Nuevas perspectivas bioéticas: autonomía relacional

Delgado Rodríguez, Janet *

Enfermera. Licenciada en Filosofía. Master en Bioética.
Enfermera asistencial en UVI del Hospital Universitario de Canarias. Canarias, España.

Resumen: El concepto de autonomía en el que se ha basado tradicionalmente la Bioética proviene de la teoría liberal, y se articula a partir de un sujeto teórico que poco tiene que ver con las personas. Por ello, en este artículo se plantea la necesidad de revisar y reformular el concepto de autonomía para la Bioética. ¿Hay alternativas al modelo liberal de autonomía tan extendido en nuestras sociedades? Se propone la noción de autonomía relacional como término que recoge ese entramado de relaciones y vínculos que posibilitan la libertad y la toma de decisiones propia, y que se adecua de manera más fiel a la realidad social en la que nos encontramos. Por un lado, la autonomía relacional pretende reflejar la red de relaciones que es constitutiva de la persona. Por otro, se desarrolla como concepto que da cuenta de la co-responsabilidad tanto del profesional como del ciudadano a la hora de que sea el paciente quien tome decisiones autónomas

Palabras clave: autonomía relacional, bioética, vínculos, vulnerabilidad, toma de decisiones compartida.

Abstract: The autonomy concept on which the Bioethics has been based traditionally comes from the liberal theory, and it articulates from a theoretical subject that little it has to do with the people. For this reason, in this article is exposed the necessity of reviewing and formulating the concept of

Delgado Rodríguez, Janet. *Nuevas perspectivas bioéticas: Autonomía relacional.* ENE. Revista de Enfermería. Abr. 2012; 6(1): 36-43

Recibido: 29/feb/2012
Aceptado: 30/mar/2012

* Correspondencia: janet_al_habla@yahoo.es

autonomy for the Bioethics. Are there alternatives to the liberal model of autonomy so extended in our societies? It´s proposed the notion of relational autonomy like a term that gathers that framework of relations and bonds that make possible the freedom and the own decision making, and this is adapted more faithfully to the social reality in which we were. On the one hand, the relational autonomy tries to reflect the network of relations that is constituent of the person. On the other, it is developed like concept that gives account of the Co-responsibility of the professional and the citizen at the time of which the patient who makes independent decisions.

Key words: relational autonomy, bioethics, bonds, vulnerability, share decision making.

Introducción

Uno de los problemas centrales en el ámbito de la Bioética ha sido la cuestión de la autonomía. La mayor parte de los planteamientos bioéticos tradicionales están influidos por la concepción liberal de la autonomía, que parte de una noción de sujeto individualista, exclusivamente racional, aislado del entorno, etc. Frente a esta visión de la autonomía, tanto desde el comunitarismo como desde el feminismo se han articulado diferentes críticas. Desde la teoría feminista, muchas autoras manifiestan la inseparabilidad del yo y el contexto, y enuncian claramente que el yo se construye en relación con los otros (1). Así, puede verse cómo la Bioética feminista intenta conocer los contextos culturales, sociales, económicos, extendiendo la vista al mundo en su conjunto, no considerando oportuno aproximarse a las distintas temáticas en abstracto, más allá de las personas implicadas y prescindiendo del sistema económico en el que vivimos.

Los problemas de la autonomía

Autonomía es la condición del individuo que no depende de nadie. En el ámbito sanitario, la autonomía supone el reconocimiento del derecho del individuo a participar en las decisiones asistenciales que le competen. El principio de autonomía es el principio por el que el paciente tiene derecho a su autodeterminación, a participar activamente en la toma de decisiones sobre su tratamiento. El respeto a este principio hace que, en el ámbito sanitario, la autoridad final deba residir siempre en el paciente o, si éste es incompetente, en su representante, que habitualmente es el familiar más próximo. Si el paciente ha expresado con anterioridad sus deseos, es obligación del equipo sanitario respetarlos. Este principio ha venido a defender los intereses de los individuos de las sociedades pluralistas. Sin embargo, cabe preguntarse sin basta con la defensa de la autonomía tal y como ha sido articulada desde el paradigma liberal, o si es necesario reformular este principio desde otras perspectivas, que amplíen la visión tradicional.

