

BIOÉTICA RAZONADA Y RAZONABLE

Francisco Javier León Correa



Fundación Interamericana Ciencia y Vida

SANTIAGO DE CHILE, 2009

Copyright: 2009 Francisco Javier León Correa
PRIMERA EDICIÓN: junio 2009. Santiago de Chile
Edita: Fundación Interamericana Ciencia y Vida. José Pérez Adán. www.ulia.org/ficv/
ISBN: 978-956-319-935-2
Registro de la propiedad intelectual, n°:
Prohibida su reproducción total o parcial sin permiso del editor.
Impreso en Chile: CIPOD, Impresión digital. Santiago de Chile

ÍNDICE

Introducción.	4
Parte 1ª.- FUNDAMENTOS DE BIOÉTICA GENERAL	
Capítulo 1.- Fundamentos éticos de la Bioética.	8
Capítulo 2.- Dignidad humana y derechos humanos en Bioética.	20
Capítulo 3.- Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales.	31
Capítulo 4.- Bioética y religión.	39
Capítulo 5.- Enseñar Bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores.	44
Parte 2ª.- ALGUNOS DILEMAS ÉTICOS AL INICIO Y AL FINAL DE LA VIDA	
Capítulo 6.- Inicio de la vida humana: datos científicos y reflexión ética.	55
Capítulo 7.- El aborto desde la bioética: ¿autonomía y beneficencia frente a justicia?..	63
Capítulo 8.- El diálogo bioético en las técnicas de reproducción asistida.	75
Capítulo 9.- Dilemas éticos en la atención del paciente terminal.	84
Capítulo 10.- Voluntades anticipadas: cómo conjugar autonomía y beneficencia.	96
Capítulo 11.- La eutanasia y su legalización: bases para un debate público.	106
Parte 3ª.- BIOÉTICA INSTITUCIONAL, SOCIAL Y GLOBAL	
Capítulo 12.- Principios para una Bioética institucional y social.	117
Capítulo 13.- Bioética: entre la universalidad y la interculturalidad. Los desafíos éticos de la globalización.	125
Capítulo 14.- Bioética y biopolítica en Latinoamérica.	140
Capítulo 15.- Bioética y crisis medioambiental	145
Capítulo 16.- Feminismo y bioética.	155
Bibliografía utilizada.	163

Introducción

Este libro está dirigido sobre todo a los estudiantes de bioética, para ayudarles a profundizar en algunos temas de fundamentación, y en la reflexión ética en aspectos del inicio y fin de la vida humana, sin intentar agotar cada cuestión. No es un manual, es una selección de textos que tienen una unidad: la visión desde la bioética como disciplina integradora de perspectivas, que supone siempre una complementación de visiones, y el diálogo entre autores diversos. En el diálogo racional siempre aparecen caminos de profundización quizás poco explorados, para conseguir realizar el objetivo de la bioética, como deliberación práctica sobre las exigencias éticas que lleva consigo el respeto y la promoción de la dignidad de la vida humana y la persona en el ámbito biomédico.

Se recogen textos casi todos ya editados, aunque puestos al día en cuanto a la bibliografía y el contenido. La mayoría son recientes, publicados en revistas de bioética de distintos países de Latinoamérica en estos últimos años. Queremos ofrecer la oportunidad de ver el conjunto, y por otro lado, se han puesto al día, gracias a los comentarios recibidos.

Cuando ya estaba terminado este libro, y el autor acababa de poner el título –“bioética racional y razonable”- se encontró con un reciente texto de Carla Cordúa sobre el racionalismo moderno, desde Descartes a la actualidad, en que realizaba la historia de encuentros y desencuentros entre estos dos conceptos, racionalidad y razonabilidad¹: se llama “El cuento que propone partir de cero”. Partir de cero se proponía el racionalismo moderno, con un método de pensamiento riguroso como “fundamento último indiscutible cuya generalidad abstracta y necesidad innegable ha de cumplir con una función parecida a la que desempeña el cero en el orden de los números. Razonable, en contraste con racional, es lo sensato, el pensamiento y la acción que toman en cuenta el momento y las circunstancias, el propósito y los medios, la experiencia y los consejos, las oportunidades y los peligros. Se puede ser, según el caso, razonablemente desconfiado, impertinente, etc, pero no, sin razones suficientes, racionalmente impertinente”.

Bioética racional, sí, pero también razonable. No sólo racionalidad práctica, sino oportunidad, diálogo, afán de consenso desde las propias razones, y volver a los fundamentos siempre que haga falta. Propuesta de una bioética universal pero complementada con lo particular: Kant y la ética dialógica, más la concepción fenomenológica del personalismo y la ética del cuidado. Racional y razonable: plantear metas ideales es objetivo insustituible de la ética, pero no sólo desde la virtud esforzada y difícil, o de la racionalidad pura, sino también desde la “aceptación de lo razonable” en el sentido de “darse por contento con algunas cosas” en expresión de Wittgenstein. “Recoger asimismo –en palabras de Rawls²- lo razonable presente en la conducta de los ciudadanos y ciudadanas, como expresión de ciertos poderes morales, de la posesión de un sentido de la justicia y, al mismo tiempo, del poder de diseñar y revisar nuestros ‘planes de vida’”. Siempre debemos revisar nuestra vida individual y social, y contar en ella con los demás, como nos recuerda Ricoeur: “si la posición (del sujeto racional) en la duda cartesiana puede

¹ Cordúa C. *IncurSIONes*. Santiago: Universidad Diego Portales; 2008: 331-340.

² Salvat P. Teoría de la justicia y solidarismo liberal en John Rawls. En: Figueroa M, Michelini D (Comps.). *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 37-57.

seguir siendo un acto éticamente neutro, la posición del otro en tanto que otro –el reconocimiento de una pluralidad y de una alteridad mutua- no puede no ser ética”³. “Cuando lo frágil no es algo, sino alguien... ese alguien nos aparece confiado a nuestros cuidados, puesto a nuestro cargo”⁴. La fragilidad de la vida humana, como individuos y como especie –que es en definitiva la preocupación de la bioética- nos lleva siempre a la responsabilidad y a la donación de nosotros mismos, tanto en la actividad de los profesionales de la salud como en el quehacer docente o académico.

Quizás la experiencia pasada, y los encendidos debates sobre cuestiones de bioética, contemplados, o participados, o sufridos por el autor, llevan a tratar de unir lo racional con lo razonable, en la búsqueda de lo mejor.

Dentro de esta búsqueda de lo mejor, quizás el mayor “bien básico” aportado por la dedicación académica a la Bioética ha sido la amistad de tantas personas de diferentes países de Latinoamérica, en estos primeros años de desarrollo de la disciplina. A los amigos y maestros, especialmente a los que ya no están con nosotros como Sergio Cecchetto, y a los alumnos actuales y futuros, les dedica el autor esta obra con el deseo de que les sirva para fundamentar sus razones, y quizás ser un poco más razonables todos.

Agradecemos en primer lugar a la Fundación Interamericana Ciencia y Vida, por hacer posible la edición de este libro. En las reuniones y congresos Ciencia y Vida, celebrados en diversos países de Latinoamérica, hemos encontrado una verdadera comunidad de “amigos morales”, más allá de las fronteras culturales o nacionales, y en ellos hemos presentado muchas de las ideas presentes en este libro, antes de ponerlas por escrito. En especial debemos mencionar a José Pérez Adán, cuyo comunitarismo ha complementado el personalismo del autor, por su impulso a la enseñanza de la bioética desde la Fundación, y desde la Universidad Libre Internacional de las Américas. Agradecemos también a la Universidad Católica de Chile por permitirnos el tiempo para realizar esta obra, dentro de nuestra dedicación académica.

Agradecemos los comentarios recibidos a los artículos editados en diversas revistas, y a todos los que han participado en el diálogo académico durante estos años. En especial, agradecemos el permiso de cada revista para reproducir aquí estos textos.

Parte de fundamentación:

Dignidad humana, libertad y bioética. Fue publicado en su primera versión en la revista *Cuadernos de Bioética*, n° 12, 4° 1992, pp. 5-22. Santiago de Compostela, España.

Dignidad humana y derechos humanos en Bioética. Universidad de Montevideo, *Revista Biomedicina*, 2007, 3 (1), 240-245.

Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales. En Libro: Fernando Lolas Stepke (Editor) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*.

³ Mena P. Solidaridad e invención del prójimo. En: Figueroa M, Michelini D (Comps.). *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 76.

⁴ Citado en: Mena P. *Ob.cit.*: 72.

Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Bioética OPS-OMS, Santiago de Chile, 2004, pp. 145-152.

Bioética y religión. *Ars Medica*, Santiago de Chile, 2008, 16: 207-214.

Enseñar Bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. *Acta Bioética*, 2008, Vol. 14 (1): 11-18.

Algunos temas del inicio y del final de la vida:

El aborto desde la Bioética: ¿Autonomía y beneficencia frente a justicia? Capítulo en libro: M^a de la Luz Casas (Ed.) *Hacia una cultura de la vida. Bioética y aborto*. México: Editorial Trillas; 2009: 23-46.

El diálogo bioético en las técnicas de reproducción asistida. *Acta Bioética*, año XIII, n° 2, 2007, 161-167.

Enfermería y paciente terminal: aspectos bioéticos. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, México, 2008, vol. 5, n° 4: 40-45.

El capítulo sobre voluntades anticipadas se ha elaborado con dos artículos diferentes:

Las voluntades anticipadas: cómo conjugar autonomía y beneficencia. *Revista CONAMED*, 2008, 13 (3): 26-32.

Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica. *Revista Colombiana de Bioética*, Universidad de El Bosque, Octubre-Diciembre 2008, Vol. 3, n° 2: 83-101.

El debate actual sobre la legalización de la eutanasia. *Ars Medica*, 2006, n° 12, pp. 39-52.

Bioética institucional, social y global:

De los principios de la Bioética Clínica a una Bioética Social para Chile. *Revista Médica de Chile*, 2008; 136: 1084-1088

De la Bioética clínica a una Bioética institucional y social. *Cuadernos de Bioética*. Editorial Ad Hoc, Buenos Aires, octubre 2008. Editorial, pp. 21-38.

Bioética y Biopolítica en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Bioética*. Mérida, Venezuela, edición electrónica, noviembre 2008, vol. 2, n° 2.

Bioética y crisis medioambiental. *Medicina y Humanidades*. Revista U. de Chile, Campus Sur. 2009, mayo, edición electrónica, 1 (1).

Ética del cuidado feminista y Bioética personalista. *Persona y Bioética*, 2008, 12, 1 (30): 53-61.

Parte 1ª FUNDAMENTOS DE BIOÉTICA GENERAL

CAPÍTULO 1º. FUNDAMENTOS ÉTICOS DE LA BIOÉTICA⁵

Introducción

Históricamente, la bioética ha surgido de la ética médica, centrada en la relación médico-paciente. Los problemas de injusticias notorias en el campo de la investigación biomédica, los nuevos problemas causados por los avances de la propia medicina y de la tecnología médica, y finalmente, los cambios sustanciales en los modelos de atención de la salud, sobre todo en los sistemas públicos, llevaron a la urgente necesidad de implementar de nuevo una visión ética de la ciencia, que iba más allá de los límites de la ética médica. Respecto a ésta última, la bioética supone un intento de conseguir un enfoque secular, interdisciplinario, prospectivo, global y sistemático, de todas las cuestiones éticas que conciernen a la investigación sobre el ser humano y en especial a la biología y la medicina.

En los años 80 y comienzos de los 90 comenzó a enseñarse esta nueva disciplina, la Bioética, en algunas Universidades de Latinoamérica, después de su andadura inicial en el ámbito norteamericano.

Tiene unas características propias:

- a.- La interdisciplinariedad: el diálogo entre las ciencias empíricas y las humanísticas.
- b.- El debate ético en una sociedad plural, basado en la tolerancia.
- c.- La elaboración de una teoría de fundamentación apoyada en unos principios claros y concretos: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.
- d.- La aplicación efectiva de esos principios en el ámbito clínico, con dos aspectos prácticos importantes:
 - Una metodología de análisis de casos clínicos que ayudaba efectivamente a los profesionales de la salud a la hora de resolver conflictos dilemas éticos en un mundo cada vez más conflictivo, de cambio de rol profesional y social, y de cambio de modelo de relación médico-paciente.
 - La creación de comités de ética asistencial o ética clínica, en el interior de los hospitales, que han difundido el interés por la Bioética, su enseñanza, y son hoy día un instrumento “institucionalizado” al servicio de la calidad de atención en salud y de la humanización de la relación clínica, aún con todos los problemas que su puesta en marcha y sus actividades llevan consigo dentro de sistemas de salud bastante burocráticos, rígidos y, en cierto modo, todavía autoritarios.

Estas características explican la gran difusión de la Bioética en el ámbito clínico y su efectividad. Como ejemplo, tenemos la multiplicación de los Centros de Bioética, ligados en su mayor parte al ámbito académico de la enseñanza universitaria, curso y congresos, asociaciones, publicaciones también en castellano, etc.

⁵ Publicado con el título: “Dignidad humana, libertad y bioética”, *Cuadernos de Bioética*, Santiago de Compostela, nº 12, 4º 1992, pp. 5-22.

La bioética clínica ha sido la que más desarrollo ha tenido en estos años, aunque también desde el comienzo está presente la preocupación por una bioética ecológica, puente entre las ciencias y las humanidades, como describiera Potter, que más tarde se ha denominado bioética global.

1.- Definición de Bioética

Las definiciones que se han dado son muy diversas y reflejan, en cierta forma, la variedad de enfoques y concepciones. Una de las primeras señala que "La Bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales"⁶. Se aportan aquí importantes precisiones sobre el objeto de estudio: la conducta humana en dos terrenos específicos, las ciencias de la vida (biología) y los cuidados de la salud; y este objeto es estudiado a la luz de los valores y principios morales y de forma sistemática⁷.

Algunos ponen más de relieve la necesidad de responder a los nuevos problemas planteados por las ciencias biomédicas. Así, "la bioética es la búsqueda ética aplicada a las cuestiones planteadas por el progreso biomédico"; otros acentúan los aspectos sociales o comunitarios: "La bioética es el estudio interdisciplinar del conjunto de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana (o de la persona humana) en el marco de los rápidos y complejos progresos del saber y de las tecnologías biomédicas". O señalan su papel de solución a "los conflictos de valores" en el mundo de la intervención bio-médica⁸.

Existen bastantes divergencias en cuanto al contenido de la bioética. Algunos la ven como un simple marco de reflexión y de investigación interdisciplinaria sobre los desafíos a raíz de los progresos técnico-médicos. Otros van más lejos y ven en la bioética un "método de análisis" que ayude en los casos de toma de decisiones. O más aún, si se considera que forma parte de la ética o es una forma de ética, se puede entender como una "búsqueda normativa" del deber ser en el ejercicio profesional.

Dentro de esta búsqueda de normas que orienten la acción, cabe una posición pragmática que considera imposible el consenso en las cuestiones de fondo dentro de una sociedad pluralista, y propone por tanto una ética de mínimos aceptables que siga el parecer de la mayoría, en la búsqueda de compromisos prácticos. "La bioética es la ciencia normativa del comportamiento humano aceptable en el dominio de la vida y de la muerte". En esta posición, se borra prácticamente la diferencia entre ética y derecho.

Otra posición distinta es la que destaca la perspectiva ética de la palabra y de la reflexión, buscando una sistematización, el análisis de los valores y postulados fundamentales que están en juego y una búsqueda ética personal: "la bioética es el estudio de las normas que deben regir nuestra acción en el terreno de la intervención técnica del hombre sobre su propia vida". Si quisiéramos precisar aún más esta definición, tendríamos que enumerar esos principios o valores

⁶ Reich WT (ed.), *Encyclopedia ob Bioethics I*. The Free Press: New York; 1978, XIX.

⁷ Para la historia del nacimiento de la Bioética dentro de la tradición médica, y para su fundamentación, Gracia D *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema; 1989.

⁸ Durand G. *La Bioética*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1992: 29-34.

fundamentales, que son el respeto a la persona humana, con la protección de las personas concretas, y el respeto y promoción de la vida humana en sí misma. Es una concepción que podríamos llamar personalista de la bioética: "Llamamos bioética a la búsqueda del conjunto de exigencias del respeto y de la promoción de la vida humana y de la persona en el sector bio-médico".

Como puede verse, son distintas concepciones y distintos ámbitos de aplicación, más o menos extensos.

2.- Principios, reglas y valores

Como comenta Guy Durand, "la reflexión bioética se basa en los hechos y en principios y reglas. La bioética no quiere principios determinados de forma abstracta y que se impongan a la realidad de forma autoritaria. Tampoco quiere un sistema de principios que funcionaran como prohibiciones incuestionables... quiere concluir en los hechos, pero necesita sin embargo de principios y reglas⁹".

Existen dos principios fundamentales, unánimemente reconocidos, que son complementarios: el respeto a la vida humana, que pertenece al orden de la objetividad y debe servir de finalidad a la actuación ética; y el principio de la autodeterminación de la persona, que remite al dominio de la subjetividad y es esencial en la ética. Estos dos grandes principios no suprimen las reglas y normas más concretas y específicas: el precepto de no matar, la noción de medios proporcionados, el principio de totalidad, el acto de doble efecto, el consentimiento libre e informado, etc.

Hay que tener en cuenta asimismo las reglas clásicas específicas de la deontología médica, como el principio de beneficencia, el principio de benevolencia y la confidencialidad; y también principios más recientes que influyen en la consideración bioética: el principio utilitarista de buscar el mayor bien para el mayor número de personas; el principio de universalización que propone siempre a la persona como fin y nunca como un medio; el principio de igualdad en dignidad y valor de todas las personas humanas; el principio de justicia y equidad, que puede compensar el utilitarismo primando la ayuda a los menos favorecidos.

Estos principios designan, por tanto, una orientación fundamental, inspiradora de la acción. Las reglas están en cambio más cerca de la misma acción, la determinan y enmarcan, y en definitiva, permiten la aplicación concreta de los principios.

La palabra valor incluye dos aspectos, la significación y la orientación a la acción, por lo que también puede utilizarse en relación con los principios, aunque en su acepción filosófica una moral de valores se opone a una moral de principios. Los valores pertenecen al orden del bien o del ser, como el valor de la vida, la dignidad de la persona o la autonomía del hombre como ser libre. El respeto a esos valores funda los principios éticos de respeto a la vida, prohibición de matar, autodeterminación, etc. Los principios y reglas -las normas- deben estar al servicio de los valores y traducirlos en términos operativos.

⁹ *Ibidem* p. 41.

Como puede verse, el equilibrio entre todos estos principios y valores no es siempre fácil. En el ámbito de la bioética nos encontramos frecuentemente con conflictos de principios y valores que es necesario jerarquizar o regular, en los casos concretos y a nivel teórico. De cualquier manera, está claro que toda reflexión bioética de la persona está condicionada por sus propios valores, por sus opciones y creencias, por la manera de entender al hombre, la vida y la medicina. Son decisivas las opciones fundamentales sobre el sentido de la vida humana y su definición, el sentido de la persona, del sufrimiento, de la vejez y de la muerte, el sentido de la procreación y de la sexualidad, y por supuesto, el sentido de la misma ética.

3.- Bioética de principios o de virtudes

En el ámbito norteamericano se ha desarrollado sobre todo la denominada bioética principalista, a partir del libro sobre Principios de ética biomédica, de Beauchamp y Childress, que destacaron –desde lo que denominan “moral común” universalizable- cuatro principios: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia. Su esquema de principios “prima facie” que ayudan a concretar nuestros deberes desde el marco de referencia valórico a las normas concretas de acción, se ha demostrado muy eficaz en el ámbito de la ética clínica, dentro de una sociedad pluralista. Pero también ha recibido numerosas críticas, sobre todo por su falta de jerarquización: cada uno de estos principios es del mismo nivel o importancia, y en caso de discusión entre varios de ellos –como sucede con frecuencia en bioética- deberemos acudir al análisis del caso concreto para ver cual debe prevalecer. Esto puede llevar a cierto relativismo, a que las excepciones no sean plenamente justificadas o se conviertan en mayoritarias, o a que en la práctica, el principio de autonomía tenga la primacía de hecho frente a los demás.

Debemos jerarquizar los principios bioéticos, sin reducciones fáciles y superficiales. Puede ayudar para ello la propuesta realizada hace ya algunos años por el Prof. Diego Gracia¹⁰ de establecer un primer nivel, con los principios de justicia y no maleficencia; y un segundo nivel –importante, pero segundo- con los principios de autonomía y beneficencia. Que ocupen estos últimos el segundo puesto no quiere decir que sean secundarios y prescindibles, pero sí que debe tenerse en cuenta la posición primordial en el debate bioético de la no maleficencia y de la justicia.

Y pienso también que quizás no hemos profundizado aún lo suficiente en las exigencias que el principio ético –no jurídico solamente- de justicia aporta al análisis bioético. “Si la cuestión primera era la de los derechos de los pacientes frente al paternalismo ético de la vieja tradición hipocrática y frente a la invasión tecnológica, una ganancia que no se debe arruinar, la de ahora se centra en la denuncia de que el derecho a la salud es una prerrogativa de unos pocos, frente al abandono y la vulnerabilidad que sufre la mayoría. El hecho es que la justicia –como redistribución y reconocimiento- se nos aparece como la condición de posibilidad de la

¹⁰ Gracia D. Prólogo. En: Beauchamp T, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.

autonomía”¹¹. Y también debemos profundizar en los cambios de perspectiva que nos aporta también la consideración del principio de beneficencia no solamente como la complementación del de no maleficencia, sino como un deber responsable de solidaridad, más allá de la calidad o excelencia de los cuidados del profesional de la salud.

En este sentido, es de enorme interés la discusión desde hace años, especialmente en los Estados Unidos, sobre si la bioética debe basarse en los principios o en la virtud¹²: en un sistema normativo basado en principios o en una ética de la virtud personal. Según esta postura, "frente a una ética científica, que antepone el conocimiento, y la ética profesional que dicta los límites deontológicos sin establecer el contenido humano como único fundamento del acto médico, hay que levantar la ética del médico: hacer cuanto pueda y sepa para el bien del enfermo... supeditando el método científico al acto médico... entendido como compromiso interpersonal"¹³. También se está poniendo de relieve, en definitiva, la importancia de la actitud ética del médico y la formación de su propia conciencia, que puede llevar a su realización como persona y como científico, o a su destrucción desde el punto de vista moral¹⁴. Ambas posiciones no son excluyentes y depende también su relación del modelo ético que se tenga.

4.- ¿Qué principios para la bioética? modelos éticos de referencia

Aunque la bioética trata siempre de permanecer cerca de las situaciones concretas, las teorías éticas están siempre presentes en las discusiones y en las soluciones que se apunten.

Podemos distinguir cinco teorías principales:

a) La ética ontologista. Existe una moral objetiva, una bondad y una malicia intrínseca; es decir, que hay actos siempre y en sí mismos aceptables y otros, al contrario, condenables, cualquiera que sea la situación. Por tanto, la rectitud moral no es subjetiva ni situacional, ni arbitrariamente fijada por el hombre o por Dios: el bien existe en las propias cosas. Existen principios que se imponen al hombre como absolutos desde la ley natural que puede descubrir en sí mismo.

¹¹ Guerra MJ. Hacia una Bioética global: la hora de la justicia. A vueltas con la desigualdad humana y la diversidad cultural. En: Feito L (ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004: 15-33.

¹² MacIntyre A. *Tras la virtud*. Barcelona: Editorial Crítica; 1ª ed. 1987. Palazzani L. Bioetica dei principi e bioetica delle virtù: il dibattito attuale negli Stati Uniti. *Medicina e Morale*, Roma, 1992, 1: 59-85. Joaquin García-Huidobro. *El anillo de Giges. Una introducción a la tradición central de la ética*. Santiago: Editorial Andrés Bello; 2008: 61-124. Pellegrino E, Thomasma D. *Las virtudes cristianas en la práctica médica*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2008.

¹³ Varios Autores. Ética médica e investigación clínica. *Medicina y Persona*. Pamplona, 1989, 33 (2): 113-117. Thiebaut C. Sujeto moral y virtud en la ética discursiva. En: Guariglia O (Ed.) *Cuestiones morales*. Buenos Aires.: Editorial Trotta; 1ª reimpr. 2007: 23-49.

¹⁴ Sonnenfeld AR. La conciencia y la actitud ética en el oficio del médico. *IMABE-Quartalsblätter*, Viena, 1991. Original en *Deutschen Ärzteblatt-Ärztliche Mitteilungen*, 1990, 87 (19)

b) La ética utilitarista. El núcleo de la moralidad -para esta corriente- se encuentra en la maximización de la felicidad y la minimización de la miseria y del sufrimiento. Una acción es buena si tiende a este fin y mala si se aleja de él. Por tanto, la moralidad depende de las circunstancias, de la situación. En definitiva, el fin justifica los medios. Algunos autores toman en consideración sólo el propio interés personal como fin; otros tienen una visión más altruista, con el principio utilitarista de "el mayor bien para el mayor número de gente", de modo que se vean las ventajas e inconvenientes y se escoja la que más ventajas aporte a todas las personas implicadas en la acción.

c) El deontologismo. Se opone a las anteriores teorías. Un acto es moral, no porque sea bueno en sí o porque sea útil, sino porque es correcto; la rectitud le viene de la voluntad, pues el bien se impone como un deber, un imperativo. Dentro de esta corriente, unos siguen a Kant, fijando grandes principios universales inevitables, y otros aceptan reglas, pero con excepciones en algunas circunstancias. Para otros, finalmente, sólo cuenta la evaluación del acto en la situación singular y única que le rodea.

d) La ética personalista. Podemos reunir en esta corriente todos los esfuerzos que se han hecho para evitar el utilitarismo y el deontologismo, sin volver por ello exclusivamente a la escuela ontologista o, al menos, tratando de evitar sus excesos, o de conciliar objetividad y subjetividad en una ética de los valores. Esto se ha llevado a cabo desde diversas posiciones, algunas fuera de todo apoyo en una ontología, y otras basadas en la metafísica del ser. Se trata de dar importancia al sujeto, a la persona, no en oposición pero sí en preeminencia frente a una ley objetiva que se impondría desde fuera. A esta corriente se debe la insistencia en unos determinados principios bioéticos: una concepción personalista de la corporeidad humana, el valor fundamental de la vida física, el principio de totalidad o terapéutico, el de la libertad y responsabilidad, y el principio de socialidad o subsidiariedad¹⁵.

e) La ética dialógica. En Apel y Habermas están los presupuestos de esta corriente de pragmática trascendental, que se basa en el diálogo entre "interlocutores válidos" y proclama¹⁶:

1.- La validez de las convenciones precisa de una base moral, y exige al menos, tener una información adecuada, tener "interlocutores válidos" informados, y mantener las promesas hechas.

2.- Las leyes que no pueden legitimarse moralmente, pierden su crédito antes o después. El sólo pacto estratégico no da legitimidad moral. Sería una universal utilización de los hombres como medios, como posibles piezas de un pacto, algo muy diferente del respeto por la autonomía y el reconocimiento auténtico de los derechos comunes.

3.- La sola suma de las decisiones individuales (médicos-padres, o médicos-sólo mujer en algunos casos permitidos por algunas legislaciones) no tiene por qué dar una decisión racional. Si las decisiones privadas fueran irracionales, la mayoría de ellas pueden serlo también.

¹⁵ Sgreccia E, Notarfonso D. La bioética: fonti, orientamenti, centri di ricerca. En: *Ingegneria genetica e biotecnologia nel futuro dell'uomo*. Roma: Vita e Pensiero; 1992: 123-129.

¹⁶ Cortina A. *Ética Mínima*. Madrid: Tecnos, 4ª ed.; 1994: 155-159.

4.- Y finalmente, en palabras de Adela Cortina: “Un acuerdo democrático, basado sólo en el consenso fáctico, compromete sólo a los participantes y no vincula ni tiene en cuenta a cuantos, afectados por el acuerdo, no han participado en él (clases marginales, pueblos del tercer mundo, generaciones futuras)”¹⁷

En Bioética debemos ir por tanto hacia un consenso racional de interlocutores válidos, que legitime las normas morales cívicas, y en concreto, las normas éticas y legales que regulen las técnicas de fecundación in vitro con transferencia de embriones, la clonación, la investigación con células madre, etc. “Esta es quizá –propone Diego Gracia- la gran tarea que todos tenemos delante y que irá ganando importancia en los próximos años: la necesidad de asumir un tipo de racionalidad que permita la participación de todos los implicados en el proceso de deliberación de los problemas prácticos, en nuestro caso de los problemas morales”¹⁸. Es imprescindible - como señala Fernando Lolas- el diálogo racional como un instrumento de análisis y de profundización ética¹⁹.

Más allá de las perspectivas de fondo, pueden encontrarse semejanzas entre algunas de estas teorías en lo que se refiere a la reflexión bioética concreta, y los límites entre ellas a veces no están tan claros. De todas maneras, la aplicación de esas teorías da lugar, de hecho, a unos diferentes modelos éticos de referencia práctica, con muy desiguales consecuencias y jerarquía de valores a la hora de evaluar cualquiera de las cuestiones debatidas y, sobre todo, a la hora de enfrentarse con las dos cuestiones fundamentales de la bioética, que antes mencionábamos: el respeto a la dignidad de la vida humana y la defensa de la libertad de la persona.

Al menos podemos mencionar cuatro: el modelo liberal radical, el pragmático-utilitarista, el modelo sociobiológico y el personalista²⁰.

a) El modelo liberal-radical.

La referencia última y suprema del juicio ético es la libertad: es lícito lo que es libremente querido, libremente aceptado y no daña la libertad de los demás. Así, respecto a la ingeniería genética, se sostiene la "libertad de investigación": el investigador debe ser objetivo en la evaluación de los resultados y no debe tener ninguna regla ética más.

Se advierten bien las conclusiones de este modelo en la vida cotidiana: la liberalización del aborto, la elección del sexo de los hijos, el cambio de sexo por parte del que lo desee, la libre actuación en la fecundación "in vitro", la libertad de decidir el momento de la propia muerte, etc. En este modelo no se profundiza suficientemente en la verdad de la libertad humana. En el fondo, se defiende "la libertad para algunos, solamente para los que pueden hacerla valer ... se

¹⁷ Ibidem, pp 95.

¹⁸ Gracia D. *Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética*. Madrid: Triacastela; 2004: 127.

¹⁹ Lolas F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1998.

²⁰ Sgreccia E. *Manuale di Bioetica I. Fondamenti ed etica biomedica*. Roma: Vita e Pensiero, 2ª ed.; 1988.

trata de una libertad de los vínculos y no de una libertad para un proyecto de vida y de sociedad que se justifique por su finalidad. Se trata, en otras palabras, de una libertad sin responsabilidad"²¹.

Desde un punto de vista estrictamente ético, en la jerarquía de los valores, la vida antecede a la libertad: todo acto libre, lo es de un hombre que actúa libremente. Sin vida humana, no es posible ser libre.

b) El modelo pragmático-utilitarista

En el terreno de la bioética, este modelo se basa en la teoría de la praxis y una justificación del utilitarismo social. Es una posición bastante difundida en algunos centros y comités de bioética. El entendimiento humano no puede llegar a alcanzar ninguna verdad de tipo absoluto y, por tanto, tampoco puede definirse una moral válida para todos y para todos los tiempos. Es necesario recurrir a una moral "comedida", pragmática: la moral del cálculo de la utilidad evaluable, de la relación entre costo y beneficio.

Ese cálculo, imprescindible en cualquier intervención médica, por ejemplo, se aplica también entre el valor de la vida humana y los valores económicos, sociales o simplemente de progreso científico, de forma que se puede llegar a un utilitarismo extremo de corte pragmático. El criterio de la utilidad no puede ser nunca el último en bioética: siempre debe considerarse la utilidad respecto a quién o a qué, es decir, respecto a la finalidad del propio acto médico, que es la salud de una persona enferma. El fin lo marca de modo último la propia persona enferma.

c) El modelo sociobiológico.

Según este modelo, la vida y la sociedad están sujetas a la evolución biológica y sociológica, y los valores morales deben también modificarse de modo evolutivo. El motor es el "egoísmo biológico" que da lugar al derecho y la moral, como expresiones culturales. Desde esta perspectiva, el único valor ético es el que permite mantener el equilibrio evolutivo del ecosistema, en continuo progreso. Todo lo que esté a favor de ese progreso, está bien, y lo que comprometa el equilibrio, está mal.

Es preciso, sin embargo, que el progreso haga referencia a un valor que lo haga auténtico, por el que pueda medirse. Además, el hombre está rodeado de hechos y valores que le acompañan siempre y a los que debe encontrar significado, por encima de las variaciones culturales o de costumbres: la muerte, el dolor, la verdad, la solidaridad y finalmente, su propia libertad.

d) El modelo personalista.

En el panorama cultural actual, la concepción personalista es la que mantiene el primado y la intangibilidad de la persona humana, considerada como valor supremo, punto de referencia, fin y no medio. Dentro de las diversas posiciones, la que pensamos más fundamentada es la que

²¹ ibidem: 126.

remite la persona al ser: la persona humana "es digna" porque "es más". Sólo a partir de este fundamento es posible construir una bioética plenamente respetuosa con la dignidad última de la persona humana. Esta dignidad es la que exige el máximo respeto y una efectiva tutela, en el terreno de la bioética, desde el momento de la concepción al de la muerte natural, y siempre que se muestre necesitada de ayuda.

Según nuestro parecer, esta concepción responde más plenamente al propio ser del hombre, y explica mejor la relación existente entre dignidad de la persona y libertad, no como valores divergentes sino complementarios. Lo explicaremos de modo más detallado a continuación.

5. Base común: Ciencia, dignidad humana y libertad

La cuestión principal y radical, a la hora de establecer una base sólida de las normas éticas para el desarrollo de la investigación científica y de los cuidados de la salud, es fundamentar y ahondar en el sentido de la dignidad humana.

La dignidad del hombre se funda en que "es persona", en su ser personal: entendimiento y voluntad, autoconciencia de sí y autodeterminación de sí, actuar libre y consciente.

El término "persona", en la tradición clásica, apunta a una realidad sobresaliente, lo más sobresaliente que existe en el universo es el ser inteligente con entendimiento racional. Por otra parte, la palabra "dignidad" significa también, fundamental y primariamente "preeminencia", "excelencia". "Digno es aquello por lo que algo destaca entre otros seres, en razón del valor que le es propio. De aquí que hablar de la "dignidad de la persona" es una redundancia intencionada, para resaltar o subrayar la especial importancia de un cierto tipo de seres"²². Por eso se ha reservado el nombre para el hombre. Digno es aquello que debe ser tratado con "respeto", es decir, con "miramiento", por su intrínseco valor.

Hoy nadie se niega a reconocer que todo hombre es "persona". En la historia se ha discutido si la mujer o los negros, o los esclavos, eran personas. Se trataba de dilucidar -o de confundir según los casos- la igualdad o desigualdad radical entre todos los seres humanos. Hoy, al menos, pocos se atreven a poner en duda la igual "superioridad" de que todos los humanos gozamos sobre los demás seres de nuestro universo. En la práctica, muchas veces se olvida, o se niega incluso de modo tácito, pero obviamente la idea de "igualdad" radical se va imponiendo en todo el mundo, al menos en el plano teórico, aunque existen también voces discordantes en cuanto a la "superioridad" frente a los animales, como en la actuales teorías de Singer, con cierta difusión en Estados Unidos y sin embargo contestadas en Europa.

Las expresiones "dignidad humana", "dignidad personal", "derechos humanos", están siendo muy empleadas, pero en ocasiones sin una debida e intensa valoración del ser humano. En la práctica se niega la igualdad de derechos, lo cual equivale a negar la igualdad de "ser" o de "naturaleza" a los seres humanos no nacidos, o nacidos con alguna deficiencia notable, o a los

²² Spaemann R. *Personas. Acerca de la distinción entre "algo" y "alguien"*. Pamplona: Eunsa; 2000.

Spaemann R. ¿Todos los hombres son personas?. En: Varios autores. *Bioética*. Madrid: Rialp; 1992: 71-73.

enfermos que suponen una carga para la familia o la sociedad, a los deficientes mentales, etc. A la vez, la investigación científica y médica, con ocasión de los más recientes adelantos en la investigación, como la manipulación genética o la fecundación "in vitro", por ejemplo, puede tender a considerar al ser humano, al paciente, como una "cosa", como un "objeto", como un medio o instrumento para el beneficio de la propia investigación científica, del progreso general de la humanidad o de la medicina, etc.

Las distintas concepciones antropológicas, que están en la base de los diferentes modos de fundamentar la bioética, deben proporcionar una protección adecuada de ese valor primordial de la dignidad humana. Es la pieza clave para poder también examinar los diferentes sistemas filosóficos y valorar sus resultados.

6. Visiones complementarias en la fundamentación de los principios

En cuanto a la fundamentación de los principios bioéticos, solemos poner el acento en las diferencias entre las diversas corrientes filosóficas o de escuela. Sí existen bastantes diferencias de enfoque entre los postulados de una ética utilitarista o una ética de consenso relativista, pero cabe un amplio diálogo entre otras corrientes que fundamentan las obligaciones éticas universales.

La base principal es una ética dialógica en la que todos somos "interlocutores válidos", que permite asentar las reglas éticas de los debates valóricos en nuestra sociedad democrática. No queremos seguir con un modelo paternalista de atención de salud, y debemos profundizar desde el diálogo y también desde las aportaciones del comunitarismo y el personalismo en los aspectos sociales que fundamentan la ética pública. Pensamos que no basta con algunas propuestas superficiales de teorías de liberación o de intervención, que abandonan el ámbito académico para entrar en el político.

La fundamentación de una ética neokantiana, deontológica, centrada en los deberes, es la base apropiada para los principios de no maleficencia y de justicia. El principio de autonomía puede sustentarse en dos visiones complementarias, la aportada por la ética dialógica y la aportada por el comunitarismo: somos "interlocutores válidos" de los demás, de todos los demás hombres racionales, pero insertos en una comunidad social y cultural, con valores propios. En cuanto a la beneficencia y solidaridad, la fundamentación más completa puede venir desde el personalismo, y de su primer principio de la "afirmación de la persona por sí misma".

No podemos restringir el objetivo de la bioética a la resolución de conflictos y dilemas en el enfrentamiento excepcional entre alguno o algunos de los cuatro principios. Es un papel importante, como vemos en la actuación de los Comités de Ética Asistencial, pero no es el único. En lo cotidiano, debemos aspirar a maximizarlos todos de modo armónico, en lo que se ha llamado el "principio de convergencia". Y este principio, exige tener en cuenta los aspectos institucionales y sociales de la ética, que veremos en el último Capítulo.

7.- La aportación desde la ética de los bienes básicos y el personalismo

En este sentido, aportan mucho también al debate los estudios que profundizan en la ética personalista, del cuidado y de la solidaridad²³. Pensamos que se debe complementar la ética del discurso con la ética de los bienes básicos, y con la visión antropológica y ética del personalismo filosófico. No deben ser mundos separados, sino visiones complementarias, y desde luego, deben estar presentes en el diálogo bioético plural, desde el respeto mutuo.

La llamada “nueva escuela de derecho natural” parte de la fundamentación de los derechos de las personas en los que John Finnis llama “basic values” o valores básicos, que se refieren a aspectos fundamentales del bienestar humano. Estos bienes humanos básicos son, para Finnis, “aquellas formas básicas de realización humana plena como bienes que se han de perseguir y realizar”²⁴. Son apprehendidos y orientados por la razón práctica y se explican como bienes que perfeccionan al hombre y lo conservan unido en sociedad salvaguardando su dignidad. No son básicos para su existencia, sino para su subsistencia y perfeccionamiento personal y social. En este mismo sentido escribe Gómez-Lobo sobre los que llama “bienes humanos básicos” y los analiza como complementarios de la racionalidad práctica, aplicándolos en el ámbito de la vida humana y la bioética²⁵. Estos bienes humanos básicos forman el primer nivel de referencia, para analizar las decisiones antes de la aplicación de los principios “prima facie”²⁶. Serían, en palabras de Robert P. George, “...las actualizaciones de nuestras potencialidades básicas, esas condiciones hacia las cuales estamos naturalmente orientados y que nos realizan objetivamente, los diversos aspectos de nuestra realización como personas humanas”²⁷.

El respeto a la dimensión biológica del hombre –en el personalismo– está unida esencialmente a su primer principio de la “afirmación de la persona por sí misma, como sujeto y objeto del amor”, más allá de no utilizarla como un simple medio²⁸. Y esto se aplica a toda vida humana, que siempre debe ser tenida en cuenta en el diálogo bioético entre equipo médico y pacientes, gerentes de hospitales y usuarios, legisladores y ciudadanos, tanto en su condición de “interlocutor válido”, como en la de “presente-ausente”, cuando está en condiciones más vulnerables, con mayor fragilidad, sin poder ejercer su autonomía, y especialmente cuando está en juego el bien personal básico de la vida.

²³ Torralba F. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Institut Borja de Bioètica y Fundación Mapfre Medicina; 2002. Velasco, Juan María de. *La bioética y el principio de solidaridad. Una perspectiva desde la ética teológica*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.

²⁴ Saldaña, J. El derecho a la vida. La defensa de Tomás de Aquino y de John Finnis. En: Da Silva, IG. (Ed.) *Direito Fundamental a Vida*. Sao Paulo: Quartier Latin; 2005: 51-54. Ver también la interpretación del concepto de “ley natural” en: George, R.P. *Moral pública*. Debates actuales. Santiago, Instituto de estudios de la Sociedad; 2009: 1-37.

²⁵ Gómez-Lobo A. *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*. Santiago: Mediterráneo; 2006.

²⁶ Foot Ph. *Bondad natural. Una visión naturalista de la ética*. Barcelona: Paidós; 2002.

²⁷ George RP. *Ob.cit.*: 91-96.

²⁸ Chalmeta G. La dimensión biológica del hombre en el personalismo ético. *Medicina y Ética*, México, 2007, 18: 15-26. Wojtyła, K. *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*. Madrid: Palabra; 1997.

Esta es la aportación clave que, desde el personalismo, se hace al debate bioético: poner en el centro de la discusión un “cable a tierra”, centrar todo en la persona concreta, del médico o del profesional de la salud, del paciente y del usuario. No son sólo decisiones clínicas de profesionales altamente cualificados, o análisis de sistemas organizativos o políticas de salud, o deliberación sobre la relación entre los principios éticos básicos. Todo esto nos interesa, y mucho, porque afecta a las personas concretas, a cada uno de nosotros, a través del modelo de salud elegido, de la formación de nuestros profesionales, de las leyes que se votan en el Parlamento sobre Bioética, etc. Por eso, debemos tenerlo en cuenta también a la hora de elaborar modelos de toma de decisiones y de aplicar los principios éticos que propone a la Bioética.

CAPÍTULO 2º.- DIGNIDAD HUMANA Y DERECHOS HUMANOS COMO FUNDAMENTACION DE LA BIOÉTICA²⁹

Introducción:

El respeto a la dignidad de la persona humana es el tema central en los actuales debates de Bioética, y en general de toda ética social contemporánea. Es la base común sobre la que podemos construir un consenso ético general entre todos, en nuestras sociedades plurales y multiculturales, con diversidad de posiciones éticas.

La Bioética ha surgido con una fuerte intención de tender puentes no sólo entre la ciencia y la ética, sino también entre las diversas mentalidades sociales y culturales, y para ello es imprescindible que no se quede exclusivamente en un ejercicio de toma de decisiones, o en la implementación de modelos éticos que ayuden en las decisiones clínicas. Debe ir más allá, y profundizar en su fundamentación. Debe interrogarse por quiénes son los actores presentes en la investigación biomédica y en la atención clínica: los médicos, todos los demás profesionales de la salud, los investigadores, los pacientes, los gerentes de la salud, los que elaboran las políticas y organizan los sistemas de salud, todos son “personas que tratan a personas”, como indica un gran letrado en la entrada principal del Ministerio de Salud de Perú, en Lima.

Y tenemos que saber cómo debemos tratar a las personas, y cómo debemos comportarnos las personas, en definitiva, qué derechos y deberes éticos surgen de esa condición personal de seres humanos, que llamamos dignidad.

1.- La dignidad de la persona como centro del análisis propio de la Bioética

En el panorama cultural actual, la concepción filosófica personalista –en sus diferentes corrientes– es la que mantiene el primado y la intangibilidad de la persona humana, considerada como valor supremo, punto de referencia, fin y no medio³⁰. Dentro de las diversas posiciones, la que pensamos más fundamentada es la que remite la persona al ser: la persona humana "es digna" porque "es más". Sólo a partir de este fundamento es posible construir una bioética plenamente respetuosa con la dignidad última de la persona humana. Esta dignidad es la que exige el máximo respeto y una efectiva tutela, en el terreno de la bioética, desde el momento de la concepción al de la muerte natural, y siempre que se muestre necesitada de ayuda.

²⁹ Publicado en: “Dignidad humana y derechos humanos en Bioética”. Universidad de Montevideo, *Revista Biomedicina*, 2007, 3 (1), 240-245.

³⁰ Ha profundizado recientemente en este concepto de personalismo el filósofo Josef Seifert, en varias conferencias aún inéditas: “Personalismo auténtico y personalismos”., conferencia pronunciada en la Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, mayo 2003; “Dignidad humana: dimensiones y fuentes en la persona humana”, conferencia pronunciada en octubre 2002, Universidad de Navarra, Pamplona, España. También, para ver la influencia en nuestro ámbito, Alberto Bochatey, “El personalismo en las diversas áreas culturales de América Latina y el Caribe”. *Vida y Ética*, Buenos Aires, 2003; Año 4 (1): 85-99.

Según nuestro parecer, esta concepción responde más plenamente al propio ser del hombre, y explica mejor la relación existente entre dignidad de la persona y libertad, no como valores divergentes sino complementarios. Lo explicaremos de modo más detallado a continuación.

La cuestión principal y radical, a la hora de establecer una base sólida de las normas éticas para el desarrollo de la investigación científica y de los cuidados de la salud, es fundamentar y ahondar en el sentido de la dignidad humana. La dignidad del hombre se funda en que "es persona", en su ser personal: entendimiento y voluntad, autoconciencia de sí y autodeterminación de sí, actuar libre y consciente.

El término "persona", en la tradición clásica, apunta a una realidad sobresaliente, lo más sobresaliente que existe en el universo es el ser inteligente con entendimiento racional. Por otra parte, la palabra "dignidad" significa también, fundamental y primariamente "preeminencia", "excelencia". "Digno es aquello por lo que algo destaca entre otros seres, en razón del valor que le es propio. De aquí que hablar de la "dignidad de la persona" es una redundancia intencionada, para resaltar o subrayar la especial importancia de un cierto tipo de seres"³¹. Por eso se ha reservado el nombre para el hombre. Digno es aquello que debe ser tratado con "respeto", es decir, con "miramiento", por su intrínseco valor.

Hoy nadie se niega a reconocer que todo hombre es "persona". En la historia se ha discutido si la mujer o los negros, o los esclavos, eran personas. Se trataba de dilucidar -o de confundir según los casos- la igualdad o desigualdad radical entre todos los seres humanos. Hoy, al menos, pocos se atreven a poner en duda la igual "superioridad" de que todos los humanos gozamos sobre los demás seres de nuestro universo. En la práctica, muchas veces se olvida, o se niega incluso de modo tácito, pero obviamente la idea de "igualdad" radical se va imponiendo en todo el mundo, al menos en el plano teórico, aunque existen también voces discordantes en cuanto a la "superioridad" frente a los animales, como en la actuales teorías de Singer, con cierta difusión en Estados Unidos y sin embargo contestadas en Europa.

Las expresiones "dignidad humana", "dignidad personal", "derechos humanos", están siendo muy empleadas, pero en ocasiones sin una debida e intensa valoración del ser humano. En la práctica se niega la igualdad de derechos, lo cual equivale a negar la igualdad de "ser" o de "naturaleza" a los seres humanos no nacidos, o nacidos con alguna deficiencia notable, o a los enfermos que suponen una carga para la familia o la sociedad, a los deficientes mentales, etc. A la vez, la investigación científica y médica, con ocasión de los más recientes adelantos en la investigación, como la manipulación genética o la fecundación "in vitro", por ejemplo, puede tender a considerar al ser humano, al paciente, como una "cosa", como un "objeto", como un medio o instrumento para el beneficio de la propia investigación científica, del progreso general de la humanidad o de la medicina, etc.

³¹ Para el origen y desarrollo del concepto de persona: Spaemann R. *Personas. Acerca de la distinción entre algo y alguien*. Pamplona: Eunsa; 2000. Rodríguez A. La persona humana, algunas consideraciones. *Ars Medica*, Santiago de Chile, 2002, 4 (6): 121-140. Torralba F. *Qué es la dignidad humana*. Barcelona: Herder; 2005.

Las distintas concepciones antropológicas, que están en la base de los diferentes modos de fundamentar la bioética, deben proporcionar una protección adecuada de ese valor primordial de la dignidad humana. Es la pieza clave para poder también examinar los diferentes sistemas filosóficos y valorar sus resultados.

2.- La dignidad humana desde la experiencia personal: libertad, autonomía e individualidad

Es necesario partir de una antropología que explique de forma satisfactoria la propia realidad del hombre y su dignidad: "qué es el hombre", no qué hace, de qué se compone o cómo regular su complejidad bioquímica.

Para esto, es preciso partir de la propia experiencia profunda del yo: yo "soy yo", es decir "no soy tú, ni ningún otro", soy lo otro frente a los demás, a todo lo demás, mi existencia es mía y de nadie más, es incomunicable, se me manifiesta como "mismidad". Yo soy radicalmente otro respecto a todo lo demás. Identidad, por tanto, y a la vez subjetividad originaria: yo soy un sujeto autposeedor y responsable, sólo yo puedo dar respuesta cabal de mi propia conducta, yo estoy en todos mis actos. Tengo, por tanto, autposesión, dominio de mí mismo: poseo unas facultades y potencias con las que entiendo, quiero, actúo, proyecto, etc, que son mías. Yo soy dueño y propietario de mis actos y, por tanto, de mí mismo. "Ser sí mismo" equivale a "ser de sí mismo". La persona no es de nadie más que de sí misma, el yo no es de nada ni de nadie, la persona es un ser que desde su inicio es completo, acabado, clausurado en su existencia, aunque no en su actuar como veremos.

La experiencia de ser origen y dueño de mis actos comporta también la experiencia íntima de la libertad: yo soy origen de mis actos, pero de tal manera que puedo originar un acto determinado o no originarlo según mi voluntad. Puedo querer o no querer. Puedo incluso querer o no querer mi propio querer. Esto es la libertad y si alguien me fuerza a hacer lo que no quiero, se me aviva la conciencia de mi pertenencia a mí mismo: me irrito ante el trato "indigno, injusto" del que soy víctima; experimento la injusticia al ser tratado por debajo del respeto que se me debe, que corresponde a la categoría ontológica de mi ser. Yo siento la necesidad de hacer las cosas fundamentales "desde mí mismo" y "por mí mismo".

La originariedad operativa, que me permite ser fuente de mis actos, permite también que yo normalmente sea dueño de mis actos. Y esta capacidad de "dominio" sobre mis propios actos, de ser "dueño de mí", de "poseerme", de "pertenecerme", de "autoserme" es lo más relevante del ser personal. A la vez, yo me distingo de todos los demás, incluidos mis semejantes, otros "yo". Mi yo es único e irrepetible: no me distingo de los demás sólo como una manzana a otra manzana, como un tornillo se distingue de otro tornillo, sino como algo que no se puede multiplicar, que no se puede repetir. La naturaleza humana sí es multiplicable, repetible por generación, pero la persona no.

3.- Libertad y dignidad como valores complementarios en el ser humano

En definitiva, el ser personal, trasciende la dimensión puramente biológica desde su libertad, desde su ser libre. Las ciencias experimentales no penetran ese núcleo interior del hombre, situado más allá de lo que puede ser conocido, observado y experimentado por la ciencia natural, física, biología, medicina, etc. Desde la propia experiencia de sí es fácil la superación del materialismo o

del cientificismo: tanto Shopenhauer como el agnóstico Popper entienden que el materialismo radical es la filosofía de un sujeto que ha olvidado tenerse en cuenta a sí mismo.

Sin embargo, el racionalismo y su interpretación del hombre, siguen influyendo hoy en día, de modo muy particular en el ámbito de la biología y la medicina, mientras ha perdido parte de su radicalidad en otros ámbitos científicos. Frecuentemente se interpreta al hombre "como simple efecto de la naturaleza material: se explica al hombre como un efecto de principios físicos. Todas las manifestaciones del comportamiento humano son sólo consecuencias necesarias de la Naturaleza. Innumerables causas físicas concurren en cada acción humana. La actividad humana, en definitiva, es concebida como una acción física más. La lógica que sirve para explicar al hombre es la misma lógica de la naturaleza material"³².

Así, se aducen explicaciones científicas para mostrar las razones del comportamiento humano, desde la bioquímica, la biofísica, las Matemáticas, y también la Psicología, la Lingüística, la Economía o la Historia... Se dice: todo en el comportamiento humano tiene una explicación racional, desde las necesidades del hombre, que son sus deseos: ellos son las razones por las que actúa; deseo de bien, deseo de placer sexual, deseo de felicidad, deseo de vivir, deseo de saber, deseo de Dios, deseo de poder, siempre el deseo que sería el por qué último que da razón del obrar humano desde esa perspectiva de primacía de la explicación de la razón.

Y sin embargo, esa explicación racional no "entiende" - paradójicamente- lo primordial del ser humano, su propia experiencia como alguien individual, único, irrepitible, incomunicable en cuanto al ser pero comunicable en cuanto al entender y el querer, y siempre desde la libertad, desde la primacía de la libertad.

No se explica la aptitud para la intersubjetividad, es decir, la facultad de entrar en relación cognoscitiva y afectiva con todo cuanto existe y muy especialmente con los otros "yo". El yo de alguna manera puede apropiárselo todo mediante el conocimiento, puede salir en cierto modo de sí mismo y penetrar en la realidad de las cosas, descubrirla, desvelarla y distinguirla de lo irreal, identificarse cognoscitivamente con ellas y volver de nuevo adentro de sí y establecer un diálogo consigo mismo en un espacio íntimo, interior, en el que puede vivir a solas consigo mismo. La intimidad es autopresencia y supone la capacidad reflexiva. El hombre, la persona, se revela como dotado de una intimidad radical desde la cual puede interiorizar todo el mundo y nadie puede arrebatárselo, a la vez que permanece con una radical libertad frente a ese mundo y frente a sí mismo.

Aquí se manifiesta la excelencia del ser personal que quiere expresar la palabra "dignidad". El hombre es el único ser verdaderamente libre, profundamente libre, íntimamente libre que hay en nuestro universo material. Y su libertad se manifiesta como poder. Poder libre frente al poder de la naturaleza, frente a los mismos datos y hechos reales que le presenta el conocimiento -que puede admitir o no-, frente a las demás libertades.

