstein, L. (1943). *The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation*. Baltimore: the Johns Hopkins Press.
- Ferragud, C. (2020) *Claudio Galeno y el galenismo*. Sabers en acció. <https://sabersenaccio.iec.cat/es/claudio-galeno-y-el-galenismo/>
- Galeno, C. (2004). El mejor médico es también filósofo [Archivo PDF]. *Ideas y Valores*, 126, 75–84.
- García, C., Nava, M. D., López, J.A. y Cabellos, B. (1983). *Tratados hipocráticos*. Gredos.
- Garneau, M. & Martin, Y. (2023). *Medical Assistance in dying in Canada: choices for Canadians. Report of the Special Joint Committee on Medical Assistance in Dying*. Canada Parliament.
- Gergen, K. J. (1995). Social construction and the transformation of identity politics. *New School for Social Research Symposium* (Vol. 7).
- Gómez-Virseda, C., de Maeseneer, Y. & Gastmans, C. (2019) Relational autonomy: what does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature. *BMC Med Ethics* 20, 76. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0417-3>
- Gracia, D. (2008). *Fundamentos de bioética*. Triacastela.
- Hill, T. (1992). 5. The Kantian Conception of Autonomy. In *Dignity and Practical Reason in Kant's Moral Theory* (pp. 76-96). Ithaca, NY: Cornell University Press. <https://doi.org/10.7591/9781501735035-008>
- Ho, A. (2008). The individualist model of autonomy and the challenge of disability. *Journal of Bioethical Inquiry* 5 (2-3):193-207. <https://doi.org/10.1007/s11673-007-9075-0>
- Jaeger, W. (1996). *Paideia : los ideales de la cultura griega*. Fondo de Cultura Económica.
- Jaeger, W. y Gaos, J. (1952). *La Teología de los primeros filósofos griegos*. Fondo de Cultura Económica.
- Kant, I. (2004). *Crítica de la razón práctica*. Edicions 62.
- Lloyd, G. E. R. (Geoffrey E. R. (1979). *Magic, reason and experience : studies in the origin and development of greek science*. Cambridge University Press.

- Mackenzie C. & Stoljar, N. (eds.). (2000). *Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford University Press. DOI: 10.1353/hyp.2002.0028 <https://philpapers.org/rec/MACRAF>
- Mackenzie, C., & Rogers, W. (2013). Autonomy, vulnerability and capacity: A philosophical appraisal of the Mental Capacity Act. *International Journal of Law in Context* 9(1), 37-52. <https://doi.org/10.1017/S174455231200047X>
- Meyers, C. (2004). Cruel choices: Autonomy and critical care decision-making. *Bioethics* 18 (2):104–119. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2004.00384.x>
- Mill, J.S. (2017). *Sobre la llibertat*. Edicions de la ela geminada.
- Mir, J. y Busquets, E. (2012). Principios De Ética Biomédica, De Tom L. Beauchamp Y James F. Childress. *Bioètica & Debat: Tribuna Abierta Del Institut Borja De Bioètica*, Vol. 17, Núm. 64, pp. 1-7, https://raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/view/257097.
- Nedelsky, J. (1989). Reconceiving Autonomy: Sources, Thoughts and Possibilities. *Yale Journal of Law and Feminism*, 1, 5. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195147964.003.0004>
- Nutton, V. (2013). *Ancient Medicine*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203081297>
- O'Neill, O. (2003). Autonomy: The Emperor's New Clothes. *Proceedings of the Aristotelean Society, Supplementary Volumes*, 77(1), 1–21. <https://doi.org/10.1111/1467-8349.00100>
- O'Neill, O. (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge University Press.
- Oshana, Marina A. L. (1998). Personal Autonomy and Society. *Journal of Social Philosophy* 29 (1):81-102. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9833.1998.tb00098.x>
- Pellegrino, E. D. (2006). Toward a reconstruction of medical morality. *American Journal of Bioethics* 6 (2):65 - 71. <https://doi.org/10.1007/BF01119343>
- Plató. (1988). *La República*. Alianza.
- Prainsack, B. (2018). The «We»in the «Me»: Solidarity and Health Care in the Era of Personalized Medicine. *Science, Technology, & Human Values*, 43(1), 21–44. <https://www.jstor.org/stable/26580368>
- Pugh J. (2020). *Autonomy, Rationality, and Contemporary Bioethics*. Oxford University Press. [10.1093/oso/9780198858584.001.0001](https://doi.org/10.1093/oso/9780198858584.001.0001)
- Ramsey P. (1970). *The patient as person: explorations in medical ethics*. Yale University Press.
- Rigaux N. (2011). Autonomie et démence II Être représenté et autonome: une combinaison possible? *Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil* 9(2):203-10. doi:10.1684/pnv.2011.0270