El principio de autonomía es central en el pensamiento moderno, pues sin él no puede comprenderse ni la libertad ni la conducta de las personas. Sin embargo, la autonomía es entendida como independencia de cualquier vínculo en la esfera individual. En las descripciones liberales, la autonomía es el estado en el que la persona es totalmente independiente, descargada del apego a los otros, libre para confiar en sí misma, desligada de compromisos, etc. Charlesworth (2) sostiene que en una sociedad liberal, el valor supremo es la autonomía personal. Muchas han sido las críticas que se han hecho a este concepto. De entre ellas, destacan aquellas que defienden que el principio de autonomía es individualista y asocial, porque abstrae al individuo del contexto social y cultural que dota de significado las acciones humanas (3). Unido a este

planteamiento, va aparejada la idea de que el énfasis en la autonomía lleva a un enfoque ético egoísta, de modo que llegan a perder importancia las responsabilidades relativas a los otros.

En la tradición filosófica, el concepto de autonomía ha sido visto como un instrumento para la agencia individual, entendiendo ésta como separada, independiente de los demás y plenamente racional. Sin embargo, las personas no son completamente independientes, y su toma de decisiones no sigue siempre las normas de la racionalidad (4). Como afirma Jorge Riechmann (5), el sujeto moral que insistentemente se toma como referencia en las reflexiones sobre ética se corresponde con un sujeto continua y constantemente racional, sin discapacidades dignas de mención, con buena salud y libre de alteraciones, un concepto de persona que tiene poco que ver con los seres humanos que somos. La corporalidad, la vulnerabilidad, la dependencia humana quedan en un segundo plano. El marco teórico con el que empezó su andadura la bioética, el individualismo liberal, ha hecho demasiado hincapié en un concepto de autonomía centrado en un discurso abstracto de los derechos, ajeno al contexto social, sin raíces y sin necesidad de mediación con otros valores como la solidaridad o la confianza.

En el ámbito sanitario, no podemos perder de vista que el desarrollo de la concepción liberal de la autonomía se gestionó para hacer frente al paternalismo imperante en las relaciones sanitario-paciente. Con el desarrollo de la Bioética, el paternalismo suponía un quebrantamiento de la libertad individual, del derecho del paciente a tomar sus propias decisiones en el ámbito de la salud. Esto dio paso a un modelo de relación contractual, en el que el profesional sanitario expone una serie de tratamientos, y el paciente acepta uno. Partiendo del rechazo rotundo al paternalismo, se plantea la necesidad de reconceptualizar la autonomía, enfocándola de manera que pueda conseguirse un equilibrio entre el yo y las relaciones, puesto que la interdependencia es una parte integrante de la autonomía (6). "Nuestra dependencia de las otras personas, cuando es recíproca, no es la antítesis de la autonomía, sino una condición previa literal de la autonomía y la interdependencia, un componente constante de esta"(7). Entender la autonomía como independencia de vínculos lleva a una individualidad cerrada en sí misma. Por eso, la Bioética no puede seguir basándose en una concepción de la autonomía que pretende hacer desaparecer a los otros, sino que "es preciso atender al entretejido relacional que hace posible la autonomía, que la sostiene o que, en ocasiones, la limita"(8).

El problema del enfoque liberal del principio de autonomía en la práctica clínica radica, en primer lugar, en que desemboca en una comprensión del ser humano que no tiene en cuenta su carácter de dependencia y vulnerabilidad, que son también condiciones inherentes a la vida. En sentido abstracto, la autonomía da cuenta de las decisiones y actos individuales, pero no podemos dejar de lado que muchas veces, las decisiones individuales dependen de múltiples factores relacionales. En este sentido la autonomía ha de ser complementada por otros conceptos, como el de vulnerabilidad. Se trata de llevar el concepto abstracto de autonomía a una realidad más humana, al contexto del sujeto enfermo entendido no sólo como sujeto autónomo, sino también como sujeto vulnerable. En segundo lugar, para una mejor comprensión del principio de autonomía, es necesario articular una ética de la co-responsabilidad. Dentro de las relaciones asistenciales, no podemos perder de vista la posición que ocupan los participantes en dicha relación. Para la superación del paternalismo, era necesaria la inversión de la asimetría en la toma de decisiones que tradicionalmente se ha dado en la práctica clínica, asimetría en el sentido de

que el médico tomaba todas las decisiones sin contar con lo que el paciente pensara o deseara. Pero, más allá de dicha superación, lo cierto es que las relaciones clínicas no son relaciones contractuales, sino relaciones de ayuda. Especialmente, la enfermedad supone una de las formas específicas de vulnerabilidad que afectan a los seres humanos, y plantea la necesidad de recurrir a éticas de la responsabilidad y del cuidado en las que la voz del otro prevalezca.