La libertad comporta siempre indiferencia, pero esto no significa que sea completa y absoluta indeterminación, pues remite siempre al ser libre y, por tanto, a la dignidad del ser humano y de su actuar como persona. La afirmación de una libertad absoluta llevaría a la negación de la propia

³² Orozco A. Qué es la persona y cuál su dignidad. Fundamentos antropológicos de ética racional. *Cuadernos de Bioética*, 1993, 13 (1): 40-48.

libertad. En definitiva, es fundamental en el ámbito de la bioética, entender el valor complementario que tienen la dignidad y la libertad del hombre, sin contraponerlos en falsas disyuntivas. La libertad remite siempre al ser que le da su sentido y la posibilita, a la vez que la limita. No son sólo los condicionamientos que la propia naturaleza física impone como necesarios, sino muy especialmente la presencia de las demás libertades y el descubrimiento de la propia dignidad personal del sujeto que actúa y de los demás con los que se relaciona. Esa diferencia de libertades está siempre presente en el orden del actuar humano, y es precisamente lo que puede multiplicar el poder de la propia libertad individual.

"La naturaleza domina a la libertad si le ahoga su poder de crear. El dominio, por ello, es siempre violento en tanto impide la manifestación espontánea del poder, sea natural o libre. La libertad individual se puede multiplicar si a su poder individual se le suma el poder de otra y otras libertades. Mi libertad, unida a otra que quiere el mismo fin, es doblemente poderosa. Un hombre solo no puede engendrar un hijo, pero si ama a una mujer, entonces su poder es capaz de crear un hijo... Una pluralidad de libertades, cuando forman una sociedad libre, multiplican el poder de sus libertades individuales. Un hombre solo no puede curarse un cáncer. Las diferencias del amor no anulan la libertad ni la limitan, sino por el contrario la potencian. Hay tanto más libertad cuanto más libre es la comunicación" entre las libertades singulares³³.

4.- Ciencia, técnica y dignidad de la persona

Esas relaciones entre libertades pueden ser, por tanto, de dominio o de amor-entrega, en todos los campos del actuar humano. La comunicación del hombre y la naturaleza ofrece rasgos de dominio por ambas partes. El hombre lucha contra la naturaleza para desembarazarse de sus violentas imposiciones. Por eso, se esfuerza en dominarla. Aspira a vencer las enfermedades e incluso la muerte, a no dejarse avasallar ante sus trágicas sorpresas. A la violencia dominante de la naturaleza responde el hombre con el dominio técnico. Pregunta a la naturaleza para dominarla, para someterla. Incluso -fruto de la inercia- cuando ya la tiene sometida, explota su dominio sin importarle destruirla.

Sin embargo la técnica en sí misma no implica necesariamente dominio. Sólo se convierte en dominio cuando destruye el poder de novedades de la naturaleza. "La técnica no es dominio si es un dejar. Técnica y dejar son compatibles. Basta simplemente respetarla... dejar manifestarse las novedades de un poder, sea natural o libre. Respetar a la naturaleza requiere tratarla de tal modo que no se anule ninguno de sus poderes... hacer de la naturaleza un ámbito en el que el hombre pueda vivir libremente: casa del hombre, lugar para habitar. Pero el sentido de la técnica es éste: transformar la necesidad en libertad." Liberarse de la necesidad de la naturaleza, pero sin destruirla, sino convirtiendo su necesidad en libertad.

Por esto, la ciencia y la técnica permiten una vida más digna de la persona, al mejorar el conocimiento de la naturaleza y posibilitarle un actuar más libre. Permiten que la acción humana sea más consciente. Pero el poder del conocimiento y de la ciencia no son el único ni el principal factor

³³ Garay J. *Diferencia y libertad*. Madrid: Rialp; 1992: 155-156.

de libertad. Lo que permite a la libertad humana profundizar en su propio actuar y, por tanto, aumentar la dignidad de la persona, es la comunicación con otras libertades. Y no cualquier comunicación, sino la relación libre basada en el amor, en el deseo del bien. Donde hay necesidad, no hay amor, sino sometimiento, porque no hay libertad. La necesidad nunca funda el amor", y, por el contrario, "el amor es la revelación más alta del poder de la libertad. El grado máximo de comunicación tiene lugar cuando las libertades se manifiestan máximamente en una relación personal de amor-entrega.

Por el contrario, el grado más bajo de comunicación es el dominio. Las comunicaciones de dominio están presididas por la incomunicación y el hermetismo. Nadie quiere desvelar sus secretos, ni el dominado ni el dominador. La comunicación se establece sólo desde la necesidad, sin nombres propios ni intimidad. Todo poder distinto del mío es por tanto un enemigo del que es preciso defenderse, por lo que necesariamente lleva a la incomunicación. Por eso la comunicación en sentido propio es el amor que le da la esperanza de la novedad: todo se espera del poder de la otra libertad, nada está definitivamente dado. Lo único que permanece es la confianza en la otra libertad.

Es importante tener esto presente a la hora de enfocar el papel de la investigación científica. La ciencia y la técnica, cualquiera de los avances científicos, pueden y deben estar al servicio de la dignidad humana, pero para ello es imprescindible que no se empleen en relaciones de dominio entre libertades, ni siquiera entre las libertades de los propios científicos o médicos y los demás. Deben estar al servicio de esas relaciones entre seres libres, y por tanto, deben siempre potenciar la libertad y la dignidad de la persona. De lo contrario, se produciría una deshumanización que llevaría a la ciencia en contra del propio hombre que la crea³⁴.

5.- Dignidad humana, ética y derechos de la persona

La dignidad humana es la dignidad de un ser que es fin en sí mismo, por ser persona. La personalidad es algo esencial al hombre, no es una simple cualidad que se adquiere, se tiene por ser hombre³⁵.

Por esto, es la única base posible para una fundamentación profunda de los derechos de la persona. En la raíz está la dignidad del ser humano y de su libertad. "Existe algo enigmático en la autopresencia de la libertad, por la que el yo se supone sujeto de derechos, esto es valioso, bueno: digno de aprecio, acreedor de respeto, merecedor de un determinado trato. Todo adquiere valor y precio con relación a un yo concreto, a una libertad intelectual de un yo. Las cosas tienen precio desde el sujeto libre. Quizás no sólo el yo sea valioso y apreciado, pero en el yo se muestra lo valioso"³⁶.

Desarrollaremos más ampliamente esta idea un poco más adelante.

³⁴ *Ibidem*, p. 331.

³⁵ Spaeman R. ¿Todos los hombres son personas?. En: Varios autores. *Bioética*. Madrid: Rialp; 1992: 71-73. Masiá J (Ed.) *Ser humano, persona y dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas, Desclée de Brouwer; 2005.

³⁶ Garay J. *Ob.cit.*: 134.

6.- Dignidad humana y "calidad de vida"

La persona humana no es, por tanto, valiosa por lo que "tiene", sino por lo que "es". Es fundamental, por ello, desarrollar toda una antropología de la dignidad humana, que la establezca en el lugar primordial, de finalidad, respecto al conocimiento científico y técnico, por una parte, y respecto a toda legislación en materia de bioética, por otra.

Es importante esta premisa en múltiples ámbitos de la bioética. Veremos muy someramente dos, en los que es particularmente necesaria: todo lo referente a la vida humana en estado embrionario, deficientes mentales, enfermos terminales o ancianos que no se valen por sí mismos, etc, por una parte, y por otra, el ámbito de la sexualidad humana que entra dentro del campo de la bioética.

Veamos en primer lugar todas aquellas situaciones en que la vida humana se manifiesta -existe vida humana- pero sin todas las características que le son propias, como consecuencia directa de su naturaleza humana: autoconciencia, libertad, dominio de sí, ejercicio del entendimiento y de la voluntad. Así se entiende en ocasiones el término "calidad de vida": no merecería ser llamada vida humana la que no poseyese en plenitud esos atributos del hombre, o que no pudiese poseerlos en un futuro, o que los hubiese perdido de manera irrecuperable. Por tanto, tampoco merecería una protección social y jurídica, o al menos, no una protección semejante a la de una persona normalmente constituida, desde el punto de vista biológico.

En el caso de la vida humana en estado embrionario o fetal, no se puede confundir la potencia de ser con el no ser. El embrión tiene ya la cualidad humana, es un ser humano con potencia de desarrollar todas esas características que definen en la madurez a una persona. Esa potencia es poder, no es negación del ser: la dignidad humana la tiene por el hecho de "ser humano ya". Esto sirve igualmente en todo el ámbito de la bioética en pediatría, donde tampoco existe un desarrollo completo de las potencialidades del ser.

En lo que respecta a los deficientes mentales, o enfermos terminales, hay que recordar lo ya expuesto. "Los atributos intelectivos, relacionales, la autocomprensión no son más que expresiones del ser, que por sí mismas no lo definen ni le atribuyen el estatuto de humanidad"³⁷. Son valiosas esas manifestaciones por pertenecer a una persona humana, y no al revés, por manifestar la potencialidad de la libertad y la dignidad de la persona. Ningún hombre puede ser considerado como medio, ni como fin de sí mismo: toda persona es fin en sí misma, por ser persona, sin más. Por tanto, ninguna discusión sobre la "calidad de vida" puede prescindir de una voluntad de respeto por la vida misma.

7.- Libertad y ética, como expresión del ser personal

³⁷ Leone S. Bioética in pediatria di base. *Medicina e Morale*, 1992, (1): 27-42. Rivas FJ. Dependencia y dignidad. En: Masía J (ed.) *Ob.cit.*: 133-166.

Antes hemos señalado que es manifestación de la libertad la indiferencia, también respecto a las normas éticas o al respeto de su propia dignidad o de la dignidad de los demás. Es cierta esa radical indiferencia, incluso respecto a lo que se le presenta como bien, incluso frente a sí misma. Pero también señalábamos que si la libertad se establece como criterio ético absoluto acaba en negación de sí misma, autodestruyéndose. La libertad se refuerza precisamente en la actuación conforme a unas normas éticas dentro de los límites enriquecedores de la relación con otras libertades, con el respeto a la dignidad personal de los otros y la propia. Se autodestruye la propia dignidad personal si se rechaza la dignidad de los demás. Es imposible quitar desde fuera la dignidad de una persona: la tiene por sí misma, aunque no se le reconozca o se pisotee; pero sí es posible destruir la propia dignidad desde la libertad personal.

Por esto, una libertad solitaria no funda la ética, toda ética surge desde la comunicación entre libertades. La moral no se agota en la creación del bien y del mal por parte de una libertad solitaria, pues la creación comporta diferencia de libertades y comunicación. Obrar moralmente es responder de un modo u otro a las diferencias de tal comunicación. El acto moral -esto es, la determinación del bien y del mal- es siempre "respuesta" dentro de una comunicación entre libertades.

La ética, por esto, no es un sometimiento del hombre a un plan necesario determinado de antemano, que subordinaría la libertad personal a la necesidad. El hombre es capaz de actuar éticamente sólo desde la libertad. El respeto a su propia dignidad como persona y a la dignidad de los demás, a las demás libertades, está en la base de la ética: se aceptan esas libertades no como enemigos contra los que luchar, sino como poderes creadores que deben ser defendidos. "Respetar a otra libertad es declararla -crearla- buena. El respeto de la otra libertad implica un reconocimiento del valor de su poder creador"³⁸.

En último término, la indiferencia misma de la libertad no puede ser considerada como un bien moral, puesto que es previa a toda diferencia de bien y mal. Antecede a toda ética. Es decir, caben dos éticas posibles: "una consiste en negar todo -incluida la diferencia entre el bien y el mal- y refugiarse en la nada de la indiferencia (moral de liberación)..., y la otra consiste en afirmar la diferencia más allá de la diferencia principio-principiado: de ese modo puede afirmar otros poderes fuera de la unicidad del principio"³⁹.

La primera, la ética de liberación desemboca en una ética del dominio, pues liberarse de los demás poderes sin dejarles influir en la propia libertad, no es posible sin dominarlos. Si la libertad es el principio; si consolidar la indiferencia de la libertad frente a los otros poderes es la meta moral buscada, entonces la libertad ha de convertirse en déspota solitaria de todo lo ajeno, pues ése es el único modo de lograr la indiferencia. Por el contrario, la segunda ética posible considera la indeterminación de la libertad sólo como inicio, como condición de moralidad, pero no como término: la unidad no se alcanza entonces negando toda diferencia, sino creando la unidad, buscando desde la libertad el bien.

Por esto, las normas éticas no obstaculizan o limitan el ejercicio de la propia libertad. Las relaciones que se establecen entre libertades, dentro de un actuar regido por normas éticas, es enriquecedor para la persona. Esa comunicación de libertades crea unas relaciones, en orden al bien

³⁸ Garay J. *Ob.cit.*: 341-342.

³⁹ *Ibidem*: 343.

común, sociales, de educación, aprendizaje, de creación de la ciencia, etc; relaciones necesarias pero aceptadas libremente, enriquecedoras de la propia libertad.

La libertad hace referencia directa a un orden moral, a la responsabilidad de sus actos libres en la relación con las demás libertades, y por tanto, a unos deberes y a unos derechos, que yo mismo y los demás hemos de respetar. El respeto a la dignidad del hombre, por el hecho de ser persona y libre, es el fundamento de toda ética, de todo deber ser, y de todo reconocimiento jurídico de esos derechos y deberes de la persona.

8.- Dignidad del hombre y derechos humanos

De aquí el rechazo del positivismo ético, y la necesidad de una fundamentación ética de los derechos humanos, como derechos fundamentales. Así, son la concreción y el desarrollo histórico de los valores de la persona, que los integran y unifican en el mundo jurídico moderno. "Suponen, desde el punto de vista de dichos valores, su concreción e integración (libertad e igualdad), detectables en el análisis histórico de los sistemas jurídicos, y se sitúan por tal motivo entre la moral y la política: constituyen la realización social -a nivel formal-jurídico- de la moral positiva por parte del poder"⁴⁰. Por tanto, tienen un doble fundamento: desde el punto de vista material están determinados por los valores; pero el constitutivo formal, lo que permite que verdaderamente sean designados con el rótulo de "derechos humanos", es la asunción por la norma positiva, por el derecho válido.

Y al contrario, esto implica que "el poder político, para ser legítimo, ha de organizarse en función de los derechos humanos... estos, aunque se dan en la sociedad, puesto que sólo constituyen una deuda jurídica si hay alteridad, no emanan de la misma, sino de una instancia anterior -lógica y ontológicamente, aunque no históricamente- al poder político y a la sociedad misma: a saber, la realidad misma del ser hombre"⁴¹.

La dignidad del hombre y su índole personal son el fundamento de los derechos, que aparecen así como instrumentos de realización de la libertad. Los derechos humanos surgen precisamente "como límites de lo que el poder social puede interferir en cumplimiento de su función organizadora... y se configuran como "libertades" de los ciudadanos que posibilitan que se haga efectivo un núcleo esencial de aquella originaria libertad psicológica"⁴².

Como hemos comentado anteriormente, la libertad en definitiva, en alguna de sus manifestaciones -las protegidas por los derechos como "libertades" concretas- posee una importancia primordial que la convierte en valor. "Eso que convierte a la libertad en valor es precisamente la dignidad de la persona. La dignidad del hombre exige el respeto de éste como sujeto de una independencia y autonomía que hay que garantizar socialmente, puesto que la persona y los grupos humanos no se reducen a su presencia social y, mucho menos, a su presencia en el Estado; es más, la sociedad

⁴⁰ Serna P. *Positivismo conceptual y fundamentación de los derechos humanos*. Pamplona: Eunsa; 1990: 357.

⁴¹ *Ibidem*, p. 361-364.

⁴² Porras del Corral M. Persona y dignidad desde el Derecho. En: Masiá J (ed.) *Ob.cit.*: 199-244.

misma tiene como fin el desarrollo del ser personal (...) Esta es, pues, la función más alta de los derechos humanos: la protección de la dignidad de la persona y la moralización del derecho"⁴³.

Los derechos humanos, actuando como factores posibilitantes de la libertad, aparecen como derechos inalienables y también irrenunciables, en la medida que ningún hombre puede renunciar desde el punto de vista ético a su propia dignidad como persona.

Por esto precisamente, la primera base del ordenamiento político es la dignidad de la persona y su libertad, y en segundo término están los valores instrumentales de justicia, igualdad, etc. Y el ordenamiento jurídico español, por ejemplo, -la Constitución Española de 1978- propugna como valores superiores la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político; pero a la hora de establecer cuál es la base de esos valores, de los derechos y deberes fundamentales, establece con precisión en su artículo 10º: "La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social"⁴⁴.

9.- Bioética y derecho

Ninguna ley o disposición normativa puede ir en contra de este principio fundamental, ético y jurídico. Y esto es importante tenerlo en cuenta en la elaboración de la legislación en materias de bioética, actuales y futuras. En definitiva, el derecho no puede desentenderse u oponerse a la moral. Tampoco debe identificarse con la moral, en el sentido de que no debe condenar todo lo que es inmoral o imponer todo lo que la moral exige. Pero no puede perder nunca su relación con los valores fundamentales de la persona y, por tanto, con la moral.

Desde la primera de estas posiciones, el positivismo jurídico recurre en ocasiones a una justificación basada en la ética de consenso. Así se resume en el preámbulo de la ley española de 22 de noviembre de 1988, sobre Técnicas de Reproducción Asistida: "(Estas) deben sustentarse únicamente en una ética de carácter cívico o civil, no exenta de componentes pragmáticos, y cuya validez radique en una aceptación de la realidad una vez que ha sido confrontada con criterios de racionalidad y procedencia al servicio del interés general; una ética, en definitiva, que responda al sentir de la mayoría y a los contenidos constitucionales, pueda ser asumida sin tensiones sociales y sea útil al legislador para adoptar posiciones o normativa"⁴⁵.

Como puede verse, responde muy directamente a una concepción utilitarista o pragmática, que ciertamente es difícil tratar de conciliar con "los contenidos constitucionales" que menciona, especialmente con el ya citado artículo 10º de la Constitución.

La legislación en materia de bioética, dentro de la pluralidad de un sistema democrático, debe basarse en la llamada "ética de mínimos", que no son fruto exclusivo de un consenso pactado: el

⁴³ Serna P. *Ob.cit.*: 365.

⁴⁴ *Constitución Española*. Texto oficial en B.O.E. 29.XII.1978. Título 1º. De los derechos y deberes fundamentales. Artículo 10.1.

⁴⁵ *Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida*, Preámbulo, I. En B.O.E. 24.XI.1988.

propio consenso y la democracia no son posibles sin la aceptación de unos mínimos éticos objetivos. "Esto supone varias cosas: primero, que la moral no es meramente convencional, ni mero resultado de la estrategia o el pacto, sino que puede fundamentarse objetivamente; segundo, que esta moral tiene niveles: uno es el de la moral individual, que se identifica con la ética de máximos propia de cada persona (su personal proyecto de felicidad y perfección), y otro el de la moral civil, o conjunto de mínimos requeridos para que la vida en sociedad pueda ser considerada éticamente digna; y tercero, que ética y derecho son cosas distintas, pero íntimamente relacionadas"⁴⁶.

En esos "mínimos éticos objetivos", exigibles en una legislación sobre bioética, de acuerdo con todo lo expuesto anteriormente sobre la dignidad de la persona, debe estar una eficaz y máxima tutela de los derechos humanos, y un efectivo respeto por parte del legislador a la finalidad propia de las ciencias de la salud, siempre al servicio de la persona humana.

En definitiva, la práctica de la bioética está lejos de ser algo inocente o superficial. Incide profundamente sobre las convicciones personales de cada uno y sobre los valores colectivos de una sociedad. Es lo que hace difícil la reflexión bioética, tanto a nivel de coherencia personal como de discusión social. Pero esto precisamente nos señala la urgencia que tiene si queremos un progreso científico, médico y social a la altura de la dignidad del hombre.

⁴⁶ Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema; 1989: 575-576.

CAPÍTULO 3º.- DIEZ AÑOS DE BIOÉTICA EN AMÉRICA LATINA: HISTORIA RECIENTE Y RETOS ACTUALES⁴⁷

Introducción:

En estos últimos años hemos podido comprobar una evolución importante en el desarrollo de la Bioética en América Latina. Trataremos de señalar los aspectos que consideramos de mayor interés en los inicios y desarrollo de esta nueva disciplina en nuestros países, para poder entender mejor los retos actuales que enfrenta y cuáles pueden ser las líneas que nos van a exigir una mayor dedicación en el futuro inmediato.

Comenzamos como punto de partida de la observación desde la actividad profesional como Director del Grupo de Bioética de Galicia y de la revista Cuadernos de Bioética desde 1990, donde han colaborado en estos años bastantes profesionales de América Latina y, a la vez, de nuestro contacto frecuente en Congresos, Simposios y Cursos, con las personas e instituciones que iniciaron los estudios de Bioética en los diferentes países de nuestra región. También nos ayuda en esta tarea la actual experiencia –desde hace siete años- como profesor de Bioética y como residente en Chile.

1.- La recepción de la Bioética norteamericana

En los años 80 y comienzos de los 90 comenzaba a enseñarse esta nueva disciplina, la Bioética, en algunas Universidades de Latinoamérica, después de su andadura inicial en el ámbito norteamericano y con un cierto retraso. Es el momento del “trasplante”, en palabras de Alfonso Llano: “Argentina, primero, luego, en su orden, Colombia, Chile, México, Brasil y demás países latinoamericanos, trasplantaron la Bioética a Iberoamérica, sin atender a las diferencias de ‘tierras’ y sin preguntarse si dicha ‘planta’ ‘pegaría’ en países de tierras tan distintas, o si este ‘nuevo medicamento’ era apto para curar los males, tan diferentes, de estos pueblos”⁴⁸ (1).

La nueva disciplina se presentaba con unas características propias, reflejo de la situación de la sociedad norteamericana de ese momento. La situación de la sanidad, el enfoque de la relación médico-paciente fuertemente paternalista y también el enfoque social de la salud en la mayoría de los países de Latinoamérica contrastaba enormemente con la de Estados Unidos, y eso puede

⁴⁷ Publicado en: “Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales”.

En: Fernando Lolas Stepke (Editor) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Bioética OPS-OMS, Santiago de Chile, 2004, pp. 145-152.

⁴⁸ Llano Escobar A. *La Bioética Iberoamericana*. Edición electrónica en web de la Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia: www.javeriana.edu.co/bioetica

explicar el retraso y el peculiar enfoque inicial de la bioética en nuestra región. “No sobra advertir que al hacer el ‘trasplante’ de la Bioética norteamericana -médica, principialista, utilitarista- a los países iberoamericanos no se tuvo en cuenta este contraste, desconocimiento que puede explicar las muchas dificultades que se experimentaron en esta primera etapa, para la aceptación, estudio y difusión de la Bioética en Iberoamérica. Más concretamente, trasplantar la Bioética norteamericana, ocupada en una biotecnología de avanzada e inspirada en una ética anglosajona, a estos países poco desarrollados tecnológicamente, y culturalmente influenciados por una moral heterónoma católica, con una tradición médica, hipocrática y paternalista, no podía menos de encontrar serias dificultades”⁴⁹ (2), y sobre todo, una cierta indiferencia y recelos iniciales.

Sin embargo, las propias características de la nueva disciplina explican la gran difusión de la Bioética en el ámbito clínico y su efectividad en la sociedad norteamericana, y también su difusión e influjo cada vez más creciente en Latinoamérica. No entraremos aquí a detallar los inicios de la Bioética en cada uno de los países de nuestra región, pero sí es preciso mencionar algunas personas e instituciones.

José Alberto Mainetti, de la Fundación José María Mainetti, en Gonnet, cerca de la ciudad de La Plata, Argentina, tiene el mérito de haber iniciado el movimiento de la humanización de la medicina, en la década del 70. En 1972 fundó el Instituto de Humanidades Médicas, que pronto difundió sus ideales humanísticos en el Cono Sur de Latino América, a través de la revista Quirón y desde los 80 estuvo en permanente relación con el Kennedy Institute of Ethics de la Universidad de Georgetown, en Washington. Poco después, a finales de los 80, se fundó también en Argentina la Escuela Latinoamericana de Bioética -ELABE-, que organizó durante unos diez años un Programa de Enseñanza de la Bioética.

Ya en la década del 80 y sin especial conexión con Argentina, el profesor Fernando Sánchez Torres, quien había sido Decano de Medicina y Rector de la Universidad Nacional de Colombia, fundó en diciembre de 1985, el Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (ICEB), el cual ha mantenido desde entonces un seminario de estudios bioéticos.

2.- La consolidación de la nueva disciplina en el ámbito latinoamericano

En los años 90 se consolida la Bioética como disciplina académica en bastantes países de América Latina. La publicación de un número del Boletín de la Organización Panamericana de la Salud, que luego apareció en libro, todo dedicado a la Bioética, a principios de la década del noventa, le dio presencia ‘formal’ a la Bioética. Un segundo paso fue la fundación en 1991 por Alfonso Llano, desde Colombia, de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética -FELAIBE-, “más para promover la fundación de Institutos y centros de Bioética en todos los países de Iberoamérica, que para federar lo que todavía no existía. FELAIBE organizó, a partir

⁴⁹ Llano A ob.cit

de su fundación, foros y asambleas en diversos países de Iberoamérica”, y ha organizado ininterrumpidamente Congresos de Bioética en diversos países desde 1995.

Un tercer paso fue la fundación en Santiago de Chile, por parte de la OPS, del Programa Regional de Bioética, en estrecha colaboración con la Universidad de Chile, cuyo décimo aniversario celebramos ahora. Además del apoyo conceptual y económico a múltiples actividades organizadas por los diversos países hispanoamericanos, el Programa Regional de Bioética viene ofreciendo a profesionales de toda Latinoamérica, a partir de 1996, una Maestría en Bioética, bajo la dirección del Profesor Diego Gracia Guillén, en la que se han formado numerosos profesionales y que ha supuesto un hito importante en la difusión y profundización de la Bioética en nuestra región. Desde el 2000 el Programa Regional de Bioética de la OPS – hoy en día como Unidad de Bioética- está dirigido por el profesor Fernando Lolas Stepke⁵⁰.

Simultáneamente se ha introducido como disciplina en los currículos universitarios, inicialmente en los estudios de Medicina y más recientemente en Enfermería y otras profesiones de la salud. Y también han comenzado Cursos de postgrado y Maestrías en bastantes países: en las Universidades de El Bosque, Javeriana y la Sabana en Colombia; en la Universidad de Buenos Aires, en la Universidad Católica Argentina y en la Nacional de Cuyo en Mendoza, en Argentina; en la Universidad de Chile y en la Pontificia Universidad Católica de Chile; la Universidad Anáhuac en México, etc.

“Para finales de la década, -en palabras de Alfonso Llano- prácticamente todos los países de Iberoamérica vienen organizando diversas actividades de Bioética, por citar algunas, comités hospitalarios, centros, foros, jornadas, cursos de pre y posgrado, y de manera especial, Asociaciones Nacionales de Bioética, hasta el punto de que para la fecha, prácticamente todos los países de Latinoamérica cuentan con todas o casi todas estas actividades que acabamos de enumerar”⁵¹.

Querría señalar aquí también el esfuerzo editorial que se ha realizado en estos 10 últimos años. Hay ya un buen número de libros, y además del creciente interés por estos temas de la mayoría de las publicaciones del ámbito médico y de Enfermería, se publican algunas revistas específicas de Bioética: las revistas argentinas Quirón, Cuadernos de Bioética, Vida y Ética, y Bioética desde América Latina; las revistas mexicana Medicina y Ética, y Summa Bioética; las colombianas Persona y Bioética, Bioética Selecciones, y Revista Latinoamericana de Bioética; la chilena Acta Bioethica, de la Unidad de Bioética de la OPS; la brasileña Bioética, del Conselho Federal de Medicina⁵².

⁵⁰ Un resumen de las actividades del Programa Regional de la OPS, enmarcado en el contexto del desarrollo de la Bioética en nuestros países, puede verse en: Lolas F. Introducción: hacia una Bioética para América Latina y el Caribe. En: Lolas F (Ed.) *Bioética y Cuidado de la Salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2000: 13-18.

⁵¹ Llano A. ob.cit.

⁵² Puede accederse a la mayoría de las revistas a través de las web de sus instituciones, aunque no todas ofrecen contenidos on line. Para ver una lista de revistas de Latinoamérica: León FJ. *La bioética latinoamericana en sus textos*. E-book. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS; 2008: 548-551. Disponible en: <http://www.uchile.cl/bioetica/>

Ha sido sobre todo un desarrollo de la bioética clínica, como explicaremos más tarde, y ha supuesto en estos diez últimos años un fuerte replanteamiento de los modelos de atención de salud y de las relaciones entre los profesionales de la salud y los pacientes, con un diálogo intercultural que se ha manifestado muy enriquecedor.

3.- Un diálogo intercultural enriquecedor:

En el ámbito europeo, y también en Latinoamérica, a la vez que se recibía la influencia de la Bioética norteamericana, se profundizó en los aspectos de fundamentación, en la relación entre la ética y la ciencia, y en el diálogo entre la nueva propuesta de la ética de los principios y las corrientes éticas con larga tradición en nuestra cultura. La ética aristotélico-tomista puesta al día desde el personalismo, la ética neokantiana, la ética dialógica, se han visto confrontadas en un reto intelectual y práctico con el utilitarismo y la ética de consenso neoliberal.

Aunque en ocasiones se ha presentado la discusión como un enfrentamiento o intento de imposición de valores ideológicos y culturales muy diferentes, pienso que el afán de complementación, de apertura y de diálogo han conseguido vencer los recelos iniciales y está enriqueciendo, de hecho, nuestra formación académica y cultural.

Las posiciones personales son de hecho muy variadas y los temas de bioética han provocado debates muy vivos, públicos, políticos, sociales, jurídicos y también filosóficos, en estos años. Cada nuevo desafío técnico y científico, y cada nueva legislación –o intento de legislación- han estado acompañados de fuertes confrontaciones en los medios de comunicación y a veces también en el ámbito que debería ser más sereno de la Universidad.

Pero en definitiva, todos nos hemos enriquecido con este debate y estamos aprendiendo a profundizar en nuestras convicciones, mejorar nuestra metodología y la forma de docencia y exposición, y tolerar un verdadero debate plural en unas sociedades cada vez menos homogéneas y, a la vez, más necesitadas de elementos de unión e identidad cultural que nunca.

4.- La difusión de la Bioética social:

La propia extensión de los debates en la sociedad y la necesidad de legislar han llevado en Latinoamérica a un desarrollo de la Bioética como una ética social y política.

En el mundo anglosajón se ha producido un gran desarrollo en estos años de los estudios sobre justicia y salud, igualdad en salud, género y ética en salud⁵³, que después ha repercutido también en los demás países. Se han comenzado a tratar estos temas también en los países de

⁵³ Como ejemplo del nuevo enfoque, Buchanan A, Broca DW, Daniels N, Wikler D. *Genética y justicia*. Madrid: Cambridge University Press; 2002.

Latinoamérica, primero desde la perspectiva de la repercusión del debate sobre los derechos humanos en el ámbito propio de la salud, y posteriormente desde la profundización en el concepto de justicia y equidad en salud, a la vez que se producían los cambios en los sistemas de seguro social y atención de la salud pública en la mayoría de los países⁵⁴. La crisis de los sistemas de salud ha llevado a plantearse a fondo las cuestiones éticas. Como escribe Fernando Lolas, “Muchos planificadores y políticos parecen olvidar que la crisis de los sistemas no es sólo de medios, de cómo operan, sino también de fines, de para qué fueron creados y para qué sirven. Mientras esta pregunta no sea planteada y respondida en el contexto de cada nación, estaremos en un proceso eternamente recurrente de perfecciones ‘técnicas’ que seguirán engendrando insatisfacciones entre los usuarios, los pacientes y sus familiares”. Esa pregunta no puede responderse sólo desde el ámbito de la técnica, es imprescindible en “ángulo moral tanto como el técnico”⁵⁵.

Es un campo importante el que debe desarrollar la Bioética, de promoción de los derechos humanos fundamentales –especialmente el derecho a la vida y a la salud- y de análisis de las consecuencias prácticas de la justicia en nuestras sociedades, y especialmente en las políticas de salud, en la implementación de recursos y de la igualdad de acceso a la atención de salud.

Pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética en las sociedades democráticas, en el desempeño de la política, de la función pública, que nos lleve a delimitar los valores éticos que deben conformar nuestra cultura en proceso de cambio, que nos permitan seguir siendo nosotros mismos y adaptarnos a la vez a esta nueva sociedad globalizada.

Esto cobra especial importancia en los países de Latinoamérica por la propia situación social y económica, y es aquí donde la reflexión bioética puede unirse a la elaborada por la “ética del desarrollo”, que intenta aunar los esfuerzos de la racionalidad técnica, ética y política en la situación económica y social de nuestros países⁵⁶.

Los instrumentos que han canalizado este debate sobre Bioética social han sido sobre todo los Centros de cultura dedicados a la Bioética, y las Asociaciones de Bioética de carácter nacional, que han influido cada vez más en el ámbito académico, de formación de los profesionales de la salud especialmente, y en el político. Pero no han sido solamente los Centros e instituciones de

⁵⁴ Lolas F (Ed.) Ob.cit. Escobar Triana J. *Bioética y Derechos Humanos*. Bogotá: Ediciones El Bosque; 1998. Escobar Triana J. *Bioética y Justicia Sanitaria*. Bogotá: Ediciones El Bosque; 1999.

⁵⁵ Lolas F. La Bioética y los sistemas sanitarios en América Latina y el Caribe. En: *III Congreso Nacional, Latinoamericano y del caribe de Bioética*. México: Comisión Nacional de Bioética y Academia Nacional Mexicana de Bioética; 1999: 33-37.

⁵⁶ Martín Navarro E. *Ética para el desarrollo de los pueblos*. Madrid: Editorial Trotta; 2000. Goulet D. *Ética del Desarrollo. Guía teórica y práctica*. Madrid: Editorial IEPALA; 1999.

Bioética. Este papel de interlocutores en los debates sociales planteados por las nuevas tecnologías y avances científicos se ha institucionalizado en algunos países a través de las Comisiones Nacionales de Bioética, aunque su desarrollo en Latinoamérica está aún en sus comienzos en la mayoría de los casos.

Las Comisiones Nacionales de Bioética han sido muy efectivas en algunos países europeos –por ejemplo, Francia, Italia, Portugal- y quizás menos en otros. Se han mostrado muy claramente las consecuencias positivas de la independencia y la creatividad frente a las negativas del excesivo dirigismo o burocratización. Han realizado estas Comisiones una extraordinaria labor de diálogo, debate social y también de publicaciones sobre los temas de interés en cada país, que me parece muy necesario conocer y quizás imitar de algún modo según la cultura propia de cada país⁵⁷.

En el mundo anglosajón, el modelo no ha sido la constitución de comisiones nacionales permanentes, sino más bien la puesta en marcha de comisiones ad hoc para el estudio de determinados problemas. En algunos países de Europa y en la mayor parte de los de Latinoamérica, aún no han cuajado del todo ninguno de estos dos modelos. En ocasiones existen como Comisión Nacional de Bioética, y en otros casos, sólo como Comisiones para determinados campos. Sería muy deseable su desarrollo y buen funcionamiento futuro⁵⁸.

5.- El reto actual: una propuesta de desarrollo de la Bioética como instrumento del debate ético-social y político

El éxito de la Bioética clínica ha sido la elaboración de una buena y eficaz metodología, la implementación de una buena propuesta de formación de los profesionales, y la penetración en el ámbito de la salud a través de los comités de ética de los hospitales. Aunque aún nos falte mucho por hacer en este ámbito de la bioética clínica, pienso que el mismo esfuerzo o más aún debe hacerse para conseguir un buen desarrollo de la Bioética aplicada al debate ético social y político. Este es, a mi entender, el principal reto que nos presenta la reflexión en Bioética después de estos diez últimos años de consolidación.

Como paso previo para esto, debemos definir bien algunas nociones previas al diálogo, que tienen especial importancia en el ámbito de Latinoamérica:

5.1.- El debate en Bioética debe ser plural, tolerante, sin “fundamentalismos” por un lado, y sin imponer un laicismo militante y excluyente por el otro. No caben los “despotismos ilustrados” de

⁵⁷ León FJ (Ed.) Las Comisiones Nacionales de Bioética. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Bioética; 2008.

⁵⁸ León FJ. Las Comisiones Nacionales de Bioética en Latinoamérica. En: Schmidt L, León FJ, Pessini L. *Datos históricos de la Bioética en Latinoamérica*. Caracas: San Pablo; 2008.

ningún signo, y por lo tanto, deberemos exigir siempre la presentación pública de las razones, dar razones de cada una de las posiciones respetables o tolerables.

Es preciso después abrir espacios de diálogo. Existen ya algunos espacios de debate que pueden resultar enriquecedores: los comités asistenciales de ética en los hospitales o centros de atención primaria, y las Comisiones nacionales en aquellos países que las han implementado.

5.2.- Deberemos establecer un consenso previo al debate, en torno a los bienes humanos básicos y a los derechos humanos fundamentales. No importa sólo la referencia teórica y general, constitucional muchas veces, a estos derechos, sino el análisis de las conclusiones prácticas que la experiencia histórica de estas últimas décadas ha aportado a cada país de Latinoamérica sobre el ejercicio, la protección y la promoción de estos derechos.

A la vez, es preciso analizar los valores propios de cada país, y los valores que debe aportar la justicia social en el ámbito de la salud: conocer previamente la realidad del acceso al sistema de salud, las desigualdades económicas, sociales, étnicas, etc, nos ayudará a tener presentes las metas de justicia social antes de estudiar las posibles soluciones.

5.3.- Debemos estudiar y proponer un nuevo modelo de relación médico-paciente, o profesional de la salud y persona atendida en salud, o prestador de servicios en salud y usuario. No cabe una aceptación acrítica de modelos externos, y tampoco una especie de indiferencia o abstención ante la evolución rápida que están teniendo nuestras sociedades en este punto, desde un paternalismo a formas de un contractualismo más o menos individualista, o esquemas neoliberales poco concordes con la experiencia clínica de nuestros países.

Es necesario analizar qué modelo en definitiva queremos para cada uno de nuestros países:

- cómo incorporar plenamente la teoría y la práctica del consentimiento informado, que tenga en cuenta el papel de la autonomía individual.
- cómo proporcionar la mejor información al paciente, una información que necesariamente en nuestros países será también parte de la educación en salud, y por tanto deberá unir su carácter instructivo con un delicado respeto por la objetividad y los valores del propio paciente.
- cómo establecer una buena relación de ayuda, no sólo a nivel individual entre el profesional de la salud y el paciente, sino también comunitaria, con la familia y la comunidad social.

5.4.- Finalmente, en la asimilación de los contenidos de la Bioética norteamericana y europea en nuestros países, deberemos jerarquizar los principios bioéticos, sin reducciones fáciles y superficiales. Puede ayudar para ello la propuesta realizada hace ya algunos años por el profesor Diego Gracia, de establecer un primer nivel, con los principios de justicia y no maleficencia; y un segundo nivel –importante, pero segundo- con los principios de autonomía y beneficencia. Que ocupen estos últimos el segundo puesto no quiere decir que sean secundarios y prescindibles, pero sí que debe tenerse en cuenta la posición primordial en el debate bioético –y en la realidad clínica y social de nuestros países- de la no maleficencia y de la justicia.

Será necesario elaborar y desarrollar unos buenos instrumentos que todavía están poco definidos:

a.- Una metodología de análisis de los problemas ético-sociales, y de la ética política, muy centrada en el desarrollo de las exigencias éticas de la justicia social en cada país.

b.- Una propuesta de formación de otros profesionales, no sólo del ámbito de la salud ni del ámbito jurídico más interesados en la bioética, sino también de los profesionales de la política y la economía. El desarrollo de asesorías en estos temas para los diputados, políticos, legisladores; la ayuda para establecer programas de bioética dentro de las propuestas programáticas de los diferentes partidos políticos; la formación de jueces y juristas en la complejidad de la experiencia bioética clínica, etc.

c.- Penetración a través de las Comisiones Nacionales de Bioética como espacio de diálogo y reflexión “dentro, pero fuera” del campo político., que apoyen la elaboración de políticas de salud, con la participación y un real debate entre todos, y con la necesaria reflexión ética ante las futuras legislaciones.

d.- Ampliar los espacios de debate y reflexión interdisciplinar. Los Centros y Asociaciones de Bioética deberán abrir aún más su actividad a otros profesionales ajenos al ámbito clínico, que hasta ahora permanecen un poco al margen. Y esta será una tarea importante para las instituciones de Bioética que están dentro de las Universidades, pues éstas son el campo abierto y propio de la interdisciplinariedad. Desde ellas deberá partir una renovada formación en Bioética para otros profesionales no clínicos, tanto en el nivel de pregrado como de postgrado.

La Bioética ha contribuido ya a crear espacios de libertad y diálogo en nuestras sociedades, especialmente en el ámbito clínico, y debe contribuir aún más a la resolución de los problemas de justicia planteados en los sistemas de salud y al entero debate sobre los valores que deben fundamentar nuestra cultura propia y el desarrollo social de cada país de Latinoamérica.

CAPÍTULO 4º.- BIOÉTICA Y RELIGIÓN⁵⁹

Introducción:

La Bioética es un diálogo plural entre diversas ciencias y entre las diferentes corrientes de pensamiento presentes en la sociedad acerca de los aspectos éticos de la atención de la salud y el cuidado de la vida humana en el ámbito biomédico. Parte de los que entran en el diálogo, lo hacen sin dialogar, o bien en algunos casos porque piensan que la luz de la fe resuelve ya los problemas planteados a la razón y el sentido moral del hombre, y por lo tanto ya está preestablecida la solución a los dilemas éticos, o bien porque piensan que la religión y más ampliamente el mundo de las creencias, afectos y sentimientos estorba y entorpece la reflexión racional, es irracional y debe dejarse totalmente fuera del estricto diálogo bioético.

Distintas visiones de la relación bioética-religión

Una parte de la Bioética norteamericana se ha presentado, en efecto, como un intento de conseguir una ética de consenso, basada en principios emanados de un ambiguo “sentido común moral”, cerrado en ocasiones –pero no siempre- a la trascendencia, y donde los interlocutores del debate bioético debieran dejar de lado sus creencias y convicciones religiosas o morales, a favor de lograr acuerdos de mínimos⁶⁰.

Así, por ejemplo, Max Charlesworth, en su conocida obra sobre La Bioética en una sociedad liberal, comenta que sólo podemos ponernos de acuerdo en que no vamos a ponernos de acuerdo, y critica que no se deje a los individuos elegir su propia muerte, que se limite el arriendo de úteros en la fecundación in vitro, o que “el enfoque utilitarista de coste-beneficio adoptado en el presente por muchos economistas sanitarios, burócratas y políticos (enfoque que se presta al paternalismo burocrático y el 'dirigismo') va directamente en contra de estos valores neoliberales. Por lo tanto, todavía existen dudas, pasos hacia atrás e incoherencias en el reconocimiento y la aceptación de los valores liberales en la bioética, con reliquias de criterios antiguos respecto a las cosas, como cuando el estado se consideraba como refuerzo de la moralidad pública básica en una sociedad liberal, la única moralidad común o consenso ético posible sería aquél fundado en los valores liberales primarios” (autonomía moral, igualdad y justicia basadas en la autonomía, y sus valores anexos). En dicha sociedad, no puede haber ningún consenso sobre valores de segundo orden, 'parciales' o confesionales”⁶¹. Se critica el “paternalismo” y el relativismo del utilitarismo, y a la vez, se rechaza todo intento de introducir cualquier valor de tipo religioso o moral en el espacio público.

Otro conocido autor, H. Tristram Engelhardt comenta: “Las diferencias entre las visiones morales (entre ateos o creyentes, o también entre los mismos ateos) son reales, fundamentan

⁵⁹ Publicado en: “Bioética y religión”. *Ars Medica*, Santiago de Chile, 2008, 16: 207-214.

⁶⁰ Beauchamp TL/Childress JF. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson;1999: 33-36.

⁶¹ Charlesworth M. *La Bioética en una sociedad liberal*. Madrid: Cambridge University Press; 1996: 1-10.

concepciones sustancialmente diferentes de la bioética, y tienen su origen en que los participantes en las controversias morales disponen de premisas y de reglas de evidencia diferentes, de tal modo que las controversias no se pueden resolver *por medio de argumentos racionales lógicos*, ni mediante *la apelación a una autoridad moral reconocida por todos*. Sólo la moralidad secular general carente de contenido puede salvar este abismo y permitir la colaboración cuando no se alcanza la concurrencia de pareceres moral dotada de contenido”⁶². Por eso puede compatibilizar su personal moral cristiana ortodoxa –que comparte con sus “amigos morales”- con su posición liberal secular, de ética de consenso, cuando actúa como un ciudadano más entre “extraños morales”.

Se da la paradoja de que muchos de los impulsores de la Bioética han partido precisamente desde distintas posiciones de fe: protestantes y católicos en USA, en el Hasting Center de New York, o el Kennedy Institut, dentro de la Georgetown University de Washington, dirigida por los jesuitas. Más aún en Europa: el primer Centro de Bioética fue el Instituto Borja de Bioética en Cataluña, de los jesuitas; y es conocida la labor que en Bioética han desarrollado instituciones universitarias católicas desde diferentes posiciones, como la Universidad de Comillas o la Universidad de Navarra. En los medios de comunicación, en la elaboración y aprobación política de la legislación, y en el debate académico han chocado con fuerza muchas veces la llamada en Italia “Bioética laica” y “la Bioética católica”, especialmente, por las exigencias éticas derivadas del mensaje cristiano sobre el hombre y la vida humana.

En Latinoamérica también han sido y son importantes la aportación académica al desarrollo de la Bioética desde instituciones católicas y, a la vez, los intentos de diálogo racional entre las diversas fundamentaciones existentes⁶³.

De un primer momento de confrontación, se está pasando a un convencimiento de la necesidad de un diálogo fecundo entre Bioética y Religión, presente en algunas publicaciones recientes de estos últimos años. Se ha profundizado, por una parte, en el ámbito católico, en las relaciones entre religión y ciencia, y fe y razón, dentro del ámbito bioético⁶⁴, con diferentes conclusiones.

Es bien conocida la posición oficial de la Iglesia Católica a través de la Encíclica “Fides et Ratio” de Juan Pablo II, de la armonía y complementariedad de ambas: “es posible reconocer, a pesar del cambio de los tiempos y de los progresos del saber, un núcleo de conocimientos filosóficos cuya presencia es constante en la historia del pensamiento. Piénsese, por ejemplo, en los principios de no contradicción, de finalidad, de causalidad, como también en la concepción

⁶² Engelhardt HT. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1995: 104-105.

⁶³ León FJ. Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales. En: Lolas F (Editor) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS-OMS; 2004: 145-152. Pessini L, Paul de Barchifontaine C, Lolas F (coords.). *Perspectivas de la Bioética en Latinoamérica*. Santiago de Chile: OPS/OMS; 2007. Garrafa V, Kottow M, Saada A (Coord.) *El estatuto epistemológico de la Bioética*. México DF: UNESCO e Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; 2005.

⁶⁴ *Fe y Ciencias. Jornada del 8 de octubre de 1997*. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Católica Argentina; 1998. Gafo J (ed.). *Bioética y religiones: el final de la vida*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2000. Varios autores. *Bioética, religión y derecho*. Madrid: Fundación Universitaria Española; 2006.

de la persona como sujeto libre e inteligente y en su capacidad de conocer a Dios, la verdad y el bien; piénsese, además, en algunas normas morales fundamentales que son comúnmente aceptadas. Estos y otros temas indican que, prescindiendo de las corrientes de pensamiento, existe un conjunto de conocimientos en los cuales es posible reconocer una especie de patrimonio espiritual de la humanidad. Es como si nos encontrásemos ante una *filosofía implícita* por la cual cada uno cree conocer estos principios, aunque de forma genérica y no refleja. Estos conocimientos, precisamente porque son compartidos en cierto modo por todos, deberían ser como un punto de referencia para las diversas escuelas filosóficas... La Iglesia, por su parte, aprecia el esfuerzo de la razón por alcanzar los objetivos que hagan cada vez más digna la existencia personal. Ella ve en la filosofía el camino para conocer verdades fundamentales relativas a la existencia del hombre. Al mismo tiempo, considera a la filosofía como una ayuda indispensable para profundizar la inteligencia de la fe⁶⁵. Por otro lado, en sus obras como filósofo, Karol Wojtyła ofrece una significativa aportación para la fundación de una ética racional de tipo personalista desde el diálogo con parte de la filosofía del siglo XX⁶⁶.

También desde el catolicismo se realiza un esfuerzo por profundizar en el sentido del Magisterio de la Iglesia y en su interpretación, desde variadas posiciones, pero siempre desde la posibilidad de complementar fe y razón en la búsqueda de soluciones a los dilemas planteados en Bioética⁶⁷. Otros autores –desde posiciones más o menos cercanas a una teología de la liberación– hablan de una “filosofía de la liberación”, y del papel liberador de una Bioética emancipadora de Latinoamérica, que debería ser “de intervención” política y no de discusión académica⁶⁸, pero son voces desde luego minoritarias en el debate bioético latinoamericano.

En los últimos años, existe un verdadero interés en señalar cuál es la óptima aportación de la teología moral en el debate bioético, desde el diálogo constructivo. “La intención de fondo en todo ello –comenta Francisco J. Alarcos– no es sino estimular la búsqueda, el diálogo y la cooperación de los bioeticistas, tanto de índole secular como teológica, en la tarea ineludiblemente humana de cuidar la fragilidad vital en todas sus dimensiones”⁶⁹.

Diego Gracia, dentro del ámbito filosófico, ha escrito sobre la relevancia de las tradiciones religiosas para el discurso bioético, con un análisis filosófico, donde expone de nuevo sus

⁶⁵ Juan Pablo II. *Encíclica Fides et Ratio*. Roma : Santa Sede, 1998. Introducción, nº 4 y 5. También es significativo que dos de los capítulos se titulen: “Credo ut intellegam” e “Intellego ut credam”, creer para conocer más por la fe, y razonar para llegar a fundamentar mejor la propia creencia religiosa.

⁶⁶ Wojtyła K. *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*. Madrid: Ediciones Palabra; 1997.

⁶⁷ Son muy variados los autores. Es bien conocida la abundante obra de Elio Sgreccia, desde el Istituto di Bioetica de la Università del Sacro Cuore en Roma. En Chile: Kottow M, Anguita V. *Bioética Católica. Márgenes de interpretación de las enseñanzas magisteriales*. Santiago de Chile: CINBIO (Centro Interdisciplinario Bioética Univ Chile); 1995.

⁶⁸ Boff L. *A voz do Arco-Iris*. Brasília: Letraviva Editorial; 2000. Moser A, Soares AM. *Bioética. Do consenso ao bom senso*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.

⁶⁹ Bochaty A. *Bioética y teología moral*. Buenos Aires: Ediciones Paulinas; 1994. Alarcos FJ. *Bioética Global, Justicia y Teología Moral*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2005. Gómez Sánchez C. Problemas éticos en la religión. En: Osvaldo Guariglia (Ed.) *Cuestiones morales*. Buenos Aires: Editorial Trotta; 1ª reimp. 2007: 171-187.

conocidas tesis de la separación radical entre las éticas de la fe y las de la autonomía, apoyándose fundamentalmente en la obra de Rahner, Fuchs y Demmer, para concluir que los mandatos morales específicamente cristianos no pueden formularse nunca de modo absoluto y sin excepciones, pues lo único que tendría este sentido sería la “opción moral fundamental”, y por tanto, como conclusión, habría que ir a una autonomía religada, en el mismo sentido pero más allá de los promotores del “proyecto de ética mundial”, como Hans Küng o John E. Hare⁷⁰. Es una posición contestada desde dentro de la propia Bioética por los defensores de los absolutos morales, desde diferentes perspectivas filosóficas y no sólo teológicas: la opción moral fundamental –importante en el desarrollo moral personal- debe aplicarse en las acciones humanas concretas según un esquema de valores previo a la propia opción, la opción autónoma no es la base última de fundamentación, sino la conciencia moral que aplica a lo particular y concreto los imperativos categóricos, bienes humanos básicos o valores, fundantes de la obligatoriedad moral, ya sea desde la exploración racional o desde la aceptación supraracional – y no irracional- de las consecuencias morales de una fe religiosa⁷¹.

La necesidad de diálogo en el ámbito de la Bioética

Sobresale en el ámbito filosófico actual la necesidad de un diálogo. En el último libro editado de Habermas, con el significativo título “Entre naturalismo y religión”⁷², insiste desde la ética del discurso en la necesidad del diálogo entre dos tendencias contrapuestas, que caracterizan hoy la situación intelectual de la época: por un lado, la creciente implantación de “imágenes naturalistas del mundo”, y por otro, el “recrudescimiento de las ortodoxias religiosas”. Habermas sondea las tensiones entre el naturalismo y la religión, y defiende una comprensión adecuadamente naturalista de la evolución cultural que rinda cuentas del carácter normativo del espíritu humano. Además propone una interpretación adecuada de las consecuencias secularizadoras de una racionalización cultural y social que, de modo creciente, los defensores de las ortodoxias religiosas se resisten a aceptar como la verdadera senda histórica de Occidente.

Lo interesante de esta obra es la nueva sensibilidad con la que se aproxima al choque actual entre la fría visión que aportan las ciencias respecto a lo que es el ser humano y la imagen legada por la tradición religiosa. Habermas aboga por entrar en una sociedad “postsecular”, donde las argumentaciones religiosas puedan competir en plano de igualdad con las explicaciones científicas a la hora de interpretar la vida en común.

⁷⁰ Gracia D. Religión y ética. En: Gracia D. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela; 2004: 129-196.

⁷¹ Para el análisis de las relaciones entre conciencia, autonomía y ética, Laun A, *La conciencia*. Barcelona, EIUNSA; 1993. En cuanto a la necesidad de unos principios morales absolutos universales para todos, y las relaciones entre moral y religión, Finnis J. *Cuestiones de ética*. Barcelona: EIUNSA; 1992. Pérez-Delgado E. *Moral de convicciones, moral de principios. Una introducción a la ética desde las ciencias humanas*. Salamanca-Madrid: EDIBESA; 2000.

⁷² Habermas J. *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Paidós Básica; 2006.

En definitiva, se ha reiniciado definitivamente el diálogo –y a ello ha aportado también el desarrollo de la bioética- entre fe y razón, entre religión y ciencia, más allá de los extremismos propios de la sociedad postmoderna y secularista del siglo XX, y de las posiciones intolerantes, más bien ideológicas que religiosas. En la confrontación se pierden de vista las razones del otro y se intenta construir un mundo a la medida de nuestras personales razones excluyentes. La historia del cristianismo es la historia de un diálogo fructífero entre fe y razón, superador de ideologías irracionales. En el diálogo, al entender y respetar –aunque no se compartan- las razones del otro, entenderemos también mejor nuestras propias ideas, y podremos ofrecer entre todos soluciones positivas en un mundo necesitado de clarificación y profundización en los valores morales. La Bioética –a través del diálogo- puede aportar mucho a esta tarea en este siglo XXI.