- Rosenthal, F. (1956). An Ancient Commentary On The Hippocratic Oath. *Bulletin of the History of Medicine*, 30(1), 52–87. <http://www.jstor.org/stable/44446434>
- Rosenthal, F. (1956). An Ancient Commentary On The Hippocratic Oath. *Bulletin of the History of Medicine*, 30(1), 52–87. <http://www.jstor.org/stable/44446434>
- Schüklenk, U., van Delden, J. J., Downie, J., McLean, S. A., Upshur, R., & Weinstock, D. (2011). End-of-life decision-making in Canada: the report by the Royal Society of Canada expert panel on end-of-life decision-making. *Bioethics*, 25 Suppl 1(Suppl 1), 1–73. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01939.x>
- Scruton, R. (2001). *Kant: A very short introduction*. New York: Oxford University Press.
- Sierra, C. (2018). Diaita: Estilo de vida y alteridad en el Sócrates de Jenofonte. *Logos. Anales del Seminario de Metafísica*, 51, 305-326. [10.5209/ASEM.61658](https://doi.org/10.5209/ASEM.61658)
- Stammers T. (2015). The Evolution of Autonomy. *The New bioethics : a multidisciplinary journal of biotechnology and the body*, 21(2), 155–163. <https://doi.org/10.1179/2050287715z.00000000070>
- Stoljar, N. (2022). Feminist Perspectives on Autonomy. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2022 Edition). <https://plato.stanford.edu/archives/win2022/entries/feminism-autonomy/>
- Subramanya, R. (October 11, 2022). Scheduled to Die: The Rise of Canada’s Assisted Suicide Program. *The Free Press*. <https://www.thefp.com/p/scheduled-to-die-the-rise-of-canadas>
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. W. Norton & Co.
- Symons, X., & Chua, R. (2020). 'Alive by default': An exploration of Velleman's unfair burdens argument against state sanctioned euthanasia. *Bioethics*, 34(3), 288–294. <https://doi.org/10.1111/bioe.12677>
- Taylor, C., Gutmann, A. (1993). *El Multiculturalismo y «La política del reconocimiento»*. Fondo de Cultura Económica.
- TERMCAT. (s.d). Paternalisme. *Diccionari de Bioètica* [en línia]. <https://www.termcat.cat/oc/diccionaris-en-linia/269/fitxa/NDQ5OTYzMg%3D%3D>
- Veatch, R. (2006) How Philosophy of Medicine Has Changed Medical Ethics, *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, Volume 31, Issue 6, 2006, 585–600. <https://doi.org/10.1080/03605310600806117>
- Walter, J. K., & Ross, L. F. (2014). Relational autonomy: moving beyond the limits of isolated individualism. *Pediatrics*, 133 Suppl 1, S16–S23. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3608D>
- Wiebe, E., Shaw, J., Green, S., Trouton, K., & Kelly, M. (2018). Reasons for requesting medical assistance in dying. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 64(9), 674–679.