Autonomía, vulnerabilidad y vínculos

Ricoeur señala que la autonomía se presenta de modo paradojal y fundamentalmente como "idea-proyecto": "porque el ser humano es por hipótesis autónomo, debe llegar a serlo" (9). Ricoeur pone de manifiesto la paradoja de la autonomía y la vulnerabilidad: "es el mismo ser humano el que es lo uno y lo otro bajo dos puntos de vista diferentes. Y es más, no contentos con oponerse, los dos términos se componen entre sí: la autonomía es la de un ser frágil, vulnerable". Debemos llegar a ser autónomos, precisamente porque somos vulnerables y nuestro horizonte, nuestro objetivo es la búsqueda de esa autonomía. La vulnerabilidad tiene que ver, pues, con la posibilidad de sufrir, con la enfermedad, con el dolor, con la fragilidad, con la limitación, con la finitud y con la muerte. Como señala Lydia Feito(10), el concepto de vulnerabilidad es esencial para la comprensión de lo humano, ya que supone atender a una dimensión antropológica, que nos iguala en la fragilidad, y a una dimensión social, en la que nos hacemos más o menos susceptibles al daño en función de las condiciones (ambientales, económicas, etc) en que desarrollamos nuestra vida, y de la posibilidad que tales condiciones nos ofrezcan de asegurar las capacidades básicas que nos permiten alcanzar la calidad de vida y encontrar el reconocimiento como clave de la autonomía.

A este respecto, L. Feito señala que debemos llegar a ser autónomos, precisamente porque somos vulnerables, y nuestro horizonte es la búsqueda de esa autonomía. La vulnerabilidad antropológica, intrínseca, es una constatación de la vida como quehacer, como algo por construir, desde nuestra radical finitud.[1] De lo que se trata, pues, es de reconocer la vulnerabilidad como característica propia, y, a la vez, intentar solventar la condición de especial vulnerabilidad en la que se ven inmersos los individuos cuando se encuentran en situación de enfermedad, o cuando pueden ser de una manera u otra forma sometidas a un mayor daño potencial por parte de otras personas, sobre todo aquella vulnerabilidad que se genera desde el momento en que no se genera un reconocimiento del otro, o desde que no se respeta su alteridad.

Jennifer Nedelsky (11) mantiene que la autonomía ha de ser vista en término de relaciones, ya que esta visión proporciona un mejor camino para la resolución de conflictos. Sostiene que tradicionalmente, se ha concebido que los derechos son barreras que protegen al individuo de la intrusión de los otros o del estado. En este sentido, los derechos son definidos como límites que los demás no pueden traspasar, porque vulneraría nuestra libertad y autonomía. Pues bien, esta visión de la autonomía, sostiene Nedelsky, es errónea, porque lo que realmente hace posible la autonomía no es la separación de los demás, sino más bien las relaciones, los vínculos. Pero, dado que la autonomía no es una cualidad que poseamos de una vez y para siempre, el desarrollo de esta capacidad, de este derecho, requiere de un entorno que la haga posible. De otra forma, la

[1] La vulnerabilidad antropológica se refiere a la condición de fragilidad propia e intrínseca al ser humano, la posibilidad de ser dañado. La vulnerabilidad socio-política es la que se deriva de la pertenencia a un grupo, género, localidad, medio, condición socio-económica, cultura o ambiente que convierte en vulnerables a los individuos.

colectividad puede ser tanto fuente de autonomía como una amenaza para ella. Este enfoque, además, traslada el foco de la protección de los otros hacia la construcción de relaciones que fomenten la autonomía. Para ella, debemos llegar a ser autónomos, y esa capacidad para autolegislarnos puede nutrirse sólo del contexto de relaciones con los otros. La autonomía no es un atributo estático, sino que se trata de una capacidad que se va desarrollando.