CAPÍTULO 5º.- ENSEÑAR BIOÉTICA: CÓMO TRASMITIR CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y VALORES⁷³

Introducción:

La Bioética se ha incorporado de modo definitivo a los currículos de las diferentes carreras de ciencias de la salud en estos últimos años en Chile. Comenzó en Medicina y Enfermería, y actualmente está en sus inicios en Odontología⁷⁴, Kinesiología, y en otras áreas afines como Trabajo Social y Terapia Ocupacional⁷⁵. Quizás es una asignatura aun pendiente en Psicología, especialmente en todo el campo de la Psicología Clínica, pero se han dados ya algunos pasos⁷⁶.

Es una disciplina reciente, con algo más de 30 años de evolución, pero cuenta ya con un desarrollo metodológico y didáctico importante. Quizás por su juventud, ha estado muy abierta a las corrientes pedagógicas más actuales, aunque también puede deberse al reto que representa en sí misma, pues pretende algo nada sencillo: primero, entregar conocimientos, desde una visión interdisciplinar, sobre un ámbito cada vez más amplio y complejo de temas. Segundo, llegar a cambiar actitudes y comportamientos, e incidir en la relación profesional de la salud-paciente y en el cambio de los modelos de asistencia en salud. Y finalmente, tercero y quizás lo más difícil, transmitir valores éticos, los valores más apropiados y necesarios para los profesionales de la salud y para la sociedad en general.

Tanto la metodología de enseñanza como la actitud del profesor y la evaluación en las asignaturas de Bioética, tienen un contenido formativo al servicio de esa transmisión de valores, más que en otras disciplinas, y deben adecuarse a una estricta ética docente.

1.- El amplio campo de conocimientos interdisciplinarios de la Bioética

En lo primero ya existe un buen reto pues no se trata de enseñar ética médica, o ética en Enfermería, o deontología profesional, o aspectos legales de estas disciplinas, o meramente ética

⁷³ Publicado en: “Enseñar Bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores”. Acta Bioética, 2008, Vol. 14 (1): 11-18.

⁷⁴ Se han realizado ya –promovidos por la Unidad de Bioética de la OPS, tres Jornadas de Bioética y Odontología, en Santiago (2005), Buenos Aires (2006) y Lima(2007). Otra iniciativa es la publicación del Boletín Salud Oral y Bioética, de la Unidad de Bioética de la OPS, del que se han editado varios números.

⁷⁵ Como ejemplo, la reciente Tesis de Licenciatura dirigida por la Prof. Laura Rueda: Gaete C, Gallardo S, Ramírez C. *Principios Bioéticos en la integración social de personas con discapacidad*. Santiago: Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile; 2006.

⁷⁶ Además de la inclusión reciente en el currículo de algunas Escuelas de Psicología, se celebraron recientemente unas *Jornadas sobre Bioética y Psicología. III Jornadas Interdisciplinarias de Bioética*, organizadas por el Centro de Bioética de la Facultad de Medicina y la Escuela de Psicología, de la Universidad Católica de Chile.

filosófica. Las propuestas tienden a acercarse a algunos de esos extremos⁷⁷, pero la Bioética ha ido definiendo con bastante precisión su identidad –al menos conceptual, aunque el consenso no sea unánime o entendido por muchos–, con una mirada más amplia interdisciplinaria, y un estatuto epistemológico propio, por lo que se supone –y es exigible– que el profesor debe ser capaz de enseñar desde la perspectiva clínica, jurídica, desde la fundamentación filosófica de la Ética, y con la metodología y ámbito propio de la Bioética. Y también de un modo adecuado a las circunstancias culturales y sociales de su propio ámbito, en nuestro caso, de Latinoamérica, bien diferente de otros⁷⁸.

El campo de la Bioética cada vez se ha ido ampliando más, desde la ética clínica a las cuestiones de ética global y ambiental, y los problemas de la ética de las instituciones y sistemas de salud. El mayor desarrollo en la docencia y en publicaciones, libros y artículos, se ha dado en la bioética clínica, pero las propuestas de una Bioética global centrada en la supervivencia en un mundo pluralista y complejo, merecen una reflexión juiciosa, pensando en la enseñanza de la misma⁷⁹. Por lo tanto, existe un amplio campo de contenidos, tanto por la materia en sí misma, como por su abordaje desde muy diferentes disciplinas.

Ha habido bastantes propuestas en cuanto a los contenidos que debe abarcar. Francesc Abel propone⁸⁰ que “los objetivos docentes han de orientarse en torno a los tres ejes siguientes:

- 1) Desarrollo progresivo de la competencia profesional
- 2) Armonización entre los valores del conocimiento técnico científico especializado y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona.
- 3) La sinergia necesaria entre los objetivos de la política sanitaria y la forma como se instrumentan los medios o recursos para llevarla a término.”

Añadiríamos que hoy en día la formación en bioética forma parte de la necesaria competencia del profesional de la salud, y que un objetivo importante es proporcionar elementos de juicio a los futuros profesionales para comprender los debates en bioética que se producen en su mundo, en su sociedad.

El equipo de trabajo sobre la enseñanza de la Bioética de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, en España, propone seis módulos básicos: Historia, fundamentación, metodología, relaciones asistenciales, principio de la vida, final de la vida, e investigación. Cada módulo puede impartirse en tres grados de nivel de conocimientos, introductorio, medio y de profundización⁸¹. Este es el esquema que, en mayor o menor medida, se sigue en la mayoría de los programas de postgrado o magíster, o en los numerosos manuales de Bioética existentes. Lo

⁷⁷ Salomone G, Domínguez ME. *La transmisión de la ética: clínica y deontología*. Volumen I. Fundamentos. Buenos Aires: Letra Viva; 2006, 173. Centran la propuesta en la dimensión singular y el campo normativo de la ética profesional, y especialmente de los códigos de ética, con la propuesta de una ética de la responsabilidad como base de la deontología de las profesiones clínicas.

⁷⁸ Garrafa V, Kottow M, Saada A, (Coord.) *El estatuto epistemológico de la Bioética. Un enfoque Latinoamericano*. México: UNESCO e Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; 2005. Llano A (Editor) *¿Qué es Bioética? Según notables bioeticistas*. Bogotá, 3R Editores; 2001.

⁷⁹ Escobar J (coord.) *Elementos para la enseñanza de la Bioética*. Bogotá: Universidad El Bosque; 1998.

⁸⁰ Abel F. Bioética: diálogo interdisciplinario. *Cuadernos de Bioética*, 1999; 37 (1): 11-16.

⁸¹ Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. *La educación en Bioética de los profesionales sanitarios*. Madrid: Ed. Lormo; 1999.

que varía es la proporción de contenidos dedicados a una u otra materia. Pienso que, en general, en Chile y en otros países, se tiende a ampliar la parte de fundamentación y metodológica en detrimento de la bioética clínica. Quizás por la distribución de la docencia entre Facultades o por otros motivos académicos o de concepción de la Bioética, se amplían los contenidos teóricos y debe advertirse el objetivo práctico y aplicado que tiene esta disciplina, una muy especial ética aplicada, así como la necesidad de formación de los profesionales para la actuación en el ámbito clínico y en los comités de ética.

Diego Gracia propone tres pasos en la formación de pregrado en Medicina⁸²: la ética básica, al comienzo, que “debe estudiar con una cierta detención y profundidad el tema de los juicios morales y el modo como pueden fundamentarse”, con la articulación entre “juicios” y “principios” en un camino de ida y vuelta: “desde los juicios a los principios da lugar al problema de la “fundamentación”; y el camino contrario, de los principios a los juicios, al problema de la “metodología”. En el período clínico la ética médica debe ser naturalmente clínica o aplicada; y también debe estar presente antes de terminar la formación profesional la ética profesional o Deontología médica.

Esto exige al docente una continua puesta al día. Todos hemos sido formados en una disciplina científica, muchas veces de manera bastante cerrada a otras, y debemos hacer el esfuerzo de conseguir una visión multidisciplinar. No se trata de que el médico ahora sea filósofo, o de que el jurista se transforme en médico, algo bien difícil, pero sí que el médico debe incorporar los fundamentos de la ética filosófica, y los fundamentos de la ciencia jurídica; o el filósofo debe descender y entender la realidad clínica y los aspectos científicos de la investigación avanzada médica, para poder aportar cada uno y entre todos, esa visión más amplia, y también por eso más completa, de la realidad ético-clínica.

Este es el reto fundamental del docente de Bioética, a la hora de transmitir contenidos. No puede reducirse la Bioética sólo a transmitir actitudes, o a enseñar a deliberar, por importante que sea la deliberación moral en su metodología, especialmente para entender y sacar experiencias de los casos ético-clínicos y en la formación de los estudiantes. Debe transmitir conocimientos, sobre todo en pregrado: conocimientos sobre ética, sobre deontología profesional y legislación, y sobre ética clínica y ética global.

Es mucho el desarrollo conceptual producido ya en el ámbito académico en Latinoamérica, adecuado a nuestras sociedades. Los libros y artículos editados⁸³, y el desarrollo de la propia investigación en Bioética exigen la puesta al día del docente en los conocimientos y publicaciones de Bioética.

En los postgrados tiene un lugar prioritario el desarrollo de la capacidad de diálogo y deliberación morales⁸⁴ y el aprendizaje de metodologías de análisis de los dilemas ético-clínicos

⁸² Gracia D. *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*. Bogotá: Editorial El Búho;1998: 175-183.

⁸³ Cely G. *Bioética y Universidad*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano CEJA; 1997. León FJ. *La bioética latinoamericana en sus textos*. E-book, Santiago: Unidad de Bioética OPS/OMS; 2008. González Blasco P, Serrano Dias M, Pashtuchenko J, Altisent R. ¿Cómo enseñar bioética en el pregrado? Reflexiones sobre experiencias docentes. *Atención Primaria*, 2009; 41 (2): 103-108.

⁸⁴ Gracia D. La deliberación moral, el método de la ética clínica. *Medicina Clínica* 2001; 117

o para la toma de decisiones ético-clínicas⁸⁵. Pero también existe un contenido específico que transmitir. Los alumnos deben poder realizar un análisis pormenorizado de los problemas éticos más frecuentes en las distintas especialidades médicas o profesionales que tienen. Hoy existen libros específicos de bioética para la mayoría de las especialidades médicas reconocidas oficialmente, por ejemplo, y la etapa adecuada para su transmisión sería la de la formación del médico especialista, o la formación especializada de postgrado en Bioética. En la medida que la formación en Bioética se está extendiendo más en el pregrado, tendrán que ser más profundos y especializados los contenidos que se imparten en los postgrados, también con la aportación de la investigación realizada a través de las tesis de magíster y de las –aún relativamente escasas- tesis de doctorado sobre temas de Bioética.

2.- Actitudes y comportamientos en la formación en Bioética

Tenemos la tarea en segundo lugar de llegar a cambiar actitudes y comportamientos, e incidir en la relación profesional de la salud-paciente y en el cambio de los modelos de asistencia en salud a través del cambio de los propios profesionales. Cambiar actitudes en los estudiantes de Medicina o en los profesionales es bastante más complejo.

2.1. Conocer a los alumnos

Por una parte hay que intentar que superen **algunas actitudes negativas** con las que llegan a la propia carrera, y que también se mantienen en bastantes profesionales:

- 1.- Mentalidad no sólo científica, sino científicista, la ciencia lo explicaría todo, y se daría a sí misma las reglas, nadie debe imponerle reglas, y menos éticas, desde fuera de la propia ciencia.
- 2.- Intereses económicos, que a veces pueden sobreponerse al sentido de ejercicio de una profesión basada en el servicio a los demás. Esto nos es lo propio de los estudiantes que llegan a primer curso, más idealistas y que tienen todavía muy en primer lugar entre sus actitudes de fondo declaradas -que les han llevado a estudiar Medicina- esos planteamientos de servicio o de vocación. Pero sí suele estar presente –por las responsabilidades que sienten más cercanas- en los que están terminando su formación o comienzan las especialidades.
- 3.- Actitud negativa ante la filosofía y la ética clínica. ¿Para qué dedicar tiempo a la ética? Sobre todo cuando se sienten tan exigidos en las asignaturas clínicas “duras”, y no tienen en ocasiones un buen recuerdo de la poca filosofía que trataron de enseñarles en el colegio. Esto, por supuesto, no es igual en los estudiantes de postgrados en Bioética, donde generalmente existe un deseo de formarse en estas materias “filosóficas” precisamente por la experiencia de las limitaciones de las propias ciencias en que cada uno trabaja.

⁸⁵ Ver el análisis de los diferentes métodos existentes y la propuesta metódica ya clásica, en: Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: EUDEMA; 1991.

4.- Pasividad en general en su formación académica: les “enseñan” anatomía, fisiología, patología, etc y esperan que se les “enseñe” bioética.

Pero también traen incorporadas los alumnos **actitudes bien positivas** sobre las que comenzar el proceso educativo de un cambio de actitudes éticas:

- 1.- Cada vez más descubren el sentido social de su propia profesión, con una preocupación auténtica por la situación de desigualdad de la atención de salud en Chile y las enormes diferencias entre la medicina privada y la pública.
- 2.- Tienen una actitud crítica ante la comercialización de la Medicina actual. Basta con preguntarles por el “espectáculo” que ofrecen ciertos programas pretendidamente médicos en algunos canales de Televisión, o ciertos anuncios de publicidad.
- 3.- Tienen una actitud abierta al aprendizaje y curiosidad intelectual: algunos desean recuperar antiguos intereses por lo humanista, que dejaron olvidados años atrás, y además sienten que la Bioética es algo novedoso, y tienen curiosidad, más que conocimiento en un primer momento.
- 4.- Los alumnos de primer año, especialmente, ven las asignaturas de Bioética o de Fundamentos filosóficos de la Medicina, como el único espacio que se acerca a la praxis médica directa, en un curso lleno de materias básicas. Y un poco más tarde, muestran sentimientos de falta de preparación ante los dilemas éticos que empiezan a encontrar de golpe en las prácticas. Debemos estar ahí para apoyar ese cambio de actitud ante los problemas del paciente o del hospital o clínica, que pasan a ser los problemas del médico que trata a esos pacientes en ese hospital o clínica, y los problemas del estudiante que ve las actitudes del equipo médico y “lo que pasa”, en contradicción con lo que aprende sobre ética clínica.

2.2.- Promover las actitudes y la capacidad de diálogo

Debemos, por tanto, promover decididamente algunas actitudes y comportamientos en los alumnos. En primer lugar, las que resultan imprescindibles en todo diálogo bioético: “respeto al otro, tolerancia, fidelidad a los propios valores, escucha atenta, actitud interna de humildad; reconocimiento que nadie puede arrogarse el derecho a monopolizar la verdad y que todos hemos de hacer un esfuerzo para ser receptivos; aceptar la posibilidad de cuestionar las propias convicciones desde otras posiciones, la razonabilidad de los argumentos. En otras palabras: son necesarias la escucha recíproca; el enriquecimiento de la competencia profesional interdisciplinar y la autenticidad de los acuerdos. Son un auténtico estorbo los dogmatismos científicos o espiritualistas y las visiones reduccionistas. La ignorancia convierte en imposible el diálogo bioético”⁸⁶.

Para promover la educación moral en general, y la bioética en particular, la discusión de dilemas morales puede ser un buen recurso metodológico. El uso de los dilemas, cuya piedra angular no es más que el reconocimiento en el otro de la capacidad de la “palabra”, del “dia-logos”, puede llegar a ser una clara ejemplificación de cómo los alumnos, convertidos en sujetos activos, construyen su propio aprendizaje en la medida en que interactúan reflexivamente con el medio y tratan de comprenderlo. En una época en la que urge desarrollar la capacidad dialógica de las

⁸⁶ Abel F. *Ob.cit:* 11-16.

personas para resolver los problemas sin hacer uso de la imposición o la violencia, es muy útil conocer este procedimiento educativo, válido para suscitar el diálogo y para adoptar posturas razonadas y razonables en el terreno de los valores, de las actitudes y de la conducta⁸⁷.

2.3.- Acciones educativas para el cambio de actitudes

¿Qué **acciones educativas** realizar para cambiar o mejorar esas actitudes ante los aspectos éticos de la Medicina? Señalaremos sólo algunas dictadas por la experiencia más reciente:

- 1.- Debemos adecuar la metodología a los avances existentes en pedagogía de la ética, desde las teorías del desdesarrollo moral de Piaget y Kohlberg, o Paulo Freire en Brasil, entre otros⁸⁸. Interesarnos por los valores que realmente viven los estudiantes de Medicina, para comprender mejor las posibilidades y los límites de su educación moral.
- 2.- Participar en su aprendizaje ético-clínico, estar con ellos en sus prácticas, a través de tutorías con grupos pequeños; fundamentar el aprendizaje en casos, que descubran no sólo métodos de resolución y decisión, sino actitudes presentes en los pacientes y en los equipos de salud, que relacionen lo que les enseñamos con los que suele pasar –y que ven tantas veces- en sus prácticas.
- 3.- Facilitar que tengan a quien contar sus “casos”. Descubriremos con asombro como profesores los numerosos dilemas éticos a los que se ven enfrentados, tanto por la situación de los pacientes como de los profesionales que les atienden como docentes clínicos. Tenemos que conocer mejor las situaciones por las que atraviesan ellos para formarles mejor.
- 4.- Como experiencia concreta, pienso que ayuda muy eficazmente al cambio de actitudes el Método del Aprendizaje Basado en Problemas: unir el aprendizaje clínico con el aprendizaje ético, con tutorías de grupos pequeños donde se une la resolución clínica del caso, con la resolución de los problemas ético-clínicos que van apareciendo⁸⁹.
- 5.- Desarrollar tutorías con casos ético-clínicos y desarrollo por parte del alumno de un caso que le haya sucedido o del que tenga conocimiento. Dentro de los casos que deben analizar para sus

⁸⁷ Cantillo J., Domínguez A, Encinas S, Muñoz A, Navarro F, Salazar A. *Dilemas Morales. Un aprendizaje de valores mediante el diálogo*. Valencia: Nau Llibres; 2005.

⁸⁸ Paulo Freire. *Pedagogía da autonomia. Saberes necesarios a prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996. Rego S. *A Formação Ética dos Médicos. Saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Río de Janeiro: Fiocruz; 2005. Gómez AI, Maldonado CE (Comps). *Bioética y educación. Investigación, problemas y propuestas*. Bogotá: Universidad del Rosario; 2005.

⁸⁹ Mesina M, Leon F, Lillo R. Formación en Bioética de estudiantes de Medicina: experiencias del Aprendizaje Basado en Problemas en la Universidad Diego Portales. Santiago: Comunicación en: *IV Congreso de Educación Médica*; 2007.

asignaturas clínicas, uno de ellos deben presentarlo con el desarrollo de los aspectos ético-clínicos. De esta forma también se integra la ética con la praxis clínica que están aprendiendo⁹⁰.

6.- Utilizar medios audiovisuales muy diversos, que acerquen a los alumnos a los problemas reales existentes en la sociedad. Hay muy buena experiencia con películas de cine⁹¹: “El buen cine es el arte de contar historias de gente posible. Más allá de su dimensión de entretenimiento, es un espejo donde la gente se busca y quiere mirarse, y a través del cual ve también el mundo que le rodea”. Por eso es un buen instrumento para la enseñanza que pretende acercarse a los interrogantes y la vida de los estudiantes. Y también, comentarios de noticias o informes de prensa, casos concretos reales que hayan sido analizados por los comités de ética, con la debida confidencialidad; material didáctico específico y claro⁹², etc. Las clases magistrales pueden ayudar a transmitir contenidos, pero resultan bastante menos eficaces cuando se trata de cambiar actitudes y transmitir valores, que el acercamiento y compenetración que proporciona el trabajo en grupos pequeños que interactúan con el profesor.

7.- En la etapa de la residencia es especialmente importante que puedan dialogar con los tutores sobre los aspectos éticos de la clínica. Los alumnos de 4º año y a veces 5º año tienen todavía la óptica del paciente más que la del médico ante los problemas éticos. Los residentes ya no, ya están ayudando y a veces “sustituyendo” a los médicos con los pacientes, al menos en la resolución de muchos dilemas éticos de información, consentimiento informado, educación, etc.

8.- Y finalmente, formar también a los formadores, a los docentes clínicos. En nuestra experiencia en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile han sido muy eficaces los Cursos Taller de Ética Clínica para docentes clínicos. Más de la mitad de los médicos que están como profesores o tutores en la Facultad y en los Hospitales donde realizan las prácticas los alumnos han cursado ya este Taller. Sólo cambiarán actitudes nuestros estudiantes si ven cambios también en las actitudes de sus docentes clínicos. Damos por supuesto la importancia de las propias actitudes del docente con sus alumnos, y la coherencia entre lo que trata de enseñar y lo que practica en la relación profesor-alumnos⁹³.

3.- Cómo transmitimos valores en Bioética

3.1. Conseguir que quieran hacer

Transmitir y formar en valores. Este es el reto más importante para un educador y para un profesor de Bioética. Llegar a lo íntimo de la formación moral del estudiante y poder ayudarle a

⁹⁰ Moreto G, Bariani D, Pinheiro TR, Altisent R, González-Blasco P. Una nueva metodología docente en Bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de Medicina en Brasil. *Persona y Bioética*, 2008, Vol. 12, 2 (31): 132-144.

⁹¹ Tomás MC, Tomás GM. *La vida humana a través del Cine. Cuestiones de Antropología y Bioética*. Madrid: Eiunsa; 2004.

⁹² Calva R. *Bioética*. México: McGraw Hill; 2006.

⁹³ Aluja M, Birke A, (coord.) *El papel de la ética en la investigación científica y la educación superior*. 2ª ed. México: Academia Mexicana de Ciencias, Fondo de Cultura Económica; 2004.

incorporar o mejorar, o jerarquizar de un mejor modo, los valores éticos que ya tiene y los que va a ir adquiriendo a lo largo de su carrera. Conseguir “entrar” en esa “disposición moral de ánimo” que Max Scheler define como la actitud o motivo que nos lleva a querer hacer algo, antes incluso de tener la intención de hacerlo, y que sería previa a la acción moral, y a la explicitación de valores morales⁹⁴.

No es posible cambiar directamente esa disposición moral esencial del ánimo del estudiante, pues sólo conseguiríamos quizás una conducta hipócrita, realizada de cara a sus profesores, o a sus compañeros o a los pacientes. No porque “expliquemos” muy bien cuáles son los valores éticos, el alumno los va a incorporar de modo racional. Se necesita una acción indirecta, de modo que sea el propio alumno el que vaya “descubriendo” esos valores, los matices que presentan en la acción clínica, las incidencias de cada uno de ellos en la propia actuación personal.

No sirven los mandatos u órdenes, ni siquiera la mera demostración de la racionalidad de lo que proponemos; es necesario proporcionar indicaciones educativas que sugieren acciones a alguien, al estudiante, para que las lleve a cabo libremente, y de ese modo se perfeccione como persona individual. El educador puede proponer no acciones sino intenciones o campos de acción, no algo que el estudiante “debe hacer”, sino que debe “querer-hacer”. No es lo importante de la acción educativa –al menos en Bioética- conseguir que el estudiante haga algo, sino que quiera por sí mismo hacer algo, porque lo encuentra valioso, como futuro médico y como persona.

3.2.- La importancia de los modelos

¿Cómo conseguir esto? Algo esencial para la formación moral de la persona son los modelos. El “seguimiento” de modelos como transformación moral de la persona es el medio más común y adecuado en la niñez y la adolescencia, y sigue siendo válido después. Esto convierte la tarea educativa en algo mucho más exigente para todos los que colaboran en la formación profesional de los estudiantes de Medicina. Nuestra forma de actuar es la mejor clase que podemos dar a los alumnos.

Pero no basta sólo con hacer que se propongan seguir determinados modelos. Es fundamental el respeto por la autonomía del alumno. El principio de autonomía es clave en algunas fundamentaciones de la Bioética, pero no queremos entrar ahora en sus consecuencias y limitaciones como principio ético, sino en su papel en la educación médica. Y es clave que el propio alumno sea partícipe de su formación como médico, sin ninguna pasividad, cuestionándose de modo autónomo sus propios comportamientos y valores.

Si en un grupo de tutorías de ética clínica no habla alguno de los alumnos de los problemas que se discuten, se está “aislando” de los demás y del profesor, no entra en el diálogo ético, e implícitamente está rechazando al profesor y a sus compañeros como “interlocutores válidos” para él, no tienen nada que decirle porque él ya tiene sus valores bien definidos y “no quiere” cambiarlos o cuestionarlos. Hemos de conseguir como profesores que todos participen de ese diálogo racional autónomo imprescindible para conseguir una personalidad moral adulta⁹⁵.

⁹⁴ Sánchez-Migallón S. *La persona humana y su formación en Max Scheler*. Pamplona: Eunsa; 2006.

⁹⁵ Cortina A. *Ética mínima*. 4ª ed, Madrid: Tecnos; 1994: 207-214.

Y aquí pueden ayudarnos mucho esas características metodológicas de la propia disciplina que tratamos de enseñar, la Bioética: el diálogo racional como medio de avanzar en los planteamientos éticos⁹⁶, y los diferentes métodos de deliberación para la toma de decisiones ético clínicas o la resolución de casos, que ayudan a profundizar también en la fundamentación de las propias convicciones y valores morales.

3.3.- Y ¿qué valores?

Ya hemos hablado de algunos valores que podemos llamar **valores instrumentales**, como la capacidad de diálogo, la participación activa, la capacidad de tomar decisiones autónomas, etc. Pero no bastan estos, debemos promover algunos **valores fundamentales**, para no “estar rodeados de científicos, intelectuales y profesionales, sobresalientes en ciencias y tecnologías pero deficientes en valores morales, culturales y sociales”⁹⁷. La Universidad no puede renunciar a su función educadora, con el máximo respeto a la autonomía de los alumnos y profesores. Debe promover valores, pues “sólo desde la educación es posible ejercer la libertad, o -en palabras de Séneca- ‘la única libertad es la sabiduría’”⁹⁸. La formación de la inteligencia, de la voluntad y de los valores éticos, es más necesaria aún en nuestros días, y en especial en el ámbito de la bioética. Es posible educar en valores⁹⁹. Algunos son los valores comunes a todos en una sociedad democrática, pero otros tienen que ver más directamente con los profesionales de la salud y los que intervienen activamente en el cuidado de la vida y la salud.

Entre todos, los que consideramos más fundamentales son los que están en la base de los principios bioéticos: el respeto a la vida y la salud como bienes básicos es un valor que se realiza a través de la no maleficencia y la beneficencia; el respeto a los derechos del otro –y en especial de los más vulnerables- es uno de los valores fundantes del principio de justicia; la madurez moral y la responsabilidad por las consecuencias de las propias acciones van muy unidas al ejercicio de la libertad, en el principio de autonomía; y valores como poner a la persona del otro por encima de los intereses legítimos propios, tender a la excelencia en los cuidados de salud, la compasión y el cuidado de la vida frágil, y la solidaridad individual y social fundamentan el principio de beneficencia.

4.- La evaluación en la docencia de Bioética.

Evaluar hasta qué punto conseguimos lo que pretendemos con nuestros alumnos es una tarea difícil. Es posible –y existen muchos métodos de evaluación- medir el aprendizaje de los

⁹⁶ Lolas F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago: Editorial Universitaria; 1998.

⁹⁷ Llano A, (Ed.) *Bioética y educación para el siglo XXI*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2006.

⁹⁸ Melendo T, Millán-Puelles L. *La pasión por la verdad. Hacia una educación liberadora*. Navarra: Eunsa; 1997.

⁹⁹ Melich JC, Palou J, Poch C, Fons M, (Eds). *Responder del otro. Reflexiones y experiencias para educar en valores éticos*. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.

contenidos transmitidos. Es más difícil medir la adquisición por los alumnos de las actitudes y comportamientos que forman parte de los objetivos docentes. Y pensamos que es muy difícil evaluar la incorporación o profundización en los valores.

De todos modos, se han desarrollado y aplicado a la enseñanza de la ética médica técnicas que ya se utilizaban en otros ámbitos de la docencia médica, como los exámenes OSCE¹⁰⁰, para medir los comportamientos éticos, aunque siempre pueden ser comportamientos “viciados” que el alumno realice para la finalidad evaluativa y no porque efectivamente los haya incorporado reflexivamente.

Se han realizado algunas investigaciones con metodología cualitativa para acercarse a conocer la profundidad del impacto de la enseñanza de la bioética, y los cambios en los comportamientos en los alumnos de Medicina¹⁰¹ o en médicos residentes de primer año¹⁰². Quizás uno de los medios más eficaces sean las propias autoevaluaciones de lo que han aprendido los alumnos, ya sea como objeto de investigación cualitativa, como en un reciente estudio con internos de primer año en la Universidad Diego Portales¹⁰³ o incluidas en la propia metodología de los cursos de ética, con autoseguimiento sistemático del desempeño estudiantil en cada sesión de clase en el aula, como en un reciente trabajo en la Universidad de Caldas¹⁰⁴: las técnicas corresponden a un trabajo participativo, activo, reflexivo, sobre el propio comportamiento de los alumnos, valorado a la luz de criterios establecidos en la normatividad institucional, en la Declaración de Derechos Humanos y en los Derechos Constitucionales, principios pedagógicos y éticos.

¹⁰⁰ Florenzano A, Mosso L, Pérez P. Examen clínico objetivado estructurado en evaluación de ética clínica: ¿es posible? Santiago: Comunicación en *IV Congreso de Educación Médica*; 2007.

¹⁰¹ Salas S, (Investigador responsable) *Análisis del impacto de la enseñanza de la Bioética en las actitudes ético clínicas de alumnos de Medicina*. Santiago: Vicerrectoría Académica, Pontificia Universidad Católica de Chile; 1998.

¹⁰² Sogi C, Zavala S, Ortiz P. ¿Se puede medir el aprendizaje de la ética médica? Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. *Anales de la Facultad de Medicina* 2005; 66 (2): 174-185.

¹⁰³ Mesina M, León FJ, Lillo R. *Ob.cit.*

¹⁰⁴ Franco ZR. *La evaluación ética en la educación para el desarrollo humano*. Caldas, Colombia: Editorial Universidad de Caldas; 2006.

Parte 2ª.- ALGUNOS DILEMAS ÉTICOS AL INICIO Y AL FINAL DE LA VIDA HUMANA

CAPÍTULO 6º.- INICIO DE LA VIDA HUMANA: DATOS CIENTÍFICOS Y REFLEXIÓN ÉTICA¹⁰⁵

Introducción:

Antes de entrar directamente a las decisiones en torno al aborto, que pueden analizarse desde muy distintas perspectivas, tenemos que abordar en Bioética dos conceptos muy utilizados en todos los debates respecto a este tema, que dan lugar a varias preguntas:

1.- Estatuto del embrión humano: ¿Qué o quién es el embrión y el feto, de quienes hablamos cuando discutimos sobre el aborto? El debate sobre el estatuto del embrión humano nos lleva enseguida a otra pregunta unida a ésta: ¿Cuándo comienza la vida humana? ¿Es una cuestión que debe ser determinada por la Filosofía o por la Ciencia? ¿O quizás por las dos?

2.- La autonomía de la mujer para decidir: ¿Qué es la autonomía?, ¿cuáles son sus límites, si los tiene?, ¿puede la madre –u otras personas, incluido el médico- decidir por el feto?, y finalmente, ¿puede la madre –u otras personas, incluido el médico- realizar un acto profundamente maleficente con el feto como es el aborto, por un motivo beneficente para la madre?

Quizás sean éstas las preguntas más fundamentales que se plantean en todos los debates y desde distintas perspectivas bioéticas en torno al aborto, aunque ciertamente no son las únicas. Trataremos de darles respuesta en este capítulo y en el siguiente.

1.- El embrión humano: ser humano, individuo y persona

El análisis de la protección adecuada del embrión humano ha dado lugar a controversias, y a un extenso debate sobre su estatuto ontológico y moral¹⁰⁶. Le daremos mayor o menor protección jurídica dependiendo de si lo reconocemos como individuo de la especie humana y persona, o solamente como un individuo humano en potencia¹⁰⁷. Esto no puede ser determinado sin referirse a la naturaleza del embrión y a la relación entre dicha naturaleza y el mencionado estatuto¹⁰⁸.

¹⁰⁵ Publicado en parte en: “El aborto desde la Bioética: ¿Autonomía y beneficencia frente a justicia?” Capítulo en libro: M^a de la Luz Casas (Ed.) *Bioética y aborto. Hacia una cultura de la vida*. México: Editorial Trillas; 2009: 23-46.

¹⁰⁶ Carrasco de Paula, et al. *Identidad y estatuto del embrión humano*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2000. Beca, JP (coord.) *El embrión humano*. Santiago: Editorial Mediterráneo; 2002. Ballesteros J (ed) *La humanidad in vitro*. Granada: Editorial Comares; 2002.

¹⁰⁷ Massini CI, Serna P (Eds) *El derecho a la vida*. Pamplona: EUNSA; 1998. Hidalgo Ordás MC. *Análisis jurídico-científico del concebido artificialmente*. Barcelona: Bosch; 2002. Zurriarain RG. *Los embriones humanos congelados, un desafío para la Bioética*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2007.

¹⁰⁸ Honnefelder L. Naturaleza y status del embrión. Aspectos filosóficos. *Cuad Bioet* 1997; 31: 1034-1047

Todas las soluciones consideradas como relevantes en el Convenio Europeo de Derechos Humanos y Biomedicina, acuerdo realizado entre todos los países de la Unión Europea en 1997¹⁰⁹, y que se toma actualmente como modelo para un acuerdo de consenso más general a nivel internacional, se basan en dos presupuestos jurídicos aceptados: 1.- que el embrión humano es una manifestación de la vida humana¹¹⁰; y 2.- que ésta debe ser protegida desde su origen¹¹¹. Las diferencias surgen acerca del tipo de protección que se debe proporcionar¹¹². Algunos dicen que sólo después del nacimiento, y al madurar biológicamente el ser humano es titular de un derecho indudable a la protección de su identidad, integridad y dignidad¹¹³. Sin embargo, como veremos al analizar los argumentos científicos, el embrión humano es un individuo de la especie humana, y como tal, no puede ser sino persona, porque ser persona es connatural al hombre, no puede existir ningún ser humano sin cualidad personal¹¹⁴. Tiene una naturaleza y estatuto que reclaman su protección, que no ha de ser menos que la que se proporciona al recién nacido, definiéndose, por tanto, dicha protección no como relativa sino como absoluta¹¹⁵.

Cuando describimos a alguien como “ser humano”, nos referimos a todos los miembros de nuestra especie, y sin duda lo usamos como término diferenciador, es decir, como un vocablo genérico en virtud del cual simultáneamente identificamos y describimos algo. Algo es de la especie humana y no de otras especies. Y lo que determina tal especie no es una cuestión de convención lingüística, sino algo que es propio de la realidad y de las leyes naturales que la caracterizan.

De acuerdo con esto, el término diferenciador "ser humano" significa un individuo de una especie, caracterizado por rasgos particulares que podemos llamar "naturaleza", y que señala a todos los individuos de esa especie. La especie natural designada con la expresión "ser humano" es un ser vivo cuya naturaleza incluye la posibilidad de desarrollar funciones físicas tales como andar, y mentales tales como ser consciente, actuar racional y libremente¹¹⁶.

¹⁰⁹ *Convenio Europeo de Derechos Humanos y Biomedicina*. Oviedo, España, 1997.

¹¹⁰ Núñez de Castro, I. De la dignidad del embrión. Reflexiones en torno a la vida humana naciente. Madrid: Dykinson; 2008.

¹¹¹ *Convenio Europeo*. *Ob.cit.* Art.18º, 1.

¹¹² Maciá Manso R. *Ética, vida humana y aborto* (2 vol.) Madrid: Universidad Complutense, Facultad de Derecho; 2003. Masía J. Manejar blastocistos, cuidar embriones, respetar fetos. En: Masía J (Ed.) *Ser humano, persona y dignidad*. Madrid: Desclée de Brouwer; 2005. pp. 323-326.

¹¹³ Singer P. *Ethics in practice*. Florida: Hugh Lafollete, 3ª; 2006.

¹¹⁴ Spaeman R. ¿Todos los hombres son personas?. En: *Bioética. Consideraciones filosófico-teológicas sobre un tema actual*. Madrid, Rialp: 1992: 71-73. Andorno R. *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Tecnos; 1998. Bochatey A (Comp.) *Bioética y persona*. Buenos Aires: EDUCA, Instituto de Bioética; 2008.

¹¹⁵ Spaeman R. *Límites. Acerca de la dimensión ética del actuar*. Barcelona: Ediciones Internacionales Universitarias; 2003.

¹¹⁶ González AM. *Naturaleza y dignidad. Un estudio desde Robert Spaemann*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 1996.

El término "ser humano" designa cualidades características esenciales de la manera de existir de todos los individuos de la especie humana¹¹⁷. Son seres vivos dotados de la facultad de razonar, aunque no tengan actualmente la capacidad de expresarla: cada ser humano es un ser racional por naturaleza, aunque aún no tenga la suficiencia biológica para razonar o la haya perdido por alguna enfermedad o por la edad. No existen seres humanos irracionales¹¹⁸.

Es característico del término "ser humano" que un individuo al que designamos como tal, permanece de esa manera en el tiempo y en el espacio; es decir, no sólo existe aquí y ahora sino que persiste durante un periodo de tiempo y en un espacio determinado, y no como algo perteneciente a otra especie natural. Si no fuera posible asumir que, por ser humano, entendemos individuos de una especie natural, no podríamos describir a otros miembros de la especie *homo sapiens* como seres humanos, ni hablar con sentido de los derechos humanos¹¹⁹.

Lo que la filosofía moderna ha revelado del uso lingüístico del término "ser humano" y el enfoque metafísico que va implícito, fue en su tiempo analizado conceptualmente por Aristóteles y formulado en la bien conocida definición de Boecio: persona es "una sustancia individual de naturaleza racional"¹²⁰. Todos los seres humanos, por pertenecer a la especie humana, son de naturaleza racional, por lo que el peso de la prueba descansa en cualquiera que pretenda alterar o restringir dicho uso: deberían probar que el embrión o el enfermo mental no son sustancias individuales de naturaleza racional, aunque no puedan ejercer la racionalidad en el presente¹²¹.

La descripción del ser humano como individuo de una especie, a cuya naturaleza le corresponde ser un ser vivo con facultad racional, también implica un juicio de valor. Consideramos al ser humano como un bien que situamos sobre todos los demás, y decimos que el ser humano tiene dignidad y no precio. Esto supone un juicio de valor en la forma de juicio práctico definitivo sobre el cual todos estamos de acuerdo. Con esto no nos limitamos a los rasgos descritos por la taxonomía biológica, sino que atribuimos a los seres humanos, al contrario que a otros seres vivos, un valor absoluto, ya que los seres humanos son seres vivos cuya naturaleza es estar dotados de la facultad racional, poder relacionarse con otros semejantes y perseguir sus propios objetivos¹²².

Por tanto, todos los seres humanos tienen dignidad, y la mayoría reconocemos que la vida humana es sagrada. En esencia, esta postura significa que la vida humana posee un valor intrínseco que no depende de ninguna otra consideración, como intereses o derechos, relaciones

¹¹⁷ De la Torre J. *Dignidad humana y Bioética*. Madrid: Universidad de Comillas; 2008.

¹¹⁸ Melendo T, Millán-Puelles L. *Dignidad: ¿Una palabra vacía?* Pamplona; Ediciones Universidad de Navarra; 1996.

¹¹⁹ Massini C.I., Serna P (Eds.). *El derecho a la vida*. Pamplona: EUNSA; 1998. Hoyos IM. *De la dignidad y de los derechos humanos*. Bogotá: Universidad de La Sabana; 2007. Rodríguez Merino JM. *Ética y derechos humanos en la era biotecnológica*. Madrid: Dykinson, 2008.

¹²⁰ Boecio. *Liber de persona et duabus naturis*, c. III, II, Contra Eutythen et Nestorium, PL MG., 64, 1343.

¹²¹ Bonete Perales E. *Ética de la dependencia*. Madrid: Tecnos; 2009.

¹²² Posada González. N. *Ser humano y persona*. Bogotá, Universidad de La Sabana; 2003. Torralba F. *Qué es la dignidad humana*. Barcelona, Editorial Herder; 2005.

sociales o competencia comunicativa. "Casi todo el mundo comparte, explícita o intuitivamente, la idea de que la vida humana posee un valor objetivo e intrínseco que es por completo independiente de la valoración personal que cualquiera hace de ella"¹²³. Sólo asumiendo la aceptación general de esta premisa es posible, según Dworkin, entender por qué el aborto constituye todavía un problema para aquellos que no consideran al embrión como persona, o la problemática que causa el dilema de la eutanasia aun cuando sea requerida por la persona afectada.

Aunque la idea de la inviolabilidad de la vida, desde su comienzo, se encuentre más declarada en el contexto de las convicciones religiosas, tal como la creencia de que todo ser humano es una criatura de Dios, en el caso de la protección de la vida humana de los no nacidos o de quienes se están muriendo, dicha convicción también es compartida por personas que no creen en Dios y, por lo tanto, se puede concluir que no está unida forzosamente a premisas religiosas¹²⁴.

Es un conocimiento científico que el embrión humano dispone de un genoma completamente humano y específicamente individual desde su fecundación. Se desarrolla continuamente desde ese momento; no existen saltos en su desarrollo. Es desde el comienzo un ser personal que posee la potencialidad activa para desarrollar su relacionalidad y racionalidad, siempre que no se le alteren las condiciones necesarias para su desarrollo. Basta que el embrión tenga la potencia activa correspondiente a cada ser humano, para que se erija en titular de los derechos humanos¹²⁵.

Algunas afirmaciones que pueden derivarse del conocimiento científico actual, aunque no sean mantenidas por todos y se debatan en el ámbito científico y legal, serían:

- No existen evidencias racionales ni científicas suficientes como para negar que el embrión humano sea un ser humano desde su etapa de cigoto. Todos los intentos por demostrar que con la implantación en el útero se produce un aporte genético de la madre al feto han sido muy insuficientes¹²⁶. Ante la duda sobre si es o no un ser humano, se impone desde la ética la prudencia, por el valor de la misma vida humana que puede estar siendo pasada a llevar.
- "Las evidencias empíricas y racionales examinadas nos obligarían a observar las máximas precauciones en cuanto a no atentar contra el derecho a la vida y a la integridad física, psíquica y moral de un nuevo ser humano"¹²⁷.

¹²³ Dworkin R. *Life's Dominion. An Argument about Abortion and Eutanasia*. London, Harper Collins:1998

¹²⁴ Carrasco MA. Quién es y quién no es persona. En: *Problemas contemporáneos de antropología y bioética*. Santiago: Instituto de Estudios de la Sociedad; 2008: 99-114.

¹²⁵ Rager G. Embrión-hombre-persona. Acerca de la cuestión del comienzo de la vida personal. *Cuad Bioet* 1997; 31: 1048-1062.

¹²⁶ Alonso Bedate C.El valor ontológico del embrión humano. Una visión alternativa. En: Beca, JP (coord.) *El embrión humano*. Santiago: Editorial Mediterráneo; 2002: 51-92.

¹²⁷ Serani A. El estatuto antropológico y ético del embrión humano. *Cuad Bioet* 1997; 31: 1063-1073.

- Como ser humano debería ser tratado por la Medicina, la investigación y la ciencia en general como cualquier otro paciente, tal y como aparece en las crecientes intervenciones posibles en la medicina prenatal.
- Las normas éticas generales de acción en relación con este paciente deberían estar regidas, al igual que con todo paciente, por la declaración Universal de los Derechos Humanos, el juramento Hipocrático, y las Declaraciones de Nüremberg y Helsinki, en cuanto a sujetos humanos en experimentos biomédicos¹²⁸.

2.- El inicio de la vida humana:

La información embriológica permite afirmar que desde la fecundación existe un individuo de la especie humana¹²⁹: “el desarrollo de un individuo comienza con la fecundación, fenómeno por el cual un espermatozoide del varón y un ovocito de la mujer se unen para dar origen a un nuevo organismo, el cigoto”¹³⁰, pues tiene las siguientes características fundamentales:

Novedad biológica

Al fusionarse los núcleos del óvulo y el espermatozoide; estamos ante un nuevo ser vivo que tiene una información genética que no se ha dado ni se dará nunca más. En sus genes están inscritas ya muchas de sus características biológicas: como el color de los ojos y la forma de la nariz, entre miles de otras. Recoge parte de la información genética de los padres, y así podemos rastrear las enfermedades de carácter hereditario, pero ha reconvertido esa información en una expresión nueva. Se trata de un ser biológicamente único e irrepetible¹³¹.

Unidad

El embrión es un ser vivo con individualidad biológica. Es un todo compuesto de partes organizadas, y como en todo ser vivo posee un centro coordinador. El genoma es el que aporta la organización vital necesaria de forma que se produzcan de una manera armónica las sucesivas fases en esa novedad biológica, como demostraron los Drs. Edgard B. Lewis, Christiane Nüsslein-Volhard y Eric F. Wieschaus, que recibieron el Premio Nóbel de Medicina en 1995 por su descubrimiento del “control genético del desarrollo temprano del embrión”¹³².

¹²⁸ Serani A. 1997. Ibidem: 1073.

¹²⁹ López Moratalla N, Iraburu MJ. *Los quince primeros días de una vida humana*. Pamplona: EUNSA; 2004.

¹³⁰ Sadler TW. *Langsman's medical embryology*. Lippincott: Williams & Wilkins, 2000.

¹³¹ Testart J. *El Embrión Transparente*. Barcelona: Granica Editorial; 1988. Larsen W. *Human Embriology*. New York: Churchill-Livingstone, 1993: 1-2. Ventura-Juncá P y cols. Aspectos científicos, antropológicos y éticos del comienzo de la vida humana. En: *CELAM Académicos UC. Para que nuestros pueblos tengan vida*. Santiago, PUC: 2007.135-185.

¹³² Lewis E.B. The Bithorax Complex: The First Fifty Years. In: *Nobel Lecture Physiology or Medicine 1991-1995*. Singapore, Editor Nils Ringertz, World Scientific Publishing Co., 1997. Nüsslein-Volhard Ch. The Identification of Genes Controlling Development in Flies and Fishes. In: *Nobel Lectures, Physiology or Medicine 1991-1995*. Singapore: Editor Nils Ringertz, World Scientific Publishing Co.; 1997. Wieschaus EF. From Molecular Patterns to Morphogenesis: The Lessons from *Drosophila*. In:

Continuidad

No existe ningún salto cualitativo desde la fecundación hasta la muerte. Se dan múltiples cambios accidentales, de crecimiento, tamaño, peso y forma, pero no puede decirse que en un momento es una determinada sustancia y más adelante otra diferente; todo el desarrollo está previsto en el genoma. También tenemos todos, la experiencia de la continuidad de nuestra propia vida a través del tiempo, hasta donde nos alcanza la memoria. La trayectoria biológica que conduce hasta nosotros es perfectamente continua¹³³. No ha tenido interrupciones. Si se quiere se pueden introducir etapas para su estudio o análisis, pero en todas esas etapas estamos hablando de un organismo de la especie humana¹³⁴.

”En especial, nunca fuimos una “célula” —a secas—, como cualquiera, porque no hay ninguna “célula” que tenga una trayectoria predecible en la que haya de devenir un organismo adulto. En cuanto a verdaderas discontinuidades en la trayectoria no hay más que dos: la iniciación del nuevo sistema dinámico con la fertilización, y su término con la muerte”¹³⁵.

Autonomía

Desde el punto de vista biológico, sabemos que todo el desarrollo sucede desde el principio hasta el final de manera autónoma¹³⁶. La información para dirigir los procesos de la evolución temprana del embrión y de su implantación en el útero de la madre viene del embrión mismo, de su genoma. Desde el inicio, es el embrión quien pide a la madre lo que necesita, estableciéndose un "diálogo químico" con ella. Es cierto que esa autonomía no es absoluta, que es a la vez dependiente biológicamente de la madre, pero en el mismo sentido que es dependiente durante todo el embarazo y también después de nacer, y hasta alcanzar su pleno desarrollo biológico.

“Existen también señales que el organismo materno recibe y que son enviadas por el embrión antes de implantarse. Una de ellas el PAF (platelet activating factor), secretado por el embrión y captado por receptores tubarios. Esta interacción acelera el tránsito del embrión por la trompa. Muy precozmente después de la fecundación (24 horas) se detecta en el suero materno de varias especies, una actividad aparentemente inmunosupresora (se establece con el test de “roseta”). Esta fue atribuida a un “early pregnancy factor” (proteína secretada relacionada con la chaperonina 10, intracelular). Es muy posible que el embrión, probablemente a través del ovario, dé una señal precoz de su presencia al sistema inmunitario. En conjunto parece que existen varias vías por las cuales el embrión da información química de su presencia. Si se combinan estos datos con los conocidos mensajes que van del organismo materno al embrión (HP-EGF, calcitonina, por ejemplo), da la impresión de que desde momentos muy tempranos -en el orden

Nobel Lectures, Physiology or Medicine 1991-1995. Singapore: Editor Nils Ringertz, World Scientific Publishing Co.; 1997.

¹³³ Moore, KL and Persaud TW. *The Developing Human*. Philadelphia: WB Saunders Co.; 1993.

¹³⁴ Carlson BM, Feher de la Torre G. *Embriología básica de Patten*. México: 5ª ed. Interamericana Mc. Graw Hill; 1990: 324-325.

¹³⁵ Vial JD. El embrión humano. *Ars Medica* 2002; 6: 15-20.

¹³⁶ Moore JA. *Heredity and Development*. Second Ed. Oxford University Press; 1972.

de las primeras 24 horas- hay un “diálogo” entre los dos organismos: el del embrión y el de la madre”¹³⁷.

Especificidad

Todo ser vivo pertenece a una especie. Si analizamos el cariotipo del embrión, vemos que desde el primer momento de su desarrollo pertenece a la especie *homo sapiens sapiens*. No puede pertenecer a otra especie, tiene una individualización y una especie hereditarias. Se puede conocer la especie del nuevo ser, aun antes de que se haya expresado, antes de que la existencia sea reconocible¹³⁸.

Historicidad o biografía

Todo viviente tiene “una historia”, no es solamente lo que se ve en un momento dado (un conjunto de células vistas con el microscopio), sino que todo viviente es lo que ha sido hasta ese momento y lo que será después. Desde la fecundación existe un individuo de la especie humana que se va desarrollando de manera continua en sus aspectos biológicos y biográficos, su historia comenzó en el tiempo y perdurará hasta su muerte. “La historia personal de cada uno de nosotros empezó en un momento bien preciso y definido cuando el organismo que es cada uno de nosotros empezó a vivir con vida propia su propio desarrollo. Ese momento fue el de la fecundación de un óvulo por un espermio, el momento en que a partir de dos células de dos organismos diferentes, el del padre y el de la madre se originó una sola célula con su propia trayectoria de desarrollo”¹³⁹.

3.- Algunas objeciones

Se han planteado también algunas objeciones a que el embrión antes de la implantación sea ya un individuo de la especie humana.

La posibilidad de gemelación antes de la implantación en el útero; si el embrión antes de la implantación se puede dividir en dos o más (de forma natural o por clonación), entonces no es un individuo.

- La conclusión de la última frase no se deriva necesariamente de la premisa expuesta; por ejemplo, una ameba es un individuo biológico, aunque pueda dividirse y dar lugar a otras amebas. Podemos decir que *individuo no es igual a indivisible*; un individuo se puede dividir, como puede ocurrir con el embrión humano antes de implantarse y dar lugar a dos embriones gemelos. A partir de un individuo se han formado, por un camino distinto al habitual, dos individuos (en el caso de los gemelos monocigóticos)¹⁴⁰.

¹³⁷ Vial JD. Estatuto del embrión humano. *Ars Medica* 2004; 9.

¹³⁸ Rostand J. *El hombre*. Madrid: Alianza Editorial; 1983: 48.

¹³⁹ Lejeune J. Una reflexión ética sobre la medicina prenatal. En: Autores Varios. *Manual de Bioética General*. Madrid: Rialp; 1993: 262.

¹⁴⁰ Serra A. Per un analisi integrata dello status dell’embrione umano. En: *Nascita e morte dell’uomo*. Génova: Marietti; 1993: 89-93.

La totipotencialidad de las células del preembrión.

Si una de las células puede dar lugar mediante la reprogramación genética a otro

individuo, o incluso a la placenta, ¿cómo el blastómero puede ser un individuo?.

- En realidad esto refuerza el hecho de que es un individuo, pues si siendo célula totipotencial acaba formando parte de un todo único, eso indica que existe un centro organizador. Si tienen tanta capacidad y potencia, debemos pensar por qué cada una no se independiza y no se conforman de modo natural múltiples individuos: tiene que haber un centro organizador, que defina la función de cada una de ellas, y según estudios recientes¹⁴¹, ya desde la primera división celular se puede rastrear la futura división de funciones: una célula dará lugar a la placenta y la otra al blastómero.

La ausencia de la línea primitiva. A partir del día catorce después de la concepción o fecundación aparece el esbozo del sistema nervioso central, que será posteriormente la base principal del sistema coordinador de todas las funciones vitales, por lo que algunos piensan que previamente no se puede hablar de individuo.

- El sistema organizador y también coordinador en las primeras semanas, previo al sistema nervioso central, es el genoma, presente desde el primer instante. Es precisamente el desarrollo genómico el que da lugar a la aparición del sistema nervioso que ejercerá después la coordinación de funciones, aunque tampoco de manera absoluta, como podemos ver en la coordinación ejercida por el sistema linfático por ejemplo¹⁴².

4.- Consecuencia del análisis de la información biológica

Los datos biológicos disponibles en la actualidad apoyan cada vez con más fuerza la convicción filosófica de que *existe un nuevo ser vivo, de la especie humana, desde que se produce la fecundación*; y por lo tanto, estamos ante un embrión humano de una célula, o cigoto, un nuevo ser vivo humano, individual, completo ontológicamente, en tanto que es sujeto humano en acto, y no sólo en potencia, que permanecerá individual e inalterado en su estructura genética a lo largo de toda su existencia¹⁴³, sea ésta corta o larga. La reflexión ética sobre nuestros deberes para con él y sobre sus derechos, debe partir de estos datos.

¹⁴¹ Gardner RL. Specification of embryonic axes begins before cleavage in normal mouse development. *Development*, 2001; 128: 839-847. Piotrowska K, Wianny F, Pedersen RA, Zernicka-Goetz M (2001) Blastomeres arising from the first cleavage division have distinguishable fates in normal mouse development. *Development*, 2001; 128: 3739-3748.

¹⁴² Serani A. *El viviente humano. Estudios filosóficos y antropológicos*. Pamplona: EUNSA; 2000.

¹⁴³ Serani A. 1997. *Ibidem*: 1073.

CAPÍTULO 7º.- EL ABORTO DESDE LA BIOÉTICA: ¿AUTONOMÍA Y BENEFICENCIA FRENTE A JUSTICIA?¹⁴⁴

Introducción:

En el capítulo anterior hemos tratado de dar respuesta a una de las preguntas clave que se plantean en el inicio de la vida humana: ¿qué respeto ético debemos al embrión humano? La siguiente pregunta fundamental, es si la vida del embrión está por encima, ética y jurídicamente, del valor de la autonomía de la mujer o de la beneficencia que ésta espera cuando se plantea un aborto provocado.