World Medical Association (2017). Declaration of Geneva. *African health sciences*, 17(4), 1203. <https://doi.org/10.4314/ahs.v17i4.30>

Wright, M. S. (2017). End of life and autonomy: the case for relational nudges in end-of-life decision-making law and policy. *Maryland Law Review*, (4)77, 1062. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3024949>

Annexos

Annex I

Jurament Hipocràtic (Gracia, 2008, pp. 49-63)

[Introducción]

[Fórmula inicial del Juramento]

Juro y pongo a Apolo el médico, y Asclepio e Hygiea y Panákeia y a todos los dioses y diosas como testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio a este juramento y compromiso siguientes:

[Capítulo primero: El compromiso]

[El maestro]

Tener al que me enseñó este arte igual estima que a mis progenitores.

Compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciese falta.

[Los hijos del maestro]

Considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo, de forma gratuita y sin compromiso

[La enseñanza]

Hacerme cargo de la perceptiva, la instrucción oral y demás enseñanzas, de mis hijos, de los de mi maestro, y de los discípulos que hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por el juramento a la ley médica, pero a nadie más.

[Capítulo segundo: La terapéutica]

1. [El régimen de vida]

Haré uso del régimen de vida para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré.

2. [La farmacología]

No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente, tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte.

3. [La cirugía]

No haré uso del bisturí ni aun con los que sufren del mal de piedra: dejaré esa práctica a los que la realizan.

4. [La visita domiciliaria]

A cualquier casa que entrare acudiré para asistencia del enfermo fuera de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres o mujeres, esclavos o libres.

5. [El secreto]

Lo que, en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto.

[Conclusión]

[Bendiciones]

En consecuencia, séame dado, si a este juramento fuera fiel y no lo quebrantare, el gozar de mi vida y de mi arte, siempre celebrado entre todos los hombres.

[Maldiciones]

Mas si lo trasgredo y cometo perjurio, sea de esto lo contrario.

Annex II

Jurament Hipocràtic de la Facultat de Medicina de la Universitat de Girona

Juro complir, tan bé com sàpiga i amb el millor judici, aquesta promesa solemne:

Respectaré tots els avenços i guanys de la ciència que han assolit els metges que m'han precedit en el camí que ara començo, i també compartiré amb molt de gust els coneixements que tinc amb tots aquells que m'han de seguir.

Aplicaré, en benefici dels pacients, totes les mesures que siguin necessàries, evitant sempre caure en els paranys tant de tractar en excés com d'abstenir-me de tractar si puc evitar sofriments. Recordaré sempre que hi ha una part d'art i una part de ciència en la medicina, i que la simpatia, la calidesa i la comprensió poden ser més poderoses que el millor bisturí o el millor medicament.

No m'avergonyiré mai de dir «no ho sé», ni tampoc evitaré demanar consell als meus col·legues, sempre que els seus coneixements i habilitats siguin necessaris en benefici del pacient.

Respectaré la privacitat dels meus pacients. Tindrè cura especialment dels aspectes que fan referència a qüestions de vida o mort.

Si tinc l'oportunitat de salvar una vida, ho faré agraït. Si està dins de les meves facultats decidir si a una persona li ha arribat l'hora de morir, acceptaré aquesta enorme responsabilitat amb gran humilitat i ben conscient de la meva pròpia fragilitat. Per damunt de tot, no jugaré mai a ser Déu.

Recordaré sempre que no tractem símptomes, anàlisis ni gràfics de febre o tumors en creixement, sinó que tractem persones malaltes, la malaltia de les quals pot afectar l'estabilitat i l'economia d'una família. La meva responsabilitat inclou també aquests problemes, si vull tractar els malalts de manera adient.

Previndrè la malaltia sempre que pugui, atès que la prevenció és preferible al tractament.

Recordaré sempre que sóc un membre més de la societat on visc, amb unes obligacions especials envers tots els éssers humans que la configuren, tant sans com malalts.

Si no trenco aquest jurament, que em sigui permès gaudir de la vida i de les moltes arts que la configuren, que sigui respectat mentre visqui i que sigui recordat amb estima quan ja no hi sigui.

Que sempre pugui actuar per tal de preservar les millors tradicions i costums d'aquesta professió, i que pugui experimentar el plaer de curar totes les persones que em demanin ajuda.

4 de juny de 2023