La autonomía relacional

En el ámbito sanitario, entender la autonomía del paciente como una autonomía relacional implica asumir que los pacientes son individuos insertos en su contexto social, familiar, etc. Con ello, nuestro objetivo como enfermeros a este respecto consistirá en mejorar la capacidad de decisión de las personas en lo relativo a su salud. El respeto a la autonomía del paciente no consiste simplemente en dejar la decisión en manos del paciente, sin más, sino que requiere un ejercicio constante de comunicación con el mismo para que pueda llegarse a una decisión verdaderamente autónoma. Por eso la elección requiere también el esfuerzo por conseguir una comunicación eficaz, en la que se facilite, se anime y se apoye en el proceso de toma de decisiones del paciente.

El primer eje a partir del que se desarrolla la noción de autonomía relacional es el reconocimiento de la vulnerabilidad, ligada a la noción de interdependencia, la característica del individuo que nos dice que nunca es plenamente independiente y racional. Vivir en un contexto social es literalmente constitutivo de los seres humanos. El problema radica en cómo combinar el ser relacional con el valor de la autodeterminación. El segundo eje es el requisito indispensable de una ética de la responsabilidad, o más bien, una ética de la corresponsabilidad, porque se trata de subrayar que ha de darse una responsabilidad compartida entre las dos partes implicadas en la relación clínica: el paciente y el profesional sanitario.

La Bioética ha contemplado el principio de autonomía desde la perspectiva del profesional y ha formulado el deber de respetar el derecho del paciente a la autodeterminación (12). La Bioética en general se ha centrado en definir los derechos de los pacientes y las obligaciones de los profesionales sanitarios, sin haber puesto suficiente énfasis en la responsabilidad que supone para cada uno de los implicados. Por ello, es necesario enfocar el concepto de autonomía relacional a partir de la noción de corresponsabilidad, que incluya tanto la responsabilidad desde la perspectiva del paciente, como desde la perspectiva del profesional. Si partimos de la perspectiva del paciente, el derecho a la autonomía sólo puede ser ejercido de manera responsable si se dispone de herramientas para ello. Y ese ejercicio de la autonomía implica necesariamente adquisición de poder. Pero es necesario acentuar tanto el derecho a la autonomía del paciente, como la responsabilidad que ello implica. Y para ello se requiere acción educativa, orientada a favorecer la adquisición de poder por parte de los ciudadanos.

Desde la perspectiva del profesional sanitario se hace necesario también subrayar la importancia de la responsabilidad profesional. Reformular la noción de autonomía del paciente implica que el profesional sanitario asuma un compromiso con la autonomía: ésta sólo será posible si se dan las condiciones mínimas necesarias para poder optar libremente. Para ello, la primera condición es la información, que debe ser suficiente, comprensible, adecuada y veraz. La segunda condición consiste en tener en cuenta el contexto personal, familiar y social en el que el paciente se encuentra. Todo ello requiere también una importante acción educativa que ofrezca a los profesionales sanitarios nuevos medios que les ayuden en lo referente a la comunicación con los

pacientes. La responsabilidad profesional necesaria para garantizar la autonomía del paciente no consiste en asegurarse de que el paciente finalmente decida, sino en asegurarse de que se le dan al paciente todas las condiciones mínimas indispensables para que pueda elegir. Es al profesional a quien le corresponde garantizar esas condiciones a partir de las cuales el ejercicio de la autonomía sea posible.

La toma de decisiones compartidas

La toma de decisiones compartidas se define como un conjunto de instrumentos enfocados a realizar una toma de decisiones específica y deliberada en lo concerniente a aquello que afecta a la salud de los pacientes concretos. Se añade el término toma de decisiones compartida para reflejar el hecho de que las decisiones se adoptan de manera conjunta entre el equipo sanitario y el paciente, una vez que el paciente dispone de la información necesaria (13).