¿Qué es la autonomía?, ¿cuáles son sus límites, si los tiene?, ¿puede la madre –u otras personas, incluido el médico- decidir por el feto?, y finalmente, ¿puede la madre –u otras personas, incluido el médico- realizar un acto profundamente maleficente con el feto como es el aborto, por un motivo benéfico para la madre? ¿Estamos ante un problema de autonomía, o más bien de justicia? En esto nos puede ayudar el análisis desde los principios de la bioética.

1.- La autonomía de la mujer: ¿puede la madre decidir por el feto?

Hay una gran variedad de concepciones y de valoraciones acerca del principio de autonomía y su ámbito dentro de la ética clínica, en la atención de salud. Es un término muy usado en el ámbito jurídico, pero ahora nos interesa un análisis ético, para profundizar en lo que la filosofía nos puede aportar sobre la autonomía¹⁴⁵.

Nos encontramos con la afirmación de una autonomía radical en bastantes autores, especialmente en el ámbito anglosajón. Se afirma la autonomía como una posesión del individuo que decide con independencia absoluta sobre sí mismo, conforme a lo escrito por Stuart Mill, en su conocido libro “Sobre la libertad”: “Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o a abstenerse de hacerlo, porque de esa actuación o abstención haya de derivarse un bien para él, porque ello le ha de hacer más dichoso, o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo. Éstas son buenas razones para discutir con él, para convencerle o para suplicarle, pero no para obligarle o causarle daño alguno si obra de modo diferente a nuestros deseos. Para que esta coacción fuese justificable, sería necesario que la conducta de este hombre tuviese por objeto el perjuicio de otro. Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano”¹⁴⁶.

¹⁴⁴ Publicado en parte en: “El aborto desde la Bioética: ¿Autonomía y beneficencia frente a justicia?” Capítulo en libro: M^a de la Luz Casas (Ed.) *Bioética y aborto. Hacia una cultura de la vida*. México: Editorial Trillas; 2009: 23-46.

¹⁴⁵ León F J. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni Medicina defensiva. *Biomedicina*, Universidad de Montevideo, 2006, 2 (3): 257-260.

¹⁴⁶ Stuart Mill J. *Sobre la Libertad*. Original, 1859. Ed. Madrid: Alianza Editorial; 1970.

Pero en la práctica nos enfrentamos muchas veces a pacientes no competentes o con la competencia disminuida, que hacen difícil la aplicación inmediata del principio de Stuart Mill, aunque estuviéramos de acuerdo con él, de forma que debemos ir a decisiones subrogadas, cada vez más alejadas de esa “soberanía individual”. También, en el ámbito latinoamericano, la familia cumple un papel importante en las decisiones clínicas y en el consentimiento informado, frente al individualismo más extremo. Esto se presenta de un modo más complejo en las decisiones de la mujer frente al aborto, por las presiones de su compañero, de sus padres cuando es menor de edad, por la mentalidad social de rechazo a la madre soltera, etc. Y asimismo, frente a esa independencia del paciente que decide, muchas veces vemos situaciones de desigualdad de recursos, injusticias en el acceso igualitario a los cuidados de salud, grandes diferencias entre la medicina pública y la privada, y fuertes desigualdades entre pacientes muy bien informados y pacientes con una muy baja educación sanitaria. También esto provoca a veces argumentos favorables a la legalización del aborto, para que no existan diferencias sociales entre ricos y pobres. Coexisten en nuestros países de hecho dos modelos, el de la salud privada y el de la salud pública. Pero no podemos mantener la idea de que la privada sería el ámbito del paciente que desea ser autónomo, mientras la pública queda –de hecho, no en los teóricos derechos- como el ámbito de la beneficencia y la justicia. Este planteamiento sería radicalmente injusto. Todos los pacientes son autónomos, ricos y pobres, pero la cuestión es ¿hasta donde llega desde el punto de vista ético su autonomía, sean ricos o pobres?

La autonomía es un concepto introducido por Kant en la ética¹⁴⁷. Etimológicamente significa la capacidad de darse a uno mismo las leyes. En la Ética Kantiana el término autonomía, tiene un sentido formal, lo que significa que las normas morales le vienen impuestas al ser humano por su propia razón y no por ninguna instancia externa a él. En bioética tiene un sentido más concreto y algunos –sobre todo en el ámbito anglosajón- la definen como: la capacidad de tomar decisiones sin coacciones en lo referente al propio cuerpo y a la atención de salud, y en torno a la vida y la muerte¹⁴⁸.

Pero esta concepción de la autonomía es bastante pobre, pues queda sin ningún otro referente que la decisión sin coacción, cuando tenemos la experiencia todos de que de modo autónomo podemos decidirnos por algo que no nos conviene, que después nos provoca remordimientos y que va en contra de nuestros valores más fundamentales. La autonomía es una expresión de la dignidad de la persona humana, de todos los seres humanos, y está profundamente ligada a la relación entre libertad y dignidad de la persona¹⁴⁹.

El problema actual que algunos autores norteamericanos tratan de resolver es equilibrar en el análisis bioético los principios de autonomía con los de justicia y beneficencia, en un sistema que

¹⁴⁷ Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin*, Barcelona, 2001, 117:18-23.

¹⁴⁸ Charlesworth M *La Bioética en una sociedad liberal*. Cambridge University Press; 1996. Engelhardt, TH *Los fundamentos de la Bioética*. Barcelona: Paidós; 2002. Sádaba J. *La vida en nuestras manos*. Barcelona: Ediciones B; 2000.

¹⁴⁹ León FJ. Dignidad humana, libertad y bioética. *Cuadernos de Bioética*, 1992, 3 (12): 5-22.

ha privilegiado de modo unilateral la autonomía del paciente, que ha llevado a una Medicina defensiva contraria a los intereses de los médicos y de los propios pacientes. Se busca ahora una “beneficencia no paternalista” que pueda sustentar un sistema de salud más humanizado, y una medicina que no esté simplemente a la defensiva antes los derechos cada vez más exigentes de los pacientes. En un reciente libro Alfred Tauber, médico y filósofo, estudia cómo el principio de autonomía del paciente -vivamente reivindicado en la sociedad contemporánea- se debe articular con la beneficencia (no paternalista) y la responsabilidad¹⁵⁰: “La beneficencia y la responsabilidad son principios morales no sólo compatibles con la autonomía del paciente, sino estrechamente atados a ella”.

En definitiva, la cuestión del aborto no es únicamente un tema de la autonomía de la madre, sino que hace referencia al choque entre esa autonomía y la beneficencia debida al feto como ser humano, cuya dignidad debe ser respetada.

1.1 Libertad y dignidad como valores complementarios en el ser humano

El ser humano es un ser personal, es capaz de trascender la dimensión puramente biológica; lo biológico le condiciona pero no le determina absolutamente, actúa siempre desde su racionalidad libre. Las ciencias experimentales no penetran ese núcleo interior del hombre, situado más allá de lo que puede ser conocido, observado y experimentado por la ciencia natural, física, biología, medicina, etc. Desde la propia experiencia de sí es fácil la superación del materialismo o del cientificismo: tanto Shopenhauer como el agnóstico Popper entienden que el materialismo radical es la filosofía de un sujeto que ha olvidado tenerse en cuenta a sí mismo. Precisamente para expresar la excelencia del ser personal utilizamos la palabra "dignidad".

El hombre es el único ser verdaderamente libre, profundamente libre, íntimamente libre que hay en nuestro universo material. Y su libertad se manifiesta como poder. Poder libre frente al poder de la naturaleza, frente a los mismos datos y hechos reales que le presenta el conocimiento -que puede admitir o no-, frente a las demás libertades. Es la posibilidad de elegir también lo que está mal, por ejemplo. El bien no nos seduce totalmente y no nos obliga a actuar, sino que libremente debemos elegir lo mejor, pero podemos no hacerlo, e incluso podemos llamar bien a lo que sabemos que es un mal, como en el caso de la interrupción del embarazo no deseado.

La libertad comporta siempre una cierta indiferencia, pero esto no significa que sea completa y absoluta indeterminación, pues remite siempre al ser libre y, por tanto, a la dignidad del ser humano y de su actuar como persona. La afirmación de una libertad absoluta llevaría a la negación de la propia libertad. La libertad y la autonomía no implican realizar siempre lo que uno desea, lo que a uno le gusta o lo que ve que le conviene, pues éstas remiten siempre a la dignidad del ser humano que debe guiar su actuar como persona. En definitiva, es fundamental en el ámbito de la bioética, entender el valor complementario que tienen la dignidad y la libertad del hombre, sin contraponerlos en falsas disyuntivas. La libertad remite siempre al ser que le da su sentido y la posibilita, a la vez que la limita: yo debo actuar siempre como el hombre que soy, con la dignidad de persona que tengo, y en relación con los demás. No son sólo los

¹⁵⁰ Tauber AI. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts: MIT Press; 2005.

condicionamientos que la propia naturaleza física impone como necesarios, sino muy especialmente la presencia de las demás libertades y el descubrimiento de la propia dignidad personal del sujeto que actúa y de los demás con los que se relaciona. Esa diferencia de libertades está siempre presente en el orden del actuar humano, y es precisamente lo que puede multiplicar el poder de la propia libertad individual.

"La libertad individual se puede multiplicar si a su poder individual se le suma el poder de otra y otras libertades. Mi libertad, unida a otra que quiere el mismo fin, es doblemente poderosa. Un hombre solo no puede engendrar un hijo, pero si ama a una mujer, entonces el poder libre de los dos es capaz de crear un hijo... Una pluralidad de libertades, cuando forman una sociedad libre, multiplican el poder de sus libertades individuales. Un hombre solo no puede curarse un cáncer. Las diferencias del amor no anulan la libertad ni la limitan, sino por el contrario la potencian. Hay tanto más libertad cuanto más libre es la comunicación" entre las libertades singulares¹⁵¹.

La autonomía, por tanto, no es ilimitada, es parte de la libertad responsable del ser humano que sabe que debe actuar respetando la libertad de los demás, aunque ello le limite o le ocasione un problema, y sabe también que debe actuar conforme a su propia dignidad de persona. Esto le obliga moralmente a cuidar y respetar los bienes básicos que conforman su dignidad: la vida, la salud, la conciencia propias y de los demás.

En definitiva, una actuación libre de la madre que aborte su propio feto, no sólo está provocándole al feto un grave daño privándole del mayor bien que es la vida, sino que está provocándose a sí misma una pérdida irreparable en su propia dignidad moral como persona. Y en esto tienen también responsabilidad aquellas personas que prestan su ayuda o promueven esa "solución" para el embarazo no deseado. Es necesario encontrar soluciones que respeten la dignidad de todas las personas involucradas en la decisión, donde también se debe incluir al hijo no nacido¹⁵².

1.2 Dignidad humana, ética y derechos humanos

La dignidad humana es la dignidad de un ser que es fin en sí mismo, por ser persona. La personalidad es algo esencial al hombre, no es una simple cualidad que se adquiere, se tiene por ser hombre¹⁵³. Por esto, es la única base posible para una fundamentación profunda de los derechos humanos. En la raíz está la dignidad del ser humano y de su libertad. Tanto la dignidad de la mujer como la del feto están en juego en las decisiones morales de abortar. Y también está en juego el fundamental derecho humano a la vida, que tenemos todos los seres humanos. No es un derecho positivo, no tenemos el derecho a vivir, de modo que pudiéramos "exigir" a los demás que nos mantengan siempre con vida, sino que es un derecho negativo: derecho a que nadie atente contra nuestra vida, derecho a que no nos quiten injustamente la vida. Y ese es el derecho del feto. Y no poseemos los derechos humanos fundamentales -el derecho a la vida, a la

¹⁵¹ Garay J. *Diferencia y libertad*. Madrid: Rialp; 1992: 331.

¹⁵² León FJ. El diálogo bioético en las técnicas de reproducción asistida. *Acta Bioética*, 2007,13 (2):161-167.

¹⁵³ Spaemann R. ¿Todos los hombres son personas?. En: *Bioética. Consideraciones filosófico-teológicas sobre un tema actual*. Madrid: Rialp; 1992: 71-73.

salud, a la libertad de conciencia- , porque los demás o la sociedad acuerden que los tenemos. Los demás y la sociedad deben respetarlos y además promover su respeto, precisamente por ser la expresión de lo valioso y trascendente de cada vida humana y primera expresión de su dignidad¹⁵⁴.

El aborto es, en definitiva, uno de los mayores atropellos de los derechos humanos, del derecho humano fundamental a la vida.

1.3 Dignidad humana y "calidad de vida"

La persona humana no es, por tanto, valiosa por lo que "tiene", sino por lo que "es". Es fundamental, por ello, desarrollar toda una antropología de la dignidad humana, que la establezca en el lugar primordial, de finalidad, respecto al conocimiento científico y técnico, por una parte, y respecto a toda legislación en materia de bioética, por otra.

Es importante esta premisa en múltiples ámbitos de la bioética. Veremos muy someramente el que ahora nos ocupa, en el que es particularmente necesaria: todo lo referente a la vida humana en estado embrionario o fetal. Es una de las situaciones en que la vida humana se manifiesta - existe vida humana- pero sin todas las características que le son propias, como consecuencia directa de su naturaleza humana: autoconciencia, libertad, dominio de sí, ejercicio del entendimiento y de la voluntad. Estos son los términos que según algunos definen la "calidad de vida", o una vida humana de calidad: no merecería ser llamada vida humana la que no poseyese en plenitud esos atributos del hombre, o que no pudiese poseerlos en un futuro, o que los hubiese perdido de manera irrecuperable. Por tanto, tampoco merecería una protección social y jurídica, o al menos, no una protección semejante a la de una persona normalmente constituida, desde el punto de vista biológico.

En el caso de la vida humana en estado embrionario o fetal, no se puede confundir la potencia de ser con el no ser. El embrión tiene ya la cualidad humana, es un ser humano con potencia de desarrollar todas esas características que definen en la madurez a una persona. Esa potencia es poder, no es negación del ser: la dignidad humana la tiene por el hecho de "ser humano ya", como vimos anteriormente. Esto sirve igualmente en todo el ámbito de la bioética en pediatría, donde tampoco existe un desarrollo completo de las potencialidades del ser. Y sirve también cuando el feto presenta deficiencias, anomalías genéticas, o enfermedades que le llevarán irremisiblemente a la muerte. No es razonable que nosotros decidamos desde fuera que ese feto no va a tener una "suficiente calidad de vida", pues esta es una apreciación subjetiva que no puede universalizarse: cada uno tenemos la medida de lo que pensamos es calidad en nuestra vida.

2.- La autonomía del médico: ¿Puede el médico decidir por el feto?

¹⁵⁴ León FJ. Dignidad humana y derechos humanos en Bioética. Universidad de Montevideo, *Revista Biomedicina*, 2007, 3 (1): 240-245.

Sabemos que en México el aborto provocado está explícitamente penalizado en base a la protección del derecho a la vida del no nacido, pero que se despenaliza en determinados supuestos según la legislación de cada uno de los Estados Unidos Mexicanos, y se atienden en los hospitales públicos. Recientemente se despenalizó en la Ciudad de México. Con todo legalmente se está interpretando de manera laxa lo que en la propia Constitución se expresa: “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”¹⁵⁵.

Pero independientemente de lo que señalen las leyes en cada país, es necesario tener en cuenta que no todo lo permitido legalmente es éticamente correcto. Puede ser que no se penalice en determinados supuestos el aborto en algunas legislaciones, pero eso no lo convierte en algo moralmente aceptable.

Tampoco entramos aquí en cuáles deberían ser las soluciones sociales a temas como el embarazo adolescente, los abortos provocados ilegales, y otros. Algunos ofrecen como solución de estos dramas sociales la legalización o, al menos, la despenalización del aborto provocado¹⁵⁶, sin considerar que, en sí mismo, el aborto es un drama más que se añade a los anteriores¹⁵⁷, y que cualquier solución debe centrarse en la educación para una paternidad responsable, y no sólo en la exigencias de unos supuestos derechos reproductivos que incluirían el aborto¹⁵⁸.

Lo cierto es que puede existir una presión social hacia los médicos para encargarse de la realización legalmente aprobada de los abortos, incluso dentro del propio sistema público de salud, como ocurre en algunos países. Ante esto, debemos tener en cuenta la posición generalizada de la mayoría de las organizaciones médicas en contra, y las exigencias éticas de protección a la vida humana no nacida que están expresamente escritas en algunos Códigos Deontológicos.

La Asociación Médica Mundial, en una Declaración sobre el aborto terapéutico, señala¹⁵⁹:

¹⁵⁵ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Art. 1. Reformado mediante Decreto, publicado en el Diario Oficial de la Federación, 4 diciembre 2006.

¹⁵⁶ Faúndes A, Barzalato J. *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Santiago: LOM Ediciones; 2007. Herrera S. *El aborto inducido ¿Víctimas o victimarias?* Santiago: Catalonia, Centro Interdisciplinario de Estudios de Género; Centro de Investigaciones Diego Barros Arana. Cátedra UNESCO de Género; 2004.

¹⁵⁷ Gómez Lavín C. Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer. *Cuadernos de Bioética*, 1994, 5 (17-18): 28-30.

¹⁵⁸ Jensen L. Aborto, derechos reproductivos y paternidad responsable. Santiago, *Ars Medica*, 2002, 4 (6): 113-120.

¹⁵⁹ Asociación Médica Mundial. *Declaración de Oslo sobre el Aborto Terapéutico*. Adoptada por la 24ª Asamblea Médica Mundial Oslo, Noruega, agosto 1970 y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983.

1. El primer principio moral que se impone al médico es el respeto a la vida humana desde su comienzo.
2. Las circunstancias que ponen los intereses vitales de la madre en conflicto con los intereses vitales de su criatura por nacer, crean un dilema y plantean el interrogante respecto a si el embarazo debe o no ser deliberadamente interrumpido.
3. La diversidad de respuestas a esta situación es producida por la diversidad de actitudes hacia la vida de la criatura por nacer. Esta es una cuestión de convicción y conciencia individuales que debe ser respetada.
4. No es función de la profesión médica determinar las actitudes y reglas de una nación o de una comunidad en particular con respecto a este asunto, pero sí es su deber asegurar la protección de sus pacientes y defender los derechos del médico dentro de la sociedad.
5. Por lo tanto, donde la ley permita el aborto terapéutico, la operación debe ser realizada por un médico competente en la materia y en un lugar aprobado por las autoridades del caso.
6. Si un médico estima que sus convicciones no le permiten aconsejar o practicar un aborto, él puede retirarse, siempre que garantice que un colega calificado continuará prestando la atención médica.

El Código de Ética del Colegio Médico de Chile dice en su artículo 8º: “El respeto de la vida humana desde su inicio y hasta su término constituye el fundamento básico del ejercicio profesional médico. Toda intervención médica realizada durante los nueve meses de gestación, deberá velar siempre por el mejor interés de la madre y del hijo”¹⁶⁰.

En el Código Deontológico de los Colegios de Médicos de España, en un capítulo sobre reproducción humana se dice: “Al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que se aplican a los demás pacientes”¹⁶¹.

En los Códigos mexicanos no se hace una referencia tan clara al embrión y al feto como paciente, aunque se prima el deber de beneficencia del médico, como señala el Código de Ética del Colegio Nacional de Pediatras Mexicanos: “La bondad es la primera de las cualidades que un médico necesita poseer. Bondad significa que en todo acto médico se debe buscar primordialmente el bien del paciente”. También el Código de Bioética para el personal de la salud, de la Secretaría de Salud, señala que: “Toda persona tiene, en principio, derecho a la protección de su salud”. Y en el art. 47: “La interrupción de un embarazo no es jamás un acto deseable. La ley ha establecido cuáles pueden ser los casos en que no está penalizado, entre los que se encuentran los que ponen en riesgo la vida o la salud de la mujer gestante, que

¹⁶⁰ Colegio Médico de Chile. *Código de Ética*. Santiago; 2008.

¹⁶¹ Código Deontológico de los Colegios de Médicos de España. Madrid: OMC; 1999. Artículo 24.1.

justificarían esta intervención, sin que se pueda obligar a participar al personal que manifieste cualquier objeción”¹⁶².

En estos textos está claramente señalado el campo lícito de actuación del médico, y también el de su abstención ética, y es importante que se respete el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales de la salud¹⁶³.

Como resumen de la doctrina deontológica mayoritariamente aceptada¹⁶⁴, señalaríamos:

- a. - **Nunca el médico puede matar por acción u omisión:** Esto que se aplica a la eutanasia, se aplica también al aborto provocado, que es una grave falta ética y deontológica.
- b. - **El médico no puede iniciar tratamientos fútiles y sin esperanza.** La obstinación terapéutica – aunque a veces puedan pedirla los familiares o los padres- es un error ético y una falta de competencia, y esto es válido también para delimitar con un juicio de proporcionalidad cuáles son los límites de la intervención médica terapéutica en el feto durante el embarazo.
- c.- Los padres, y especialmente **la madre embarazada tiene un deber ético de preservar la vida de su hijo y de aceptar los tratamientos para salvarla**, si se trata de medios que ofrecen una esperanza razonable de beneficiarle y que pueden obtenerse y aplicarse sin grave inconveniencia, dolor o gasto.
- d. - Hoy, **la discusión en torno al aborto ya no se centra en el problema clásico de si el embrión es ser humano o no.** Su centro de gravedad se ha desplazado a la cuestión, planteada por el liberalismo más extremo del **pretendido derecho de abortar de la madre, en virtud de su autonomía moral, independientemente de los datos de la embriología y la reflexión antropológica sobre el embrión.** Por eso es necesario subrayar los límites que la dignidad moral imponen a la decisión de la madre, y de los familiares y del médico tratante, si de verdad quieren respetar el derecho a la vida del no nacido
- e.- Y finalmente, recordar con el Código de Ética chileno, que **“el respeto de la vida humana desde su inicio y hasta su término constituye el fundamento básico del ejercicio profesional médico”**.

3.- Los principios de la Bioética: ¿Autonomía y beneficencia frente a justicia en el aborto?

Ya tenemos bastantes referencias para poder comprender por qué no es válido el argumento del choque de principios en Bioética, entre la autonomía de la madre y su beneficencia, y la maleficencia que se realiza con el feto abortado. Pero antes de terminar con esto, quisiéramos

¹⁶² Código de Ética del Colegio Nacional de Pediatras Mexicanos. Arch Invest Pediatr Méx 2006; 9 (3): 27-28: Artículo 4º. Código de Bioética para el personal de la salud. México: Secretaría de Salud; 2002: Artículos 1º y 47º.

¹⁶³ León FJ. Fundamentos ético-jurídicos de la objeción de conciencia de los profesionales de la salud. México, *Revista CONAMED*, 2006, 42: 3-8.

¹⁶⁴ Herranz G. Eutanasia o Medicina. *Cuadernos de Bioética*, 1990, 1 (4): 21. Los mismos argumentos utilizados por el autor para la eutanasia pueden aplicarse al aborto.

dejar claro que un acto de aborto nunca es un acto de beneficencia para la madre tampoco, pues rompe cualquier ideal de propuesta ética de una vida feliz.

Expondré este ideal que presenta la ética según la definición de Paul Ricoeur: “anhelo de vida realizada –y, como tal, feliz-, con y para los otros, en instituciones justas”¹⁶⁵. El sujeto moral, en todo el análisis, no es solamente la mujer con un embarazo no deseado sino también el médico.

3.1 Primer nivel ético: anhelo de una vida realizada

Lo primero en ética es “Desear eficazmente una vida lograda”. La ética es ese deseo, antes que una mera normativa. Deseamos ser felices, disfrutar de una vida que vale la pena ser vivida, lograda, realizada, en un proyecto de autorrealización. La libertad está en la raíz del deseo: es el medio para lograr la felicidad. La mujer con un embarazo no deseado debe aún en su situación explorar sus potencialidades y no renunciar a ese deseo. Y el médico también.

Acorde con ese deseo está la estima de sí mismo, psicológica (autoestima) y moral: la autoconfianza, que no sólo es constatar nuestras capacidades sino tener una conciencia lúcida de las propias limitaciones. Todos somos sujetos de dignidad, e iguales, y así Ricoeur comenta que “la estima de sí es moral cuando no es ególatra, reconoce a los otros como sujetos de autoestima dignos”. Tanto la mujer como el feto son seres humanos dignos, y la dignidad como cualidad esencial no admite un más o menos, una comparación matemática.

Todos ejercemos nuestra libertad en el horizonte de una vida buena que pretendemos realizar, en el horizonte que nos dan los ideales. La vida moral pretende llevar a plenitud nuestras potencialidades y proyectos de vida. Por eso, el embarazo no deseado puede presentarse como una limitación fuerte de la libertad, en un primer momento. Todos, pero de modo especial la mujer con un embarazo no deseado, debemos reescribir bastantes veces en nuestra vida esos horizontes e ideales, aunque los mantengamos como fines. Todos tenemos limitaciones, y existen ocasiones en que se nos presentan de modo más fuerte. Y todos las enfrentamos con la ayuda de los demás, no sólo. La mujer con embarazo no deseado debe tener la ayuda del médico y de todos los profesionales que le atienden, de su pareja o esposo, de sus padres, y de la sociedad entera, que deberá suplir de algún modo si fallan los anteriores.

Pero, ¿qué es una vida plena, lograda, realizada? Podemos contestar que es una vida que alcanza unos niveles de excelencia externos al sujeto: el genio científico, el rico empresario, el médico exitoso, el deportista de élite, la actriz independiente y triunfadora, realizan plenamente su vida, en ese aspecto de su actividad, pero no quiere decir por eso que sea realizada en todo, en su vida familiar, afectos, ideales, etc. Es cierto que en el caso de la mujer con un embarazo no deseado, este nivel de excelencia externa puede estar muy afectado, en el presente o en el futuro, con una plenitud a medias.

Pero quizás una contestación más profunda, desde un sentido propiamente moral, sería que una vida realizada es aquella en la que hay concordancia entre lo que acabamos haciendo y siendo, y

¹⁶⁵ Ricoeur P. *Soi Même Comme un Autre*. París: Editions du Seuil; 1990.

los ideales que nos marcamos desde las potencialidades que tenemos, incluyendo las personales y las que nos aportan los demás, las exigibles para todos desde la justicia y las que los demás nos dan gratuitamente. Esta sería una vida lograda con niveles de excelencia internos, y a esta autorrealización estamos todos llamados, también la mujer con embarazo no deseado.

Visto así, la autonomía sería “la cara deontológica de la estima de sí que se concreta en un horizonte de realización”. Se hace pasar al deseo de felicidad por la criba de la norma. No sólo es un mero deseo, porque también debe tenerse presente la ley, pero tampoco hay una negación de la estima de sí, porque la ley que debemos obedecer nos la damos a nosotros mismos, guiados por la universalidad razonable de la misma.

Todos estamos convocados a vivir nuestra vida con una autonomía desde la que nos hacemos cargo de nosotros mismos, con responsabilidad. Todos los sujetos éticos son sujetos con responsabilidad que deben decidir por criterios adecuados y hacerse cargo de las consecuencias de los propios actos. Lo contrario sería una expresión de paternalismo que rebaja, que no reconoce plenamente la dignidad del otro.

3.2 Segundo nivel ético: autonomía con y para los otros. Articular Beneficencia y Autonomía.

Nuestros proyectos de realización, autónomos, no son estrictamente individuales, o por precisar mejor, individualistas. La apertura a los otros es precisamente lo que nos construye moralmente y posibilita la realización personal. La acogida equilibrada del otro, la solicitud, la compasión, el respeto y el reconocimiento del otro son fundamentales en nuestra propia construcción moral. Tanto la mujer con un embarazo no deseado como el médico que la atiende deberían tenerlo en cuenta.

El importante en la relación clínica el respeto a la autonomía de la persona a la que se dirige la acción benefactora. Entre otras consecuencias, podemos mencionar éstas:

a.- No se puede hacer el bien sin contar todo lo que se pueda con aquel a quien se le hace ese bien. En la base de toda relación humana está el respeto a la dignidad, a quien es persona con dignidad. No se puede discriminar de modo injusto a la mujer con un embarazo, deseado o no, que puede sentirse “obligada” socialmente al aborto.

b.- El paternalismo, la decisión efectiva por parte del benefactor sobre lo que es bueno para el beneficiario, sólo está justificado si responde a carencias reales de autonomía en éste, si se expresa sólo en el ámbito de esas carencias y en proporción a las mismas, y si se ejerce con la intención prioritaria de que pueda superarlas en la medida de lo posible. Toda acción social debe tener en cuenta que se necesita una educación y atención continuada para resolver los problemas de marginalidad donde se producen generalmente los abortos provocados. La “solución rápida” del aborto nunca resuelve nada por sí sola, sino que empeora esa marginación de la mujer.

c.- En aquellos ámbitos en los que las personas tienen suficiente capacidad, tienen derecho al respeto a su autonomía, frente a cualquier paternalismo, aunque después desde ella les toca discernir lo que es su bien: esa es su responsabilidad.

d.- Por lo tanto, en la decisión del paciente responsable, es la autonomía la que debe abrirse lúcida y libremente a la beneficencia.

e.- Dentro de la responsabilidad en la construcción de una vida lograda desde su autonomía, está para la mujer con un embarazo no deseado el poner por delante la beneficencia del otro, del hijo, por encima de lo que pueda presentarse como beneficencia inmediata para ella.

3.3 Tercer nivel ético: Articular autonomía, beneficencia y justicia

El médico está ligado al paciente por un contrato profesional, y en el marco de una institución. Es, por tanto, el médico un agente que interviene en lo que denominamos con Paul Ricoeur el tercer nivel de la intención ética, el de la justicia. Pero a la vez, debe establecer relaciones personalizadas con los pacientes que atiende, y por eso su actuación se mueve en el segundo nivel ético del “con y para los otros”. No puede ignorar la justicia, pero debe actuar con beneficencia, desde una ética de las virtudes que ayude al otro a conseguir una vida lograda, en la mayor medida posible.

Por otro lado, la mujer con un embarazo no deseado debe también tener en cuenta los justos derechos del no nacido aún. Cometer una injusticia –no respetar la vida del hijo- supone un acto maleficente para el hijo y para con ella misma, porque tampoco respeta su dignidad como persona y es, por tanto, injusta consigo misma. Esta es la raíz más profunda del gran desequilibrio personal que provoca el aborto en la mujer. No es sólo el posible remordimiento desde sus convicciones religiosas o ideológicas, sino la conciencia cierta de haber cometido una injusticia, con su hijo, y consigo misma, que afecta gravemente a su dignidad como persona.

En una encuesta realizada en México en 2001 por Population Council¹⁶⁶, partidarios de la legalización del aborto, se daban unos resultados bien significativos. Aunque podamos dudar de la objetividad estadística, nos dicen que el porcentaje de la población general que está de acuerdo con que la mujer tenga acceso al aborto varía entre 80% y 64% cuando la vida de la mujer está en peligro, está en riesgo grave su salud o el embarazo es resultado de una violación. La aceptación baja bruscamente desde el 52% cuando “el producto tenga defectos de nacimiento físicos o mentales”(sic), cuando la mujer es menor de edad o ella así lo decide (20%) o por faltas de recursos económicos (17%), siendo la menor aceptación cuando la mujer es madre soltera o cuando falla el método anticonceptivo (11%). Vemos claramente que cuando existen situaciones graves la aceptación es mayor, pues los bienes en juego que se enfrentan son mayores; mientras que la aceptación es bastante baja cuando se trata de otros bienes secundarios de la mujer que se ponen en la balanza con el bien de la vida de hijo, que desde luego no es considerado por la población mexicana como un mero “producto”, aparte de que es difícil que tenga defectos de nacimiento si todavía está en el útero materno.

¹⁶⁶ González D, Billings D. *El Aborto en México*. Ciudad de México, IPAS, 2002: 16.

Otra encuesta entre médicos proporciona resultados aún muy parecidos pero más extremos. Entre un 97% y un 90% se da la aceptación cuando el embarazo es resultado de una violación, pone en riesgo la vida de la mujer o le causa un grave daño a la salud, o cuando “el producto” presenta alteraciones genéticas o congénitas serias. En todos los demás casos, el porcentaje se sitúa por debajo entre 30% y 4%, cuando la mujer es menor de edad, por falta de recursos económicos, cuando falla la anticoncepción o la mujer es soltera¹⁶⁷. Es de justicia –y éticamente lícito- que un médico intervenga cuando está en peligro la vida de la madre, aunque de modo secundario se produzca el aborto del feto como efecto no deseado. Son dos vidas en juego y habrá que delimitar muy bien estos casos en la legislación¹⁶⁸, pero en todos los demás casos no podemos dejar de considerar todo lo dicho anteriormente sobre los límites de la autonomía de la madre y del médico, la dignidad de esa vida humana por nacer, y el deber de justicia de proteger su vida.

Por tanto, debemos construir desde el principio de justicia, base de los principios de autonomía y beneficencia. Por delante de la autonomía de la mujer y del médico, y de la beneficencia posible de la madre con el aborto, están las obligaciones impuestas por los principios de no maleficencia –no hacer daño al feto-, y de justicia: respetar su derecho a la vida y a la salud, si aplicamos la conocida jerarquización propuesta por Diego Gracia¹⁶⁹.

Aquí es donde deben unirse la Bioética y el Derecho, pues ambos buscan el mismo fin: la promoción del respeto a la vida humana y a los derechos fundamentales; resguardar –en la medida que sea posible-, los valores contenidos en una relación interpersonal que lleve a una vida lograda a la mujer con embarazo no deseado, al feto y al médico; y siempre, asegurar los derechos de las más vulnerables, la mujer y el feto, sin olvidarse de los deberes de todos para con ellos.

¹⁶⁷ Ibidem: 17. Encuesta durante Talleres realizados por IPAS en hospitales de varios Estados mexicanos en 2002.

¹⁶⁸ Besio M. Análisis ético sobre las interrupciones del embarazo, el aborto provocado y el aborto terapéutico. Santiago, *Ars Medica*, 2002, Vol. 6 (6): 83-94.

¹⁶⁹ Gracia D. Prólogo. En: Beauchamp T, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999: 9-15.

CAPÍTULO 8º.- EL DIÁLOGO BIOÉTICO EN LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA¹⁷⁰

Introducción:

Existen muchos estudios recientes de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) sobre todo desde las consecuencias jurídicas de los contratos que se establecen y los límites jurídicos que deben tener. Se enfrentan bienes jurídicos protegidos por el derecho con gran fuerza, como lo es la vida, la filiación, los derechos de sucesión, los derechos del hijo, y los nuevos “derechos reproductivos”, que tendrían en este campo su expresión en la libre elección de los padres de los procedimientos técnicos mediante los cuales tener el hijo. De ahí la explicación del enorme interés del Derecho por estos temas¹⁷¹.

También existe un amplio debate entre los investigadores acerca de la eficacia de las diferentes técnicas -se agrandan las posibilidades con cada descubrimiento científico- y del inicio de la vida humana: cada vez conocemos más y mejor el desarrollo del embrión unicelular y en las etapas previas a la implantación, y los mecanismos que guían el desarrollo en estas iniciales de la vida humana. Este punto es clave en las distintas posiciones. No podemos entrar a fondo en estas breves páginas, pero sí pedirle a la ciencia la mejor comprensión científica que sirva para una mejor comprensión filosófica: no es un tema del dominio exclusivo de la ciencia, ni del dominio exclusivo de la filosofía, por lo que ambas deben complementarse¹⁷².

Desde la ética, han sido bastante analizados algunos de los problemas éticos que presentan estas técnicas, especialmente en lo que hace referencia a los embriones congelados, a la experimentación con embriones “sobrantes”, a su utilización para obtener “células madre” embrionarias¹⁷³, y también a la legitimación ética misma de las técnicas: la manipulación técnica del proceso de reproducción, para unos es legítima por la finalidad buena que se pretende, mientras para otros es ilegítima por irrumpir en el ámbito íntimo de la vida sexual de la pareja, y por “cosificar” la vida humana embrionaria, o por destruirla en el caso de los embriones

¹⁷⁰ “El diálogo bioético en las técnicas de reproducción asistida”. *Acta Bioética*, año XIII, n° 2, 2007, 161-167.

¹⁷¹ En el ámbito Latinoamericano, Gandra I (Coord.) *Direito Fundamental à Vida*. São Paulo: Quartier Latin; 2005: 592. Contiene 30 contribuciones, la mayoría de juristas de diferentes países. En Chile, el reciente libro: Ugarte JJ. *El derecho de la vida. Bioética y Derecho*. Santiago: Editorial Jurídica de Chile; 2006. También Massaglia MV. *Nuevas formas de procreación y el Derecho Penal*. Buenos Aires: Ad Hoc; 2001.

¹⁷² Algunos de los libros más recientes que tratan de aunar ambos aspectos: Beca JP (Coord.) *El embrión humano*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2002. Hidalgo MC. *Análisis jurídico-científico del concebido artificialmente*. Barcelona: Bosch; 2002. Carrasco I (Coord.) *Identidad y estatuto del embrión humano*. Madrid: Eiunsa; 2000.

¹⁷³ VVAA. *El destino de los embriones congelados*. Madrid: Fundación Universidad Española; 2003. Germán R. *Los embriones humanos congelados, un desafío para la Bioética*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2007.

“sobrantes”. Existe también un fuerte debate acerca de la finalidad terapéutica de estas técnicas, y de la posibilidad –realidad ya en algunos casos- de que se extienda una mentalidad eugenésica con motivo del desarrollo de las propias TRA, según unos, o a pesar de los esfuerzos de los mismos científicos y médicos que las realizan, según otros¹⁷⁴. La demanda social, y las leyes del mercado, impulsadas quizás por unas desmedidas expectativas, puede llevar a la ciencia médica a extremos insospechados, que abren interrogantes éticos que afectan a la finalidad misma de la Medicina como ciencia¹⁷⁵.

Son más escasos los análisis desde la perspectiva ética acerca de los fundamentos mismos de la relación que se establece entre técnica, medicina y usuarios en este campo¹⁷⁶. En las Técnicas de Reproducción Asistida TRA nos encontramos normalmente ante dos agentes morales –el equipo médico, por un lado, y los padres, por otro- que mediante el diálogo informado establecen la utilización de una técnica médica con un fin bien determinado: proporcionar o tener un hijo en una pareja con problemas de infertilidad o de esterilidad. Se entiende en ese diálogo que el hijo es un bien humano básico para ambas partes. En este punto nos centraremos en este artículo.

Existe el peligro del cientificismo y el peso excesivo de la comercialización de estas técnicas, por una parte, y por otra, es necesario establecer bien las condiciones para que ese diálogo médico-paciente respete las normas éticas racionales por las que debe regirse. Y en ese diálogo, debemos tener en cuenta los intereses y derechos del hijo, como “el otro” presente-ausente.

1.- La ilusión del Cientifismo

Querría efectuar algunas reflexiones en primer lugar sobre algunas posibles posiciones científicas de parte de los equipos médicos de vanguardia que investigan y realizan las TRA.

¹⁷⁴ Abellán F. *Selección genética de embriones. Entre la libertad reproductiva y la eugenesia*. Granada: Comares; 2007. Abellán F. *Reproducción Humana Asistida y responsabilidad médica*. Granada: Comares; 2001. Ballesteros J (ed.) *La Humanidad in Vitro*. Granada: Comares; 2002. Díaz de Terán MC. *Derecho y nueva eugenesia: Un estudio desde la Ley 35/88, de 22 de noviembre, de técnicas de reproducción asistida*. Pamplona: Eunsa; 2005.

¹⁷⁵ Cambrón A, et al. *Reproducción asistida: promesas, normas y realidad*. Madrid: Trotta; 2005. Spar DL. *Baby Business. Cómo el dinero, la ciencia y la política condicionan el negocio de la infertilidad*. Madrid: Urano; 2006.

¹⁷⁶ Bestard J. *Tras la Biología: la moralidad del parentesco y las nuevas tecnologías de reproducción*. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2004. Su objetivo es, sobre todo, mostrar cómo de hecho la gente experimenta y da sentido positivo a esas tecnologías nuevas, que para él –desde su experiencia en una Clínica que las realiza- “son un elemento para pensar y hacer explícitos los valores surgidos a partir de la división moderna entre naturaleza y cultura”. Ya anteriormente se había hecho hincapié en las consecuencias negativas para el niño y la pareja: Vila-Coro MD. *Huérfanos biológicos. El hombre y la mujer ante la reproducción artificial*. Madrid: San Pablo; 1997. Y también en las consecuencias jurídicas de estos cambios relacionales, en la tesis doctoral: Pérez Monge M. *La filiación derivada de técnicas de reproducción asistida*. Zaragoza: Facultad de Derecho; 2002.

Según algunos, sólo la ciencia empírica podría darse a sí misma los criterios éticos para evaluar su actividad, ya que su autonomía respecto a otros campos del saber humano es absoluta.

El equipo médico representa a la ciencia, en este caso triunfante, que por vez primera domina otro ámbito más de la biología humana, la biología de la reproducción. Debemos recordar –sobre todo ante las nuevas expectativas de investigación genética y reproductiva- que la ciencia siempre necesita un fundamento reflexivo, racional, sobre su propia finalidad, para no convertirse en ideología; debe saber reconocer los intereses que han movido a la razón a producir ese saber, para identificar también los criterios éticos de actuación que deben guiar esos intereses. “El cientifismo –en palabras de Adela Cortina- bloquea toda fundamentación de la moral ... Si queremos tener objetividad científica, esto presupone la validez intersubjetiva de normas éticas. No tiene sentido exigir la neutralidad de la ciencia empírica, en nombre de la objetividad, sin presuponer que la objetividad debe alcanzarse ... Sí pretendemos que los logros científicos valgan intersubjetivamente, tiene que ser posible que valgan intersubjetivamente las normas presupuestas en la comunidad de científicos, no que valgan subjetivamente, en virtud de una decisión prerracional. En ese caso, la ciencia sería decisionista.”¹⁷⁷.

Todo argumento en el que se reivindican derechos y se exigen deberes –toda ética, y también la ética de la ciencia- debe descansar en una elaboración racional y no, en el mejor de los casos, en una petición de principios ideológica. El cientifismo, en virtud de su carácter subjetivo, no puede darse a sí mismo la regulación ética y exigir normas a quien no posea idénticos principios. La deliberación racional, sí puede hacerlo. Y es especialmente necesario en el caso de la investigación biomédica sobre el inicio de la vida humana y la procreación.

2.- Diálogo de consenso o diálogo racional en las TRA

Según el esquema propio de la bioética liberal actual, el procedimiento de fundamentar convencionalmente estas técnicas médicas en la vida pública debe ser mediante el mero consenso, y así se ha legislado en bastantes países, incluso desde la imposición de las mayorías parlamentarias y con muy poco debate social y político previo.

Frente a esta posición, nos parece imprescindible establecer un auténtico diálogo racional. Las críticas realizadas desde la ética del discurso al consensualismo son fundamentales. En Bioética debemos ir por tanto hacia un consenso racional de interlocutores válidos, que legitime las normas morales cívicas, y en concreto, las normas éticas y legales que regulen las técnicas de fecundación in vitro con transferencia de embriones, la clonación, la investigación con células madre, etc. “Esta es quizá –propone Diego Gracia- la gran tarea que todos tenemos delante y que irá ganando importancia en los próximos años: la necesidad de asumir un tipo de racionalidad que permita la participación de todos los implicados en el proceso de deliberación de los problemas prácticos, en nuestro caso de los problemas morales”¹⁷⁸. Es imprescindible el

¹⁷⁷ Cortina A. *Ética Mínima*. Madrid, 4ª edcn: Tecnos; 1994: 93-94.

¹⁷⁸ Gracia D. *Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética*. Madrid: Triacastela; 2004: 127.

diálogo racional como un instrumento de análisis y de profundización ética¹⁷⁹. Y tener en cuenta en este proceso a los afectados por los acuerdos, que en las TRA son fundamentalmente los padres y los hijos. Pero veamos primero las condiciones del diálogo racional.

No se trataría solamente de llegar a un consenso entre intereses egoístas o individuales, que pueden ser muy legítimos: no tendría interés racional –y no sería por tanto universalizable- si sólo se buscara el consenso porque favorece individualmente a los que lo realizan. Debe tener validez intersubjetiva, con argumentos comprensibles y aceptables, defendidos mediante el discurso racional. Si no, todo argumento de derechos y deberes descansaría, en el mejor de los casos, en una persuasión sentimental. que sólo vincularía a los participantes. Muchas de las posiciones a favor de la fecundación in vitro se basan no en argumentos racionales, sino en motivos de persuasión sentimental. Como ejemplo, la BBC mostraba hace ya tiempo un concurso que celebraba anualmente una clínica de fecundación in vitro londinense con los padres y niños nacidos en ese período, con los niños sonriendo en brazos de sus madres. Las decisiones en la fecundación in vitro tendrían que tomarlas solamente los médicos y los padres, con libertad absoluta, sin inmiscuirse los demás, como pretenden algunas legislaciones y algunos bioeticistas liberales.

Pero las técnicas de reproducción asistida requieren de una aprobación racional si quieren tener valor universal y seguir un criterio ético, con un diálogo racional que se produzca:

- 1.- Sin limitar los temas y las personas participantes. Entrar a fondo en el debate sobre el estatuto del embrión humano, por ejemplo. O que pueda expresar la mujer su punto de vista acerca de estas técnicas, quizás en ocasiones sólo analizadas desde la postura “masculina” del dominio científico.
- 2.- Sin otra coacción que no sea la del mejor argumento y con racionalidad plena. Debemos dejar de lado posiciones esencialmente afectivas o basadas en el sentimiento. Cuenta por supuesto la angustia y el drama que puede suponer la infertilidad para una mujer o una pareja, pero no es su “deseo” más o menos profundo del hijo lo que va a delimitar la legitimidad de los medios que pongamos para conseguir ese buen fin.
- 3.- Con una búsqueda cooperativa de la verdad. En los consensos que se han producido en bastantes países sobre la fecundación in vitro, a la hora de legislar especialmente, ha habido muy poco diálogo previo, muy poca cooperación entre todos para conseguir un acuerdo racional y razonable. Hay que rechazar la imposición en ocasiones desde las mayorías políticas de unas legislaciones permisivas, sin un debate político previo, y en medio de campañas de comunicación que distorsionan –o al menos dificultan- esa búsqueda de la verdad.

3.- Ética dialógica y el hijo como “el otro” en las TRA

¹⁷⁹ El diálogo es una de las características esenciales de la Bioética como disciplina. Ha insistido en este aspecto Lolás F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1998.

Desde la ética dialógica, Adela Cortina ha profundizado en el concepto de persona como “interlocutor válido”, aplicable de modo especial precisamente al ámbito de la Bioética.

La mayoría de las decisiones en Bioética deberían resolverse mediante el diálogo entre sujetos autónomos, y la autonomía es un principio central en la Bioética. “Autonomía en este caso significa –señala la autora- madurez psicológica y ausencia de presiones externas (sociales) o internas (el dolor mismo), suficientes como para decidir de acuerdo consigo mismo. Y este “consigo mismo” puede precisarlo en primer lugar el paciente, en una situación psicológica adecuada, porque él tiene un acceso privilegiado a su propia subjetividad, a sus proyectos de autorrealización. Por eso creo necesario precisar este concepto médico de autonomía como una articulación de las dos nociones de autonomía y autorrealización a las que antes me he referido: lo universalizable es aquí el derecho del paciente a tomar decisiones porque tiene un acceso privilegiado a su subjetividad, a sus propios ideales de autorrealización. Y tiene derecho a ello porque desde una autonomía dialógicamente entendida, el paciente “es digno de”, tiene derecho a ser tratado como un interlocutor válido”¹⁸⁰. Desde el reconocimiento del respeto por el otro y su autonomía, hay que rechazar el paternalismo médico, y promover en su lugar una relación dialógica entre sujetos autónomos.

En el caso de las TRA, ya vimos antes como los acuerdos racionales comprometen no sólo a los participantes directos, sino también a todos aquellos afectados por el acuerdo, aunque no hayan participado en él. Y por tanto, deben ser tenidos en cuenta por los “interlocutores válidos” presentes. No se puede convertir solamente en un diálogo médico-mujer o médico-pareja, porque en él participa ya el hijo, de modo que se transforma en una decisión a “tres bandas”, médico-padres-hijo. El hijo es el “presente-ausente”, cuyos intereses deben ser defendidos por los padres, ya tutores del hijo en el momento en que sea concebido in vitro, no siempre desde el punto de vista legal pero sí desde las obligaciones éticas de la filiación y la maternidad. Y sus intereses también deben ser tenidos en cuenta por los médicos, que se deben al bien de sus pacientes, madre y padre, e hijo.

Por eso la ética médica ha insistido en tantas ocasiones en el deber de salvaguardar la vida en su inicio: “No es deontológico admitir la existencia de un período en que la vida humana carece de valor. En consecuencia, el médico está obligado a respetarla desde su comienzo ... Al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que inspiran el diagnóstico, la prevención, la terapéutica y la investigación aplicadas a los demás pacientes.”¹⁸¹.

Desde la misma ética dialógica se está avanzando hacia una superación en los debates de bioética de la mera contraposición de principios éticos en confrontación, como a menudo se entiende en

¹⁸⁰ Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993: 236-240.

¹⁸¹ Consejo General de Colegios Médicos de España. *Código de Ética y Deontología Médica*. Madrid: 1990. Especialmente para este punto: Capítulo VI: Reproducción. Respeto a la vida y a la dignidad de la persona. Artículos 25.1 y 25.2.

el principialismo. Habermas apela a la responsabilidad hacia la especie y las generaciones futuras para evitar una “eugenesia liberal”¹⁸², con motivo de las técnicas de clonación, pero también muy aplicable a las actuales discriminaciones eugenésicas presentes en parte de las TRA. Maliandi complementa su propia interpretación de los cuatro principios clásicos con el principio de convergencia, como medio de solucionar los conflictos precisamente en el ámbito de la biotecnología¹⁸³.

Para bastantes de los temas implicados en las TRA hace falta ese recurso a otras propuestas morales, comenzando por el deber ético de maximización de los cuatro principios básicos de la Bioética. El ideal ético no es simplemente conseguir la solución pacífica entre esos cuatro –o más principios-, sino tratar de alcanzar la armonía y maximización de ellos en la acción ético-clínica¹⁸⁴. No es ahora el momento de ahondar en este punto, pero sí pienso que debe tenerse presente muy especialmente en lo que respecta a los posibles conflictos entre la autonomía de los padres y de la técnica médica, por un lado, y los deberes de beneficencia y no maleficencia para con el futuro hijo, por otro.

En cuanto al debate sobre el estatuto del embrión humano, algunos sostienen un respeto ético diferenciado. La diferencia estaría en el desarrollo biológico, por ejemplo, y así podríamos “manejar blastocistos, cuidar embriones, y respetar fetos”¹⁸⁵. En esta misma línea, la Ley española que regula la fecundación in vitro sostiene en su introducción que el embrión pre-implantatorio es “un material biológico (...) grupo de células resultantes de la división progresiva del óvulo desde que es fecundado hasta aproximadamente catorce días más tarde”¹⁸⁶, por lo que deduce la regulación jurídica de su protección desde estos

¹⁸² Habermas J. *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?* Madrid: Paidós Ibérica; 2002.

¹⁸³ “La ética de la biotecnología padece la condición de que ninguno de sus principios puede cumplirse plenamente sin incidir en la trasgresión de alguno de los otros. Es lo que la ética convergente expresa como ‘imposibilidad de los óptimos’ y justifica la postulación de un quinto principio (al que corresponde considerar, más bien como un metaprincipio) representado por la exigencia de procurar el máximo equilibrio posible entre los cuatro. Se lo denomina principio de convergencia”. Maliandi R. *Ética: dilemas y convergencias. Cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología*. Buenos Aires: Biblos; 2006: 95-128.

¹⁸⁴ Hemos expuesto más en extenso este punto en León F. *Bioética y justicia social en Latinoamérica*. En: *X Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Actas del Congreso*. Salvador de Bahía: Congreso Medicina Social; 2007.

¹⁸⁵ Propone esta distinción, “meramente como material discutido y discutible”, Masía J, *Manejar blastocistos, cuidar embriones, respetar fetos*. En Masía J (Ed.) *Ser humano, persona y dignidad*. Madrid: Desclee de Brouwer; 2005: 323-326.

¹⁸⁶ Citamos textualmente: “El material biológico (sic) utilizado es el de las primeras fases del desarrollo embrionario, es decir, aquel desarrollo que abarca desde el momento de la fecundación del óvulo hasta el nacimiento (sic) ... Generalmente se viene aceptando el término «preembrión» -también denominado «embrión preimplantatorio», por corresponderse con la fase de preorganogénesis-, para designar al grupo de células resultantes de la división progresiva del óvulo (sic) desde que es fecundado hasta aproximadamente catorce días más tarde, cuando anida establemente en el interior del útero -acabado el

supuestos “datos científicos”. No podemos encontrar en el discurso científico –en el desarrollo biológico- los elementos valorativos del nuevo ser humano. No nos va a demostrar la ciencia si es o no persona el embrión, pero sí puede acercarnos a comprender la importancia del desarrollo de la corporeidad humana desde su inicio.

Pero la diferencia ética podría estar también en la dimensión relacional de la dignidad humana, con lo que pasaríamos de la lógica de la cualidad a la lógica de la relación: que el embrión sea o no considerado persona o una “realidad intermedia” es secundario, pues “no es óbice para que no se le trate con respeto y con dignidad ... una dignidad humana y como tal abierta, incierta, exigiéndonos constantemente responsabilidad”¹⁸⁷. Pensamos que no es suficiente la dimensión relacional, pero no deja de ser significativa para la ética y el respeto a la dignidad la “presencia relacional” del embrión, en el inicio del deseo de acudir a las TRA.

Tanto la corporeidad como la dimensión relacional juegan un papel importante en la valoración ética del embrión. Ambas, entendidas filosóficamente y no como mero dato empírico aportado por la ciencia experimental. “El concepto de la corporeidad juega un papel clave en la determinación de la dignidad. El cuerpo humano no es un puro organismo material, sino lenguaje, expresión, relación con el mundo y con los otros, expresión de la interioridad... Consideramos que la dignidad debe extenderse a todo ser humano, que no pueden realizarse diferencias entre seres humanos y personas... la dignidad debe adscribirse a todo ser humano en tanto que ser potencialmente capaz de desarrollar actividades como el pensar, el amar y crear. Dicha atribución debe efectuarse a partir del momento en que existe la ‘mínima suficiencia constitutiva’ para desarrollar en el futuro tales actividades”¹⁸⁸, y en la determinación de esta corporeidad suficiente y capacidad relacional suficiente sí nos pueden ayudar las aportaciones científicas de todas las disciplinas humanas, no sólo la biología del desarrollo.

4.- La vida humana como bien básico de la persona

Pienso que se debe complementar la ética del discurso con la ética de los bienes básicos, y con la visión antropológica y ética del personalismo filosófico. No deben ser mundos separados, sino visiones complementarias, y desde luego, deben estar presentes en el diálogo bioético plural, desde el respeto mutuo.

proceso de implantación que se inició días antes-, y aparece en él la línea primitiva”. España: *Ley de 22-11-1988, núm. 35/1988, sobre reproducción asistida humana*.