Son diversas las ocasiones en que los pacientes y los profesionales sanitarios han de tomar decisiones sobre pruebas diagnósticas o tratamientos sobre los que no existe certeza acerca de sus resultados clínicos. Esta incertidumbre puede estar ocasionada directamente por la ausencia de evidencia científica al respecto, pero también por el hecho de que diferentes tratamientos con el mismo objetivo terapéutico ofrezcan, en muchos casos, un balance riesgo/beneficio similar. Precisamente, por no existir en esas ocasiones una única o "mejor" decisión, se hace necesario informar al paciente para incorporar sus valores y preferencias en la toma de decisiones, dado que en estas situaciones el punto de vista de los pacientes puede diferir de la percepción del profesional en cuanto a la importancia personal o valor que se le asigna a la relación entre los beneficios y los efectos adversos de las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas.

El objetivo de esta herramienta es que el papel de los pacientes en la toma de decisiones clínicas adquiera un mayor peso, de modo que se respete plenamente su autonomía. También es cierto que esta herramienta no pretende sustituir al consentimiento informado. Más bien, lo que trata de desarrollar son estrategias de apoyo para la toma de decisiones que, por tanto, también apoyaría el proceso de consentimiento informado. En todo caso, lo cierto es que el modelo de toma de decisiones compartida no debe basarse en un modelo contractual, sino en una relación de ayuda, en lo que ha dado en denominarse la atención centrada en el paciente (14). Por eso, es interesante que el modelo de autonomía relacional se desarrolle conjuntamente con estas herramientas que complementan y enriquecen la relación clínica en cuanto que relación de ayuda.

Cuando los pacientes están adecuadamente informados, es más fácil que participen activamente en sus cuidados, tomen decisiones acertadas y tengan mayor adherencia a los tratamientos. En una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane sobre ayudas a pacientes para la toma de decisiones compartidas (15) se comparó el impacto sobre la salud de los dos modelos de relación. Se confirmó que aunque los resultados en salud no eran mejores en el grupo que recibía ayudas y participaba en la toma de decisiones compartidas, aumentaban en estos pacientes sus conocimientos y se ajustaban sus expectativas con la realidad. A través de un proceso más participativo, cuando los pacientes escogían entre diferentes alternativas sobre aspectos relevantes de tratamiento o screening, se reducía el conflicto que les generaba y aumentaba su satisfacción con el proceso de toma de decisiones o con la decisión finalmente tomada.

Para tomar decisiones en la clínica, tan importante como atender a la manifestación de la voluntad de la persona es comprobar que el procedimiento mediante el cual se toma la decisión refleja efectivamente su

autonomía. Y para que esto ocurra, tienen que cumplirse tres condiciones: en primer lugar, que el paciente tenga intención de participar en la decisión; en segundo lugar, que comprenda la información relevante que rodea a la decisión a tomar, especialmente las consecuencias previsibles de cada opción y, por último, que no exista coacción, tanto de profesionales como de familiares. El manejo prudente de la toma de decisiones compartidas con el paciente durante la entrevista clínica marca un estilo de relación que facilita el reconocimiento recíproco entre éste y el profesional, antagónico a las relaciones de poder en las que uno u otro pueden sufrir manipulación. Además, el reconocimiento mutuo, permite afrontar de manera éticamente adecuada los nuevos conflictos de valores que pueden plantearse en el ámbito sanitario, ya sea como consecuencia del trato a pacientes de diferentes culturas, como consecuencia de los nuevos avances tecnológicos, etc. (16).

Conclusiones

Con la difusión del concepto liberal de autonomía se ha extendido también un modelo contractual de las ciencias biosanitarias que no tiene en cuenta las circunstancias sociales, culturales, económicas, etc. Como señala Lourdes Gordillo (17) "ser autónomo no consiste en no tener vínculos, la autonomía es saber asumir los propios vínculos libremente, es ser consciente de los propios límites para comprender cómo compaginar la condición finita del hombre y su inconmensurable dignidad humana". La autonomía relacional se articula como un concepto que intenta dotar de condiciones de posibilidad a la autonomía. Y esto lo consigue, en primer lugar, reconociendo la vulnerabilidad como característica propia de los seres humanos. La autonomía no debe desprenderse de otras características de lo humano como la fragilidad, la vulnerabilidad y la interdependencia. Lejos de ello, la Bioética debe encontrar puentes que posibiliten que la autonomía se dé en contextos reales, concretos.