¹⁸⁷ Domingo T. Dificil dignidad. Cuestiones abiertas. En Masiá J, *ob.cit.*: 341-357.

¹⁸⁸ Torralba F, La raíz de la dignidad humana. En Masiá J. *Ob.cit.*: 245-262. Ver también sobre el concepto de dignidad humana en Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris: Torralba F. *Qué es la dignidad humana*. Barcelona: Herder; 2005.

La llamada “nueva escuela de derecho natural” parte de la fundamentación de los derechos de las personas en los que John Finnis llama “basic values” o valores básicos, que se refieren a aspectos fundamentales del bienestar humano. Estos bienes humanos básicos son, para Finnis, “aquellas formas básicas de realización humana plena como bienes que se han de perseguir y realizar”. Son aprehendidos y orientados por la razón práctica y se explican como bienes que perfeccionan al hombre y lo conservan unido en sociedad salvaguardando su dignidad. No son básicos para su existencia, sino para su subsistencia y perfeccionamiento personal y social. “Entre ellos el bien de la vida no puede servir de medio para conseguir otros tipos de fines o bienes. La dignidad de la persona y la conjunción de todos los bienes que participan en esa realización integral del hombre son las que establecen el deber absoluto del respeto incondicionado al bien humano llamado vida”¹⁸⁹.

Esta consideración tiene especial relieve en el debate ético sobre las TRA, donde puede ponerse en juego el bien de la vida humana para conseguir otros bienes como el de la paternidad o el de la maternidad. En este mismo sentido escribe Alfonso Gómez-Lobo sobre los que llama “bienes humanos básicos” y los analiza como complementarios de la racionalidad práctica, aplicándolo entre otros temas a la experimentación con embriones humanos: la vida es un bien humano básico –quizás el más básico en las etapas iniciales de desarrollo embrionario y fetal- que se da sin discontinuidad, por lo que “la consecuencia normativa de todo esto es que si los seres humanos somos esencialmente organismos de cierto tipo cuya existencia se extiende en el tiempo y si la norma moral que prohíbe matar se aplica a un ser humano de cualquier edad, entonces ésta cubre también a los seres humanos en su etapa más temprana, en su etapa embrionaria”¹⁹⁰.

Desde el personalismo, varios autores han profundizado en la dignidad del embrión humano, que queda reducida en la mayoría de las TRA a la otorgada o concedida por la aceptación de los padres o de la sociedad. Ésta sería la única que concedería valor al niño, sin percibir que “todas las formas de dignidad se encuentran en la primera fuente, la dignidad puramente ontológica... Al privar al no nacido y a otras personas humanas de su vida, les privamos también de la posibilidad de alcanzar esa dimensión más profunda de su vocación de llegar a una dignidad más profunda que la mera de personas vivas”¹⁹¹. Más allá de la discusión sobre la personalidad del embrión, y de los problemas de respeto a la vida que plantea la fecundación in vitro, admitirla “significa reconocer la racionalidad moral de

¹⁸⁹ Saldaña J, El derecho a la vida. La defensa de Tomás de Aquino y de John Finnis. En Gandra I, *ob.cit.* pp. 51-54.

¹⁹⁰ Gómez-Lobo A. *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2006: 127-131.

¹⁹¹ Seifert J. Dignidad humana. Dimensiones y fuentes en la persona humana. En Borobia JJ, Lluch M, Murillo JI, Terrasa E (eds.) *Idea cristiana del hombre*. Pamplona: EUNSA; 2002. Spaemann R. *Personas. Acerca de la distinción entre “algo” y “alguien”*. Pamplona: EUNSA; 2000.

los intentos dirigidos a mejorar –y no sólo ‘reparar’- la constitución biológica del homo sapiens”¹⁹², con el interrogante de quién es el que podría establecer el criterio de perfección de una determinada constitución psico-biológica humana.

El respeto a la dimensión biológica del hombre –en el personalismo- está unida esencialmente a su primer principio de la “afirmación de la persona por sí misma, como sujeto y objeto del amor”, más allá de no utilizarla como un simple medio¹⁹³. Y esto se aplica a toda vida humana. La nueva vida humana surgida o que surgirá de las TRA nos exige ya –aunque aún no esté presente- no sólo la responsabilidad ante las generaciones o los sujetos humanos futuros¹⁹⁴, sino tenerla en cuenta en el diálogo bioético entre equipo médico y padres, tanto por su condición de “presente-ausente” como por el bien personal básico de la vida, que está en juego.

¹⁹² Chalmeta G. La dimensión biológica del hombre en el personalismo ético. México, *Medicina y Ética*. 2007; 18(1): 15-26

¹⁹³ Wojtyla K. *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*. Madrid: Palabra;1997: 315-316.

¹⁹⁴ Jonas H. *El principio de responsabilidad*. Barcelona: Herder; 1995.

CAPÍTULO 9º.- ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL: ASPECTOS BIOÉTICOS¹⁹⁵

Introducción:

Trataremos en esta exposición de delimitar cuáles son los problemas y las posibles soluciones a los dilemas éticos que se le presentan a Enfermería en la atención a pacientes terminales. Aunque parte importante de las decisiones que han de tomar los equipos de salud en este campo corresponderán al médico o al equipo médico, no es menos cierto que las consecuencias de esas decisiones afectan de manera muy clara al quehacer diario y a la conciencia de las enfermeras que deben cuidar y atender a esos pacientes¹⁹⁶.

Por otro lado, “la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad, justicia e igualdad”¹⁹⁷.

Es propio de Enfermería “el proceso de cuidar que se centra en las interrelaciones humano-humano, con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación moral e interpersonal con el sujeto de cuidado”¹⁹⁸. Es decir, con una ética del cuidado que debe tener en cuenta siempre el mejor bien del paciente¹⁹⁹. Así lo señala el Consejo Internacional de Enfermería: “Al dispensar los cuidados la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad”²⁰⁰, y al referirse al final de la vida, comenta: “la función de la enfermera es fundamental para unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de la vida de los pacientes moribundos y de sus familias mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales”²⁰¹.

En las decisiones que se toman al final de la vida, con los enfermos terminales, es especialmente importante resguardar esto. Además, en la fase final de la vida "disminuye lentamente la función

¹⁹⁵ “Enfermería y paciente terminal: aspectos bioéticos. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, México, 2008, vol. 5, nº 4: 40-45. Aunque el Capítulo se dirige primordialmente al papel de Enfermería, pensamos que es aplicable en gran medida a la actuación del resto de los profesionales de salud.

¹⁹⁶ Gómez M. No me da miedo la muerte, me da miedo el dolor. *Revista Index de Enfermería*, Granada, 2007, 16 (58):63-67.

¹⁹⁷ Comisión Interinstitucional de Enfermería. *Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México*. México DF; 2001.

¹⁹⁸ *Código de Ética de la Enfermería colombiana*. En: <http://www.anec.org.co/>. Del Rey Calero J, Calvo Fernández JR. *Como cuidar la salud. Su educación y promoción*. Madrid: Harcourt Brace; 1998.

¹⁹⁹ Torralba F. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Institut Borja de Bioètica y Fundación Mapfre Medicina; 2002.

²⁰⁰ *Código de Ética del CIE para la profesión de Enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2006.

²⁰¹ *La función de la enfermera que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias*. Declaración de posición del Consejo internacional de Enfermería, Ginebra, 2000, revisada 2006.

del médico y se hace más importante la de la enfermera: pasa a ser una importante fuente de información y consulta, y toma cada vez más la iniciativa"²⁰².

La mayoría de estos pacientes no fallecen de forma súbita, sino que normalmente entran en un período de deterioro gradual muy importante con disminución progresiva del nivel de conciencia, cambios bruscos o crisis con fallos orgánicos multisistémicos, etc. El tiempo que transcurre desde el inicio del coma a la muerte es muy variable y va desde unas pocas horas a un par de semanas, pero generalmente ocurre en 24-48 horas. Este sería el período propiamente terminal del enfermo, aunque aquí utilizaremos un concepto más amplio, que puede comenzar cuando se diagnostica ya una enfermedad o situación crónica irreversible, que va a causar la muerte del paciente.

Son situaciones que producen un gran impacto emocional tanto en el paciente, como en la familia y en el propio equipo sanitario que ha estado intentando su curación y debe cambiar desde ese momento de enfoque y finalidad de su actuación. Y en esto juega un papel muy importante Enfermería, no sólo en la implementación de los cuidados paliativos –ya muy desarrollados por enfermeras en algunos países-, sino en la toma de decisiones ético-clínicas en esos momentos, como se ha destacado en la bibliografía norteamericana²⁰³, y como comienza a destacarse en el ámbito europeo y latinoamericano, con estudios desde la percepción de las propias enfermeras²⁰⁴. No se trata solamente de resguardarse de modo pasivo ante posibles responsabilidades legales²⁰⁵, sino de participar activamente en el proceso de decisiones para ayudar a afrontar de modo humano y digno esa situación al paciente y su familia²⁰⁶.

Desarrollo: Deberes éticos para con el paciente Terminal

1.- Preparar al paciente para enfrentar la muerte con dignidad: respeto a la autonomía

²⁰² Van Aren JA. La participación de la enfermera en la parte final de la vida. *Enfermería Actualidad*, Madrid, 1997 (9):12.

²⁰³ Childress S. Improving End-of-Life Care. *Nursing Management*, 2001, 32 (10): 32-35. Russell S. Nursing Care at the End of Life. *American Academy of Ambulatory Care Nursing*, Nov-Dec. 2003. Fetter M. End-of-Life Care: The Nursing Role. *Revista Med Surg Nursing*, 2000, 9: 230. Ferrell B et al. End of Life Care: Nurses speak out. *Nursing Ethics*, 2000, 30 (7): 54-57.

²⁰⁴ López C. Apoyo tanatológico a pacientes terminales. En: *Identidad profesional de la enfermera ante la muerte*. Revista IPN-CIECAS, México, 2004, nº 7. <http://www.ciecas.ipn.mx/> Hernández ME. La asistencia tanatológica. En: *Identidad profesional de la enfermera ante la muerte*. Revista IPN-CIECAS, México, 2004, nº 7. <http://www.ciecas.ipn.mx/> Hornos J et al. Cuidados de enfermería al enfermo Terminal. Proyecto de una guía de acompañamiento a la muerte. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*. La Habana, 2006, 6 (4): 18-25. Guevara B, Zambrano A, Evies A, Mejías M. Hacia un paradigma humanista en enfermería en la visión del enfermo terminal. *Enfermería Global*, revista electrónica. Murcia, España, 2005, nº 7. www.um.es/ojs/index.php/eglobal/5/05e01.html Castillo MA, Jiménez AI, Torres I. Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal. *Revista Cubana de Enfermería*, 2007, 23 (2) <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/indice.html>

²⁰⁵ Abellán F, Sánchez-Caro J. *Enfermería y paciente: Cuestiones prácticas de bioética y derecho sanitario*. Granada: Comares; 2007.

²⁰⁶ Feito L. *Ética Profesional de la Enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. Madrid: PPC; 2000. Couceiro A (ed.) *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triascastela; 2004.

Es éste uno de los cometidos de todo el equipo sanitario, pero especialmente de la enfermera, que deberá realizarlo de acuerdo con la familia y con las sucesivas etapas emocionales de adaptación, que se presentan en mayor o menor medida en todos los casos: deseos de conocer o de confirmación del diagnóstico, shock con fuerte conmoción interna, fase de negación, enfado, negociación o pacto, depresión, resignación y aceptación final²⁰⁷.

El médico debe informar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento al paciente, de modo general, pero es misión de la enfermera comprobar que el paciente lo ha entendido, y ayudarle a asimilar la información. En los actuales Códigos de ética de Enfermería está muy presente la importancia de la actuación directa de la enfermera para resolver los problemas éticos que se presentan en la atención, en su papel de promover la autonomía del paciente con el consentimiento informado: “a través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona que es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería”²⁰⁸. “La enfermera debe verificar que las personas (paciente, familia, acompañante) reciban información suficiente para aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos”²⁰⁹.

También puede superar la barrera de distancia que con frecuencia se interpone entre los médicos y los pacientes, y establecer un diálogo con tiempo suficiente para desarrollar una relación de ayuda, que normalmente el médico no puede realizar.

Los pacientes terminales experimentan una serie de inquietudes con preguntas que en ocasiones no se atreven a hacer ni a sí mismos; temores que expresarán en la medida en que encuentren enfermeras a su lado que sean sensibles y comprendan lo que subyace en sus comentarios y dudas; dependencias físicas y psíquicas que pueden desmoralizarles y hacerles perder su propia autoestima y dignidad personal. En definitiva buscan encontrar un sentido a lo que les ocurre, precisamente a ellos: encontrar en medio de la desesperanza y depresión, el sentido del sufrimiento, del dolor y, en definitiva, de su propia muerte. Pueden y deben encontrar en las enfermeras que les atienden una gran ayuda para adaptarse a ese proceso del morir, a esa despedida de sus seres queridos, antes de entrar en la inconsciencia. Y las enfermeras deben estar preparadas, profesionalmente también, para prestar este cuidado sanitario, psíquico y plenamente humano, en condiciones más difíciles de atención al paciente, complementando la tarea del médico²¹⁰.

En definitiva, se trata de saber disponer al paciente para una muerte afrontada con dignidad²¹¹. Para esto se necesita resolver una serie de puntos:

1. Lo primero es que el paciente sepa que se está muriendo. De este modo podrá resolver sus asuntos, tomar sus disposiciones, cumplir sus promesas o simplemente despedirse. Se tiende con

²⁰⁷ Cornago A. *El paciente terminal y sus vivencias*. Santander: Sal Terrae; 2007. Kübler Ross E, Kessler D. *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Editorial Luciérnaga; 2006.

²⁰⁸ Comisión de Enfermería. *Código de Ética*. *Ob.cit.*: 11.

²⁰⁹ Código de Ética del Colegio de Enfermeras de Chile. Santiago, 2008. Capítulo 1, art. 3º.

²¹⁰ Lautrette A, et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007; 356: 469-78.

²¹¹ Taboada P. Principios éticos relevantes em la atención de pacientes terminales. *Ars Medica*, 2006. Vol 12, nº 12.

excesiva frecuencia a ocultar el diagnóstico por parte de la familia, con la aquiescencia del médico, y es deber de la enfermera en esos casos intervenir a favor del propio paciente con prudencia, pero con claridad. Puede haber excepciones, pero no deben convertirse en la regla general²¹².

2. Es necesario que el enfermo pueda seguir siendo, en cierto modo, agente, y no mero paciente. Por ello debe intervenir en las decisiones sobre su enfermedad o sobre su persona. El paciente debe recibir información verdadera acerca de las decisiones y procedimientos que le afecten a él y a su bienestar, y debe consentirlos antes de que se lleven a cabo. Es tarea de la enfermera comprobar que efectivamente ha comprendido la información dada por el médico, antes de que el paciente firme el protocolo de consentimiento, si no lo ha hecho en la consulta, como suele ser frecuente. En gran parte depende de las enfermeras que el consentimiento sea un proceso de información y no un mero trámite burocrático en nuestros hospitales²¹³.

3. Hay que preservar en la medida de lo posible la autonomía y autocontrol del paciente. La sensación de menor dignidad resulta de la excesiva dependencia y la pérdida de control de las funciones orgánicas.

4. Deberá mantener en la medida de lo posible ciertas actividades y relaciones familiares, sociales y profesionales. Sentirse persona implica ser capaz de relacionarse. Si el enfermo nota que es dejado de lado, que se evitan sus preguntas, que no es tocado al saludarle, etc, notará que pierde dignidad, que no se siente persona.

5. Se debe proteger la pérdida de la imagen corporal. Hay que evitar que el enfermo se sienta desfigurado o depauperado. Muchas veces esos cuidados los realizará la propia familia o auxiliares, pero la enfermera debe supervisarlos.

6. El sentirse persona es a menudo mantenido por consideraciones transcendentales. Al enfermo se le debe facilitar el apoyo espiritual si lo desea, y la enfermera puede facilitar al paciente o a sus familiares la información necesaria.

En este sentido, solamente apuntaremos que no debe confundirse el "morir con dignidad" o el "derecho a una muerte digna" con la eutanasia, con decidir el momento de la propia muerte. Es un debate diferente.

2.-.- Ética del tratamiento paliativo del dolor

Cuando ya no es posible curar al paciente, queda en primer plano el aliviar su sufrimiento, que no sólo es éticamente obligatorio, sino que además, justifica plenamente las actuaciones paliativas²¹⁴, que son válidas, satisfactorias y gratificantes si consiguen tal finalidad²¹⁵.

²¹² León FJ, Burattini C, Schwartzmann J, Muñoz M. El consentimiento informado y el profesional de enfermería. En: *Bioética e interculturalidad. Actas del I Curso Internacional y IV Jornadas de Bioética*. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile, 2009: 56-62.

²¹³ León FJ, Arratia A. El consentimiento informado en hospitales chilenos. En: *Bioética e interculturalidad*. Ob.cit.: 62-67.

²¹⁴ Espejo D. Los cuidados paliativos. En: Pastor LM, León FJ. *Manual de ética y legislación en Enfermería*. Madrid: Mosby-Doyma; 1997: 129-132.

²¹⁵ Gracia D, Rodríguez JJ. (Dión). *Ética en cuidados paliativos. Guías de ética en la práctica médica*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2006.

La enfermera que trata enfermos en situación terminal tiene obligación de estar bien entrenada en el manejo de los diversos niveles de analgesia y aplicar en cada caso el conveniente para la situación del enfermo²¹⁶. En caso de que no consiga un eficaz control del dolor o se requieran técnicas especializadas (neurocirugía, radioterapia, neuroanestesia, etc.) debe poner al enfermo en manos del especialista médico indicado en su caso.

Cuando el enfermo se encuentra moribundo y el objetivo sea conseguir el máximo control del dolor, se pueden utilizar pautas de sedación en las que exista la capacidad de despertar y llevar o seguir una conversación lúcida. En términos generales existe la obligación ética de no privar de la conciencia de sí mismo sin verdadera necesidad. Sin embargo, cuando se pretende la supresión de la sensación dolorosa, si existen motivos serios y las circunstancias no imponen lo contrario, se puede evitar el dolor, aunque la narcosis lleve consigo una supresión o disminución de la conciencia. Si de la aplicación de algún fármaco se siguiera un acortamiento de la vida como efecto no buscado, no habría tampoco inconveniente en administrarlo²¹⁷.

De todos modos, en la bibliografía, no se cita ese efecto entre los adversos que se producen durante el uso prolongado de opiáceos. Sin embargo, algunos autores anotan que por su efecto depresor del centro respiratorio, podrían facilitar la aparición de infecciones respiratorias. Por el contrario, otros señalan que globalmente los opiáceos alargan el tiempo de vida al paciente: "evidencias circunstanciales, sugieren que el uso correcto de la morfina prolonga la vida del paciente con cáncer en la medida en que se ve libre del dolor, en mejor situación para descansar, dormir y comer y, generalmente, se siente y está más activo"²¹⁸.

En resumen, lo que se pretende desde los cuidados paliativos es dar la atención adecuada al enfermo, que le lleve a tener la mejor calidad de vida posible y que le permita llegar al desenlace final de su proceso en una situación de comprensión y ayuda, ... en un ámbito hospitalario o, mejor aún, en su propio domicilio, evitando la angustia y soledad de las UCI²¹⁹.

3.- El paciente terminal en cuidados intensivos

3.1 Cuidados mínimos y medidas de soporte vital

El enfermo en situación terminal, ingresado en una UCI, sigue precisando de cuidados médicos y atención de enfermería. Ser paciente en la UCI significa soledad, falta de comunicación. Junto a

²¹⁶ Avellaneda LS. Intervención de enfermería en los cuidados paliativos. *Actual. Enferm.* 2003; 6 (3): 22-28.

²¹⁷ Clavé E. La sedación en cuidados paliativos. En: Astudillo Wilson, A., Antonio Casado A, Mendinueta C. *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad*. San Sebastián, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2005: 267-304.

²¹⁸ Twycross A, Moriarty A et al. The management of chronic pain. En: Twycross A (ed.) *Paediatric pain management*. Abingdon: Radcliffe Medical Press Ltd;1998: 145-166.

²¹⁹ Couceiro A. Tecnología, dolor y sufrimiento en las unidades de críticos. En: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*. Barcelona: Humanitas, Humanidades Médicas, Monografía nº 2, 2004: 53-67.

esto, sensación de seguridad y ser atendido por profesionales competentes, pero es una situación de dolor, agustia, sed y soledad, que debe tratar de humanizar la enfermera²²⁰.

Las manifestaciones clínicas que requieren tratamientos y cuidados específicos durante la enfermedad terminal son muy variadas. Ciertamente, la administración de analgésicos, sedantes, antibióticos de uso común, transfusiones y oxigenoterapia, así como la colocación de sondas, drenajes y venopunción, son de uso corriente en enfermería. Los cuidados otorgados a un paciente en estado terminal no son aplicados como medios para preservar la vida, sino que se aplican en razón de una asistencia éticamente obligada, que debe buscar sobre todo la humanización de esa fase final de la vida del paciente, aún cuando pueda permanecer y fallecer en la UCI²²¹.

Los médicos han de tomar las medidas necesarias para tratar de salvar la vida y conseguir la mejor calidad de vida con el enfermo recuperable, y también las decisiones referentes a la limitación de tratamientos, órdenes de no resucitación o pase del paciente a unidades de cuidados paliativos. Pero las enfermeras también cumplen aquí un papel importante. El juicio de proporcionalidad que realiza el médico no puede ser completo –porque no todo son los datos clínicos- sin el paralelo juicio de proporcionalidad que debe realizar al mismo tiempo el paciente, según sus valores, creencias, situación familiar, económica, etc.

La enfermera es el profesional más preparado para hacer de intermediaria del paciente, conocer su situación familiar y sus deseos, y hacer llegar la información precisa al médico, antes de la toma de decisiones²²². También debe velar por el cumplimiento de las voluntades anticipadas del paciente, si existiesen²²³.

Los cuidados sanitarios, cuando excepcionalmente han de ser aplicados por técnicas especiales, pueden perder su carácter de obligatoriedad y convertirse en cuidados extraordinarios o desproporcionados. Se estima que los cuidados básicos o mínimos para mantener la vida humana son la hidratación y la alimentación.

La hidratación por sonda nasogástrica o por vía endovenosa (sin referirnos a la vía oral) es habitualmente beneficiosa para un enfermo terminal. En primer lugar, ayuda a mantener ciertas funciones que en un estado de alteración del equilibrio hidroelectrolítico no se conservarían. Nos referimos, por ejemplo, a la función renal o al estado de alerta mental. En ambos casos es indudable que contribuyen al bienestar del paciente. En último lugar, es indudable que colaboran y ayudan psicológicamente evitando que el paciente se sienta abandonado. Reflejan cierto grado de preocupación por parte del personal sanitario, que el enfermo percibe. Sin embargo en el caso del paciente en estado agónico -que habitualmente es incapaz- se producen alteraciones fisiológicas que

²²⁰ Llubia Maristany C. El poder terapéutico de la escucha en medicina crítica. *Humanitas. Humanidades Médicas*, Barcelona, 2008, 27. web: www.humanitas.es

Gherardi C. *Vida y muerte en terapia intensiva*. Biblos, Buenos Aires, 2007: 113-128.

²²¹ Granja C et al. Patient's recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Crit Care* 2005; 9: 145-6.

²²² León FJ, Espinoza P, López M, Muñoz M. Orden de No Reanimación en Unidades de Cuidados Intensivos. *Bioética e interculturalidad*. Ob.cit.:

²²³ León FJ, Abrigo C, Délano C, Muñoz M. Voluntades anticipadas en los pacientes terminales. El rol de Enfermería. *Bioética e interculturalidad*. Ob.cit.:

hacen difícil el equilibrio electrolítico, por lo que la hidratación por cualquiera de las vías no aportará beneficios y se convertirá en un cuidado extraordinario, tal vez solamente justificable para que la familia no considere que existe un abandono del moribundo. Recientemente se aboga claramente por su suspensión cuando se está en un proceso ya irreversible²²⁴.

En el caso del paciente en estado vegetativo permanente (EVP) por lesión cerebral, la situación es muy distinta, pues no se trata de un paciente terminal en el sentido anteriormente definido, aunque sea incapaz. En este caso la hidratación por sonda o por vía endovenosa otorgará los beneficios antes señalados y las cargas para el paciente y el personal sanitario serán mínimas, por lo que podemos considerarlo siempre un cuidado básico éticamente obligatorio en todos los casos²²⁵.

3.2 La alimentación en el enfermo terminal

Respecto a la alimentación es preciso matizar algo más. Se puede considerar como un cuidado mínimo, pero no necesariamente de cualquier modo. Sería un cuidado ordinario alimentar por sonda nasogástrica y si se espera una supervivencia razonable podría también incluirse la alimentación por gastrostomía. Sin embargo la alimentación parenteral habitualmente se puede considerar como un cuidado extraordinario, pues plantea mayores problemas de aplicación, su costo es elevado, el paciente ha de estar hospitalizado, debe ser controlada por la enfermera o el médico y no está exenta de riesgo.

En los pacientes en estado agónico no es obligada la alimentación. En los pacientes en EVP la alimentación por sonda o gastrostomía se considera cuidado ordinario, y, por vía endovenosa, extraordinario. La obligatoriedad o no de estos cuidados, según sean o no ordinarios, recae tanto sobre la familia como sobre la enfermera que atiende a esos pacientes, aunque la orden última la dé el médico.

Las enfermeras que atienden al paciente –y que deben velar por la tarea que desempeñan los nutricionistas- han de tener en cuenta algunos principios²²⁶:

- que conforme se acerca un paciente a la muerte se vuelve cada vez más desinteresado por la comida y, en menor medida, en la toma de líquidos.
- que los inapetentes son incapaces de disfrutar de una comida abundante.
- que sus necesidades calóricas son ahora mucho menores.
- que no está comprobado que una terapia nutricional agresiva en estos enfermos pueda mejorar su calidad de vida.

Es necesario valorar las causas de los trastornos del apetito, y tener en lo posible en cuenta las preferencias del paciente, presentación y preparación de las comidas, horarios, dietas especiales, etc.

²²⁴ Gherardi C. *Vida y muerte en terapia intensiva*. Biblos, Buenos Aires, 2007: 113-128.

²²⁵ Shand B. Nutrición en los pacientes en estado vegetativo: un desafío pendiente. En León FJ (coord.) *Comisiones Nacionales de Bioética*. Sociedad Chilena de Bioética, Santiago, 2008:107-109.

²²⁶ Sánchez MA et al. Intervención de Enfermería: herramienta clave para mejorar el estado nutricional en los pacientes. *Revista SEDEN*. 2007, 10 (4). www.revistaseden.org

Y también una forma importante de ayudarles es dar poco énfasis a su pérdida de peso. Pesar a los enfermos que están cada vez más delgados y anoréxicos resulta poco razonable.

4.- El empleo de medios terapéuticos "desproporcionados"

¿Hasta qué punto hay que agotar con un enfermo todos los medios terapéuticos? ¿Es ético emplear curas costosas y difíciles aunque den solo una pequeña esperanza de éxito? ¿Es obligatorio poner todos los medios disponibles en cada caso, para mantener a un enfermo en vida el mayor tiempo posible? ¿Se puede o se debe prolongar artificialmente la vida?

A la hora de encontrar solución a estos problemas se afirma que no siempre hay que recurrir a toda clase de remedios posibles. Hasta ahora los expertos solían responder que no siempre se está obligado al uso de remedios "extraordinarios" para mantener la vida. Hoy día, en cambio, tal respuesta, siempre válida en principio, puede parecer tal vez menos clara, tanto por la imprecisión del término como por los rápidos progresos de la terapia. Por este motivo se prefiere hablar de medios "proporcionados" y "desproporcionados". Para realizar el juicio de proporcionalidad habrá que tener en cuenta el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios, y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y de sus fuerzas físicas y morales²²⁷. Con estos elementos habrá datos suficientes para decidir un tratamiento que prolongue la vida o para conformarse con los medios normales que la Medicina puede ofrecer.

Aunque no se puede generalizar, en nuestra opinión el problema afecta más a enfermos que reciben terapias intensivas y sus familiares²²⁸, que a pacientes en situación terminal en general, o que están en atención domiciliaria. Entre los profesionales de enfermería que se dedican a los cuidados paliativos, parece que estos dilemas no lo son tanto²²⁹.

Aplicando el principio terapéutico o de beneficencia, que lleva a enjuiciar cada situación buscando el bien del enfermo, y el principio de autonomía, que lleva a respetar el derecho del paciente a intervenir en la toma de decisiones sobre el tratamiento a realizar, se puede encontrar una solución ética para cada situación concreta.

Las decisiones sobre proporcionalidad tiene que tomarlas el médico, pero ya comentamos que la tarea de la enfermera es proporcionar los datos necesarios de la valoración subjetiva del paciente o la familia sobre las decisiones, así como los aspectos clínicos que desde enfermería piense deben tenerse en cuenta. La enfermera debe estar presente en estas tomas de decisiones que no le competen exclusivamente al equipo médico. Está claro que cuando el paciente está en situación irreversible, no hay que agotar todos los medios terapéuticos, que no es ético el encarnizamiento terapéutico, que no es finalidad de la medicina mantener a un paciente con vida el mayor tiempo

²²⁷ Gherardi C. *Ob.cit*: 113-128. Gómez Rubí JA. *Ética en Medicina crítica*. Triacastela, Madrid, 2002. De la Torre J (ed.) *La limitación del esfuerzo terapéutico*. Comillas, Madrid 2006.

²²⁸ Kinoshita S. Respecting the Wishes of Patients in Intensive Care Units. *Nursing Ethics*, 2007, 14(5):651-664. Mc Donagh JR et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004; 32: 1584-8.

²²⁹ *Atención De Enfermería Al Enfermo Terminal. Cuidados Paliativos*. Sevilla: Ed. MAD; 2008.

posible, sino por el contrario ayudar a que tenga la mayor calidad de vida posible en esos momentos finales de su vida. Y aquí entran los cuidados paliativos como función primordial de la enfermera, junto a los demás profesionales, psicólogos, nutricionistas, kinesiólogos, fisioterapeutas. La enfermera es, en los servicios de salud, la que lleva directamente la gestión de los cuidados: en Chile esto se ha reafirmado recientemente de modo expreso como misión de Enfermería, en un modelo de salud basado en la gestión del cuidado²³⁰. Por tanto, debe unificar la gestión de los cuidados paliativos y participar previamente en las decisiones sobre limitación de tratamientos, para conseguir que efectivamente se comiencen los cuidados paliativos cuando son necesarios, sin que se produzca abandono del paciente, velando porque se respeten sus derechos.

5.- Los derechos del enfermo terminal

Los derechos del paciente son concreción de los derechos humanos fundamentales, que fundamentan también la reflexión sobre valores y principios en Bioética. En una Declaración de Ética en Cuidados Intensivos²³¹, se dedica un apartado a los derechos de los pacientes críticamente enfermos: derecho a recibir un cuidado especializado con el fin de minimizar los riesgos de morir o de quedar incapacitados como consecuencia de sus padecimientos; derecho a obtener de sus médicos información acerca de su condición; derecho a negarse a ciertos tratamientos dentro del marco permitido por la ley; derecho a ser visitados por sus seres queridos, sin que esto interfiera en las regulaciones de cada UCI o necesidades del paciente; derecho a recibir la asistencia religiosa por parte del ministro o sacerdote de su credo; derecho a que se les ayude en gestiones de orden legal o personal que consideren importantes en su situación vital; derecho a que toda información relativa al cuidado de su enfermedad sea tratada como confidencial; y finalmente, derecho a ser atendidos en forma personalizada, con especial referencia al trato respetuoso y considerado en su relación con los médicos y las enfermeras.

Las enfermeras deben velar por el cumplimiento cabal de estos derechos por parte de todos los profesionales, ellas mismas incluidas²³².

5.1 Intervención del enfermo en la elección del tratamiento

Una de las líneas éticas del cuidado al paciente en situación terminal marca la necesidad de no reducir al enfermo a ser mero "paciente" (no-agente) en su enfermedad. En este sentido es fundamental su intervención en la toma de decisiones que le atañen, con el consentimiento informado, donde también juega un papel importante Enfermería, como ya vimos.

Si aplicamos bien el principio de autonomía, surgen algunas consideraciones:

²³⁰ *Protocolo de acuerdo Ministerio de Salud y Colegio de Enfermeras de Chile*. Santiago; 2006.

²³¹ Congreso Mundial de Medicina y Cuidados Intensivos. *Declaración de Ética en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos*. Madrid; 1996.

²³² Ferrer M. Problemas más frecuentes de la enfermería en la terminalidad. En: Astudillo W et al. *Ob.cit.*: 189-199.

- a) Los pacientes tienen autoridad ética y legal para renunciar a algunos o todos los cuidados. A menudo la capacidad de tomar decisiones es inadecuada por ser incompetente el paciente, y un representante tendrá que decidir de acuerdo a los supuestos intereses del paciente²³³.
- b) La autodeterminación habitualmente obliga al equipo médico a otorgar los cuidados elegidos por el paciente, excepto cuando estos vayan contra la práctica médica acostumbrada, es decir cuando supongan intervenciones que a su juicio son contra-terapéuticas.
- c) Si bien los pacientes no toman las decisiones independientemente de las opiniones de otros, no deben sufrir influjos tales que su libre elección sea impedida, y esta es una tarea que debe supervisar la enfermera. En muchas situaciones los pacientes son en alto grado dependientes de los profesionales de la salud; esta disparidad crea una obligación para el equipo de salud de reducir la tendencia de algunos pacientes a actuar bajo una equivocada comprensión de su situación médica o con un sentimiento de impotencia, de modo que los individuos puedan ejercer efectivamente la autodeterminación.
- d) Es inaceptable que un paciente capaz -capaz de efectuar elecciones informadas- sea excluido del proceso de decisión, pues se lesiona el principio de autodeterminación y se permitiría a terceros influir sobre la duración de su vida o ponerle eventuales cargas. Obviar la elección del paciente ser, en muchos casos, más gravoso que enfrentar al paciente con elecciones difíciles. La única excepción será cuando libremente el paciente delega la capacidad para tomar decisiones en otras personas.
- e) Para el real y efectivo ejercicio de la autodeterminación, la enfermera –de acuerdo con el médico, trabajando como equipo- debe lograr que los pacientes comprendan su actual estado clínico, incluida la probable evolución si no se efectúa el tratamiento: que conozcan las intervenciones que podrían serle de ayuda, incluida una prescripción de los procedimientos, la probabilidad y efecto de los riesgos asociados y de los beneficios. En definitiva, la cuestión no es simplemente informar al paciente de su enfermedad, sino más bien hacerle participar en la elección de las posibles terapias o cuidados.

5.2 El derecho del enfermo a la verdad

Una de las cuestiones más difíciles en la toma de decisiones en el trato con el enfermo en situación terminal es la que se refiere al derecho a conocer la verdad de la enfermedad que padecen. No porque alguien niegue tal derecho, que todos reconocen, sino porque a él se añade, y con frecuencia se contraponen, otro elemento que viene a complicar las cosas: el de suponer que el enfermo no está preparado para recibir una noticia que podría serle contraproducente y, en consecuencia, se le oculta la realidad de su mal. Es decir, se acepta en principio que todo enfermo tiene derecho a estar informado de su dolencia, pero como en la práctica se supone que la verdad puede resultar perjudicial, se opta por no dar información.

Manifiestar la verdad supone el compromiso previo de ayudar a asimilarla, de compartir las preocupaciones que surgen, de acompañar en la soledad interior de esos difíciles momentos. Esto implica prudencia, tacto y discreción para detectar el modo, las circunstancias y el momento

²³³ León FJ. La toma de decisiones por terceros. En: *Bioética e interculturalidad*. Ob.cit.:

más adecuado y oportuno. De esto existe ya abundante experiencia en enfermos oncológicos, por ejemplo²³⁴.

Una cuestión que sí es necesario prever por parte del equipo sanitario que atiende e informa a un enfermo crítico, es decidir quién debe dar la información, y que la conozcan todos los miembros del equipo que deben tratar a ese enfermo concreto: médico especialista, enfermera, médico que estará de guardia el fin de semana; así se evitará que el enfermo reciba, en ocasiones, versiones distintas de su estado por parte de diferentes profesionales. El médico tratante es el que debe llevar la iniciativa, con la colaboración de la enfermera y el resto del equipo.

Una situación frecuente, y éticamente reprochable, es la omisión de la verdad a un paciente que quiere conocerla. En estas condiciones, mantener el engaño va creando una barrera entre el equipo que le atiende y el paciente; el médico en ocasiones espacia el contacto con el enfermo al no tener explicaciones lógicas de la creciente sintomatología, y el enfermo va perdiendo confianza en la persona en la que no fue capaz de darle lo que demandaba, sintiéndose así defraudado²³⁵. La enfermera debe contribuir a que esta situación no se produzca.

Defender el ideal de una información sincera no supone, sin embargo, convertirla en una obligación absoluta. Si se niegan a recibirla se les puede preparar con enorme delicadeza en el momento oportuno, y sin dar una cantidad de información que no podrían asumir. Nunca se puede mentir a un paciente, pero tampoco es absolutamente imprescindible decirle toda la verdad. Son bien expresivas las experiencias de la psicóloga Marie de Hennezel, en un Centro de cuidados Paliativos en París, con la colaboración de los médicos y enfermeras, publicadas con un expresivo subtítulo: "los que van a morir nos enseñan a vivir"²³⁶. Casi siempre los pacientes terminales quieren conocer su situación y hablar de su muerte con los profesionales que los cuidan.

5.3 El derecho a la asistencia familiar, psicológica y espiritual

Al considerar también los aspectos familiares, psicológicos y espirituales del paciente, se valora a la persona en toda su extensión y se le ayuda a afrontar con profundidad una muerte verdaderamente digna. Es muy importante la formación de las enfermeras, sobre todo de las dedicadas a cuidados paliativos, en la comunicación con la familia del enfermo, de modo que se la haga partícipe de la misma atención humana y sanitaria que se le presta. Desde luego, la mejor situación para un enfermo terminal -y éticamente puede suponer una decisión difícil en ocasiones, que exige mucha prudencia- es la atención domiciliaria, de modo que pueda seguir esos últimos momentos rodeado de su entorno familiar.

Es un deber ético acercarse al punto de vista del paciente, conocer y respetar sus necesidades, su estado emocional, y la forma en que experimenta y afronta su propia situación. En toda la obra

²³⁴ Centeno C, Núñez JM. Revelación del diagnóstico a enfermos oncológicos en situación terminal. *Cuadernos de Bioética*, Santiago, 1996, 7(2):156-163.

²³⁵ Azoulay E et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000; 28: 3044-9.

²³⁶ Hennezel, M de. *La muerte íntima; los que van a morir nos enseñan a vivir*. Plaza y Janés, Barcelona, 1996.

de la Dra. C. Saunder, pionera del movimiento "Hospice", y también en los escritos de E. Kübler-Ross²³⁷ son continuas las referencias a la influencia de los valores espirituales en el cuidado terminal y ante la muerte.

La posibilidad de que el enfermo en situación terminal reciba o no una atención espiritual en consonancia con sus propias creencias y deseos, depende, muchas veces de una decisión de los que le acompañan. El descuido, la inadvertencia, el miedo a la reacción del enfermo o de su familia, o, simplemente la proyección sobre el paciente de las propias ideas, pueden condicionar este derecho del paciente que es deber para los que le atienden. La facilitación de este tipo de asistencia, no olvidándola, ni sintiéndose incómodo ante ella, debe estar presente en el actuar de la enfermera.

Conclusiones:

La atención de Enfermería a los pacientes en situación terminal es doblemente importante, tanto por su intervención técnica clínica –sobre todo en la implementación de los cuidados paliativos–, como por la compleja tarea de acompañar y ayudar al enfermo a afrontar su propia muerte. Es un deber ético de la enfermera prepararle en lo posible junto al médico y la familia, proporcionarle la mejor calidad de vida posible, y defender también en esa situación los derechos del paciente, con un rol activo en el consentimiento informado y la información que se le proporciona, en hacer valer las voluntades anticipadas que pueda haber tomado, así como en la toma de decisiones y juicios de proporcionalidad de los tratamientos.

Y es necesaria también una formación de la enfermera que le ayude a afrontar estos aspectos del sentido del dolor y la muerte, a establecer esa "relación de ayuda" imprescindible para la humanización de los cuidados que van a proporcionar al enfermo terminal, en esos momentos tan importantes de su vida.

²³⁷ Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo; 1993. Kübler-Ross E, Kessler D. *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Editorial Luciérnaga-Océano; 2006.

CAPÍTULO 10º.- LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS: CÓMO CONJUGAR AUTONOMÍA Y BENEFICENCIA²³⁸

Introducción:

Las voluntades anticipadas, instrucciones previas o el también llamado “testamento vital” se han incorporado a imitación de Estados Unidos en algunas legislaciones europeas, y también ahora se plantea su inclusión en el Proyecto de Ley de los derechos y deberes de las personas en la atención de salud, en Chile²³⁹; en algunos proyectos de Ley en Colombia, Argentina y México²⁴⁰, y existen publicaciones y propuestas de documentos de voluntades anticipadas, en el ámbito de la Bioética, en algunos países de Latinoamérica²⁴¹.

Su utilización en el ámbito de la relación clínica entre el paciente y el equipo de salud se ha extendido en Estados Unidos especialmente, algo menos en Europa, y muy poco aún en Latinoamérica. No es algo habitual en nuestros hospitales, sino más bien muy excepcional, encontrar un paciente con un documento de voluntades anticipadas. Sí es habitual, sobre todo en el caso de enfermos crónicos y oncológicos, que exista un largo proceso de relación médico-paciente donde el médico proporciona información clínica relevante y el paciente expresa también sus deseos, temores o sugerencias para cuando la situación pueda ser más crítica en el futuro.

Siguen existiendo bastantes actitudes paternalistas, en que la familia, por ejemplo, oculta la realidad del diagnóstico grave al paciente, por su bien, o porque es un adulto mayor, o porque el equipo médico y los familiares no tienen las herramientas necesarias como para iniciar una

²³⁸ Elaborado a partir de dos artículos: Las voluntades anticipadas: cómo conjugar autonomía y beneficencia. *Revista CONAMED*, México, 2008, 13 (3): 26-32. Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica. *Revista Colombiana de Bioética*, Universidad de El Bosque, 2008, 3 (2): 83-101.

²³⁹ *Proyecto de Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud*. Propuesto por el Ministerio de Salud. Santiago de Chile: 2006. Artículo 18: “La persona podrá manifestar anticipadamente su voluntad de someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud. Dicha manifestación de voluntad deberá expresarse por escrito ante un ministro de fe o, al momento de la internación, ante el Director del establecimiento o en quien éste delegue tal función y el profesional de la salud responsable de su ingreso.

Mediante esta declaración anticipada una persona podrá manifestar su voluntad sobre los cuidados y tratamientos a los que desearía ser sometida en el evento de que se encuentre en una situación en la cual no esté en condiciones de expresar su consentimiento personalmente”.

²⁴⁰ México, Asamblea Legislativa del Distrito Federal. *Proyecto de Ley de voluntad anticipada, aprobado 4 diciembre 2007*. Colombia, de modo indirecto en dos *Proyectos de ley sobre eutanasia, 100/2006 y 5/2007*. Argentina, *Proyecto de Ley de Declaración de voluntad vital anticipada, 10 marzo 2004*.

²⁴¹ En México, Pérez Tamayo R, Lisker R, Tapia R (coord.). *La construcción de la Bioética. Textos de Bioética*. Vol. 1. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2007. En Colombia: Memorias VI Congreso Iberoamericano de Academias de Derecho. *Problemas Jurídicos actuales sobre la vida y la muerte*. Bogotá: Academia Colombiana de Jurisprudencia; 2007.

relación de apoyo expresa a la persona próxima a la muerte. En estos casos, tampoco existe una declaración verbal de voluntades por parte del paciente.

En una reciente tesis de licenciatura de Enfermería, que hemos dirigido, sobre la percepción de las enfermeras de las voluntades anticipadas de los pacientes²⁴², la mayoría no sabe qué es el documento de voluntades anticipadas: es algo que se debate en los círculos bioéticos, pero no en los campos clínicos. Pero sí sienten una necesidad importante de poder acceder al paciente antes de que se encuentre en situación crítica, en Cuidados Intensivos, o que esté en condiciones de merma de sus facultades en situación terminal. Se dilata tanto el conversar con el paciente sobre su situación cercana a la muerte, que ya no da tiempo, y acaba realizándose el proceso de consentimiento informado con la familia.

También es importante distinguir la figura de las voluntades anticipadas de otras que están asimismo presentes en la relación clínica con enfermos terminales: el rechazo de un tratamiento específico por parte del paciente, aún en situaciones en que puede producirse un riesgo vital, o en que el procedimiento tenga buenas perspectivas terapéuticas; la limitación de tratamiento, o la orden de no reanimar, por ejemplo, por parte del equipo médico, con o sin consentimiento del paciente o los familiares; la declaración del paciente como fuera del abordaje terapéutico y la situación de “tratamiento conservador” o su pase a unidades de “cuidados paliativos”; y finalmente, la petición expresa de eutanasia o de ayuda al suicidio por parte del paciente al equipo médico. La confusión entre estas situaciones clínicas –o su posible confusión en el ámbito clínico- lleva a algunos al rechazo sin más de las voluntades anticipadas, o impulsa a otros a defenderlas como “paso previo” a una posible legalización de la eutanasia. Ambas posiciones están erradas a mi juicio, y hay que entender la declaración anticipada de voluntades como un paso más en la profundización del proceso de consentimiento informado del paciente²⁴³.

1.- La figura jurídica de las voluntades anticipadas y su implementación

La práctica de las voluntades anticipadas comienza en Estados Unidos con los “testamentos vitales” a finales de los años 70, pero a partir de la aprobación de la Ley de Autodeterminación del Paciente en 1991 cuando se desarrolla más su aplicación. La figura jurídica –el documento de voluntades anticipadas- ha sido importada en Europa y Latinoamérica desde Norteamérica a partir de los años noventa. En Estados Unidos y Canadá lleva ya tres décadas la aplicación de los documentos de voluntades anticipadas o directrices previas en el ámbito clínico, y existen análisis de su aplicación, muy especialmente en los casos de decisiones críticas con pacientes en cuidados intensivos²⁴⁴. Existe también gran interés y participación de Enfermería en este

²⁴² Carolina A, Délano C. *Voluntades anticipadas en pacientes terminales. El rol de la enfermera*. Tesis de Licenciatura. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales; 2007.

²⁴³ Siurana JC. *Voluntades anticipadas*. Madrid: Trotta; 2006.

²⁴⁴ Thompson T, Barbour R, Schwartz L. Adherence to advance directives in critical care decisions making: vignete study. *BMJ* 2003;327:1011. Lahn M, Friedman B, Bijur P, Hayghey M, Gallager EJ. Advance directives in skilled nursing facility residents transferred to emergency departments. *Rev. Acad*

proceso²⁴⁵, sobre todo actualmente con las experiencias en las “nursing home”²⁴⁶, dedicadas a cuidados paliativos.

El Convenio Europeo de Bioética se ocupa de las voluntades anticipadas (art 9º): "Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad". El Informe Explicativo al Convenio arroja luz sobre el alcance de esta disposición: afirma que se trata de dar cobertura jurídica a los casos en que "personas con la capacidad de entender han expresado con anterioridad su consentimiento (ya sea para admitir o rechazar) en relación con situaciones previsibles y para el caso de que no estén en condiciones de expresar su opinión sobre un tratamiento". Ya hay aquí un punto interesante, pues la posibilidad de manifestar la voluntad de manera anticipada se ofrece no a los sujetos competentes desde el punto de vista legal, sino a quien tiene "capacidad de entender". Así, en los hospitales de la Administración de Veteranos de Estados Unidos, es común que redacten voluntades anticipadas enfermos psicóticos -la mayoría de ellos incapacitados legalmente- cuando atraviesan momentos de lucidez, de modo que disponen de manera responsable sobre qué tratamientos y cuáles no quieren que se les administren en las crisis que seguramente sufrirán en el futuro²⁴⁷.

El Informe Explicativo subraya que el Convenio establece que estos deseos serán "tenidos en cuenta". Esta cautela terminológica es importante, pues -según afirma a continuación- "tener en cuenta no significa necesariamente que deban ser siempre aplicados. Por ejemplo, si los deseos se expresaron con mucha antelación respecto a la intervención y la ciencia ha progresado desde entonces, puede haber motivos para no respetar la opinión del paciente. En tal caso, el médico debe llegar a la convicción, en la medida en que sea posible, de que tales deseos se corresponden con la situación actual y son aún válidos, teniendo sobre todo en cuenta el avance técnico en la medicina".

Merg Med 2001 Dec, 8 (12):1158-62. Lars S et al. Ethical Considerations of Refusing Nutrition After Stroke. *Nursing Ethics*, 2008, 15: 147-159.

²⁴⁵ Canadian Nurses Association. Advance Directives: The Nurse's Role. *Ethics in Practice*, May, 1998. Välimäki M et al. Nursing Students' Perceptions of Self-Determination in Elderly People. *Nursing Ethics*, 2008, 15 (3): 346-359.

²⁴⁶ Hellström UW, Sarnimiaki A. Experiences in Self-Determination by Older Persons Living in Sheltered Housing. *Nursing Ethics*, 2007, 14 (3): 412-424. Marshall B, Kapp A. Place Like That: Advance Directives and Nursing Home Admissions. *Psychology, Public Policy and Law*, 1998, 4: 805-828. Diamond EL et al. Decision-Making Ability and Advance Directive Preferences in Nursing Home Patients and Proxies. *Gerontologist*, 1989, 29 (5): 622-26. Molloy DW et al. Systematic Implementation of an Advance Directive Program in Nursing Homes. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2000; 283:1437-1444. Dobalian A, Andersen RM. The Impact of Advance Directives on Nursing Home Expenditures in the United States. *Abstr Acad Health Serv Res Health Policy Meet*. 2002, 19: 4.

²⁴⁷ Gil C. Panorama internacional de las voluntades anticipadas. Revista on line: *Bioética en Atención Primaria*, Instituto de Bioética Zaragoza, 2002. En: <http://www.institutodebioetica.org/revista/cgil.pdf>

En España la regulación legal fue promulgada primero en Cataluña y Galicia, en el año 2000, y más tarde a nivel nacional, con la Ley de la autonomía del paciente, en 2002²⁴⁸.

Aparecen en estas leyes claramente los rasgos principales de esta figura jurídica: instrucciones previas que da el paciente competente, en el uso de su legítima autonomía, para cuando esté en una situación en que no pueda personalmente expresarse. Por tratarse de cómo quiere el paciente afrontar el proceso del fin de su vida, no puede llamárseles con propiedad “testamento vital”, pues no se trata de indicaciones para después de su muerte, y este término se utiliza cada vez menos en el ámbito especializado. Por tratarse de decisiones importantes que pueden incluso poner en riesgo vital al paciente, el derecho tiene que asegurar su libre y voluntaria decisión, sin coacciones, y la posible retractación. Y también desde la ética esto nos exige precaución y prudencia, como veremos.

Existe la posibilidad de registrar el documento en casi todas las comunidades autónomas. En un reciente Real Decreto 124/2007 se prevé la creación en el Ministerio de Sanidad del Registro Nacional de Instrucciones previas. Disponer de un archivo centralizado permitirá a los profesionales acceder al contenido del testamento vital desde cualquier punto de España, incluso cuando el paciente no esté en la localidad donde lo registró. Otra opción que se contempla es la de incluirlo en soporte electrónico a través de la tarjeta sanitaria, de modo que haya acceso tanto en el ámbito de atención primaria como en la hospitalaria²⁴⁹.

En el actual **Proyecto de Ley de derechos y deberes de las personas en la atención en salud**, en tramitación desde hace ya algunos años en Chile, se expone algo bastante parecido (Art. 18º)²⁵⁰: “La persona podrá manifestar anticipadamente su voluntad de someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud. Dicha manifestación de voluntad deberá expresarse por escrito ante un ministro de fe o, al momento de la internación, ante el Director del establecimiento o en quien éste delegue tal función y el profesional de la salud responsable de su ingreso”.

Mediante esta declaración anticipada una persona podrá manifestar su voluntad sobre los cuidados y tratamientos a los que desearía ser sometida en el evento de que se encuentre en una situación en la cual no esté en condiciones de expresar su consentimiento personalmente. En esta declaración también se podrá expresar la voluntad de donar órganos. También en ella podrá

²⁴⁸ “El documento de voluntades anticipadas es el documento en el que una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente, expone las instrucciones que se deben tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias concurrentes no le permitan expresar personalmente tal voluntad”. Xunta de Galicia. *Ley sobre consentimiento informado e historia clínica*, 2001. Generalitat de Catalunya. *Ley 21/2000 sobre los derechos de la información concerniente a la salud y la autonomía del paciente*. Con vigencia en toda España: *Ley Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica*. BOE. Ley 41/2002, arts. 5, 9 y 11.

²⁴⁹ Echezarreta M. La autonomía del paciente en el ámbito sanitario: las voluntades anticipadas. *Rev Electrónica de Geriatría y Gerontología*, Vol 4, nº 1, 2002, p. 2. www.geriatrianet.com

²⁵⁰ *Proyecto de Ley que regula los derechos y deberes de las personas en la atención de salud*. Versión 2006. Mensaje Presidencial nº 223-354. Santiago, julio 26 de 2006.

designarse un apoderado para las decisiones vinculadas a los tratamientos. Asimismo, podrá expresarse la voluntad de que todos o algunos de los antecedentes específicos de su salud y de su ficha clínica no sean comunicados a terceros. De la existencia de esta declaración se deberá dejar constancia en la ficha clínica de la persona, no se podrán incorporar decisiones o mandatos “contrarios al ordenamiento jurídico vigente o propios del arte médico”. En caso de duda, su aplicación concreta deberá ser revisada por el comité de ética que corresponda al establecimiento de salud donde ésta sea atendida. Las declaraciones de voluntad son actos personalísimos y esencialmente revocables, total o parcialmente: a revocación podrá ser verbal y en cualquier momento, pero para ser oponible, deberá dejarse testimonio de ella por escrito.

Tanto en España como en Latinoamérica existen bastantes publicaciones recientes que lo analizan desde la visión jurídica dentro del Derecho sanitario. Por ejemplo, en España, se han publicado bastantes análisis jurídicos de la Ley sobre la Autonomía del paciente²⁵¹, pero lo que en este momento nos interesa es un análisis ético del principio de autonomía, para profundizar en lo que la filosofía nos puede aportar.