El reconocimiento de la autonomía de las personas en el ámbito de la Bioética, no será posible sólo por el hecho de que se aprueben nuevas normativas, regulaciones jurídicas o códigos deontológicos. Es fundamental el compromiso mutuo tanto del paciente como del profesional. En el caso del paciente, es requisito necesario que los ciudadanos adquieran competencias suficientes para poder tomar decisiones, y eso sólo podremos conseguirlo educando a la ciudadanía en cuestiones de Bioética. En el caso de los profesionales sanitarios, es fundamental destacar la importancia que la responsabilidad adquiere. En este caso, corresponde al profesional prestar la relación de ayuda, responder a la actitud solícita del otro que se encuentra frente a él. Pero también en este caso es imprescindible la formación de los médicos, enfermeros y profesionales sanitarios en Bioética.

Se trata de articular vías y caminos por los que se favorezca el diálogo, la discusión, el planteamiento de dudas, etc. Un proceso bidireccional en el que el profesional y el paciente se comunicaran en un clima de confianza y respeto, para intentar llegar al curso de acción óptimo. Es una herramienta que exige mucha responsabilidad y respeto por parte de los dos intervinientes. El objetivo de una autonomía definida como relacional no es otro que empoderar al paciente: no abandonarlo ante una decisión para la que probablemente no está preparado para tomar, sino darle herramientas que permitan que ejerza verdaderamente su autonomía.

Bibliografía

1. Luke, C. y Lee Bartky, S. Feminismos y pedagogías en la vida cotidiana, Morata, Madrid, 1999. Pp 82-84
2. Charlesworth, M. La bioética en una sociedad liberal. Cambridge University Press, 1996.
3. García Gómez-Heras, J.M. Consentimiento informado y autonomía moral. En García Gómez-Heras, J.M y Velayos Castelo, C. (ed) Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas. Tecnos, Madrid, 2005.
4. Sherwin, S. No longer patient: feminist ethics and heath care. Temple University Press, Philadelphia, 1992
5. Citado en Ruiz Callejón, E. "El principio de autonomía y la salud del último hombre". Thémata. Revista de filosofía. Núm. 39, 2007, pp 147-151, en http://www.institucional.us.es/revistas/revistas/themata/pdf/39/art17.pdf
6. Marsico, G. Bioética: voces de mujeres. Nancea, Madrid, 2003, p 97
7. Porter, E. Mujeres y amistades: Pedagogías de la atención personal y las relaciones. En Luke, C. (Comp) Feminismos y pedagogías en la vida cotidiana, Morata, Madrid, 1999, pp 83-84
8. Guerra Palmero, M. J. "Vivir con los otros y/o vivir para los otros. Autonomía, vínculos y ética feminista" Dilemata, año 1 (2009), nº 1, 71-83
9. Ricoeur, P. Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada. Trotta, Madrid, 2008
10. Feito Grande, L. "Vulnerabilidad" An. Sist. Sanit. Navar. 2007 Vol. 30, Suplemento 3
11. Nedelsky, J. "Reconceiving rights as relationship". Review of Constitutional Studies, vol 1, nº 1, 1993
12. Prat, E. H. El principio de autonomía: una nueva perspectiva. Conferencia de clausura del Máster de Bioética, Pamplona, 23/05/2009.
13. Izquierdo Botica, F. y Blasco Amaro, J. A. "Herramienta de Ayuda para la Toma de Decisiones compartida en cáncer de mama-Patient Decision Aids Tool for breast cancer". Madrid: Plan de Calidad para el SNS del MSPSI. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo; 2010

    Disponible en: http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/371/UETS%2009-07.pdf
14. Costa Alcaraz, A. M.; Almendro Padilla, C. "Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente". Aten Primaria. 2009; 41:285-7. - vol.41 núm 05.

    Disponible en: http://www.uv.es/gibuv/Tomadecisiones.pdf
15. O'connor A.M, Stacey D, Entwistle, V et al. "Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Cochrane Review)", The Cochrane library, Issue 1, 2004. Chichester, UK; John Wiley & Son, ltd.
16. Costa-Alcaraz A.M, et al. "Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente". Rev Clin Esp. 2011.
17. Gordillo Álvarez-Valdés, L. "¿La autonomía, fundamento de la dignidad humana?" en Cuadernos de Bioética. XIX, 2008/2ª , pp 237-253