2. Los fundamentos éticos: Autonomía y Beneficencia en la manifestación de voluntades previas

En el ámbito de la ética clínica existen una gran variedad de concepciones y valoraciones acerca del principio de autonomía y su aplicación en la atención de salud²⁵². Nos encontramos con la afirmación de una autonomía radical en bastantes autores, especialmente en el ámbito anglosajón, como una posesión del individuo que decide con independencia absoluta sobre sí mismo, conforme a lo escrito por Stuart Mill: “Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano”²⁵³.

Pero en la práctica nos enfrentamos muchas veces a pacientes no competentes o con la competencia disminuida, que hacen difícil la aplicación inmediata del principio de Stuart Mill, aunque estuviéramos de acuerdo con él, de forma que debemos ir a decisiones subrogadas, cada vez más alejadas de esa “soberanía individual”. También, en el ámbito latinoamericano, la familia cumple un papel importante en las decisiones clínicas y en el consentimiento informado, frente al individualismo más extremo. Y asimismo, frente a esa independencia del paciente que decide, muchas veces vemos situaciones de desigualdad de recursos, injusticias en el acceso igualitario a los cuidados de salud, grandes diferencias entre la medicina pública y la privada, y

²⁵¹ Sánchez-Caro J, Abellán F. Derechos y deberes de los pacientes. Ley 41/2002, consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas. Granada: Comares; 2002. De Lorenzo R. Derechos y obligaciones de los pacientes. Madrid: Colex; 2003. Rodríguez López P. La autonomía del paciente, información, consentimiento y documentación clínica. Madrid: Dilex; 2004.

²⁵² León FJ. La autonomía del paciente. *Revista CONAMED*, México, Edición electrónica, octubre-diciembre 2006, 11(4).

²⁵³ Stuart Mill J. *Sobre la libertad*. Madrid: Alianza Editorial; 1970, p. 217.

fuertes desigualdades entre pacientes muy bien informados y pacientes con una muy baja educación sanitaria.

Por esto, a la hora de legislar sobre los derechos de los pacientes, y en concreto sobre las voluntades anticipadas, debemos atender al modelo imperante en cada uno de los países y conocerlo a fondo, para poder después conseguir una transformación efectiva. No deseamos el modelo paternalista ya obsoleto, pero estamos en cada país definiendo qué tipo de modelo queremos, y no siempre la aplicación de modelos importados sin más es lo mejor. Coexisten en nuestros países de hecho dos modelos, el de la salud privada y el de la salud pública. Pero no podemos mantener la idea de que la privada sería el ámbito del paciente que desea ser autónomo, mientras la pública queda –de hecho, no en los teóricos derechos- como el ámbito de la beneficencia y la justicia. Este planteamiento sería radicalmente injusto.

La autonomía es un concepto introducido por Kant en la ética. Etimológicamente significa la capacidad de darse a uno mismo las leyes. En la Ética Kantiana el término autonomía, tiene un sentido formal, lo que significa que las normas morales le vienen impuestas al ser humano por su propia razón y no por ninguna instancia externa a él. En Bioética tiene un sentido más concreto y se identifica con la capacidad de tomar decisiones y de gestionar el propio cuerpo y por lo tanto la vida y la muerte de los seres humanos²⁵⁴. Este concepto se nutre de diversas disciplinas que se interesan por el respeto del ser humano, de sus derechos y de su dignidad. La autonomía es una expresión de la dignidad de la persona humana, de todos los seres humanos²⁵⁵.

El problema actual que algunos autores norteamericanos tratan de resolver es equilibrar en el análisis bioético los principios de autonomía con los de justicia y beneficencia, en un sistema que ha privilegiado de modo unilateral la autonomía del paciente. Se busca ahora una “beneficencia no paternalista” que pueda sustentar un sistema de salud más humanizado, y una medicina que no esté simplemente a la defensiva antes los derechos cada vez más exigentes de los pacientes. En un reciente libro Alfred Tauber, médico y filósofo estudia cómo el principio de autonomía del paciente –vivamente reivindicado en la sociedad contemporánea- se debe articular con la beneficencia (no paternalista) y la responsabilidad. “La beneficencia y la responsabilidad son principios morales no sólo compatibles con la autonomía del paciente, sino estrechamente atados a ella” afirma el autor²⁵⁶.

En definitiva, la autonomía del paciente tiene límites, y éstos han de precisarse en la legislación, pues el paciente tienen a su vez deberes éticos para con su propia vida y salud, pero es su libertad la que lleva a poder mostrar anticipadamente sus decisiones en salud. Pero no veamos este tema únicamente como una expresión de autonomía del paciente, también lo es de beneficencia del médico, que quiere saber lo más conveniente para el paciente, según los propios valores de éste²⁵⁷. No deseamos una Medicina paternalista, pero tampoco una relación médico-paciente de

²⁵⁴ Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin*. Barcelona 2001; 117: 18-23.

²⁵⁵ León FJ. Dignidad humana, libertad y bioética. *Cuadernos de Bioética*, 1992, nº 12 (4): 5-22.

²⁵⁶ Tauber AI. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts: MIT Press. 2005.

²⁵⁷ León FJ. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni Medicina defensiva. *Biomedicina*, Montevideo, 2006, 2 (3): 257-260.

confrontación dentro de una Medicina defensiva. Entre ambos extremos, cada país debe encontrar su justo medio de modelo de asistencia en salud.

3.- Reflexiones sobre el testamento vital en el ámbito clínico

3.1. USA: El testamento vital sólo es eficaz con una estrecha relación clínica:

En USA, un estudio de 2003 mostraba ya las deficiencias más señaladas de la aplicación de los documentos de voluntades previas en la toma de decisiones en situaciones críticas: la adherencia a esas voluntades que han redactado en situación de normalidad es relativa por parte de los propios pacientes es relativa. Así lo relatan médicos especialistas, enfermeras de hospitales y de centros de cuidados paliativos, y geriatras. Es difícil interpretarlas por la misma terminología en que están escritas y por las diferencias en la forma de entender la calidad de vida, criterio siempre subjetivo²⁵⁸.

Las voluntades anticipadas o testamento vital obligarán a los médicos a mejorar la relación con el paciente porque "sólo alcanzan toda su virtualidad cuando existe una verdadera confianza con el médico". Así lo expone David C. Thomasma, que cuenta con la experiencia de treinta años de aplicación de directivas anticipadas en Estados Unidos y la autoridad de ser uno de los pioneros de la bioética en ese país²⁵⁹. Señala que "sólo el 10 por ciento de los pacientes utiliza voluntades anticipadas". El motivo es que su implantación no es posible sin una mejora paralela de la relación clínica: "El paciente no quiere hablar de la muerte: tiende instintivamente a negarla. Sólo cuando llega a un determinado nivel de confianza con su médico, cuando la relación pasa a un nivel superior, cabe abordar la cuestión y entonces es posible realmente comentar con él qué medios no quiere que se pongan llegado el momento". En Estados Unidos -y cabe pensar que en España y Latinoamérica también ocurre- "el paciente no quiere incluir un documento de voluntades anticipadas en su historia clínica si el día que va a operarse es prácticamente la primera vez que ve al médico que ha de aplicarla".

Por eso, cuando falta el requisito previo de una relación arraigada, las voluntades anticipadas, que teóricamente están llamadas a que la gestión de la muerte no recaiga exclusivamente sobre el médico, generan nuevos problemas éticos al profesional. El médico está obligado en todo momento a interpretar la voluntad real del paciente. Quien firma por escrito su negativa a que le pongan un respirador quizá está pensando en que la eventualidad de un cáncer. Pero, ¿y si ingresa por un accidente de tráfico y el respirador puede salvarle la vida empleándolo unos pocos días? ¿Qué debe hacer el médico entonces? Quizá la buena praxis le indique que debe poner el respirador pero tema la reacción de la familia ante un documento explícito en sentido contrario. Thomasma es partidario de este instrumento sobre todo porque la muerte sigue siendo mayoritariamente hospitalaria, pero recomienda a los médicos usarlos siempre bajo el prisma "del respeto a la dignidad y los valores de

²⁵⁸ Trevor Thompson T et al. *Ob.cit*:1011.

²⁵⁹ Thomasma DC, Kushner T (Ed.) *De la vida a la muerte. Ciencia y Bioética*. Cambridge University Press. 2005. Thomasma DC. *El testamento vital*. Conferencia. Madrid: Consejo General de Colegio de Médicos; 2000.

la persona. Es sensato, por ejemplo, retrasar su aplicación con pacientes que ingresan por Urgencias: dejar pasar unos días hasta que la situación clínica se clarifique y haya tiempo para un examen sosegado de la voluntad del paciente".

3.2.- Figuras complementarias del documento de voluntades anticipadas:

Precisamente para facilitar ese diálogo entre el médico y el paciente, se han desarrollado varias figuras que complementan de hecho al documento escueto de voluntades anticipadas. Por un lado, **la interpretación** de lo que paciente ha escrito para conseguir un mayor respeto a su voluntad. Siempre se acude a la familia, y desde luego en nuestros países esto es fundamental, pero también es necesario que los documentos estén bien redactados, sean precisos en los términos, aclaren bien determinadas situaciones como la pérdida de conciencia. Documentos muy genéricos realmente sirven de poco a los que deben prestar la atención clínica.

Por otro lado, **el representante** como persona que puede defender los valores del otorgante y que debe constar ya en el mismo documento; esto facilita al médico encontrar quién es el interlocutor válido en la toma de decisiones, especialmente cuando puede haber diversos criterios dentro de la propia familia del paciente. Es necesario que quede bien claro su papel en el documento o establecer prioridades si son varios los que aparecen, y también que pueda interpretar el texto son necesidad de ceñirse literalmente a lo expresado²⁶⁰.

Conocer **la historia de valores del paciente** es desde luego un medio bien eficaz de poder interpretar adecuadamente su voluntad. Ordinariamente es la familia o los más cercanos los que pueden conocerla mejor, pero sin duda que también aquí tienen un papel importante los profesionales –médicos y enfermeras especialmente- que lo han atendido en su enfermedad, los que lo han seguido en la atención primaria, o los que lo han atendido en unidades o instituciones de cuidados paliativos durante un tiempo más largo. Sí es oportuno que el paciente deje constancia de cuáles son esos valores principales en el propio documento, sus creencias, su concepto de calidad de vida, sus prioridades²⁶¹.

3.3 Estudios iniciales en España sobre la implementación clínica de las voluntades anticipadas:

En España, se ha publicado recientemente varios estudios que, aunque todavía incipientes, son significativos. En uno realizado con pacientes ambulatorios de un Centro de Salud urbano de Palma de Mallorca, se quería conocer su actitud ante el documento de voluntades anticipadas (DVA)²⁶². Participaron 132 usuarios, que contestaron un cuestionario. El 97% consideró interesante el DVA. El 39,3% aseguró que formalizaría un DVA y otro 39,3% lo creía posible. En caso de hacerlo, el 88,8% desearía hablarlo con familiares y el 73,8%, con el médico de familia. El 32,1% ya había hablado «claramente» con sus familiares sobre los cuidados finales y

²⁶⁰ Siurana JC. *Ob.cit.*: 84-88.

²⁶¹ Martínez Urionabarrenetxea K. Reflexiones sobre el testamento vital I y II. *Aten Primaria* 2003, 31 (1).

²⁶² Santos de Unamuno C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. *Aten Primaria*, 2003; 32 (1) 1-8.

el 31,1%, «por encima». El 36,8% negó haberlo hablado. Al 86% no le resultó «nada incómodo» leer el documento. Como conclusión del autor, la legalización reciente del DVA puede ayudar a pacientes y médicos a hablar abiertamente sobre los cuidados al final de la vida. A la misma conclusión llega otro estudio con 70 pacientes en Zaragoza²⁶³.

En otro estudio con entrevistas a 331 personas en dos zonas básicas de salud en Toledo²⁶⁴, un grupo de atención primaria encontró que el 88,5% no conocía previamente el DVA. Después de informarles, un 70,6% lo firmaría en caso de padecer una enfermedad terminal

Mientras el 55,1% lo haría ya en el momento actual, sin diferencias por sexo o creencias. Un 36,1% accedería a donar órganos de un familiar que no hubiera dispuesto nada previamente, mientras el 49,2% donaría sus propios órganos.

En otro estudio con enfermeras de atención primaria, de dos áreas sanitarias de Andalucía²⁶⁵, las principales conclusiones de los 298 cuestionarios respondidos fueron: Sólo el 63,1% sabía que las VA están reguladas por la ley y tan sólo un 32,3% había leído el documento. Creyeron conveniente planificar y escribir los deseos sanitarios una media de 8,36 (sobre puntuación de 10). Lo consideraron un instrumento útil para profesionales con una media de 8,37 y para familiares la media fue de 8,21. Cumplimentarían su VA en algún momento de sus vidas una media de 8,33, pero al preguntarles si lo harían durante el próximo año la media descendió a 5,13. Conclusiones. El personal de enfermería reveló una actitud favorable hacia la utilidad de las VA, tanto para los familiares del paciente como para los profesionales sanitarios. También fue positiva su actitud hacia la utilización y respeto de las VA. Manifestaron una alta predisposición a cumplimentar su propia VA pero no en un futuro cercano. Como conclusión de los autores, sería necesario mejorar los conocimientos de estos profesionales acerca del tema y la forma organizativa que permita incorporar la planificación anticipada como un rol específico de los cuidados de enfermería.

Conclusiones:

La primera debe referirse al nombre. Hasta ahora se han utilizado el de testamento vital, que la mayoría de los autores rechaza, pues no es un documento ni de cumplimiento obligatorio ni que se tenga en cuenta después de la muerte. Otro término muy usado en USA es el de directrices previas o anticipadas, a tono con la importancia que le dan a la autonomía del paciente que decide previamente lo que quiere se le realice o no en la atención de salud. El tercer nombre, más

²⁶³ Flordelís F. Testamentos vitales en las historias clínicas. *Trabajo Social y Salud*, 2000, 37.

²⁶⁴ López-Rey, EA y cols. Conocimiento y actitudes de la población sobre el Documento de Voluntades Previas. En: *Actas VII Congreso Atención Primaria*. Cuenca: Semergen; 2006: 83-86.

²⁶⁵ Simón Lorda P, Tamayo MI, Velázquez, M.J. et al. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en 2 áreas sanitarias de Andalucía. *Enfermería clínica*, 2008,18 (1): 11-17.

usado actualmente en España y Latinoamérica, es el de voluntades anticipadas, y quizás es el más apropiado a nuestro ámbito.

Se necesita reflexión y diálogo de los profesionales y pacientes de cara al final de la vida, y compartir objetivos en ese momento es fundamental para la calidad de la asistencia, y para eso son necesarios cambios en los profesionales y en las instituciones de salud. Es necesario incorporar al paciente a las decisiones en su atención en salud, así como a la familia, y no sólo a través del consentimiento informado, también en esta relación previa y conocimiento de su historia de vida y de sus voluntades para cuando se produzca el término de su vida.

Lo que cada vez se considera más necesario es una planificación anticipada de los cuidados, integrada con los cuidados paliativos. Las voluntades anticipadas pueden ser un documento pero dentro de la planificación anticipada de la atención al final de la vida, que es un proceso continuo de deliberación médico-paciente. Sólo conseguiremos que los documentos sean un instrumento útil si los integramos en la cotidianidad de la relación clínica, especialmente en Atención Primaria, y no tanto cuando ya se ha producido el ingreso del paciente en estado crítico en la atención especializada.

Deberíamos también conseguir sacar los testamentos vitales del mundo de lo legal para integrarlos totalmente en el mundo sanitario. No son un documento jurídico principalmente, como tampoco lo son el documento de consentimiento informado o la historia clínica, que no pueden perder su función primaria de servir a la mejor relación médico o equipo de salud y paciente, ahondando en la confianza mutua que debe existir y la interrelación basada en el respeto ético a la dignidad de la persona del paciente.

CAPÍTULO 11º.- LA EUTANASIA Y SU LEGALIZACION: BASES PARA UN DEBATE PÚBLICO²⁶⁶

Introducción:

En el actual debate planteado en torno a la eutanasia hay cuatro cuestiones que necesitan hoy un urgente estudio. La primera consiste en **la necesidad de definir inequívocamente la terminología** y, con ella, los conceptos que usamos al hablar de eutanasia. La segunda se refiere a la conveniencia de **seguir de cerca la conducta de los profesionales que aceptan la eutanasia** como solución para ciertos problemas médico-sociales, tal como nos muestra el ejemplo holandés, y la incidencia en la medicina de esa aceptación de la eutanasia.

La tercera cuestión, más de fondo, sería el análisis de **las ideas que están en la base de las reclamaciones de autodeterminación de la propia muerte, la eutanasia por falta de "calidad de vida" o por la "inutilidad social" de la persona**. El cuarto punto, es **la regulación jurídica de los diferentes problemas o delitos de eutanasia**, tal y como se ha planteado en Holanda o en algunos estados de U.S.A. de modo explícito.

1. La necesidad de utilizar una terminología clara y de mantener claras las ideas.

La propaganda efectuada a favor de la eutanasia en distintos medios de comunicación social y también en revistas médicas especializadas procura inducir en muchos un oscurecimiento de los conceptos y una falta de precisión entre conductas correctas y conductas contrarias a la ética. Por esto, necesitamos todos, y de modo especial los profesionales de la salud, tener una clara percepción de lo que son la eutanasia y la muerte con dignidad de las que ellos nos hablan y formar nuestra conciencia acerca de cuando abstenerse de prestar cuidados médicos a un paciente es una iniquidad y cuando una acción correcta.

La precisión de los conceptos o de las palabras que los designan es una necesidad, a la vez intelectual y ética en este tiempo nuestro con sus campañas y discusiones públicas sobre el tema, precursores de algunos debates parlamentarios para la legalización de la eutanasia²⁶⁷. La conciencia del público y, en especial la de nuestros parlamentarios, puede quedar anestesiada por la falta de claridad empleada o por la tergiversación de las palabras trucadas.

²⁶⁶ Publicado en: El debate actual sobre la legalización de la eutanasia. *Ars Medica*, 2006, 12: 39-52.

²⁶⁷ Para las ideas en favor de la legalización de la eutanasia, Sobrevia X. Eutanasia: inicio sin fin. *Cuadernos de Bioética*, 1992, 11 (3): 33-38. Sobre la eutanasia por compasión, Walton RE. The mercy argument for euthanasia: some logical considerations". *Public Affairs Quart.* 1993. Un buen análisis de las repercusiones de su legalización, en: Ruiz-Calderón JM. *Eutanasia y vida dependiente. Inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la eutanasia*. Madrid: Eiunsa; 2001.

Nos parece necesario, para alejar el riesgo de la confusión semántica, que todos nos olvidáramos de la noble ascendencia etimológica y de las significaciones nobles de eutanasia -"buena muerte"- y que, a partir de ahora, por eutanasia entendamos lisa y llanamente "el matar sin dolor y deliberadamente, de ordinario mediante procedimientos de apariencia médica, a personas que se tienen como destinadas a una vida atormentada por el dolor o limitada por la incapacidad, con el propósito de ahorrarles sufrimientos o de librar a la sociedad de una carga inútil"²⁶⁸.

Entendida la eutanasia así, pierde significado la distinción deontológica entre las formas activa (provocar inmediatamente la muerte mediante la aplicación de un agente letal) y pasiva (provocar la muerte mediante la omisión deliberada de un cuidado debido y necesario para la curación o la supervivencia)²⁶⁹.

Entendida así la eutanasia, queda totalmente desconectada de la disputa, tan cargada emocionalmente y tan creadora de confusión, acerca del ensañamiento terapéutico. Este tiene en común con la eutanasia un único rasgo: el de ser una falta deontológica, un error del juicio clínico y ético, aunque lo sea de signo contrario. En el Código de Ética Médica español se recoge expresamente esto: "En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas"²⁷⁰.

De hecho, en el debate social la mayoría de los encuestados por los medios de comunicación se oponen al encarnizamiento terapéutico, y a la vez, lo confunden con las formas más o menos explícitas de eutanasia. Así se está pasando de un inicial temor respecto a la nueva tecnología médica, que puede ensañarse con nosotros en la etapa final de nuestra vida, a un temor más patente de que por motivos económicos, sociales, etc, podamos vernos privados de una atención médica necesaria y proporcionada, por la extensión de una mentalidad pro-eutanásica.

Entendida así la eutanasia, es fácil percibir y denunciar la falsificación, más o menos deliberada, que subyace a expresiones tales como selección neonatal (para designar el infanticidio que se aplica a ciertos niños malformados o deficientes, negándoles la alimentación y el tratamiento); suspensión de nutrición y líquidos (para disfrazar el dejar morir de hambre y sed); solo cuidados de enfermería (para ocultar que alguien vigila los efectos de la administración de dosis masivas de hipnóticos hasta que llega la muerte); o morir con dignidad que, en el activismo pro-eutanasia, está dejando de ser la fórmula absolutoria del matar por compasión en situaciones extremas de dolor o inutilidad, para

²⁶⁸ Herranz G. Eutanasia o Medicina. *Cuadernos de Bioética*, 1990, 4 (4): 21.

²⁶⁹ Declaración de la Comisión Central de Deontología Médica de España. *Sobre el significado de la expresión 'eutanasia pasiva'*. Madrid: OMC; 1993.

²⁷⁰ *Código de Ética y Deontología Médica*, 1990. Art. 28.2. Consejo General de Colegios Médicos de España. Ver también estudios más recientes: *Ética y sedación al final de la vida*. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas; 2003

convertirse en el eslogan bien de la eliminación utilitarista de parapléjicos, deprimidos, o de ancianos que viven solos y que empiezan a tener problemas para cuidar de sí mismos, o bien de la demanda libertaria del derecho a ser matado sin dolor en el lugar, tiempo y modo que cada uno decida, entendiendo la propia vida como un bien más a disposición personal.

Para los médicos, esta claridad léxica y conceptual está presente en los textos deontológicos de mayor relevancia. La Declaración sobre la Eutanasia, promulgada en 1987 por la Asociación Médica Mundial comienza así: "La eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, ya sea por su propio requerimiento o a petición de los familiares, es contraria a la ética"²⁷¹. En las conclusiones del Grupo de Trabajo de la British Medical Association para revisar las directrices de la Asociación sobre eutanasia, hechas públicas en 1990 se lee: "No se debe cambiar la ley. La muerte deliberada de un ser humano debe seguir siendo un delito. Este rechazo de cualquier cambio en la ley actual, de modo que se permitiera a los médicos intervenir para poner fin a la vida de una persona, (...) es, sobre todo, una afirmación del supremo valor del individuo, sin que importe cuan sin valor o cuan sin esperanza pueda sentirse"²⁷².

La clarificación conceptual es una obligación deontológica básica. Así lo entendió la Comisión Central de Deontología en España, en su declaración sobre la Eutanasia, de la que copiamos el primer párrafo: "En los medios de opinión se emplean con frecuencia las expresiones "ayudar a morir" o "muerte digna". Tales expresiones son confusas, pues, aunque tienen una apariencia aceptable, esconden con frecuencia actitudes contrarias a la Etica médica y tienden a borrar la frontera que debe separar la asistencia médica al moribundo de la eutanasia. La asistencia médica al moribundo es uno de los más importantes y nobles deberes profesionales del médico, mientras que la eutanasia es la destrucción deliberada de una vida humana que, aunque se realizara a petición de la víctima o por motivos de piedad en el que la ejecutara, no deja de ser un crimen que repugna profundamente a la vocación médica sincera"²⁷³.

En estos textos está claramente señalado el campo lícito de actuación del médico, y también el de su abstención ética. Y también el de la ilicitud de sus acciones u omisiones. Copiamos el resumen que el Dr. Herranz realiza de **la doctrina deontológica vigente**²⁷⁴:

a. - **Nunca el médico puede matar por acción u omisión**: toda eutanasia, por acción u omisión, esto es, activa o pasiva, pedida por el paciente o aplicada sin su consentimiento, es una grave falta deontológica.

²⁷¹ Asociación Médica Mundial. *Declaración de Madrid*. Octubre 1987.

²⁷² British Medical Association. Grupo de Trabajo para la revisión de las directrices sobre eutanasia, mayo 1990.

²⁷³ Comisión Central de Deontología Médica de España. *Declaración sobre la eutanasia, 1989*.

²⁷⁴ G. Herranz, *ob.cit.*: 21.

b. - **El médico no puede iniciar tratamientos fútiles y sin esperanza.** La obstinación terapéutica es un error ético y una falta de competencia.

c.- **El médico no puede, fuera de casos de obvia incapacidad o pérdida de razón, viciar los deseos del paciente de no ser tratado. El paciente tiene un deber ético de preservar su vida y de aceptar los tratamientos para salvarla,** si se trata de medios que ofrecen una esperanza razonable de beneficiarle y que pueden obtenerse y aplicarse sin grave inconveniencia, dolor o gasto. El paciente tiene el derecho de rechazar todos aquellos tratamientos que no ofrecen una esperanza razonable de beneficio y que no pueden obtenerse y recibirse si no es con gran sufrimiento, o con gastos o inconvenientes graves, aun cuando sus gastos sean sufragados por el erario público o una compañía de seguros.

d.- Se puede dar por superada hoy la vieja aporía del tratar y acortar la vida: **los recientes avances en tratamiento eficaz del dolor y de la enfermedad terminal han eliminado el riesgo de anticipar indebidamente la muerte de ciertos pacientes.** La extensión de la medicina paliativa y de los cuidados sanitarios a pacientes terminales así lo indican con claridad²⁷⁵.

e. - Hoy, **la discusión en torno a la eutanasia ya no se centra en el problema clásico de matar por compasión.** Su centro de gravedad se ha desplazado a la cuestión, planteada por el autonomismo libertario, del **pretendido derecho de ser matado en el lugar, el tiempo y el modo que uno decida y de obtener para ello la cooperación del médico.** Cada vez más, **la eutanasia se exigirá como ayuda al suicidio voluntario**²⁷⁶.

2. El debate sobre la intervención médica en el suicidio asistido

La respuesta a la pregunta de a dónde conduce la tolerancia legal de la eutanasia puede obtenerse de la observación empírica de lo que, desde hace algunos años, está ocurriendo en Holanda. La respuesta es neta: esa tolerancia conduce a una insospechada deshumanización de la Medicina.

No es fácil resumir los aspectos jurídicos, sociológicos, religiosos y ético-morales que han contribuido a crear el fenómeno de la eutanasia en Holanda. De hecho, como resultado de un largo condicionamiento social, **la sociedad holandesa ha aceptado mayoritariamente que la eutanasia voluntaria es aceptable y que es una plausible manifestación de la libertad individual.** Pero esa

²⁷⁵ López Guerrero A. El dolor y su tratamiento. *Cuadernos de Bioética*, 1990, 12 (4): 38-41. Centeno C, Vega J, Martínez Baza P. Bioética de la situación terminal de enfermedad. *Cuadernos de Bioética*, 1992, 12 (4): 38-52.

²⁷⁶ Kass LR. Eutanasia y autonomía de la persona. *Cuadernos de Bioética*, 1990, 4 (4): 24-29. Para ver las posiciones favorables a la eutanasia: Dworkin G, Frey RG, Bok S. *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*. Madrid: Cambridge University Press; 2000. Keown J. *La Eutanasia examinada: perspectivas éticas, clínicas y legales*. México: F.C.E.; 2005.

misma sociedad acepta igualmente la eutanasia involuntaria y la denegación de cuidados que pudieran salvar la vida cuando se aplican a pacientes terminales, a sujetos con graves deficiencias, a ancianos o a ciertos enfermos sin familia. Un gran número de ciudadanos lleva consigo una declaración que exige que se les aplique la eutanasia en caso de accidente o de deterioro mental grave, si no hay esperanza de devolverles a una existencia razonable y digna.

La Administración de Justicia ha declarado a los médicos los únicos expertos en cuestiones de vida y muerte y les ha transferido la responsabilidad de regular las condiciones en que el médico puede administrar la muerte sin dolor. Con este fin, la Junta de Gobierno de la Real Asociación Holandesa de Medicina aprobó unas "Directrices sobre la Eutanasia". Desde 1984 y, ante la impunidad judicial, el mecanismo se puso en marcha y el Parlamento holandés aprobó, por vez primera en una democracia occidental, una ley que despenalizó la eutanasia en determinados supuestos. Más adelante nos referiremos a este texto legal.

La situación creada constituye un peligro de deshumanización de la práctica médica. Fenigsen dio a conocer ya hace algunos años en el Hastings Center Report algunos aspectos de la "Eutanasia a la holandesa". Aludía a **la pérdida de valores intelectuales y profesionales que implica el abandono por el médico de su oficio de observador científico y de protector compasivo de la vida**. Ilustraba con ejemplos reales cómo la facilidad de aplicar la muerte provoca un desinterés por la toma de la historia clínica, por la ejecución de la exploración, por el rigor del juicio diagnóstico y favorece la comisión de errores y el desarrollo de una actitud intelectualmente perezosa. La indicación puramente intuitiva de la eutanasia simplifica el trabajo del médico. Afirmaba Fenigsen: "Desistir, por causa de la eutanasia, de un tratamiento potencialmente eficaz es un fenómeno que está incapacitando de modo creciente a la profesión médica. La eutanasia no se limita simplemente a cambiar la medicina o a extender su campo de acción: la eutanasia sustituye a la medicina"²⁷⁷.

La eutanasia socaba la confianza que debe presidir la relación médico/paciente, de la cual forma una parte esencial el convencimiento de que el médico no abandonará nunca a su enfermo ni nunca le infligirá ningún daño deliberado. Poner en manos del médico la decisión de decidir sobre la vida de ciertas personas, muchas de ellas indefensas, significa la quiebra de aquella confianza fundamental. En Holanda ha seguido creciendo el número de pacientes que desarrollan hacia los médicos actitudes de miedo, sospecha o desconfianza. Y, aunque allí son muchos los que llevan encima su testamento biológico, su "tarjeta de crédito para la muerte dulce", está creciendo, especialmente entre los ancianos, el número de los que se proveen de una "declaración de deseo de vivir y de ser tratado médicamente en caso de enfermedad o accidente"

La degradación de la Medicina es inevitable una vez que se queda legalizado cualquier tipo de eutanasia, por restrictiva que sea la legislación. Porque cuando los médicos trabajan en un ambiente en el que se saben impunes tanto si tratan como si matan a ciertos pacientes, necesariamente se relajará la actitud de dedicación sacrificada del médico como cuidador de la vida. Durante algún tiempo, la sociedad contemplará con indiferencia o incluso con interés tolerante el

²⁷⁷ Fenigsen R. A case against Dutch euthanasia. *Hastings Center Report*, 1989, 19 (1 Supl): 22-30.

trabajo de los médicos. Pero, al fin, no podrá soportar a médicos así, porque aunque la eutanasia fuera un asunto moralmente indiferente, una Medicina embebida en un ambiente ético eutanásico pondría freno inmediato al interés científico en vastas áreas. Si es posible limpiar a la humanidad de basura genética mediante la eutanasia neonatal, ¿qué interés puede tener la genética de las enfermedades hereditarias? Si al paciente senil o al que sufre la enfermedad de Alzheimer les puedo aplicar la muerte dulce, ¿qué puede motivarnos a estudiar las causas y mecanismos del envejecimiento cerebral o la constelación de factores que determinan la demencia?.

La tolerancia de la eutanasia no cambia a la Medicina, ni amplía el campo de la actuación del médico. **La eutanasia sustituye la Medicina, y es en el fondo, una manifestación más de esa aceptación de la violencia en la sociedad de nuestro tiempo.** Así es entendido el problema por la mayoría de los profesionales, como se ha puesto recientemente de manifiesto en la primera tesis doctoral que ha analizado el punto de vista del personal sanitario respecto al enfermo terminal y la eutanasia²⁷⁸.

3. "Derecho a morir", autonomía y "vidas inútiles".

En el fondo de las discusiones sobre la posible permisividad legal, despenalización, o abierta legalización de las conductas eutanásicas, están dos ideas básicas:

a.- El derecho a determinar el momento de la propia muerte, por una exaltación sin límites del principio bioético de la autonomía del paciente.

b.- El derecho de la sociedad de intervenir en el proceso del morir, por el principio utilitarista de relación entre costes y beneficios, no entendido en cuanto a la mera distribución y aplicación de unos recursos económicos escasos en un sistema sanitario público, sino en una política sanitaria que afirma la no intervención médica en determinados supuestos de enfermedad atendibles dentro del sistema público, o la no utilidad social de determinadas prestaciones sanitarias por la "calidad de vida" del paciente.

a.- En cuanto a la autonomía, es preciso darle su más pleno sentido y respetar ese principio, garantía de la libertad personal. En este sentido, tienen plena actualidad las declaraciones de voluntad expresa por parte de los pacientes de que no se utilicen medios desproporcionados en caso de presentarse una situación límite en la actuación médica. Son muy variados los documentos escritos que se extienden para la determinación de ese consentimiento informado del paciente ante la intervención médica, y también para evitar el posible encarnizamiento terapéutico. Pero la cuestión ahora no es exactamente ésta, sino los posibles documentos escritos por el paciente que pudieran solicitar de modo expreso la eutanasia, como ayuda al suicidio.

²⁷⁸ Vega J, Martínez Baza P. *Enfermo terminal y eutanasia desde el punto de vista del personal sanitario*. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1991.

En este caso, es necesario entender ese principio de autonomía en relación con los demás principios básicos en bioética, que resultan dañados en esa exaltación unilateral de la libertad absoluta del paciente: **los principios básicos en toda intervención médica son los de no maleficencia y de justicia; y en un segundo término, los de autonomía y beneficencia.** Si en una relación médico-paciente normal no tienen por qué plantearse conflictos entre estos principios, en el caso de la demanda de ayuda al suicidio por parte del paciente -o del sistema sanitario- sí existe una clara contradicción entre el principio de autonomía y el de no maleficencia, por lo que debe prevalecer éste último en una adecuada relación de prioridades²⁷⁹.

Por otra parte, **no existe un "derecho a la propia muerte", que supone considerar la vida como un bien patrimonial más, negando la dignidad que tiene por sí misma y no por su relación a su poseedor, que no propietario**²⁸⁰.

b. En el segundo caso, el principio utilitarista de procurar proporcionar el mayor bien al mayor número de personas, según los recursos disponibles, es importante a la hora de establecer cualquier política sanitaria o cualquier organización de la atención médica. Pero no puede servir para encubrir una mentalidad eugenésica, de un utilitarismo llevado al extremo, que considera cada vez más a la medicina como una ciencia al servicio de una sociedad perfecta integrada por individuos sanos, donde la eutanasia sería una acción médica más²⁸¹. Sólo desde una ética personalista puede encuadrarse el principio de utilidad en una relación equilibrada con los demás principios y con el respeto debido a la dignidad de la persona y del paciente²⁸².

Si la medicina predictiva o la futura terapia genética pueden suponer una auténtica revolución de la medicina al servicio de la atención sanitaria de la persona, antes incluso de que sea un 'paciente', también la mentalidad eugenésica puede pretender ponerlas al servicio de esa degradación que supondría eliminar unas vidas por considerarlas "inútiles" para la sociedad o el sistema sanitario, o "excesivamente costosas" en relación a su "mala calidad de vida" entendida así por su utilidad social²⁸³.

Sólo en este sentido pueden entenderse algunas de las propuestas eutanásicas, que comienzan por los enfermos en coma y los terminales, y se amplían gradualmente a los enfermos graves incurables

²⁷⁹ Para el análisis de los principios bioéticos fundamentales, Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema, 1989, parte I. En cuanto a la relación entre estos cuatro principios, ver: León FJ, Dignidad humana, libertad y bioética. *Cuadernos de Bioética*, 1992, 12 (4): 5-22; Serrano JM. Los principios de la bioética. *Ibidem*: 22-33.

²⁸⁰ Kass LR. Eutanasia y autonomía de la persona. *ob.cit.* Ver también el monográfico: Dying well? A colloquy on euthanasia and assisted suicide. *Hasting Center Report*, 1992, 22 (2).

²⁸¹ Para un análisis crítico de la posición utilitarista, Reichlin M. L'eutanasia nella bioetica di impostazione utilitaristica. *Medicina e Morale*, 1993, 2: 331-362.

²⁸² Palazzani L. La fundamentación personalista en bioética. *Cuadernos de Bioética*, 1993, 14 (2): 48-54.

²⁸³ Menzel PT. Orgeon' denial: disabilities and quality of life. *Hasting Center Report*, 1992, 6. Schipperges H. Lebensqualität als Kriterium der Modernen Medizin. *IMABE*, Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Viena, 1993, 3.

y los enfermos crónicos, con su consentimiento o sin él, como ya se apunta actualmente en determinados casos de deficientes mentales, diagnóstico prenatal, neonatos con deficiencias, e incluso adultos²⁸⁴.

4. La regulación legal de las conductas eutanásicas.

En primer lugar podemos exponer el caso más llamativo: la ley holandesa que legalizó la práctica de la eutanasia en determinados supuestos²⁸⁵. Junto a la permisividad de la eutanasia en determinadas condiciones aprobada en unos pocos estados de USA por referéndum, la ley holandesa es el exponente más claro de la aplicación de la mentalidad pro eutanasia a la legislación. Mencionaremos después brevemente un informe del Colegio Médico Holandés sobre "ayuda al suicidio de los enfermos psiquiátricos".

La ley holandesa se aplica a tres tipos de situaciones: la eutanasia en sentido estricto (provocar la muerte de un paciente terminal que así lo pide), la ayuda médica al suicidio, y acabar con la vida de pacientes que no pueden expresar su voluntad (dementes, comatosos, recién nacidos con graves minusvalías).

En principio, la eutanasia sigue siendo delito y como tal se mantiene en el Código Penal. Sin embargo, el médico puede aplicarla en casos previstos por la ley, en los cuales se tienen que dar los supuestos de tratarse de una enfermedad grave e irreversible, dolores insoportables y agotamiento de otros recursos. Estos serían casos de "fuerza mayor", lo que justifica que el autor de un acto prohibido por la ley sea eximido de responsabilidad. El médico que haya aplicado la eutanasia tendrá que rellenar un informe que se entregará al Ministerio Fiscal, quien comprobará posteriormente si se han cumplido todos los requisitos.

Con esta ley se dio carta legal a una práctica tolerada desde los años 80 y reconocida por los tribunales desde 1990 con un procedimiento de declaración igual al que se aprobó finalmente en 1994. En 1990, el informe de la comisión Remmelink, encargada por el gobierno de investigar la práctica de la eutanasia, mostró los siguientes datos: cada año la eutanasia se aplicaba a 2.300 enfermos que la solicitaban y a otros 1.000 incapaces de expresar su voluntad, mientras que en 400 casos el médico facilitaba el suicidio. Algunas voces hicieron notar que las cifras reales debían ser más altas: era difícil aceptar que los médicos que habían estado realizando actas de defunción manipuladas reflejasen en sus respuestas para el informe la realidad de la situación.

²⁸⁴ Para la eutanasia voluntaria, Shewman A. *Active Voluntary Euthanasia: A Needless Pandora's Box. Issues in Law & Medicine*, 1987, 3 (3): 219-244. En cuanto a la eutanasia no solicitada por el enfermo, Pijnenborg et al. *Acciones encaminadas a terminar con la vida sin solicitud expresa por parte del paciente. The Lancet* (Ed.Esp.) 1993, 23 (4): 234-237.

²⁸⁵ Se puede ver un buen resumen de esa Ley en: *Medicina e Morale*, 1993, 2: 446-448.

Desde que se introdujo el procedimiento de declaración sancionado por la ley, el número de casos declarados de eutanasia subió enseguida de 454 en 1990 a 1.323 en 1992, y ha seguido subiendo en los años posteriores.

La ley, fruto de un compromiso en el seno de la coalición gubernamental entre democristianos y socialistas, despertó sobre todo dos tipos de objeciones entre los senadores reacios a aprobarla. Por un lado, el hecho de que se aplique también a pacientes que no están en condiciones de expresar su voluntad; y por otro, el hecho de que hasta ese momento el ministerio fiscal no había llevado a los tribunales a ningún médico por haber aplicado la eutanasia. Con lo cual da la impresión de que la eutanasia era legal con tal que se entregue el informe preceptivo. De hecho, sólo en un número mínimo de casos se había abierto una investigación judicial.

La mayor parte de las críticas contra la ley provinieron de aquellos que la consideraban poco liberal. Entre ellos, el colegio nacional de médicos (KNMG), que estimó que la situación era poco clara ya que, a pesar de que ningún médico había sido condenado por aplicar la eutanasia, se sentían poco seguros por el hecho de que seguía siendo delito. Entre los que criticaron la ley por no respetar la inviolabilidad del derecho a la vida se encuentran los obispos católicos, la Unión de médicos a favor de la vida, que aboga por desarrollar la medicina paliativa para los enfermos terminales, y una asociación de pacientes, que ofrece a sus miembros clínicas donde no se practica la eutanasia.

La lógica implícita en la admisión de la eutanasia se revela también en el Informe que publicó el Colegio de Médicos holandés sobre "la ayuda al suicidio de los enfermos psiquiátricos"²⁸⁶. Siempre que se habla de eutanasia se piensa en el caso de enfermos terminales con dolores físicos insostenibles. ¿Pero hay que incluir también el sufrimiento causado por problemas psíquicos? La situación ya se ha dado. De hecho, el Tribunal Supremo holandés se pronunció y absolvió en su día sobre dos casos de médicos que ayudaron a suicidarse a pacientes gravemente depresivos.

El informe del KNMG afirma que lo importante no es la naturaleza del mal que sufre el paciente, sino su capacidad para "desear la muerte real y lúcida". Lo esencial, también en el caso del paciente psiquiátrico, es que "comprenda su situación y mida el alcance de sus decisiones". A partir de este principio, el informe, que habla de los psicóticos, esquizofrénicos y anoréxicos, admite la posibilidad de cooperación al suicidio si el paciente es consciente de sus actos, aunque sea con una voluntad disminuida; en cambio, lo rechaza en el caso de las personas que sufren de debilidad mental.

Ante la petición de ayuda al suicidio de un paciente psiquiátrico, el deber del médico, dice el informe, será influir terapéuticamente sobre el enfermo, recurriendo si es preciso a un tratamiento forzoso. Si este recurso "ha fallado y ya no hay alternativa", se podrá considerar la petición inicial. Antes de acceder, el médico deberá justificar su actuación ante las autoridades sanitarias y, eventualmente, judiciales.

²⁸⁶ Resumen del texto en castellano, Acepresa, servicio 164/93, 15.XII.93.

Como puede verse, la pendiente de la legislación permisiva sobre la eutanasia no ha hecho más que empezar. Hay que tener esto en cuenta, por el principio de responsabilidad, cuando surgen actualmente algunos proyectos despenalizadores o claramente legalizadores de la eutanasia en algunos países de América Latina.

Parte 3ª.- BIOÉTICA INSTITUCIONAL, SOCIAL Y GLOBAL

CAPÍTULO 12°.- PRINCIPIOS PARA UNA BIOÉTICA INSTITUCIONAL Y SOCIAL²⁸⁷

Introducción

En estos últimos años ha habido un desarrollo importante de la Bioética en Latinoamérica. Necesitamos entender mejor los retos actuales que enfrenta y cuáles pueden ser las líneas que nos van a exigir una mayor dedicación en el futuro²⁸⁸, dentro de la situación general de América Latina²⁸⁹. Estamos en los comienzos de la difusión y aplicación de la bioética clínica, en el ámbito académico y en el clínico, con el desarrollo legislativo de los derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud y la institucionalización de los Comités de Ética en los Hospitales. Pero no podemos quedarnos sólo en esto, es necesario ampliar la bioética clínica a la Atención Primaria de salud y, también desde los Comités, desarrollar y promover la bioética institucional y social.

Objetivo de las actuales instituciones de salud es vigilar y promover el compromiso de respeto a los derechos de los pacientes²⁹⁰, y esto puede ser tarea de los Comités de Ética Asistencial en los hospitales, y de los comités de ética que puedan crearse en los Centros de Salud. Pero muchos de los problemas ético-clínicos, no provienen directamente de la relación profesional de la salud-paciente, sino de otros dos factores importantes: los problemas institucionales, y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud.

Para ello, es necesario dar el paso de una Bioética centrada casi exclusivamente en los aspectos de ética clínica a una que hemos denominado social, porque debe afrontar tanto la promoción de la ética institucional, como el control desde la ética social de las políticas públicas de salud y de la evolución del propio sistema de salud, así como de las relaciones y adecuación entre el sistema y la exigencias y necesidades de la sociedad. Esto se puede lograr dando contenido a los principios de la bioética y buscando una fundamentación²⁹¹. No basta con una aplicación superficial de los cuatro principios clásicos, para asegurar en nuestros países el respeto a los

²⁸⁷ Elaborado de dos artículos: De los principios de la Bioética Clínica a una Bioética Social para Chile. *Revista Médica de Chile*, 2008; 136: 1084-1088. De la Bioética clínica a una Bioética institucional y social. *Cuadernos de Bioética*. Editorial Ad Hoc, Buenos Aires, octubre 2008: 21-38.

²⁸⁸ León FJ. Por una Bioética social para Latinoamérica. *Agora Philosophica*, 2005; 11 (1): 19-26. Fabri dos Anjos M, De Siqueira JE (Orgs) *Bioética no Brasil. Tendências e perspectivas*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, Ideias Letras; 2007.

²⁸⁹ León FJ. Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales. En: Lolas F (ed.) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: OPS-OMS; 2004: 145-152. Pessini L, Paul de Barchifontaine Ch. (Orgs.) *Bioética na Ibero-América. História e perspectivas*. São Paulo: Centro Universitário Sao Camilo, Edições Loyola; 2007.

²⁹⁰ Chile. Ministerio de Salud. Estándares generales para prestadores institucionales de atención abierta. Respeto a la dignidad del paciente. Santiago: Ministerio de Salud; 2007.

²⁹¹ Garrafa V, Kottow M, Saada A (Org.). *Bases conceituais da Bioética. Enfoque latino-americano*. São Paulo: Editora Gaia Ltda; 2006. León FJ. De los principios de la Bioética Clínica a una Bioética Social para Chile. *Revista Médica de Chile*, 2008; 136 (8): 1084-1088.

derechos o la mejora de la situación vulnerable de gran parte de la población²⁹². Esta puede ser una de las herramientas para que desde los Comités Asistenciales de Ética, los Comités de Ética de Investigación y desde las Comisiones Nacionales de Bioética, donde existan y funcionen, se aborden también los aspectos de ética institucional y social²⁹³.

1.- La difusión de la Bioética institucional y social:

El propio desarrollo de la Bioética global de Potter²⁹⁴, el desarrollo de la ética institucional y empresarial aplicada a las instituciones de salud²⁹⁵, las propuestas de las éticas del desarrollo²⁹⁶, y de la interculturalidad²⁹⁷, y la necesidad de legislar y los debates sociales y en los medios de comunicación, han llevado a un reciente desarrollo de la Bioética como una ética institucional, social y política²⁹⁸, con estudios también en España y Latinoamérica sobre justicia e igualdad en salud, ética de las instituciones de salud²⁹⁹, y bioética en salud pública³⁰⁰, que van más allá de la bioética general y clínica.

Es un campo importante de promoción de los derechos humanos fundamentales –especialmente el derecho a la vida y a la salud- y de análisis de las consecuencias prácticas de la justicia en nuestras sociedades. Muchos problemas en ética clínica no hacen referencia exclusivamente a la

²⁹² Roland Schramm F, Rego S, Braz M, Palácios M (Org.) *Bioética, riscos e proteção*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

²⁹³ León FJ (Coord) Comisiones Nacionales de Bioética. Libro de Actas VIII Jornada Nacional de Bioética. Santiago: Sociedad Chilena de Bioética; 2008.

²⁹⁴ Acosta JR. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela, 2002.

²⁹⁵ Simón P (Ed.) Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad. Madrid: Triacastela; 2005. García Marzá D (Dir.) La apuesta ética en las organizaciones sanitarias. Valencia: Universitat Jaume I; 2005.

²⁹⁶ Martínez Navarro E. *Ética para el desarrollo de los pueblos*. Madrid: Trotta; 2000. Goulet D. *Ética del Desarrollo. Guía teórica y práctica*. Madrid: IEPALA; 1999. Cortina A. Ética para el desarrollo: un camino hacia la paz. *Sistema*, 2006, 192. Conill J. *Horizontes de economía ética. Aristóteles, Adam Smith, Amartya Sen*. Madrid: Tecnos; 2006.

²⁹⁷ Salas R. Ética intercultural. Ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos. Santiago: Ediciones UCSH; 2003. Lolas F, Martín DK, Quezada A (Ed.) Prioridades en salud y salud intercultural. Santiago: CIEB Universidad de Chile; 2007.

²⁹⁸ Parenti F. Bioética y biopolítica en América Latina. En: Acosta JR. *Ob. Cit.*: 171-184.

²⁹⁹ Kottow M. *Bioética en Salud Pública*. Santiago: Puerto de Pablos; 2005.

³⁰⁰ Roland F, Kottow M. Principios bioéticos en Salud Pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saude Pública*, 2001; 17(4): 949-956. Bernardes Marques M. *Saúde Pública, Ética e Mercado no entreato de dois séculos*. São Paulo, Editora Brasiliense; 2005. Carvalho Fortes P.A., Campos Pavone EL (orgs.) *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitario São Camilo, Edições Loyola; 2003. Segre M. *A questão ética e a saúde humana*. Editora Atheneu, São Paulo, 2006.

relación médico-paciente, sino a defectos institucionales que están en la base de muchas quejas de los usuarios de nuestros hospitales³⁰¹.

Es necesario pasar de una ética clínica a una bioética institucional y social, donde analicemos también la ética de la gerencia de las instituciones de salud, de la distribución de recursos, de las condiciones laborales de los profesionales de la salud, de las políticas de salud, etc. Pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética en las sociedades democráticas.

2.- Propuesta de desarrollo de la Bioética como instrumento del debate ético-social y político:

El éxito de la Bioética clínica ha sido la elaboración de una buena y eficaz metodología, la implementación de una buena propuesta de formación de los profesionales, y la penetración en el ámbito de la salud a través de los comités de ética de los hospitales. Para elaborar una Bioética social, debemos completar esa metodología y ampliar las funciones de los comités de ética, y por supuesto, es primordial la educación en el diálogo social, académico y profesional.

Como paso previo para esto, debemos definir bien algunas nociones previas al diálogo, que tienen especial importancia en el ámbito de Latinoamérica³⁰²:

2.1.- El debate en Bioética debe ser plural, tolerante, sin “fundamentalismos” por un lado, y sin imponer un laicismo militante por el otro. No caben los “despotismos ilustrados” de ningún signo, y por lo tanto, deberemos exigir siempre la presentación pública de las razones, dar razones de cada una de las posiciones respetables o tolerables, o demostrar por otro lado por qué determinadas posiciones no deben ser toleradas o respetadas en nuestras sociedades democráticas, por traspasar los límites de nuestra ética de mínimos ciudadana consensuada entre todos.

Es preciso después abrir espacios de diálogo. Existen ya algunos espacios de debate que pueden resultar enriquecedores: los comités asistenciales de ética en los hospitales o centros de atención primaria, y las Comisiones nacionales en aquellos países que las han implementado, y no sólo las dedicadas a ética de la investigación biomédica.

2.2.- Deberemos establecer un consenso previo al debate, en torno a los bienes humanos básicos y a los derechos humanos fundamentales. No importa sólo la referencia teórica y general, constitucional muchas veces, a estos derechos, sino el análisis de las conclusiones prácticas que la experiencia de estas últimas décadas ha aportado a cada país de Latinoamérica sobre el ejercicio, la protección y la promoción de estos derechos.

³⁰¹ Chile. Superintendencia de Salud. Estudio de Satisfacción de Usuarios. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2007. Chomalí M, Mañalich J. La desconfianza de los impacientes. Reflexiones sobre el cuidado médico y la gestión de riesgos en las instituciones de salud. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2006. Infante C. Quejas médicas. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. México DF: Editores de Textos Mexicanos; 2006.

³⁰² Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993.

A la vez, es preciso analizar los valores propios de cada país, y los valores que debe aportar la justicia social en el ámbito de la salud: conocer previamente la realidad del acceso al sistema de salud, las desigualdades económicas, sociales, étnicas, etc, nos ayudará a tener presentes las metas de justicia social antes de estudiar las posibles soluciones.

Es necesario, por ejemplo, realizar un análisis detenido de los problemas éticos que pueden suscitar en cada país las reformas de la salud que se están implementando³⁰³.

2.3.- Debemos estudiar y proponer un nuevo modelo de relación médico-paciente, o profesional de la salud y persona atendida en salud, o prestador de servicios en salud y usuario. No cabe una aceptación acrítica de modelos externos, y tampoco una especie de indiferencia o abstención ante la evolución rápida que están teniendo nuestra sociedad en este punto, desde un paternalismo a formas de un contractualismo más o menos individualista, o esquemas neoliberales poco concordes con la experiencia clínica de nuestros países.

Es necesario, en definitiva, analizar qué modelo queremos para cada uno de nuestros países:

- cómo incorporar plenamente la teoría y la práctica del consentimiento informado, que tenga en cuenta el papel de la autonomía individual.

- cómo proporcionar la mejor información al paciente, una información que necesariamente en nuestros países será también parte de la educación en salud, y por tanto deberá unir su carácter instructivo con un delicado respeto por la objetividad y los valores del propio paciente.

- cómo establecer una buena relación de ayuda, no sólo a nivel individual entre el profesional de la salud y el paciente, sino también comunitaria, con la familia y la comunidad social.

2.4.- Finalmente, en la asimilación de los contenidos de la Bioética norteamericana y europea, deberemos jerarquizar los principios bioéticos, sin reducciones fáciles y superficiales. Puede ayudar para ello la propuesta realizada hace ya algunos años por el Prof. Diego Gracia de establecer un primer nivel, con los principios de justicia y no maleficencia; y un segundo nivel – importante, pero segundo- con los principios de autonomía y beneficencia³⁰⁴. Que ocupen estos últimos el segundo puesto no quiere decir que sean secundarios y prescindibles, pero sí que debe tenerse en cuenta la posición primordial en el debate bioético de la no maleficencia y de la justicia. Y pienso también que quizás no hemos profundizado aún lo suficiente en las exigencias que el principio ético –no jurídico solamente- de justicia aporta al análisis bioético, y en los cambios de perspectiva que nos aporta también la consideración de principio de beneficencia no solamente como la complementación del de no maleficencia, sino como un deber responsable de solidaridad y cualificación de los cuidados del profesional de la salud.

³⁰³ Lolás F. La Bioética y los sistemas sanitarios en América Latina y el Caribe. In: *III Congreso Nacional, Latinoamericano y del Caribe de Bioética*. México: Comisión Nacional de Bioética y Academia Nacional Mexicana de Bioética; 1999.

³⁰⁴ Gracia D. Prólogo. En: Beauchamp T, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.

3.- Propuesta de desarrollo del modelo de los principios en una Bioética institucional y social:

Ricardo Maliandi ha propuesto recientemente desde Argentina un desarrollo de los principios éticos en el área de la biotecnología, donde la no maleficencia y beneficencia serían el principio de precaución en la exploración genética; el de justicia, la no discriminación genética; y la autonomía, el principio de respeto por la diversidad genética³⁰⁵. Pienso que es necesario desarrollar los principios secundarios o intermedios que necesitamos para delimitar y concretar en la práctica las grandes principios generales ¿Qué es la justicia en un caso ético-clínico concreto? Puede ser respeto a un derecho, puede ser protección de un paciente vulnerable, puede ser no discriminar de modo injusto los recursos en una decisión de limitación de tratamientos.

Es necesario concretar más, en cada uno de los principios. Y también diferenciar estos principios que salvaguardan los derechos y los deberes, y nos muestran las virtudes necesarias para la acción y decisión ético-clínica, de aquellos que son instrumentales en la toma de decisiones, y que a veces se confunden: el principio de proporcionalidad, el de totalidad, el principio de subsidiariedad, del doble efecto, el principio de imparcialidad (el “observador imparcial”), el principio de buscar el mejor interés del paciente, el principio de subrogación de la autonomía, el principio de mediación que nos lleva a buscar siempre una solución de consenso racional político en lugar de la imposición en casos de conflicto. Son importantes para los modelos que utilizamos de toma de decisiones o análisis de casos ético-clínicos, pero no tienen que ver directamente con la protección de los derechos, promoción de los deberes y virtudes necesarias en el ámbito biomédico.

Principios de bioética clínica, institucional y social

Se realiza una propuesta inicial en el Cuadro 1.

Cuadro 1 SISTEMA DE PRINCIPIOS EN BIOÉTICA Principios de Bioética clínica, institucional y social

Bioética Clínica Médico-paciente Sociedad	Bioética institucional Institución-médico-usuario	Bioética social Minist.	Salud-
No Maleficencia			
- Deber de no abandono	- No abandono institucional	- No abandono social	
- Precaución	- Precaución: sistemas seguridad	- Prevención salud	
- Responsabilidad prof.	- Responsab. Institución	- Responsab política	
- Responsab familiar			

Justicia

³⁰⁵ Maliandi, R. *Ética: dilemas y convergencias*. Buenos Aires: Biblos; 2006.

- respeto derechos paciente - respeto derechos pacientes - promoción derechos
- Equidad: no discriminac injusta - Equidad acceso atención salud - Priorización salud
- equidad reparto recursos - Equidad en recursos escasos -Seguimiento inequidades
- Protección más débil - protección población vulnerable - Discriminación positiva
- Eficiencia profes - eficiencia institucional - control, acreditación
- Continuidad atención - sostenibilidad de la atención - sostenibilidad sistema

Autonomía

- respeto autonomía: consent - participación pacientes - control social salud
- promover competencia - participación familiar - participación comunidad
- promover libertad responsable - Educación en salud institucional - Prevención/educación
- confidencialidad - custodia información y confidencialidad - Asegurar confidencialidad

Beneficencia

- Calidad vida: fin clínica - calidad asistencial - calidad sistema
- Excelencia profesional - Excelencia institucional - acreditación
- Humanización cuidado - Plan humanizac institucional - acreditación
- solidaridad: compasión - solidaridad institucional - subsidiariedad
- Ética del cuidado

La no maleficencia es primariamente **no dañar** física o psíquicamente, evitar el dolor físico y el sufrimiento psíquico. Puede concretarse en tres principios:

deber de no abandono del paciente o sujeto de investigación;

principio de precaución, que nos ayuda a evitar cualquier mala praxis, a nivel del equipo clínico y de la institución;

y **principio de responsabilidad** ante las consecuencias de las decisiones ético-clínicas, o de toma de medidas en una institución o en salud pública.

Pero también existe el abandono, no sólo por parte del equipo profesional de salud, sino de la familia y la comunidad: están los deberes de **responsabilidad familiar** (no abandono familiar del paciente), y **responsabilidad comunitaria** (no abandono institucional y social).

El de justicia es primariamente **dar a cada uno lo suyo**, lo debido, a lo que tiene derecho, pero contiene otros varios:

- **principio del respeto a los derechos o a la legalidad vigente**; ver en el paciente o usuario también un sujeto de derechos legítimos, y claridad en los derechos y deberes mutuos de los profesionales de la salud y los pacientes y entre ellos y el sistema

- **principio de equidad**, que es distribuir las cargas y beneficios equitativamente, más que mero equilibrio entre costes/beneficios o recursos/servicios prestados. Primero consiste en **no realizar discriminaciones injustas** (cabén las discriminaciones justas por motivos clínicos, de urgencia, en catástrofes, etc.) y segundo en la **igualdad en las posibilidades de acceso y en la**

distribución de los recursos de la salud, al menos dentro del mínimo ético exigible en cada situación concreta;

- y más allá de esto, **el principio de protección**, para conseguir efectivamente un nivel adecuado de justicia con los más vulnerables o ya vulnerados, en la atención de salud o en la investigación biomédica.

- También pertenece a la justicia el **deber de eficiencia a nivel profesional, institucional o del propio sistema de salud**. Es “la relación entre los servicios prestados y los recursos empleados para su realización... es una exigencia moral puesto que todos estamos obligados a optimizar los recursos –que son limitados- sacando de ellos el mayor beneficio posible”³⁰⁶. Es exigible la eficiencia a los profesionales que trabajan en el sistema de salud, a las instituciones privadas o públicas que están dentro de una medicina gestionada que debe necesariamente racionalizar el gasto. Aquí es primordial poner el fin de la salud –propio del profesional y del sistema- por encima del fin económico, importante pero secundario.

- Es de justicia finalmente **asegurar la continuidad de la atención**, tanto entre Centros de Salud y Hospitales, como del médico tratante, en lo posible. A nivel institucional, es un deber **asegurar la sostenibilidad del sistema** y la continuidad de la atención al usuario. Y es un deber de justicia prioritario para el sistema de salud asegurar **la sostenibilidad de las prestaciones** que se ofrecen a los ciudadanos.

En cuanto a la autonomía, no es solamente el **respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente**, a través del proceso del consentimiento informado. Existe también más allá el **deber ético de los profesionales de promover la competencia**, y de ayudar –sin paternalismos- a que el paciente pueda **ejercer una libertad responsable**. Y más allá de la subrogación de la autonomía desde el punto de vista legal –muchas veces confundido con el ético- en los casos de falta de competencia momentánea o definitiva, está buscar al representante mejor de los intereses del paciente, y el papel de la familia en nuestra cultura. No se trata de una autonomía individualista, en muchos casos, sino del individuo en el ámbito familiar, y a veces comunitario, más amplio. Coexisten en nuestros países de hecho dos modelos, el de la salud privada y el de la salud pública. Pero no podemos mantener la idea de que la privada sería el ámbito del paciente que desea ser autónomo, mientras la pública queda –de hecho, no en los teóricos derechos- como el ámbito de la beneficencia y la justicia. Este planteamiento sería radicalmente injusto.

También corresponde al principio de autonomía la **participación de todos los ciudadanos en el control social y en la elaboración de las políticas de salud públicas, o en las líneas de investigación biomédica**. En la medida que todos sean más autónomos de hecho, deberán también participar en mayor grado en la delimitación de los valores éticos presentes en el sistema de salud y en las políticas de salud.

Por último, **el principio de beneficencia**, que es hoy en día mucho más que hacer al paciente el mayor bien posible según su propia escala de valores³⁰⁷.

³⁰⁶ García Marzá D (Dir.) *Ob. cit.*: 72-78.

³⁰⁷ Tauber, A. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts, MIT Press; 2005.

En primer lugar, la beneficencia supone atender el bien de la calidad de vida del paciente como fin propio de la Medicina: no solamente curar, sino cuidar y dar la mejor calidad de vida posible. Calidad de vida se entiende así como un bien del paciente, y no sólo como un instrumento o principio instrumental para medir la proporcionalidad de un determinado tratamiento.

Se entiende que el paciente desea una **atención de calidad y excelencia**, y éstas son valores que deben incorporar los equipos y profesionales de la salud. La calidad de la atención conlleva varios aspectos: excelencia en cuanto a obtener los mejores resultados, valor en cuanto al precio de los servicios ofrecidos, ajuste a unas determinadas especificaciones o estándares, y **satisfacción de las expectativas de los usuarios**³⁰⁸. Esto se puede conseguir mediante los compromisos explícitos de las instituciones a través de las Cartas de Servicios, por ejemplo, y mediante los procesos de acreditación institucionales de las instituciones de salud.

Se requiere también una medicina mucho más cercana al paciente, con una **relación más personal, mas humanizada**, tanto por parte del médico y demás profesionales de la salud, como por parte de la institución, por ejemplo, con planes concretos de humanización de la atención que se presta.

El médico está ligado al paciente por un contrato profesional, y en el marco de una institución. Es, por tanto, el médico un agente que interviene en lo que denominamos con Paul Ricoeur el tercer nivel de la intención ética, el de la justicia. Pero a la vez, debe establecer relaciones personalizadas con los pacientes que atiende, y por eso su actuación se mueve en el segundo nivel ético del “con y para los otros”³⁰⁹. No puede ignorar la justicia, pero debe actuar con beneficencia, desde una ética de las virtudes que ayude al otro a conseguir una vida lograda, en la mayor medida posible³¹⁰. Y aquí son básicos los postulados de **la ética del cuidado**, que acerca la decisión al paciente concreto, con atención a lo singular, circunstancial, y no sólo al universalismo racional de los principios³¹¹.

Y también es imprescindible **el principio de solidaridad**, más allá de la justicia, tanto a nivel social como individual. Una sociedad puede implementar un sistema que generalice la asistencia en salud a todos, con prestaciones de alta calidad si lo permite el desarrollo económico, pero podría ser calificado como deshumanizado, distante, no acogedor, por parte de los usuarios, y puede dar lugar a un aumento de las quejas o a una mala percepción de la atención recibida. Mientras que por el contrario, un sistema con menos recursos –económicos y humanos- como el sector de salud público chileno, ve de hecho compensadas sus deficiencias actuales por una solidaridad benéfica desde la propia sociedad o los individuos. Pero existe también un deber ético de solidaridad por parte de todas las instituciones públicas a todos los niveles, que para el estado se convierte en **deber de subsidiariedad** allí donde no llegue la iniciativa particular de los ciudadanos.

³⁰⁸ García Marzá D (Dir.) *Ob. cit.*: 93-115.

³⁰⁹ Ricoeur, P. *Soi Même Comme un Autre*. París: Editions du Seuil; 1990.

³¹⁰ León, FJ. Autonomía y beneficencia en ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva. *Biomedicina*. Montevideo, 2006, 3: 257-260.

³¹¹ Torralba, F. *Antropología del cuidar*. Madrid: Instituto Borja de Bioética, Ed. Fundación Mapfre Medicina; 1998.

CAPÍTULO 13º.- BIOÉTICA: ENTRE LA UNIVERSALIDAD Y LA INTERCULTURALIDAD. LOS DESAFÍOS ÉTICOS DE LA GLOBALIZACIÓN

Introducción

La Bioética se ha caracterizado por ser una propuesta práctica de principios éticos racionales, que pretenden una validez universal, independientemente de las culturas o civilizaciones. Los derechos humanos fundamentales, y especialmente el derecho a la vida y el derecho a la asistencia en salud, son la base conceptual de la propuesta bioética, y se consideran derechos universales desde la Declaración de la ONU.

Esta propuesta universal de la Bioética se ha encontrado con varios obstáculos y retos diferentes a los que debe responder. Por una parte, desde la ética del cuidado y desde el feminismo se ha insistido en la atención al paciente concreto, en su especificidad, hombre o mujer, y no al individuo racional abstracto. Por otro, desde el comunitarismo y la ética de la interculturalidad se ha insistido en el respeto a las tradiciones comunitarias, tanto culturales como sociales y éticas, y en el consecuente respeto a la diferencia en la atención de salud, por ejemplo con las minorías indígenas en América Latina.

La globalización ha acentuado esta tensión, con propuestas de éticas globales o mundiales, que chocan a veces con la exigencia de adecuación a lo particular y respeto a la identidad concreta. Esto supone actualmente un reto para la Bioética tradicional, que pensamos debe afrontarse tanto desde la visión de la ética del diálogo, como desde la visión del personalismo y el comunitarismo, como complementación necesaria de lo aportado por la Bioética universalista o global. Si no queremos un relativismo utilitarista de intereses globalizados, debemos fundamentar una ética universal y su aplicación en la bioética, y al revés, la experiencia de la bioética como “deliberación práctica de las exigencias éticas que lleva consigo el respeto y la promoción de la dignidad de la vida y la persona en el ámbito biomédico”³¹², nos ayudará a afrontar los retos de la globalización.

1.- Los antecedentes: la propuesta universalista de la Bioética.

Bioética global de Potter

En su conocido libro “Bioética: un puente para el futuro” Potter³¹³, inaugura una visión “global” de la Bioética, como ética del medio ambiente, que debería unir de nuevo la ciencia y la filosofía, y sería el puente para salvar a la humanidad de un progreso científico deshumanizado. El mismo Potter, en una de sus últimas intervenciones públicas, insistió en su concepto de “bioética global” sosteniendo que “para un futuro a largo plazo tendremos que inventar y desarrollar una bioética

³¹² León FJ. Dignidad humana, libertad y bioética. *Cuadernos de Bioética*, 1992, 12 (4): 5-22.

³¹³ Potter VR. *Bioethics, Bridge to the Future*. New Cork: Prentice Hall; 1971.

política ... la bioética mundial debe evolucionar hacia una bioética social a escala mundial políticamente activa”³¹⁴.

El principio de responsabilidad para una civilización científica y tecnológica: Hans Jonas.

Jonas elabora la ética de la responsabilidad y desea complementar o reemplazar el “imperativo categórico” kantiano por un principio que habría de tomar en consideración nuestra responsabilidad por una existencia continuada de la humanidad en el futuro: “Definitivamente desencadenado, Prometeo, al que la ciencia proporciona fuerzas nunca antes conocidas y la economía un infatigable impulso, está pidiendo una ética que evite mediante frenos voluntarios que su poder lleve a los hombres al desastre. La tesis de este libro es que la promesa de la técnica moderna se ha convertido en una amenaza, o que la amenaza ha quedado indisolublemente unida a la promesa”³¹⁵.

No basta, por tanto, una ética de la prudencia, es necesaria una ética del respeto fundamentada en el temor al propio peligro que somos capaces de prever. “La justificación de una ética tal que ya no permanezca circunscrita al ámbito inmediato e interpersonal de nuestros contemporáneos habrá de prolongarse hasta la metafísica, pues sólo desde la metafísica cabe hacer la pregunta de por qué debe haber en general hombres en el mundo; de por qué es, por tanto, válido el imperativo incondicional de garantizar su existencia futura”³¹⁶. En todo caso, deberá ser una ética de la responsabilidad centrada en este nuevo deber del hombre de preservar su propia especie, frente a una ciencia sin valores ni responsabilidad que nos promete una utopía de progreso indefinido.

El principialismo en Bioética: ¿una propuesta universal sólo norteamericana?

Una de las corrientes de Bioética más difundidas globalmente es el principialismo norteamericano, con su propuesta de cuatro principios fundamentales *prima facie*, que serían aplicables a todos, e instrumentación a través de la deliberación como método. Se ha implementado sobre todo en la tarea de asesoramiento de los comités de ética de la investigación y de ética asistencial o de hospitales.

Para universalizar la propuesta, Beauchamp y Childress³¹⁷ recurren a dos medios: uno, recoger lo que les parece más apropiado de distintas teorías éticas, ya que ninguna acaba de convencerles del todo; y dos, realizar una fundamentación débil de su propuesta. No pretenden realizar una nueva teoría ética, solamente una metodología de aplicación práctica a los casos ético-clínicos del ámbito médico, y para ello acuden al fundamento del “sentido moral común”, poco definido

³¹⁴ Potter, VR. Conferencia inaugural del Congreso Mundial de Bioética, Gijón, 2000, recogida por Parenti FR. *Bioética y Biopolítica en América latina*. En: Acosta J, *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002: 171-184.

³¹⁵ Jonas, J. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder; 1995: 15.

³¹⁶ Jonas, J. *Ob.cit*: 17.

³¹⁷ Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson SA; 1999.

y con amplias posibilidades de universalización y aceptación, como de hecho ha ocurrido. El éxito de la propuesta principialista norteamericana se debe a su función práctica en la toma rápida de decisiones que acompaña el quehacer médico, pero su misma indeterminación ha dado lugar a múltiples variantes y fundamentaciones distintas, y a una amplia contestación y correcciones del modelo principialista especialmente en Europa y Latinoamérica.

Es patente y se critica la óptica norteamericana de algunos autores, como Engelhardt, por ejemplo³¹⁸. Es bien conocida también la propuesta de jerarquización de Diego Gracia en una Bioética de principios fundamentales absolutos de nivel 1, que serían los de no maleficencia y justicia; y principios relativos de nivel 2, el de autonomía y el de beneficencia³¹⁹, y recientemente hemos realizado una propuesta de distinción entre principios fundamentales e instrumentales, desde la complementariedad entre la ética dialógica y la personalista³²⁰, con la maximización de los cuatro principios propuesta por Maliandi³²¹.

Otras fundamentaciones de una Bioética universal

Otra forma distinta de proporcionar una fundamentación a esas obligaciones pretendidamente universales de la bioética ha estado en el desarrollo y aplicación bastante extendida en este ámbito de la ética neokantiana y de la ética del discurso de Apel y Habermas, desde una pragmática trascendental del lenguaje, que recupere la posibilidad de normas éticas objetivas en un mundo postmodernista, que sospecha de la razón, intuicionista y relativista³²².

También desde la ética de los bienes básicos se presenta una fundamentación puesta al día, pero enlazada con el pensamiento clásico y sobre todo aristotélico, de una ética racional universal. Son los que John Finnis llama “basic values” o valores básicos, que se refieren a aspectos fundamentales del bienestar humano: “aquellas formas básicas de realización humana plena como bienes que se han de perseguir y realizar”. Son aprehendidos y orientados por la razón práctica y se explican como bienes que perfeccionan al hombre y lo conservan unido en sociedad salvaguardando su dignidad. No son básicos para su existencia, sino para su subsistencia y perfeccionamiento personal y social. En este mismo sentido escribe Gómez-Lobo sobre los que llama “bienes humanos básicos” y los analiza como complementarios de la racionalidad práctica, aplicándolos en el ámbito de la vida humana y la bioética. Estos

³¹⁸ Torralba F. ¿Qué es la dignidad humana. Ensayo sobre Peter Singer, Hugo T. Engelhardt y John Harris. Barcelona: Herder; 2005: 272-273.

³¹⁹ Gracia D. Prólogo. Beauchamp T, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999: 9-15.

³²⁰ León FJ. De los principios de la Bioética Clínica a una Bioética Social para Chile. *Revista Médica de Chile*, 2008, 136 (3): 1084-1088.

³²¹ Maliandi R. Ética: dilemas y convergencias. Cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología. Buenos Aires: Editorial Biblos, Ediciones UNLa; 2006: 95-128.

³²² Apel KO. *La globalización y una ética de la responsabilidad. Reflexiones filosóficas acerca de la globalización*. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2007. Habermas J. *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?* Barcelona: Paidós; 2002.

bienes humanos básicos forman el primer nivel de referencia, para analizar las decisiones antes de la aplicación de los principios “prima facie”³²³.

2.- Los desafíos a la universalidad: la ética ecológica, la ética feminista y el comunitarismo.

Los primeros desafíos a la universalidad se han dado dentro de la propia evolución de la modernidad racionalista, con lo que Gilles Lipovetsky denominó “el crepúsculo del deber”, o cómo conseguir una ética indolora en estos nuevos tiempos democráticos, relativistas, y postmetafísicos³²⁴. Todo el postmodernismo es un debate entre universalismo y relativismo ético, que está también presente en bioética. Analizarlo en profundidad no es posible en este momento. Vamos a centrarnos en algunos de los desafíos actuales más significativos.

En los textos de ética ecológica, se critica sobre todo el racionalismo moderno que ha llevado a la dominación de la naturaleza y a la actual crisis ecológica³²⁵. Arne Naess, fundador de la “deep ecology”, es un decidido partidario de la multiculturalidad frente al universalismo: “El reclamo por la diversidad de formas de vida de la noción de sostenibilidad naessiana supone también el respeto por la diversidad de culturas, tan seriamente amenazada por el modelo de sociedad tecnointustrial. Orientada hacia la sostenibilidad, la comunidad local se encuentra organizada sobre la base de un modelo autosuficiente y descentralizado, a la vez que promueve las relaciones cooperativas entre miembros ... la cooperación y la autosuficiencia contribuyen a la autorrealización”³²⁶. Deberíamos sustituir la realización individualista capitalista que se extiende a todo el planeta por la realización global a través de las comunidades particulares.

Las relaciones de la Bioética con el Feminismo, o más en concreto, con la ética filosófica promovida por el feminismo, no han sido muy cordiales en su inicio³²⁷. El desarrollo de la Bioética como ética clínica ha llevado, por un lado, a una fundamentación de ética práctica, pragmática, muy utilitarista; y por otro, a una renovada ética racionalista, con aspiraciones universalistas, deontológica, y centrada en los principios éticos de la acción. Contra lo primero reacciona el feminismo desde la defensa ética de la situación injusta, vulnerable y vulnerada, de la mujer en una civilización economicista, individualista y liberal. Contra lo segundo, opone el feminismo la ética del cuidado, la atención a las circunstancias y al caso concreto, la “otra

³²³ Saldaña, J. El derecho a la vida. La defensa de Tomás de Aquino y de John Finnis. En: Da Silva IG (Ed.) *Direito Fundamental a Vida*. Sao Paulo: Quartier Latin; 2005: 51-54. Gómez-Lobo A. *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*. Santiago: Mediterráneo; 2006: 20-37.

³²⁴ Lipovetsky G. *El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos*. Barcelona: Anagrama; 2ª ed. 2008: 81-127.

³²⁵ Marcos A. *Propuestas para una ética ambiental*. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2001: 121-158.

³²⁶ Speranza A. *Ecología profunda y autorrealización. Introducción a la filosofía ecológica de Arne Naess*. Buenos Aires: Biblos; 2006: 99.

³²⁷ López de la Vieja MT. Ética y género. En: García Gómez-Heras JM (Coord.). *Dignidad de la vida y manipulación genética. Bioética, Ingeniería genética, Ética feminista, Deontología Médica*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2002: 141-173.

visión” y escuchar la “otra voz”, con el puesto que le corresponde en el actuar humano a los sentimientos y mundo afectivo³²⁸. Más allá de la autonomía liberal, el principio de protección de los más vulnerables; y más allá del racionalismo de principios normativos, la ética del cuidado³²⁹.

El feminismo resalta el papel de la experiencia y la perspectiva particular, dirige la atención hacia lo contingente y el contexto de la vida cotidiana. Berlinguer elabora en este sentido una “bioética de lo cotidiano” –complementaria de la posición feminista- que se aleje de los grandes temas de debate tecno-científico³³⁰; esto entronca con algunos de los defensores de la ética del cuidado y está en la misma línea de algunas de las obras escritas por la feminista Agnes Heller, desde su búsqueda de nuevas legitimaciones desde la postmodernidad³³¹. Benhabib, desde un feminismo crítico con la posmodernidad, propone que “el otro concreto” sustituya al “otro generalizado” en el razonamiento moral, para tener realmente en cuenta a los individuos, con su propia historia y con su propia identidad, desde un criticismo situacional y comunitarista³³².

El comunitarismo por su parte ha desarrollado desde hace tiempo una fundamentada crítica al universalismo liberal, con autores como MacIntyre³³³ o Charles Taylor³³⁴, aunque a veces la crítica parte desde el mismo liberalismo, como por ejemplo, en el comunitarismo de Michael Walzer³³⁵. Pérez Adán ha subrayado recientemente que el debate no es entre el comunitarismo y el liberalismo, sino entre una visión social de la persona y una visión individualista³³⁶. La sociología proporciona una visión diacrónica de la vida humana, la persona aparece como relación, como familia: nacemos en una familia, dentro de una comunidad. En este mismo sentido, Amitai Etzioni subraya las implicaciones morales del cambio social con una contundente crítica a la racionalidad de los comportamientos humanos asumida por la economía neoclásica y sus implicaciones neoliberales³³⁷.

Estas tres corrientes son anteriores a la reflexión crítica sobre la globalización, que es un fenómeno más reciente. Tenemos que examinar cuáles son los retos éticos que plantea ahora la globalización y cómo se intentan afrontar.

³²⁸ Grimshaw J. La idea de una ética femenina. En: Singer P (Ed.) *Compendio de Ética*. Madrid: Alianza Editorial; 1995: 655-666.

³²⁹ León FJ. Ética del cuidado feminista y bioética personalista. *Persona y Bioética*, 2008, 12, 1 (30): 53-61.

³³⁰ Berlinguer G. *Bioética cotidiana*. México: Siglo XXI; 2002.

³³¹ Heller A. *La revolución de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Península; 1982.

Heller A. *Una filosofía de la historia en fragmentos*. Barcelona: Gedisa Editorial; 1999.

³³² Benhabib S. El Ser y el Otro en la ética contemporánea. *Feminismo, comunitarismo y posmodernismo*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2006: 255-258.

³³³ MacIntyre A. Animales racionales y dependientes. Por qué los humanos necesitamos las virtudes. Barcelona: Paidós Básica; 2001.

³³⁴ Taylor Ch. *La ética de la autenticidad*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1994.

³³⁵ Walzer M. (Ed.) *Toward a Global Civil Society*. Providence: Berghahn Books; 1997.

³³⁶ Pérez Adán J. *Adiós estado, bienvenida comunidad*. Madrid: Eiunsa; 2008: 12, 110-112.

³³⁷ Etzioni A. *La dimensión moral*. Madrid: Palabra; 2007.

3.- Los desafíos éticos de la globalización

“Lo que está en cuestión es si tenemos que despedirnos, después de todo, del mundo ideado de una comunidad democrática constituida políticamente, o si el mundo que se desvanece en el nivel de los Estados nacionales se puede poner a salvo, allende ese nivel, en la constelación postnacional”³³⁸.

Las desigualdades y las injusticias económicas y sociales, surgidas a consecuencia de la globalización, han sido muy criticadas y se ha subrayado la necesidad de la ética en la globalización económica. La globalización no es algo occidental, solamente producto del neocapitalismo, sino un fenómeno histórico más amplio que se da entre civilizaciones. Frente a las posiciones de rechazo al neocapitalismo unido a la globalización, o a la perplejidad de algunos liberales por no ser entendidos al pretender globalizar la riqueza y el progreso económico, es necesario subrayar la justa participación equitativa de todos en las oportunidades globales. El título del último libro de Amartia Sen es bien significativo: *Primero la gente*

³³⁹

3.1 Aplicación a escala mundial del neoliberalismo utilitarista

La globalización ha llevado inevitablemente a la difusión de un neoliberalismo utilitarista que se enfrenta con las tradiciones propias de los diferentes países y continentes.

Pero el utilitarismo como propuesta ética, si no se apoya en otros presupuestos, conduce a dos conocidas aporías, señaladas por Apel, que son relevantes también al momento de tratar la crisis ecológica global producida: el utilitarismo no puede decir de manera definitiva en qué debe consistir la utilidad, que es siempre utilidad respecto a algo; y en segundo lugar, no puede aducir ningún argumento de por qué, al maximizar la utilidad, se deben salvaguardar también los intereses de los otros e incluso, en principio, se deben salvaguardar de manera igual los intereses de todos los individuos³⁴⁰.

El neoliberalismo económico propone que el sistema de mercado regule y limite la funcionalidad de las instituciones, ya que sería “valorativamente neutro”, pero esto no es consistente, pues detrás de esa “absolutización cuasi naturalista y empirista de las coerciones funcionales del sistema de mercado se esconde la convicción utilitarista de que la economía capitalista de mercado –y ella sola- conduce a una maximización de la utilidad total de la economía popular, y en tal medida conduce al bienestar de todos los hombres”³⁴¹. Aquí hay una clara valoración ética utilitarista que está presente en la visión neoliberal de la economía, y que no deja mucho espacio para la ética interpersonal de la acción, o para la política de la justicia social.

³³⁸ Apel KO. *Ob.cit.*: 330.

³³⁹ Sen A; Kliksberg B. *Primero la gente*. Barcelona: Deusto; 2007: 13-26.

³⁴⁰ Apel KO. *Ob.cit.*: 102.

³⁴¹ Apel KO. *Ob.cit.*: 144-145.

3.2 Conflicto, identidad, interculturalidad.

El conflicto es algo intrínseco a la globalización, precisamente por su ataque y perturbación de la identidad grupal e individual, que pone en peligro las diferentes culturas. La globalización, tema hoy recurrente en el ámbito de la economía, la ciencia política, la sociología, se muestra ya como un proceso irreversible, que abarca no sólo todas las naciones del mundo, sino también todos los aspectos del hombre, también los culturales. Supone por esto una creciente amenaza a las “identidades nacionales” y provoca desarreglos no sólo en la identidad y concepto de soberanía de las naciones, sino también en la de todas las agrupaciones o comunidades humanas: la globalización perturba no sólo las identidades grupales, sino también las individuales.

Ante esto, Maliandi –desde su ética dialógica basada en la idea de la superación de los conflictos- se pregunta si es posible una ética de la globalización. Algunos dicen que sólo sería posible la ética del darwinismo social, pero es peligroso: “en el ámbito biológico las especies evolucionan mediante la supervivencia de los más aptos; pero si se pretende aplicar esto mismo a la vida moral, se estará desfigurando el sentido básico de esta última”, sería un regreso a una “situación precontractual sin códigos normativos; imposibilita toda reflexión moral, y sobre todo desdeña la justicia y por tanto no puede erigirse coherentemente como ética normativa”³⁴².

Una ética de la globalización tiene que responder a los criterios de identidad y diferencia entre los grupos culturales. Tiene que ser una ética que responda a los dilemas de la globalización y la tecnología, y además una “ética convergente”.

Por otro lado, la identidad individual depende en gran medida de la identidad social y cultural: “Se espera que desarrollemos en una medida considerable nuestras propias opiniones, puntos de vista y actitudes hacia las cosas mediante la reflexión solitaria. Pero no es así como funcionan las cosas en el caso de las cuestiones importantes, como la definición de nuestra identidad. Esta queda definida siempre en diálogo, y a veces en lucha, con las identidades que nuestros otros significativos quieren reconocer en nosotros”³⁴³. Aunque prescindamos de nuestros padres o de la comunidad cultural donde nos formamos, el diálogo con ellos dura toda la vida. La autenticidad es vista en nuestra sociedad moderna como respeto a la “diferencia”, a la “diversidad” e incluso al “multiculturalismo”.

En el plano social, la comprensión de que las identidades individuales se forman en diálogo abierto, no configurado por un guión social previamente definido, ha convertido la política del reconocimiento en un plano de igualdad a todos en algo central y acentuado. No es solamente la forma apropiada de una sociedad democrática. Su rechazo y la negación de su reconocimiento son vistos como una forma de opresión. Y precisamente la negación del reconocimiento de las diferencias culturales es uno de los principales motivos de rechazo del proceso económico y cultural de la globalización.

³⁴² Maliandi R. Perturbaciones de la identidad grupal e individual en un mundo globalizado. En: *Ob.cit.*: 44-49.

³⁴³ Taylor Ch. *Ob.cit.*: 69.

Pero la simple elección de diferentes formas de ser y de cultura no las convierte exactamente en iguales, la mera diferencia no puede ser por sí misma fundamento de una igualdad de valor, ni por parte de las culturas minoritarias, ni por parte de la cultura preponderante en la globalización: “Si hombres y mujeres (y culturas) son iguales, no es porque sean diferentes, sino porque por encima de la diferencia existen ciertas propiedades comunes o complementarias que tienen cierto valor: son seres capaces de amor, de memoria o de reconocimiento dialógico. Unirse en el mutuo reconocimiento de la diferencia (es decir, del valor igual de identidades personales y culturales diferentes) requiere que compartamos algo más que este solo principio, hemos de compartir también ciertas normas de valor en las que las identidades en cuestión se demuestran iguales”³⁴⁴.

3.3. Multiculturalismo: valores y límites.

Algunos autores actuales presentan una visión negativa de estas comunidades culturales intermedias, que tienen un papel preponderante en las visiones éticas del comunitarismo. MacIntyre comenta que, si es un error “buscar infundir a la política del Estado los valores y mecanismos propios de las pequeñas comunidades, un error mayor aún es suponer que exista algo bueno en las comunidades como tales” solamente por ser pequeñas, pues si no realizan los virtudes de la justa generosidad y la deliberación común, las comunidades son siempre propensas a corromperse por la estrechez de miras, la complacencia, el prejuicio contra los extraños y otras deformaciones”³⁴⁵.

Por su parte, Touraine fundamenta toda su visión de un mundo en que no sabemos si “podremos vivir juntos” por la existencia de una doble apartamiento del sujeto racional: estamos en una “desmodernización”, que se libera a la fuerza de los mercados o los imperios y no a esquemas racionales universales, por un lado, y ante el florecimiento de la “desinstitucionalización” por otro, pues se rompen las estructuras nacionales y sociales y se produce la clausura del sujeto en comunidades cada vez más cerradas³⁴⁶.

Otros autores tienen una visión más positiva del fenómeno, por ejemplo, Habermas piensa que es posible el diálogo entre los mundos religiosos –de comunidades más o menos cerradas- y los mundos del naturalismo científico de nuestra época, siempre que cada grupo respete al otro como “interlocutor válido”³⁴⁷.

El gran valor de la multiculturalidad es precisamente que nos defiende de ese atomismo social, nos devuelve un grupo con el que compartir nuestros proyectos de vida y nuestros ideales morales comunes. Frente a la cultura globalizada, tecnocrática y burocrática, nos devuelve la importancia de lo particular, de “lo nuestro”, de “lo diferente”. Es la afirmación de los valores propios de cada cultura, frente a los intentos de imposición global de los valores de una cultura dominante. Y también la afirmación de unos lazos sociales que nos ayudan a autorrealizarnos, a

³⁴⁴ Taylor Ch. *Ob.cit.*: 88.

³⁴⁵ MacIntyre A. *Ob.cit.*: 167.

³⁴⁶ Touraine A. *¿Podremos vivir juntos?* México: Fondo de Cultura Económica; 2000.

³⁴⁷ Habermas J. *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Paidós; 2006.

ser más auténticos, pero no en el sentido neoliberal individualista, sino en la relación con los otros del propio grupo social.

La cultura particular es la que nos proporciona esos “horizontes de sentido” –en terminología de Taylor- que nos lleva a una vida más rica y plena que la simple maximización de los bienes materiales económicos que nos ofrece la globalización, con mayor o menor acierto.

Existen numerosas propuestas de un nuevo contrato social entre culturas, que evite los excesos: “El fanatismo por un lado, el desarraigo, por otro: ahí están de alguna manera las dos figuras inmorales que un contrato humano entre culturas debe evitar si no quiere eludir la cuestión ética, entre el error de las pasiones culturales y el suplicio uniforme de su despersonalización”³⁴⁸. Así, no sólo podemos sino que debemos plantearnos la ambigüedad moral de cada cultura, reconocer sus instintos violentos o pacíficos, sus inclinaciones humanas o inhumanas, sus actos de libertad o de tiranía, en resumen, “ser capaz de hacer del no-yo un ser tan sensible como el yo” gracias al instinto original de la compasión por el otro.

En palabras de un autor latinoamericano, deberíamos preservar el derecho a la diferencia, sí, “pero apartado de los impulsos de purificación en los que las diversas encarnaciones se han revelado plenas de violencia. El mestizo es el contrato libre. El clon es el contrato impuesto. Los nuevos valores, fundamentados sobre el vigor de la discusión y de la concertación entre ciudadanos, no pueden forjarse más que en la evolución vital, natural y, por tanto, aventurada del mestizaje entre culturas”³⁴⁹.

De aquí proviene su fuerza y también los límites éticos de la propia multiculturalidad. Es un bien para el individuo y las distintas sociedades porque proporciona esos horizontes de sentido culturales y morales necesarios en este mundo fragmentado, pero a la vez tiene sus límites en el reconocimiento y respeto de una base fundamental universal de la ética: los bienes humanos básicos o los derechos humanos fundamentales no pueden ser transgredidos por ninguna cultura particular en razón del respeto a su propia identidad cultural³⁵⁰.

¿Cabe la tolerancia o el respeto ante la injusta violación de los derechos humanos fundamentales? Pero también podemos preguntarnos: ¿Existen unos derechos humanos universales, y con ellos unos deberes éticos para con los demás también universales? Que es igual a la pregunta de si existe una dignidad de todos los seres humanos, o de todos los ciudadanos, que todo el mundo comparte, universalista e igualitaria: este concepto de dignidad - moderno y tradicional a la vez, según Juliana González- es el único compatible con una auténtica sociedad democrática. Muticulturalidad y pluralidad implican “asumir la tolerancia... como aceptación básica de las diferencias”, pero a la vez, implican respeto por el otro y por eso los derechos humanos son “el paradigma ético, la ‘tabla de valores’ de nuestro tiempo” y un mínimo ético irrenunciable³⁵¹.

³⁴⁸ Béji H. ¿Qué futuro para el pluralismo cultural? En: Bindé J *¿Hacia dónde se dirigen los valores?* México: Fondo de Cultura Económica; 2006: 266-273.

³⁴⁹ Portella E. La cultura del siglo XXI: ¿Clonación o mestizaje? En: Bindé J. *Ob.cit.*: 274-279.

³⁵⁰ Garza MT. Consensos y disensos en Bioética y Biopolítica. En: González J (Coord) *Dilemas de Bioética*. México: UNAM, Comisión derechos Humanos y Fondo de Cultura Económica; 2007: 228-239.

³⁵¹ González J (Coord.) *Dilemas de Bioética*. *Ob.cit.*: 251.

La actual formulación de los derechos humanos ha sido acusada a veces de constituir “un deseo de homogeneizar y globalizar el mundo según la forma peculiar de Occidente” o de lograr una convergencia supracultural dominada por la cultura occidental. Es necesario respetar la peculiaridad de cada cultura sin prevalencias de ninguna en particular, pero no es imposible la universalidad de los valores que afectan a la humanidad en su conjunto, y los derechos humanos son el ejemplo más claro de esas equivalencias interculturales, y nacieron con esa vocación de universalidad³⁵².

4.- Respuesta a los desafíos éticos de la globalización:

4.1 Propuestas de una Ética universal:

Existen varias propuestas de una “ética universal minimalista”, frente a las propuestas filosóficas “maximalistas”, que tendría dos condiciones:

Reconocimiento del principio de universalización de la justicia. Según algunos autores neoliberales, los habitantes del primer mundo no estaríamos obligados moralmente por el principio de justicia a ayudar a los del tercer mundo si parte pueden morir de inanición. Solamente podríamos ejercitar libremente el principio de beneficencia y extrapolar la lealtad convencional dentro del grupo o país en que estamos a una solidaridad postconvencional de igualdad de derechos de todos para la supervivencia de toda la humanidad. Pero esto se contrapone a la existencia de un principio de justicia, que necesariamente debe ser universal.

Los valores de las diferentes culturas, e incluso el principio de universalización, deben ser interpretados sin recurrir a una perspectiva o doctrina particular comprensiva, que sería culturalmente dependiente. Según algunos autores, tal sería, por ejemplo, una filosofía metafísica, o incluso kantiana.

Por eso, en la propuesta de Hans Küng de una Ética mundial, por ejemplo, se propone un “ethos mundial” que no debe ser una superestructura que se imponga sobre las superfluas éticas específicas de las diferentes regiones o filosofías, sino solamente un “mínimo necesario de valores, estándares y actitudes básicas comunes”, de forma que “todo individuo no sólo posee una dignidad inviolable y unos derechos inalienables; también debe asumir una responsabilidad intransferible en relación con todo lo que hace u omite”³⁵³. Por su parte, Walzer propone una “moralidad tenue pero universal”: “Las personas, al pensar y hablar acerca de la justicia, se encuentran en la mayoría de los casos en un terreno familiar y plantean los mismos temas –como la tiranía política y la opresión de los pobres- ... (y lo que digan) será inmediatamente accesible a quienes no saben nada acerca de sus convicciones. Cualquiera que considere esto, hallará aquí

³⁵² Vidal M. *Orientaciones éticas para tiempos inciertos*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2007: 104.

³⁵³ Küng H (Ed.) *Reivindicación de una ética mundial*. Barcelona: Trotta, 5ª ed.; 2002: 3-5. Hans Küng, Angela Rinn-Maurer. *La ética mundial entendida desde el cristianismo*. Editorial Trotta, Madrid, 2008: 133-134.

algo que reconoce. La suma de estos reconocimientos es lo que entiendo por moralidad mínima”³⁵⁴.

Esta ética minimalista surge por tanto de las experiencias de compartir interculturalmente un mínimo de valores comunes, que es algo positivo, pero no constituye una respuesta suficiente al desafío ético que presenta la globalización: no es posible fundamentar una política común responsable, por ejemplo, sobre la base de valores compartidos, ocasional y temporalmente, por diferentes formas maximalistas de moralidad culturalmente dependientes. Se deben compartir valores comunes de un modo más fuerte.

4.2. Reformulación de la propuesta de la ética dialógica como una ética universal.

La ética del discurso es uno de los más relevantes aportes realizados para rehabilitar la filosofía práctica a finales del siglo XX, y debería servirnos para afrontar los retos de la globalización en este siglo XXI.

Es necesaria una ética de la responsabilidad en la era de la ciencia –escribe recientemente Apel– y la ética del discurso no solamente compete al diálogo interpersonal entre “interlocutores válidos” sino también a la corresponsabilidad por las actividades colectivas, de forma que puede permitirnos la solución de conflictos en esta civilización globalizada.

“Después del fracaso del sistema socialista, quedan, frente a las coerciones funcionales, sólo dos alternativas: o bien creer que la economía de mercado proveerá a todos los consumidores potenciales (“utopía neoliberal”), o bien admitir que la brecha entre los que pueden participar en el sistema y los que quedan excluidos de él –brecha que está ampliándose en la “globalización”- sea sometida a un control, no sólo por parte de los economistas como hasta ahora, sino de la “publicidad mundial racionante”, mediante la paulatina institucionalización de los discursos prácticos y la justicia social a nivel mundial”³⁵⁵.

Es necesaria una ética política para la organización a escala mundial de esa responsabilidad solidaria en esta era de la ciencia, que nos lleve a unas relaciones internacionales basadas en la solución pacífica de los conflictos, sin violencia: “Tanto recurso a procedimientos estratégicos (por ejemplo, amenaza de revancha y semejantes) como sea necesario; tantos esfuerzos en mecanismos consenso-discursivos e solución de conflictos (por ejemplo, “Medidas generadoras de confianza”) como sea posible”³⁵⁶. Las personas, después de dialogar, no pueden regresar simplemente a sus visiones maximalistas culturalmente dependientes, sino que “están obligadas a cooperar en la búsqueda de soluciones universalmente aceptables para los problemas morales comunes”.

No solamente es necesaria, sino que es posible una ética universal para superar el desafío de la globalización, pero no puede quedarse en una demostración empírico-inductiva de los “valores comunes” (muy parecido al sentido moral común de Beauchamp y Childress en Bioética) y de un acuerdo para el caso concreto sobre esta base, aunque esto resultara muy útil. No bastan las

³⁵⁴ Walzer M. *Ob.cit.*: 4-7.

³⁵⁵ Apel KO. *Ob.cit.*: 18-19.

³⁵⁶ Apel KO. *Ob.cit.*: 91.

declaraciones universales de derechos, aunque puedan tener influencia política y utilidad; son necesarias también declaraciones universales de los deberes o responsabilidades morales, dentro del marco racional de la ética del discurso y de un bioderecho que también sea universal³⁵⁷.

4.3. Desde la Bioética: pluriprincialismo frente al relativismo

Desde la Bioética se realiza la propuesta de principios fundamentales. Más allá de la propuesta principialista norteamericana, tenemos posiciones de fundamentación dialógica de valor universal: “El hecho de que los principios no puedan (salvo excepciones) ser cumplidos de manera plena no los relativiza ni los convierten principios meramente “formales”. Sólo indica, a mi juicio –señala Maliandi- que tanto la aplicación concreta como el cumplimiento (la “observancia”) pueden hacerse en forma gradual. Aquí sí aparece una relación jerárquica: es más importante la maximización de la indemnidad de los cuatro principios que la observancia específica de cualquiera de ellos”³⁵⁸.

Al ser cuatro principios fundamentales y que pueden estar en conflicto, se hace necesario postular un metaprincipio, que no es ya el criterio para establecer la moralidad de la acción, sino el criterio para manejar las interrelaciones de los principios: el metaprincipio es “la exigencia de maximizar la armonía entre los cuatro principios”, que el cumplimiento de cada uno no lesione a ninguno de los demás.

Este es el eje de la “ética convergente” de Maliandi: el a priori de la conflictividad, y el metaprincipio de convergencia, que obligan al esfuerzo por mantener el equilibrio entre los principios fundamentales. Esta fundamentación puede muy bien servir a la ética en general, y a la bioética en particular, para el diálogo intercultural y para abordar las tensiones emergentes de la globalización.

4.4. No sólo principios, cambios y valores en el propio sujeto en un mundo globalizado

No sólo desde la filosofía, desde la ética, se reivindica el equilibrio entre particularismo y universalismo. Desde la sociología y la economía también hay muchas aportaciones fundamentales, que quieren trascender la visión individualista liberal, centrándose en el sujeto, en la persona, en el individuo que se conforma en comunidad.

“De una etapa a la otra, el análisis se desplaza desde el Sujeto personal a la comunidad entre los Sujetos y luego hacia las instituciones, y transforma el llamamiento, tan afectivo como racional, a la libertad del sujeto personal en un análisis cada vez más cognitivo de las reglas de funcionamiento de la sociedad. Si se invierte el orden, se acaba ineluctablemente por vaciar a las

³⁵⁷ Apel KO. *Ob.cit.*: 187-188. Gross-Espiell H. La bioética y el bioderecho. Bioderecho internacional. *Revista de Bioética Latinoamericana*, Mérida, Venezuela, 2008, Vol. 2, nº 2.

³⁵⁸ Maliandi R. *Ob.cit.*: 176-177.

instituciones de su contenido vivido, y en consecuencia por separar instituciones demasiado abstractamente universalistas y conductas demasiado concretamente particularistas”³⁵⁹.

Frente a la globalización económica ya vimos como Amartya Sen propone asimismo poner en primer lugar a la persona, “primero la gente”.

Desde el siglo XX, la filosofía personalista ha promovido también de diferentes modos a la persona como centro del debate filosófico y ético. La persona es más que la naturaleza, y frente a una concepción de contraposición entre cultura y naturaleza, y reducción de lo humano al aspecto meramente biológico o meramente cultural, meramente estático e inmóvil, o al contrario historicidad en cambio constante, es necesario centrar la fundamentación de la ética en la persona humana: cultura junto a naturaleza, historicidad junto a permanencia, “la normatividad del mundo personal no puede depender únicamente, ni preferentemente, del orden biológico. Ha de abarcar todas las dimensiones de la persona adecuadamente entendida”³⁶⁰. Es una propuesta de ética universal desde el personalismo, y desde la fenomenología, desde la experiencia moral singular universalizable³⁶¹, con una ética de los valores –en la tradición más individual de Max Scheler o social de Luc Ferry– que pretende superar las barreras culturales particulares, dentro de un humanismo con mayoría de edad, no individualista, que bien puede partir desde el fortalecimiento de la familia y las demás comunidades sociales básicas³⁶².

4.5. La respuesta bioética: de una ética clínica a una bioética social

La Bioética es un campo importante de promoción de los derechos humanos fundamentales – especialmente el derecho a la vida y a la salud- y de análisis de las consecuencias prácticas de la justicia en nuestras sociedades. Muchos problemas en ética clínica no hacen referencia exclusivamente a la relación médico-paciente, sino a defectos institucionales que están en la base de muchas quejas de los usuarios de nuestros hospitales. Para afrontar los retos de la globalización es necesario pasar de una ética clínica a una bioética institucional y social, donde analicemos también la ética de las políticas de salud, de la gerencia de las instituciones de salud, de la distribución de recursos, de las condiciones laborales de los profesionales de la salud, etc. Pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética en las sociedades democráticas³⁶³.

Empoderamiento del sujeto, de las instituciones, o de los grupos sociales más vulnerables, o en situación de vulnerabilidad.

Además de promover el efectivo respeto de los derechos humanos, y especialmente del derecho a la vida, el derecho a la salud, y la autonomía de la persona en la atención de salud, la bioética

³⁵⁹ Touraine A. *Ob.cit.*: 76-77.

³⁶⁰ Vidal M. *Orientaciones éticas para tiempos inciertos*. Bilbao, Desclée de Brouwer, 2007: 129-134.

³⁶¹ Burgos JM. *Repensar la naturaleza humana*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2007.

³⁶² Ferry L. *Familia y amor. Un alegato a favor de la vida privada*. México DF: Taurus; 2008.

³⁶³ León FJ. *Ob.cit.* 2008: 1085.

debe ayudar al empoderamiento del sujeto que dialoga, y al desarrollo de la ética en las instituciones de salud. Así ayudará a esa “corresponsabilidad colectiva” desde la que podemos hacer frente a las coerciones funcionales sistémicas de la política, el derecho y la economía de mercado, que caracterizan el proceso de globalización³⁶⁴.

Bioética e interculturalidad: el diálogo entre las distintas etnicidades en América Latina.

El respeto por la autonomía y la diversidad en bioética lleva a adaptarse a las culturas propias de cada civilización, a la vez que permite también adoptar medidas que puedan ser exigibles universalmente.

La Bioética tiene como una de sus misiones servir de ética intercultural y fomentar el diálogo entre las distintas etnicidades existentes en América Latina, diálogo en el que están incluidas las diferentes éticas de las poblaciones indígenas, con las debemos interactuar. Aquí es importante el principio de solidaridad con la propia diversidad axiológica³⁶⁵.

La dinamicidad está unida –para Salas, desde la ética intercultural- al conflicto normativo y valórico, no sólo entre las diversas culturas, sino también dentro de cada cultura: el conflicto no es lesivo para el futuro de la vida humana, sino que es “la forma apropiada en que se conquista un proyecto de humanidad lo más universal posible, de acuerdo a las limitaciones propias de mundos de vida disímiles”³⁶⁶. En esto, concuerda con la propuesta convergente de Maliandi.

La Bioética es diálogo y en este sentido es una herramienta para salvar el conflicto y construir ese diálogo intercultural. Nos ayuda a practicar la ética como esfuerzo y componente de una cultura humana de la convivencia. La formación en Bioética tiene entre sus finalidades la aptitud para establecer consensos y evitar disensos³⁶⁷.

La interculturalidad también debe guiarnos en el momento, decisivo en el análisis de una bioética institucional y social, de establecer la cooperación y diálogo en el establecimiento de prioridades en salud, especialmente en Latinoamérica³⁶⁸.

Bioética universal y atención en salud universal

En el caso de la atención en salud, las consecuencias para la salud de la globalización, así como de los profundos problemas sociales y políticos de algunos países -guerras, inestabilidades tribales, etc.- exigen una intervención internacional que a veces puede confrontarse sobre la soberanía de cada Estado nacional. Si vemos, por ejemplo, los casos de sistemas muy defectuosos de salud, podemos apelar a la solidaridad universal desde el principio de beneficencia, pero la bioética nos proporciona los instrumentos universales para poder ayudar

³⁶⁴ Apel KO. *Ob.cit.*: 92-112.

³⁶⁵ Salas R. Ética Intercultural. *(Re)lecturas del Pensamiento Latinoamericano*. Santiago: LOM Ediciones; 2003: 231-240.

³⁶⁶ Salas R. *Ob.cit.*: 236.

³⁶⁷ González J (Coord.) *Ob.cit.*: 247-256.

³⁶⁸ Lolas F, Douglas M, Quezada A (Ed.) *Prioridades en salud y salud intercultural*. Santiago: CIEB, Universidad de Chile; 2007.

desde la no maleficencia y la justicia a imponer obligaciones de salud mínimas a los Estados, dentro de las obligaciones de la sociedad global que Habermas ha destacado recientemente³⁶⁹.

Desde el análisis bioético debemos intentar, en definitiva, aportar al debate político y social cuáles son los “mínimos éticos” en salud y qué representan los derechos humanos fundamentales a la vida y a la atención en salud. Y esto, desde una perspectiva universalista que no impida el diálogo abierto con las diferentes etnicidades y valores culturales de cada nación o pueblo de Latinoamérica.

³⁶⁹ Habermas J. Del estado nacional a la sociedad global. En: *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Paidós; 2005: 315-354.

CAPÍTULO 14°.- BIOÉTICA Y BIOPOLÍTICA EN LATINOAMÉRICA³⁷⁰

Introducción

La Bioética se ha desarrollado especialmente en el ámbito de la ética clínica y más recientemente en el ámbito de la ecología y medio ambiente con la denominada bioética global. Pero hay un aspecto en que se está insistiendo y que es fundamental en Latinoamérica: la necesidad de una Bioética social, que más allá del ámbito clínico, analice los problemas de la ética de las instituciones de salud, la ética en salud pública y atención primaria, las políticas públicas y las reformas de los sistemas de atención en salud³⁷¹. Son sobre todo aspectos de justicia social los que llevan a la bioética a relacionarse con la biopolítica.

Desarrollaremos la relación de la bioética con la justicia, que por una parte es la equidad en el acceso a la atención de salud de los sectores de población más vulnerables. En muchas ocasiones, en nuestros países, también están excluidos del acceso universal a la atención en salud, o sufren desigualdades graves entre los sistemas privados y públicos de salud, mientras los esfuerzos y los medios económicos se centran en el sector privado, que atiende a una minoría de ciudadanos. Es un deber ético promover la justicia en la atención de salud, y también respetar los derechos de los pacientes, que deben estar garantizados en la legislación. Elaborar esta legislación protectora de la vida y la salud es parte de la misión de la biopolítica, como veremos, pero la bioética va más allá: promueve la justicia como principio ético y también propone el deber ético de solidaridad, más allá de la justicia. Centraremos nuestro análisis en las implicaciones que tienen en bioética estos dos principios, de justicia y de solidaridad, y la relación entre bioética y biopolítica.

La Biopolítica, en su origen, y tal y como la desarrollan Foucault y otros autores³⁷², es una forma del bio-poder, del poder que el estado ha ejercido y ejerce en la modernidad sobre la vida humana en todas sus funciones y significaciones, muchas veces convertida en tanato-política, con políticas de muerte y discriminación, como escribe Teresa de la Garza³⁷³. Pero en su versión más amplia, la Biopolítica se ocupa de la política del “bios”, de la vida, y en especial de las políticas de salud pública, el medio ambiente, etc, muy estrechamente unidas a la Bioética. “De lo que se trata –concluye esta autora- es de revertir el proceso, de modo que se trascienda la tanato-ética y se despliegue una bio-política inseparable de la bioética”. Es la posibilidad y la necesidad de abrir la biopolítica a la vida, “no tanto pensar la vida en función de la política, sino pensar la política en la forma misma de la vida”³⁷⁴.

³⁷⁰ Publicado en: Bioética y Biopolítica en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Bioética*. Mérida, Venezuela, edición electrónica, noviembre 2008, vol. 2, n° 2.

³⁷¹ León F.J. Una Bioética social para Latinoamérica. *Agora Philosophica*, 2005; 11: 19-26.

³⁷² Ugarte Pérez J, Agamben G. *La administración de la vida. Estudios biopolíticos*. Madrid: Anthropos Editorial; 2005.

³⁷³ Garza T. de la. Bioética y Biopolítica. En: González J (Coord.) *Perspectivas de bioética*. México: Fondo de Cultura Económica, UNAM y Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2008.

³⁷⁴ Espósito R. Bíos. *Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu; 2006: 21-22.

Algunos de los intentos por abordar este aspecto político de la Bioética han surgido desde posiciones de confrontación política, con peticiones de una Bioética de intervención, que se acerque decididamente a la biopolítica o se confunda con ella³⁷⁵. El mismo Potter, en una de sus últimas intervenciones públicas, insistió en su concepto de “bioética global” sosteniendo que “para un futuro a largo plazo tendremos que inventar y desarrollar una bioética política... la bioética mundial debe evolucionar hacia una bioética social a escala mundial políticamente activa”³⁷⁶.

En general, estamos de acuerdo en que la Bioética tiene implicaciones políticas, pero son ámbitos distintos -el de la reflexión y deliberación de una ética práctica, y el de la política referente a la vida humana y la salud-, que no deben confundirse³⁷⁷. La Bioética debe abordar los dilemas éticos de justicia desde su propia metodología, y con sus referentes conceptuales, mostrar y denunciar los problemas y sugerir posibles soluciones justas, basadas en el respeto al ser humano y su dignidad, también como ser social. Pero no debe entrar -al menos en nuestro parecer- en la elaboración concreta de las diferentes opciones políticas y técnicas posibles, pues éste es el campo propio de la política.

1.- Justicia como base del ordenamiento jurídico y de la bioética

La mayoría de los textos constitucionales, en nuestros países, han incorporado un amplio elenco de derechos y libertades, con distinto nivel de garantías a grupos específicos de derechos. Así, los máximamente tutelados suelen ser los derechos fundamentales: el derecho a la vida y a la integridad física y moral, la proscripción de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, y la abolición de la pena de muerte. Pero el contenido dogmático de la Constitución suele incorporar también los que en la española se denominan valores superiores del Ordenamiento jurídico: libertad, igualdad, justicia y pluralismo político. “Los valores constitucionales, principalmente los tres primeros citados, tienen mucho de ideal ético y representan los pilares sobre los que una comunidad basa y asienta su organización socio-política, y en cuyas coordenadas el estado debe desarrollar su actividad”³⁷⁸.

La dignidad de la persona, su libertad, y la justicia, son valores jurídicos fundamentales, cimiento del orden político y de la paz social, y a ellos se vinculan otros derechos inviolables que le son inherentes: el libre desarrollo de la personalidad, los derechos a la integridad física y moral, a la atención justa en salud, a la libertad de ideas y creencias, a la intimidad. “Del sentido de estos preceptos puede deducirse que la dignidad es un valor espiritual y moral inherente a la persona,

³⁷⁵ Garrafa V. O novo conceito de Bioética. En: Garrafa V, Kottow M, Saada A (Coord.) *El estatuto epistemológico de la Bioética*. Sao Paulo: Cátedra UNESCO Brasilia y Red Bioética UNESCO; 2006.

³⁷⁶ Potter V.R. Conferencia inaugural del Congreso Mundial de Bioética, Gijón, 2000, citado por Parenti FR. Bioética y Biopolítica en América latina. En: Acosta J. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002.

³⁷⁷ Kottow M. Bioética y biopolítica. *Bioética*, Sociedade Brasileira de Bioética, 2005, 1 (2): 110-121.

³⁷⁸ Gómez Sánchez Y. La dignidad como fundamento de los derechos: especial referencia al derecho a la vida. En: Feito L (Ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004: 75-97.

que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás de los legítimos y justos derechos de la persona”³⁷⁹.

La base del ordenamiento jurídico los deberes éticos de respeto a la dignidad de la persona y su libertad, y la necesidad de crear una sociedad fundamentada en la justicia. Toda la legislación y las políticas de salud que regulen los temas relativos a la vida humana y la salud debe tener también esto muy presente, pues el derecho a la vida y el derecho a la salud son los bienes que, en el ámbito de la Bioética, fundamentan la obligatoriedad ética de los principios y de las normas concretas.

2.- Bioética social y justicia

Este es ahora el reto planteado a la bioética. Es un campo importante de promoción de los derechos humanos fundamentales –especialmente el derecho a la vida y a la salud- y de análisis de las consecuencias prácticas de la justicia en nuestras sociedades. Muchos problemas en ética clínica no hacen referencia exclusivamente a la relación médico-paciente, sino a defectos institucionales que están en la base de muchas quejas de los usuarios de nuestros hospitales³⁸⁰. Es necesario pasar de una ética clínica a una bioética institucional y social, donde analicemos también la ética de las políticas de salud, de la gerencia de las instituciones de salud, de la distribución de recursos, de las condiciones laborales de los profesionales de la salud, etc. Pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética en las sociedades democráticas.

La reflexión bioética basada en el diálogo puede ayudar a establecer un consenso previo al debate, en torno a los bienes humanos básicos y a los derechos humanos fundamentales. No importa sólo la referencia teórica y general, constitucional muchas veces, a la justicia, sino el análisis de las conclusiones prácticas que la experiencia de estas últimas décadas ha aportado a cada país de Latinoamérica sobre el ejercicio, la protección y la promoción de la justicia.

A la vez, es preciso analizar los valores propios de cada país, y los valores que debe aportar la justicia social en el ámbito de la salud: conocer previamente la realidad del acceso al sistema de salud, las desigualdades económicas, sociales, étnicas, etc., nos ayudará a tener presentes las metas de justicia social antes de estudiar las posibles soluciones. Es necesario, por ejemplo, realizar un análisis detenido de los problemas éticos que pueden suscitar en cada país las reformas de la salud que se están implementando. La Bioética no debe aportar soluciones políticas, planes de acción concretos, sino indicar qué valores y principios éticos se están

³⁷⁹ Gómez Sánchez Y. *Ob.cit.*: 87.

³⁸⁰ Superintendencia de Salud. *Estudio de Satisfacción de Usuarios*. Santiago: Ministerio de Salud; 2007. Chomalí M, Mañalich J. *La desconfianza de los impacientes. Reflexiones sobre el cuidado médico y la gestión de riesgos en las instituciones de salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2006. Infante C. *Quejas médicas. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica*. México DF: Editores de textos mexicanos; 2006.

conculcando y cuales podrían ser las posibles alternativas, o ayudar a que la sociedad –y los políticos- tomen conciencia de los valores que están en juego en las decisiones políticas o administrativas de salud.

No hemos profundizado aún lo suficiente en las exigencias que el principio ético –no jurídico solamente- de justicia aporta al análisis bioético. “Si la cuestión primera era la de los derechos de los pacientes frente al paternalismo ético de la vieja tradición hipocrática y frente a la invasión tecnológica, una ganancia que no se debe arruinar, la de ahora se centra en la denuncia de que el derecho a la salud es una prerrogativa de unos pocos, frente al abandono y la vulnerabilidad que sufre la mayoría. El hecho es que la justicia –como redistribución y reconocimiento- se nos aparece como la condición de posibilidad de la autonomía”³⁸¹.

Ya analizamos en el Capítulo 12° el contenido del principio de justicia, como respeto a la legalidad vigente y a los derechos y deberes mutuos entre los profesionales y los pacientes, y entre ellos y el sistema de salud, así como la equidad, la no discriminación injusta y la protección de los más vulnerables³⁸². También pertenecen a la justicia, y es necesario insistir en la situación de muchos países en Latinoamérica, el deber de eficiencia, transparencia y honestidad, a nivel profesional, institucional y del propio sistema de salud, así como asegurar la continuidad de la atención, tanto entre Centros de Salud y Hospitales, como del médico tratante, en lo posible. A nivel institucional, es un deber asegurar la sostenibilidad del sistema y la continuidad de la atención al usuario. Y es un deber de justicia prioritario para el sistema de salud asegurar la sostenibilidad de las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos.

3.- Aportaciones desde la Bioética a la Biopolítica

Todos estamos de acuerdo en que la Bioética tiene implicaciones políticas, pero en general se admite que son ámbitos distintos –el de la reflexión y deliberación de una ética práctica, y el de la política referente a la vida humana y la salud-, que no deben confundirse. Especialmente si hablamos de la Biopolítica en sentido estricto histórico, las diferencias son fundamentales, pues la Bioética se basa en la justificación racional de la relación entre vida y libertad, obtenida mediante la deliberación, mientras “la Biopolítica desconoce toda norma ética y legal que no sea unilateralmente erigida por ella,... y en ocasiones dará preferencia a la vida sin importar su calidad, en otras a la libertad sin preocuparse para qué”³⁸³. En este sentido, la Bioética juega un papel fundamental al establecer los criterios éticos para evitar una instrumentación técnico-política de la vida humana. Su finalidad propia es promover el respeto a la dignidad de la persona y de la vida en general frente a la racionalidad técnico-científica dominadora del hombre y de la naturaleza.

³⁸¹ Guerra MJ. Hacia una Bioética global: la hora de la justicia. A vueltas con la desigualdad humana y la diversidad cultural. En: Feito L (Ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004.

³⁸² León FJ. De los principios de la Bioética Clínica a una Bioética Social para Chile. *Rev Méd Chile*, 2008; 136: 1084-1088.

³⁸³ Kottow M. *Ob.cit.*:110-112.

Si analizamos la Biopolítica desde un sentido más general, como la política del “bios”, de la vida, y en especial de las políticas de salud pública, el medio ambiente, etc., podemos observar las diferencias, pero también las oportunidades de relación con la Bioética.

Cuadro 1: Diferencias entre Bioética y Biopolítica

Bioética

- Comité interdisciplinar
- Justificaciones racionales éticas
- consenso ideal universal práctico
- denunciar situaciones con crítica positiva y propuestas fundamentadas
- valores, principios, normas éticas

Biopolítica

- Gabinetes de Expertos
- intereses políticos legítimos + justificación ética
- consenso pragmático posible de mayorías
- implementar política salud y ecológica concreta
- leyes, reglamentos, planes acción

Por un lado, la bioética puede apoyar la construcción de consensos sociales en sus temas propios, que ayuden a superar los disensos políticos en la medida de lo posible³⁸⁴. La meta ideal de la discusión política sería efectivamente el diálogo social entre interlocutores válidos que respetan mutuamente sus diferentes racionalidades y sistemas de valores. La Bioética tiene el reto de intentar crear esa comunidad de diálogo racional, primero en su propio ámbito académico, y después en el debate social y político, y de este modo ayudar a entender el poder como relaciones de consenso entre valores morales y valores políticos, y no de imposición puntos de vista de mayorías³⁸⁵.

Pero la relación entre bioética y política es más compleja. La ética ha de dar los fundamentos de la bioética y también de la política y de las normativas que rigen el orden social. Pero la bioética no es la ética filosófica general, sino una ética práctica, sobre temas biomédicos, ecológicos y de investigación con seres vivos. Como bioética no sólo clínica sino también social, tiene un compromiso importante en materias colectivas y sociales, de salud pública y políticas de salud, pues va más allá de la ética profesional, y se constituye como parte de la filosofía política al ocuparse de los valores involucrados en salud y enfermedad.

La bioética debe orientar en cuanto a la valoración social de la vida y la salud, en su relación con la biomedicina, pero tiene que respetar el ámbito de la política, que debe fundamentarse en una ética más general sobre el ser social de la persona y la justicia³⁸⁶. En palabras de Miguel Kottow: “Si la política se adscribe a la deliberación en forma de una democracia ética dispuesta a legitimar su proceder, estará en un terreno común y fructífero con la bioética. Es menester que la política reconozca sus raíces éticas y la proveniencia moral de su legitimidad, más que pedirle a la bioética que intente desarrollar un discurso político”³⁸⁷.

³⁸⁴ Hottois G et al. Consensos y disensos en Bioética y Biopolítica. En: González J (Coord.) *Ob.cit.*: 183-266.

³⁸⁵ Dieterlen P. Ética y poder público. En: Guariglia O (Ed.) *Cuestiones morales*. Buenos Aires: Editorial Trotta; 1ª reimp. 2007:131-144.

³⁸⁶ MacIntyre A. *Justicia y racionalidad*. Madrid: Eiuinsa; 2ª ed.; 2001.

³⁸⁷ Kottow M. *Ob.cit.*: 121.

CAPÍTULO 15°.- BIOÉTICA Y CRISIS MEDIOAMBIENTAL³⁸⁸

Introducción:

Son múltiples las causas de la actual crisis ecológica, y de ellas se puede realizar un estudio sociológico, histórico, interdisciplinar, etc. Queremos escoger en este texto un enfoque de análisis desde la filosofía, y específicamente desde la ética, porque partimos de una premisa: la crisis ambiental y ecológica es fundamentalmente una crisis de planteamiento ético de nuestras relaciones con el progreso científico, con los demás seres vivos y con nuestro mundo.

Veremos en primer lugar cómo la causa quizás primordial ha sido la expansión de la razón instrumental, que ha querido dominar desde la ciencia y la técnica a la propia naturaleza., en un mundo donde además proliferan los derechos y se difuminan los deberes, tanto individuales como a nivel de especie.

En segundo lugar, nos parece oportuno recoger las críticas a este planteamiento desde la ética feminista y el ecologismo, para poder después afrontar cual pudiera ser la ayuda desde la filosofía, y especialmente desde la bioética, para el establecimiento de una ética y política mundiales que puedan afrontar desde la teoría y la práctica una solución duradera a la crisis ambiental. Según nuestro parecer, no nos sirven las éticas utilitarista y neoliberal, y debemos acudir a las recientes propuestas efectuadas desde la ética dialógica, la ética de los bienes básicos, y la ética de los valores, para configurar una nueva perspectiva ecológica de la salud y de los problemas bioéticos. La visión integral de la bioética nos permite una relación profunda con la visión también integral de la ecología, para conseguir una mayor comprensión del fenómeno de la crisis medioambiental y proporcionar posibles soluciones.

1.- Causas éticas de la crisis ecológica

1.1 La expansión de la razón instrumental

Hemos asistido en los últimos siglos a un proceso, cada vez más acelerado, de crecimiento industrial y de urbanización, que nos ha llevado como humanidad a la actual crisis ecológica global. Una de las causas ha sido la expansión de inmensas concentraciones de población en las metrópolis modernas, que, por su misma naturaleza, entrañan contactos mucho más impersonales y casuales, en lugar de las relaciones más intensas, cara a cara, de épocas anteriores. Junto a esto, la otra causa es la importancia que nuestra sociedad tecnocrática y burocrática otorga a la razón instrumental: todo se entiende en función del dominio racionalista de la naturaleza, considerada como un medio más a nuestra disposición. Esto no puede hacer sino fortalecer el atomismo,

³⁸⁸ Publicado en: Bioética y crisis medioambiental. *Medicina y Humanidades*. Revista U. de Chile, Campus Sur. 2009, mayo, edición electrónica, 1 (1).

porque nos induce a considerar nuestras comunidades, y nuestro mundo, como tantas otras cosas, con una perspectiva instrumental, con “un innegable declive de la ley a favor de una increíble proliferación de los derechos” que hace a nuestras sociedades mucho menos manejables³⁸⁹, y sin orientaciones hacia el futuro³⁹⁰.

Ya hace algunos años Lipovetsky analizó espléndidamente el “crepúsculo del deber”, cómo la ética indolora de los nuevos tiempos democráticos lleva a la búsqueda desesperada de una moral individual, cuando se ha abandonado el deber universal y social³⁹¹. Unido el atomismo social a esta proliferación de derechos individuales, resulta para nuestras sociedades muy difícil afrontar el actual reto de la crisis ecológica, pues, en definitiva, se trata sacrificarse por un equilibrio ecológico futuro, cuando priman los derechos individuales presentes y la razón instrumental.

Estamos en una cultura antropocéntrica, que nos impulsa a adoptar una “posición instrumental frente a todas las facetas de nuestra vida y nuestro entorno: frente al pasado y a la naturaleza, así como frente a nuestras disposiciones sociales”³⁹². Todo está al servicio de los intereses de la humanidad, y el interés económico predominante “le hace perder todo escrúpulo hacia sus materiales, su ambiente, las demás personas, la Tierra y las fuerzas de la naturaleza”³⁹³. Es misión de la filosofía –como comentara Heidegger³⁹⁴ – ayudar a que el hombre alcance una relación satisfactoria con la esencia de la técnica de forma que el progreso tecnológico y científico vaya a la par con los valores éticos: éste fue el sentido de los iniciadores de la bioética como disciplina³⁹⁵, y ha sido una de las causas de su expansión en estas últimas décadas.

Tanto el neoliberalismo capitalista como el marxismo, se han inclinado a formas extremas de antropocentrismo. El neoliberalismo tiene una noción de libertad del ser humano que no reconoce fronteras, nada en concreto que tenga que respetar en el ejercicio de mi libertad autodeterminada que no sea la libertad de los demás. No entran en juego fácilmente –a no ser por razones utilitaristas- los deberes para con el medio ambiente o las generaciones futuras. El marxismo, por su parte, ha superado con creces al capitalismo en agresividad ecológica³⁹⁶.

Muchas de las soluciones que se proponen tienen que ver con los efectos que la crisis ecológica puede producir o está ya produciendo al bienestar humano: debemos tener una moderación en el impacto ecológico para no llevar a la especie humana al desastre. Pero no es solamente por esta razón consecuencialista. Si nos dejamos llevar por ese imperativo de dominación de la naturaleza produciremos un “desencantamiento” del mundo artificial que creamos con nuestra civilización industrial. De ahí la admiración actual e interés por la vida de los pueblos preindustriales, o las políticas de defensa de las sociedades aborígenes y de la interculturalidad, en un mundo no sólo

³⁸⁹ Ferry L. *Familia y amor. Un alegato a favor de la vida privada*. México: Taurus; 2008: 64-68.

³⁹⁰ Küng H, Rinn-Maurer A. *La ética mundial entendida desde el cristianismo*. Madrid: Editorial Trotta; 2008: 17-20.

³⁹¹ Lipovetsky G. *El crepúsculo del deber*. Barcelona: Anagrama; 1994: 81-84.

³⁹² Taylor Ch. *La ética de la autenticidad*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1994: 92.

³⁹³ Cordúa C. *IncurSIONES*. Santiago: Universidad Diego Portales; 2007: 326.

³⁹⁴ Citado en: Cordúa C. *Ob.cit.*: 322.

³⁹⁵ Potter VR. *Bioethics: Bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall; 1971. Jonas H. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder; 1995.

³⁹⁶ Taylor Ch. *Ob.cit.*: 100-101.

dominado sino globalizado y “banalizado” quizás también por la expansión científico-técnica. Y aquí tiene bastante que aportar la reflexión bioética.

1.2 El dominio masculino de la naturaleza: Feminismo y ecología

La solución debe ir más a las raíces culturales, y a cambiar nuestro modo de ver el mundo y nuestra relación con él. Así lo han recordado la ética feminista y la ética ecológica. Somos capaces de entender que “la naturaleza y nuestro mundo tienen sus pretensiones sobre nosotros”, como nos recuerda un sector del movimiento feminista, que considera esa actitud de dominio de la naturaleza como típicamente “masculino” y propio de una sociedad “patriarcal”³⁹⁷. Deberíamos pues centrar la inquietud ética no sólo en la racionalidad universalista, sino en la situación concreta de las personas, en el ser hombre y ser mujer, y pasar de una ética universalista de la autonomía, a una que tenga muy en cuenta la justicia y el cuidado. Frente al “dominio” masculino del mundo, se alza el “cuidado” femenino de lo que tenemos y somos, y frente a la explotación rápida de los recursos y de la propia vida, está la preocupación por el futuro y la previsión del cuidado³⁹⁸.

1.3 Biocentrismo, Ecocentrismo: Deep ecology y ecología “superficial”

La raíz ética de la crisis ecológica ha sido la visión antropocéntrica central de la civilización occidental. Hoy el debate se polariza así entre los defensores a carta cabal de la tecnología y las ventajas materiales de buena calidad de vida que proporciona a una gran parte de la humanidad, y los que defienden una postura reverente hacia la naturaleza y un rechazo absoluto de la tecnología, con posturas bastante variadas, desde el biocentrismo, que extiende la consideración de relevancia moral a todos los seres sintientes, al ecocentrismo, que lo extiende a los ecosistemas y a la “comunidad biótica” formada materia orgánica y no orgánica además de los vivientes, y no sólo a los sintientes, como en la Ética de la Tierra de Aldo Leopold³⁹⁹. A medias entre un movimiento filosófico y el activismo ecológico está la “deep ecology”. Arne Naess, creador del término, habla de pasar de la autorrealización individual a la realización planetaria⁴⁰⁰. Es más que una filosofía, una ecosofía: una filosofía de vida a favor de la vida, que cuestiona los modelos de pensamiento occidentales y también los modelos de vida de los países más desarrollados, más allá de lo que denominan como una ecología “superficial” que trataría de remediar las consecuencias sin ir a las verdaderas causas.

Es verdad que las comunidades, sociedades y ecosistemas, tienen un gran valor, tanto desde el punto de vista instrumental –el hombre necesita de la sociedad y el ecosistema para vivir– como

³⁹⁷ Agra MX (Comp.), *Ecología y feminismo*. Granada: Comares; 1997. Amorós C (Dir.) *Filosofía y Feminismo*. Madrid: Síntesis; 2000.

³⁹⁸ López de la Vieja MT. Justicia y cuidado. En: Puleo AH (Ed.) *El reto de la igualdad de género. Nuevas perspectivas en ética y filosofía política*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 2008: 238-257.

³⁹⁹ Leopold A. *Una ética de la tierra*. Madrid: Edición los libros de la Catarata; 2000.

⁴⁰⁰ Speranza A. *Ecología profunda y autorrealización. Introducción a la Filosofía ecológica de Arne Naess*. Buenos Aires: Biblos; 2006.

en sí mismos, y esto ha sido un aporte de estas corrientes ecológicas. Pero de ahí no se desprenden necesariamente posiciones que tienden al autoritarismo o colectivismo, por encima del individuo. Es cierto que también estamos formados por “relaciones ecosistémicas”, pero no somos sólo individuos que forman parte de un todo⁴⁰¹. Y existen diferencias de grado en cuanto al valor de los seres naturales, y en especial del ser humano. Pretender que sea la ecología la base única que fundamente la ética sería volver a la falacia naturalista, y pasar del “ser ecológico” de la especie –humana y no humanas- al “deber ser” de la especie humana.

La solución ética sería intermedia. Debemos encontrar la armonía entre la razón instrumental y la “razón ecológica”, dentro de un medio-ambientalismo “no romántico”, alejado de los radicalismos⁴⁰². Debemos definir cuál es el papel de la razón instrumental, de acuerdo a las exigencias de la racionalidad moderna, y hasta dónde debe llegar en nuestras vidas, pero sin perder de vista la razón ética práctica, que nos indica nuestros derechos y deberes para con nosotros mismos, y con los demás, en un sentido amplio que incluye también a la propia naturaleza. No estamos aprisionados en una “jaula de hierro” de la razón científico-técnica⁴⁰³, de modo que sea inevitable el desastre ecológico. Taylor, por ejemplo, nos remite a introducirnos en la cultura particular dotada de sentido, de “horizontes de sentido”, para conseguir afrontar esta crisis universal. Pero frente al desafío de esta crisis ecológica universal pensamos que es necesario ir más allá y que se necesita una respuesta también universal.

2.- Cómo ayudar a solucionar la crisis ecológica desde la ética

2.1 Necesidad de una ética y una política mundiales

La crisis ecológica reta a toda la humanidad, y la solución debe buscarse también a nivel global, no individual o estatal. En palabras de Apel: “El problema de una organización efectiva de la responsabilidad solidaria de los seres humanos en la era de la ciencia, en última instancia, no puede ser solucionada en el marco de los particulares Estados con constitución democrática. Ya desde hace tiempo, además de ello, es perentoriamente necesaria una cooperación en el ámbito internacional. Esto se pone de manifiesto, por ejemplo, con respecto a los problemas de la denominada “crisis ecológica”, esencialmente surgidos por las consecuencias de la civilización científico-técnica. Se trata aquí de los problemas, estrechamente ligados entre sí, de la amenaza de la eco y biosfera humana en su conjunto por la superpoblación, el agotamiento de materias primas y reservas energéticas, la contaminación del aire y del agua, la destrucción de los bosques, la alteración del clima, etc. Con ello dependen conjuntamente a su vez los problemas de una distribución justa de los recursos con criterio planetario: así, por ejemplo, la lucha contra el

⁴⁰¹ Marcos A. *Ética ambiental*. Valladolid: Ediciones de la Universidad; 2001: 128-141.

⁴⁰² La Torre MA. *Ecología y moral. La irrupción de la instancia ecológica en la ética de Occidente*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1993: 113-131.

⁴⁰³ Taylor Ch. *Ob.cit.*: 121-134.

hambre y la pobreza en el tercer Mundo”⁴⁰⁴. Es necesaria una ética política para la organización a escala mundial de esa responsabilidad solidaria en esta era de la ciencia, que nos lleve a unas relaciones internacionales basadas en la solución pacífica de los conflictos, sin violencia.

También está muy presente la crisis ecológica en las propuestas de una ética mundial que plantea la necesidad de superar las morales propias de cada civilización, cultura y religión, como la realizada por Hans Küng⁴⁰⁵: entre los principios fundamentales que propone, está muy en primer lugar el que “todos somos responsables en la búsqueda de un orden mundial mejor; resulta imprescindible un compromiso con los derechos humanos, con la libertad, la justicia, la paz y la conservación de la Tierra”, de modo que el asombro ante la creación de Dios nos lleve al respeto a toda vida⁴⁰⁶.

El problema es también determinar quién tiene la responsabilidad por las consecuencias directas o indirectas de las actividades humanas colectivas, como en el caso de la crisis ecológica. Algunos exhortan a mantenerse apegados a las responsabilidades del ethos tradicional de cada una de las formas de vida; otros en pos de Kant buscan una brújula moral para toda la humanidad. Es necesario, en palabras de Apel, una “organización ético-discursiva de la corresponsabilidad”⁴⁰⁷. Pone el ejemplo de las mil conversaciones y conferencias sobre temas relativos al medio ambiente y la crisis ecológica, que “representan justamente la alternativa realista con respecto a aquella gravosa impotencia de las personas singulares frente a las nuevas responsabilidades por las consecuencias futuras de nuestras actividades colectivas en la ciencia, la técnica, la economía y la política”.

2.2 Insuficiencia del utilitarismo y el neoliberalismo

El utilitarismo en cuanto tal si no se apoya de alguna manera en otros presupuestos, conduce a dos conocidas aporías, según Apel⁴⁰⁸, que son relevantes también al momento de tratar la crisis ecológica:

- El utilitarismo no puede decir de manera definitiva en qué debe consistir la utilidad, que es siempre utilidad respecto a algo;
- En segundo lugar, no puede aducir ningún argumento de por qué, al maximizar la utilidad, se deben salvaguardar también los intereses de los otros e incluso, en principio, se deben salvaguardar de manera igual los intereses de todos los individuos.

En cuanto a la filosofía dominante del neoliberalismo económico, el mismo autor realiza un lúcido análisis: “Se sugiere a menudo que las coerciones funcionales de las instituciones, en particular las del sistema de mercado diferenciadas en los últimos siglos, se pueden concebir como hechos empíricos en el marco de una economía concebida de un modo valorativamente

⁴⁰⁴ Apel KO. *La globalización y una ética de la responsabilidad. Reflexiones filosóficas acerca de la globalización*. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2007: 84.

⁴⁰⁵ Küng H. *Proyecto de una ética mundial*. Madrid: Trotta; 1992.

⁴⁰⁶ Küng H, Rinn-Maurer A. *Ob.cit.*: 35-64.

⁴⁰⁷ Apel KO. *Ob.cit.*: 110.

⁴⁰⁸ Apel KO. *Ob.cit.*: 102.

neutro” pero esto no es consistente, pues detrás de esa “absolutización cuasi naturalista y empirista de las coerciones funcionales del sistema de mercado se esconde la convicción utilitarista de que la economía capitalista de mercado –y ella sola- conduce a una maximización de la utilidad total de la economía popular, y en tal medida conduce al bienestar de todos los hombres”⁴⁰⁹.

Aquí hay una clara valoración ética utilitarista que está presente en la visión neoliberal de la economía, y que no deja mucho espacio para la ética interpersonal de la acción, o para la política de la justicia social, ni para poner límites a la destrucción de la naturaleza que el mismo progreso económico lleva consigo. Como comenta MacIntyre, la visión individualista neoliberal se centra en el bien individual, y el utilitarismo ve el bien común solamente como la suma de esos bienes individuales. Ambos lleva a la independencia del razonador práctico independiente, pero dejan fuera del razonamiento virtudes y bienes importantes como la reciprocidad y el reconocimiento de la dependencia, o la necesidad de protección de la vulnerabilidad⁴¹⁰. Veremos a continuación de modo más específico la posición utilitarista de Singer.

2.3. Insuficiencia del anti-especieismo de Singer.

Singer pretende “deconstruir el antropocentrismo occidental”, fundamentando desde el utilitarismo la continuidad de la especie humana con los animales, al menos con los superiores⁴¹¹, de forma que se “desacralice la vida humana”⁴¹². Caben muchas observaciones a la postura consecuencialista de Singer⁴¹³, pero quizás, en este ámbito de la ética ecológica, lo más importante sea su posición de no admitir ninguna diferencia esencial entre el hombre y los demás animales, o al menos, de los que pueden sufrir. Si el hombre es un animal evolucionado, no están claras las razones por las que debe darse límites éticos a su expansión como especie frente a las demás especies, o por qué debe tener responsabilidades para con las otras especies más allá de las repercusiones en el propio interés de sobrevivencia⁴¹⁴.

Por otra parte, son conocidas las críticas al “biocentrismo incompleto” de Peter Singer, que sólo reconoce relevancia moral a los seres vivos individuales capaces de sufrimiento y en la medida de esa capacidad. Otros utilitaristas lo extienden a todos los animales o a todos los seres vivos, pero en cualquier caso, todos entrarían en el cálculo del mayor interés para el mayor número de seres humanos: la base común estaría siempre en el interés de los humanos⁴¹⁵. El hombre no es un dominador despótico de la naturaleza, sino responsable, pero sigue siendo dominador.

⁴⁰⁹ Apel KO. *Ob.cit.*: 144-145.

⁴¹⁰ MacIntyre A. *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2001: 135-142.

⁴¹¹ Singer P. *Liberación animal*. Madrid: Trotta; 1999.

⁴¹² Singer P. *Desacralizar la vida humana. Ensayos sobre ética*. Madrid: Cátedra; 2003.

⁴¹³ Ferrer JJ, Alvarez JC. *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2ª ed. 2005: 297-341.

⁴¹⁴ Torralba F. *Qué es la dignidad humana. En torno a Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris*. Barcelona: Herder; 2005: 148-151.

⁴¹⁵ Marcos A. *Ob.cit.*: 30-33; 152-154.

Aunque tenga cierto compromiso con las futuras generaciones que entrarían en ese cálculo de beneficios, en el fondo, la naturaleza se sigue calificando de “recurso” para la humanidad.

3.- Una ética ecológica universal para la crisis ecológica global.

3.1.- La propuesta de la ética del discurso

Una de las proposiciones éticas para llegar a “la responsabilidad solidaria en esta era de la ciencia” es la efectuada desde la ética del discurso. En palabras de Apel, debemos llegar a unas relaciones internacionales basadas en la solución pacífica de los conflictos, sin violencia: “Tanto recurso a procedimientos estratégicos (por ejemplo, amenaza de revancha y semejantes) como sea necesario; tantos esfuerzos en mecanismos consenso-discursivos e solución de conflictos (por ejemplo, “Medidas generadoras de confianza”) como sea posible”⁴¹⁶.

La Ética del discurso, con su concepción pragmático-trascendental –en la visión de Apel- cubre el respeto por esa diversidad de culturas y filosofías, pero no se queda solamente en compartir ocasionalmente unos valores comunes. No solamente es necesaria, sino que es posible una ética universal para superar el desafío de la globalización, pero no puede quedarse en una demostración empírico-inductiva de los “valores comunes” (muy parecido al “sentido moral común” de Beauchamp y Childress en su propuesta de ética biomédica) y de un acuerdo para el caso concreto sobre esta base, aunque esto resultara muy útil. Si no llegamos a la racionalidad consensual comunicativa de la ética del discurso, por lo menos desarrollemos esa racionalidad estratégica que nos lleve a una mediación razonable, con el fin de cooperar en la modificación de las relaciones existentes en la dirección de la generación a largo plazo de las condiciones de aplicación de la Ética discursiva, es decir: de la producción de las relaciones de la comunidad ideal de comunicación en la comunidad real”⁴¹⁷, que tenga en cuenta asimismo a los aún no presentes en el diálogo, a las futuras generaciones.

Y para ello es necesario el diálogo entre las visiones científicas del mundo y las religiosas. En un reciente libro, Habermas insiste desde la ética del discurso en la necesidad del diálogo entre dos tendencias contrapuestas, que caracterizan hoy la situación intelectual de la época⁴¹⁸: por un lado, la creciente implantación de “imágenes naturalistas del mundo”, y por otro, el “recrudescimiento de las ortodoxias religiosas”. Sondea las tensiones entre el naturalismo y la religión, y defiende una comprensión adecuadamente naturalista de la evolución cultural que rinda cuentas del carácter normativo del espíritu humano. Además propone una interpretación adecuada de las consecuencias secularizadoras de una racionalización cultural y social. Desde las religiones también se difunde una visión ecológica, que dialoga con las visiones naturalistas, más

⁴¹⁶ Apel KO. *Ob.cit.*: 91.

⁴¹⁷ Apel KO. *Ob.cit.*: 111-112.

⁴¹⁸ Habermas J. *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Paidós Básica; 2006

cercanas ahora a esa dimensión global de nuestra acción en el medio ambiente⁴¹⁹.

Por otro lado, Apel insiste en la necesidad de recobrar la noción de deber: no bastan las declaraciones universales de derechos, aunque puedan tener influencia política y utilidad; son necesarias también declaraciones universales de los deberes o responsabilidades morales, dentro del marco racional de la ética del discurso⁴²⁰. Pensamos que éste es uno de los aportes fundamentales a la solución de la crisis ecológica, desde la proposición de la ética dialógica.

3.2.- Propuestas desde la ética de los bienes básicos, la ética de los valores y el comunitarismo.

Aristóteles fundamenta la ética clásica antropocéntrica, pero desde el realismo filosófico que supone al hombre dentro del mundo animal y del mundo de los seres vivos. El hombre tiene alma vegetativa como las plantas, alma sensitiva, como los animales, y alma racional que le distingue de los demás seres vivos. El hombre está inmerso en la naturaleza y todos los demás seres tienen valor por sí mismos, y no únicamente por una razón instrumental. Esto está muy de acuerdo con las visiones de ética ecológica más equilibradas, y ha dado lugar a propuestas de ética ambiental fundamentadas en la ética de los bienes básicos neoaristotélica: “permite pensar el valor instrumental e intrínseco de los otros seres sin rebajar el valor y la dignidad del ser humano; permite distinguir grados de valor sobre bases racionales relacionadas con la integración funcional, y diferenciar en cuanto a su valor las entidades concretas de las abstracciones ... otorga una base filosófica sólida, criterios y claridad para discernir en casos complejos y un proyecto de acción: el desarrollo humano y la cuidadosa humanización de la naturaleza”⁴²¹.

La propuesta de MacIntyre: dependencia y vulnerabilidad frente a racionalidad conquistadora.

MacIntyre comenta la importancia moral de dos preguntas⁴²²: “¿Por qué es importante estudiar y entender lo que el ser humano tiene en común con miembros de otras especies animales inteligentes? Y ¿por qué es importante que los filósofos de la moral estudien la vulnerabilidad y la discapacidad humanas?” Parte de la importancia de las virtudes, en el sentido aristotélico, para la vida moral de los individuos y las comunidades. En primer lugar, “ninguna explicación de los bienes, las normas y las virtudes que definen la vida moral será satisfactoria si no logra explicar cómo es posible la vida moral para seres constituidos biológicamente como el ser

⁴¹⁹ Véase el análisis desde la visión cristiana: Bautista E. Hans Jonas y la responsabilidad constitutiva: dignidad de la naturaleza y dignidad del ser humano. En: Feito, Lydia (Ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid. Universidad de Comillas; 2004: 149-159.

⁴²⁰ Apel KO. *Ob.cit.*: 187-188.

⁴²¹ Marcos A. *Ob.cit.*: 157-158. Se fundamenta este autor en la obra de MacIntyre y Hans Jonas, pero también en Pierce o Popper.

⁴²² MacIntyre A. *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2001.

humano... Este desarrollo tiene como punto de partida la conducta animal originaria del ser humano.

En segundo lugar, la incapacidad para entender dicha condición y para entender cómo quedará iluminada por la comparación entre el ser humano y otras especies animales inteligentes, dejará en la penumbra aspectos fundamentales de ese desarrollo”. Una de las limitaciones sería la incapacidad para comprender la naturaleza y el grado de vulnerabilidad y discapacidad del ser humano, y también la incapacidad de fundamentar nuestras relaciones con el medio ambiente y los demás seres vivos⁴²³.

La independencia del ser humano se consigue, según MacIntyre, con el reconocimiento de la dependencia radical que tenemos de los demás, y nuestros bienes, normas y principios son bienes, normas y principios sociales, por lo que debemos buscar un razonamiento ético práctico con los otros⁴²⁴.

La importancia de la persona y su dignidad

Tanto la fenomenología como la ética de los valores se han centrado en la experiencia y la afirmación del ser ético del hombre. No es posible fundar un deber ético para con el medio ambiente o los animales sin la afirmación del ser ético del hombre sobre el resto de los seres vivos o inanimados. Heidegger critica la visión de la naturaleza como un mero recurso a expensas de la decisión, la necesidad o el bienestar del hombre⁴²⁵. Scheler lo fundamenta en la capacidad del hombre como ser espiritual, con capacidad de amar y de reconocer los valores⁴²⁶. Los valores son objetivos y es posible conocerlos, tanto en la propia experiencia vital, como en las relaciones con los demás y con todo lo demás, incluido el mundo que nos rodea. Al no considerar la persona aislada de su experiencia vital, se incluye en esa experiencia su relación con el medio ambiente y también están incluidos los valores ecológicos en la reflexión antropológica y ética: el hombre es un ser-en-el-mundo también en cuanto a su relación con la naturaleza.

Desde el personalismo también se ha insistido en la primacía de la persona en el análisis ético: se considera la noción de persona como la categoría filosófica esencial y se estima que su dignidad es un valor absoluto y los derechos humanos son principios irrenunciables del orden social y político⁴²⁷. Y las responsabilidades sociales son responsabilidades personales también. En el ámbito del progreso económico, lo ha expresado con mucha claridad Amartya Sen en el título de su última obra: “Primero la gente”⁴²⁸. No es la persona individuo, es la persona en sociedad,

⁴²³ Torralba F. *Ob.cit.*: 165.

⁴²⁴ MacIntyre A. *Ob.cit.*: 103-130.

⁴²⁵ Heidegger M. La pregunta por la técnica. En: Medina M, Sanmartín J (Eds.) *Tecnología, ciencia, naturaleza y sociedad*. Barcelona: Anthropos; 1989.

⁴²⁶ Sánchez-Migallón S. *La persona humana y su formación en Max Scheler*. Pamplona: Eunsa; 2006.

Torralba F. *Ob.cit.*: 176-181.

⁴²⁷ Burgos JM. *Repensar la naturaleza humana*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2007.

⁴²⁸ Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente*. Planeta, Deusto, 2008

como ha remarcado el comunitarismo de índole personalista⁴²⁹, por lo que existe tanto un derecho al medio ambiente como un deber de protegerlo, como persona y como especie⁴³⁰.

3.4.- Perspectiva ecológica de la salud y bioética:

Tanto desde la ética dialógica como desde el personalismo se llega a la misma conclusión: la necesidad de unas pautas éticas universales, y unos derechos y deberes asimismo universales, que deben incluir a las futuras generaciones, y la conservación y promoción del bien-valor medioambiental.

Existe una doble posibilidad de abordar los aspectos de la crisis ambiental y la ecología desde la bioética. Una es abordar el problema con propuestas globales, desde la bioética global, con una ética ecológica, por un lado; y por otro, ayudar a resolver los problemas de salud planteados por la crisis ecológica desde una adecuada antropología y ética de la salud. El medio ambiente interactúa con la situación de salud, e influye en el deber de atención en salud y en el planteamiento ético de la salud pública e institucional. Las dos vías son importantes. Desde la ética dialógica se pueden fundamentar esas propuestas normativas globales, y desde el personalismo y comunitarismo se puede profundizar en la necesidad de una antropología y ética de la salud, y ayudar a la sostenibilidad ecológica del progreso⁴³¹.

⁴²⁹ Mounier, Buber, Maritain son algunos de los exponentes clásicos. Actualmente, MacIntyre, Taylor, Walzer, Amitai Etzioni, Amartya Sen, entre otros, y en el ámbito latinoamericano: José Pérez Adán y Carlos Díaz.

⁴³⁰ Pisanò A (Coord.) *La especie humana, ¿es titular de derechos?* Madrid: Dykinson; 2008.

⁴³¹ Vendrell E. El medio ambiente: una perspectiva ecológica de la salud. En: Boixareu RM (Coord.) *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder; 2008: 467-488.

CAPÍTULO 16^o.- ÉTICA DEL CUIDADO FEMINISTA Y BIOÉTICA PERSONALISTA⁴³²

Introducción

Las relaciones de la Bioética con el Feminismo, o más en concreto, con la ética filosófica promovida por el feminismo, no han sido muy cordiales en su inicio. El desarrollo de la Bioética como ética clínica ha llevado, por un lado, a una fundamentación de ética práctica, pragmática, muy utilitarista; y por otro, a una renovada ética racionalista, con aspiraciones universalistas, deontológica, y centrada en los principios éticos de la acción. Contra lo primero reacciona el feminismo desde la defensa ética de la situación injusta, vulnerable y vulnerada, de la mujer en una civilización economicista, individualista y liberal. Contra lo segundo, opone el feminismo la ética del cuidado, la atención a las circunstancias y al caso concreto, la “otra visión” y escuchar la “otra voz”, con el puesto que le corresponde en el actuar humano a los sentimientos y mundo afectivo. Más allá de la autonomía liberal, el principio de protección de los más vulnerables; y más allá del racionalismo de principios normativos, la ética del cuidado.

Veremos la crítica que realizan algunas de las representantes de la ética feminista a la Bioética, su propuesta, y la propuesta del personalismo sobre la mujer y la Bioética, para realizar una relación de temas en que se puede y debe profundizar entre ambas. Más allá de la diferencia de puntos de vista, de las visiones “masculina” y “femenina” de la ética, el personalismo profundiza en el ser personal y comunitario del hombre y permite desarrollar el diálogo y buscar la complementariedad, a través de las vías abiertas por algunos y algunas filósofos contemporáneos hacia una ética racional, sí, pero más personal y humana en definitiva.

1.- Crítica desde el feminismo a la Bioética:

Podemos simplificar y resumir las críticas efectuadas desde el feminismo a la visión “masculina” racionalista de la Bioética en el siguiente cuadro:

Cuadro 1

Bioética de principios

Ética del cuidado feminista

deontologismo/teleologismo

intuicionismo/ ética dialógica

Punto vista moral: otro universal

punto vista moral: el otro concreto

⁴³² Publicado en: *Ética del cuidado feminista y Bioética personalista. Persona y Bioética*, Bogotá, 2008, 12, 1 (30): 53-61.

racionalismo de los principios	sentimientos en decisiones morales
universalidad	diversidad, lo concreto
autonomía	liberación
justicia	protección, discriminación positiva
no maleficencia	situación de vulnerabilidad/injusticia
beneficencia	ética del cuidado
primacía justicia y no maleficencia	primacía cuidado y no maleficencia
normas o guías de acción	empatía en caso concreto, sin relativismo

El Feminismo se presenta en su inicio como una “teoría crítica”, fundamentada en el marxismo: objetivos válidos por los que luchar, búsqueda de formas alternativas de organización, prioridad de las relaciones sociales, aspecto reivindicativo, severos juicios sobre la realidad y el presente, objeciones contra el liberalismo, conocimiento para transformar los hechos, el proyecto de un futuro menos opresivo. Es, por tanto, “la teoría como el momento de una praxis orientada hacia nuevas formas sociales”, que surge contrapuesta a la filosofía tradicional⁴³³. Es un “punto de vista” en que el *cómo* predomina finalmente sobre el *qué*, centrado en la visión de *género*. El género se refiere a rasgos de la personalidad, así como a una construcción social y cultural: “recoge sólo de forma indirecta aspectos biológicos –no es “sexo” ni “cuerpo”, no es básicamente algo “natural”- en modo directo se refiere a una construcción cultural, social, política (...) que ha dado origen a un sistema de roles y, ante todo, a un sólido sistema de dominio”⁴³⁴.

Por eso, la crítica feminista defiende otro punto de vista, “otra voz” –según la conocida terminología de C. Gilligan- y “otra” ética también, la “ética del cuidado”, sin los lastres y prejuicios de la Modernidad y de la Filosofía moral universalista. Frente a una tradicional “ética femenina” de sacrificio, C. Gilligan propone en los comienzos del feminismo una “ética feminista” de autonomía, y en un segundo momento varias autoras harán hincapié en la

⁴³³ López de la Vieja MT. Ética y género, en: García Gómez-Heras JM (Coord.). *Dignidad de la vida y manipulación genética. Bioética, Ingeniería genética, Ética feminista, Deontología Médica*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2002. p. 141-173.

⁴³⁴ López de la Vieja MT. *Ob.cit.*: 143-144.

reivindicación de las injusticias y en la diferencia, sin que se pueda evaluar la ética de la mujer sólo por las virtudes propias de los roles sociales que históricamente se le han asignado⁴³⁵.

En un tercer momento, la reflexión ética desde el feminismo se ha centrado en la posibilidad de complementariedad entre lo masculino y lo femenino desde la ética del cuidado. En esta tercera etapa, después de superados algunos radicalismos iniciales, la ética feminista lleva el debate sobre el punto de vista moral al terreno de las experiencias y dilemas reales, alejados de lo que llaman una casuística inútil con principios absolutos; llama también la atención sobre los dilemas de la maternidad –aborto, fecundación in vitro, madres sustitutas- y otros problemas de bioética desde el punto de vista de la toma de decisiones de la mujer, y quiere ampliar la filosofía moral kantiana, hablando por ejemplo de los “deberes imperfectos”, para llegar a la contraposición, según algunos, o a la complementariedad –según otros- entre los principios de justicia y de cuidado en la Bioética.

El feminismo resalta el papel de la experiencia y la perspectiva particular, dirige la atención hacia lo contingente y el contexto de la vida cotidiana. Berlinguer elabora en este sentido una “bioética de lo cotidiano” que se aleje de los grandes temas de debate tecno-científico, que entronca con algunos de los defensores de la ética del cuidado y está en la misma línea de algunas de las obras escritas por Agnes Heller, desde su búsqueda de nuevas legitimaciones desde la postmodernidad⁴³⁶. Benhabid, desde el feminismo crítico con la posmodernidad propone que “el otro concreto” sustituya al “otro generalizado” en el razonamiento moral, para tener realmente en cuenta a los individuos, con su propia historia y con su propia identidad, desde un criticismo situacional y comunitarista⁴³⁷.

2.- Personalismo: ser humano, persona y mujer

El pensamiento personalista se presenta en un primer momento como alternativa “genuina” entre el individualismo y el colectivismo, entre una antropología individualista y una sociología colectivista, centrado en la persona, como noción moderna y cercana a otros conceptos modernos como la subjetividad o la libertad⁴³⁸. Y centrado en la persona entendida como ser subsistente y autónomo, pero esencialmente social: no es el individuo aislado del liberalismo, sino un ser social y comunitario, con valor en sí mismo frente a cualquier colectivismo, y abierto a la trascendencia.

⁴³⁵ Grimshaw J. La idea de una ética femenina. En: Singer P (ed.) *Compendio de Ética*. Madrid: Alianza Editorial; 1995: 655-666.

⁴³⁶ Berlinguer G. *Bioética cotidiana*. México: Siglo XXI; 2002. Heller A. *La revolución de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Península; 1982; y su más reciente obra: *Una filosofía de la historia en fragmentos*. Barcelona: Gedisa Editorial; 1999. Amorós C. Ética y feminismo. En: Guariglia O (Ed.) *Cuestiones morales*. Buenos Aires: Editorial Trotta; 1ª reimpr. 2007: 145-170.

⁴³⁷ Benhabid S. *El Ser y el Otro en la ética contemporánea. Feminismo, comunitarismo y posmodernismo*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2006: 255-258.

⁴³⁸ Burgos JM. *El personalismo. Autores y temas e una Filosofía nueva*. Madrid: Ediciones Palabra; 2000: 26.

En este sentido, entre los primeros filósofos de esta corriente, está el “humanismo integral” de Jacques Maritain, que crea el término “personalismo”. El hombre como “ser de carencias” y “animal de cultura” y no sólo de naturaleza: su naturaleza es su cultura subjetiva cultivada con la educación, vía para la humanización trascendente del hombre. De él parte una antropología filosófica contrapuesta a la del idealismo racionalista: el hombre no es sólo razón y conocimiento, es también existencia espiritual, conocimiento y amor⁴³⁹. Después Mounier insistirá en su Manifiesto al servicio del Personalismo, que la persona es salir de sí mismo, comprender y acoger al otro en su diferencia, y propone una sociedad personalista y comunitaria, no individualista, basada en la donación y desinterés, donde la mujer como persona, a través fundamentalmente de la familia, constituye la extensión del individuo a la comunidad, a la familia comunitaria⁴⁴⁰. Gabriel Marcel fundamenta su reflexión en revalorizar la realidad personal de cada hombre y mujer, en su corporeidad: “yo soy mi cuerpo”. La libertad humana es la capacidad de la persona de recogimiento, de penetrar en su interior y trascenderse, la persona es imagen de Dios, con valor sagrado e inviolable en su dignidad⁴⁴¹. Romano Guardini insistirá en la radical distinción de las personas y las cosas, precisamente por la dimensión relacional del hombre. Hay que partir del análisis fenomenológico para descubrir el encuentro y el diálogo con el otro, la primacía del amor sobre el conocimiento, la valoración de la subjetividad, para así poder transformar la sociedad⁴⁴².

Max Scheler ha contribuido fuertemente al desarrollo de una ética de los valores frente al formalismo y al deber kantiano. Su intento es recuperar la felicidad y las realidades concretas como motivo válido para la acción moral, dando importancia a las emociones y estados de ánimo en el descubrimiento de los valores morales. El hombre es espíritu frente a los demás seres vivos, ser espiritual que se “emancipa” existencialmente de todo lo orgánico con su libertad. Por eso, su propuesta de antropología fenomenológica valora al hombre como ser histórico, hombre y mujer. Es una única vida –en el hombre y la mujer- la que tiene estructuración corporal y estructuración psíquica, ambas como base de su ser para el otro⁴⁴³.

En la misma línea de la persona como ser relacional que hemos visto en los primeros filósofos personalistas, Martín Buber centra su reflexión en el diálogo: la palabra, el diálogo, y sobre todo las relaciones entre las personas, la relación yo-tu (diálogo), en que cada persona confirma a la otra como valor único, frente a las relaciones indirectas o utilitarias en que se utiliza a los demás pero no se les valora en realidad por sí mismos (monólogo)⁴⁴⁴.

⁴³⁹ Maritain J. *Humanismo integral*. Buenos Aires: Ediciones Lohlé-Lumen; 1996.

⁴⁴⁰ Mounier E. *Manifiesto al servicio del Personalismo*. En:

http://www.antorcha.net/biblioteca_virtual/filosofia/personalismo/indice.html (Consultado diciembre 2008)

⁴⁴¹ Marcel G. *Ser y tener*. Barcelona: Caparrós Editores; 1995.

⁴⁴² López Quintás A. *La verdadera imagen de Romano Guardini*. Pamplona: EUNSA; 2001.

⁴⁴³ Scheler M. *El puesto del hombre en el cosmos. La idea de la paz perpetua y el pacifismo*. Barcelona: Alba Editorial; 2000: 106.

⁴⁴⁴ Buber M. *Yo y tú*. Buenos Aires: Ediciones Nueva visión; 3ª reimp. 2002 (1ª ed. 1984). Friedman M, Calarco M, Atterton P. (Eds.) *Levinas y Buber: diálogo y diferencias*. Buenos Aires: Ediciones Lilmod; 2006.

La ética relacional del personalismo tiene puntos en común con la ética dialógica, que tanta influencia está ejerciendo en la fundamentación de la Bioética actualmente, y también en algunas corrientes de la ética feminista. Existen también discrepancias, pero no deja de tener un sentido la coincidencia a finales del siglo XX en el rechazo del utilitarismo, tanto desde la consideración del otro como “interlocutor válido” (Apel, Habermas), como desde el relacionismo personalista. Y en esto ambas corrientes han influido y pueden dialogar con las reflexiones realizadas desde el feminismo, o al menos, con las corrientes feministas no directamente utilitaristas.

Estamos ante una filosofía realista, en el personalismo ontológico, pero que dentro de la tradición realista tiene rasgos nuevos, con categorías nuevas en la antropología y en la ética, que suponen un nuevo acercamiento a la forma de entender la relación hombre-mujer y el papel de ésta en la sociedad. Así, Wojtyła detalla en “El hombre y su destino” esas bases antropológicas nuevas y en “Mi visión del hombre” una nueva visión de la ética. La imagen y semejanza de lo humano con Dios es su carácter relacional, no sólo la razón y voluntad libre –Santo Tomás-, sino la constitutiva ordenación recíproca entre varón y mujer, como relación fundamental: el ser humano es creado como “unidualidad relacional”, y la norma ética fundamental desde esta antropología es la consideración del hombre –varón y mujer- como persona que debe ser amada por sí misma. Más allá del imperativo kantiano del deber de tratar al otro siempre como un fin y no un medio, se constituye como norma de la acción el amor y centralidad de la persona: amar al otro es la exigida respuesta ética ante la dignidad del ser personal humano⁴⁴⁵.

3.- El personalismo y la ética del cuidado feminista:

El desarrollo del personalismo ha aportado algunos elementos, como hemos visto, que pensamos facilitan el diálogo con las posturas de la ética del cuidado feminista. Algunas de las corrientes feministas se alejan bastante de esta centralidad de la persona y los valores de su relacionalidad, y se centran más en la reivindicación de los derechos de la mujer, en una línea neoliberal individualista o utilitarista. Pero desde dentro del propio feminismo hay algunas bases que pueden permitir el diálogo, ofrecido desde la filosofía personalista.

Entre los puntos más importantes que pueden facilitar ese diálogo estarían:

La importancia radical de la afectividad: la afectividad es esencial, junto a la inteligencia y a la voluntad, y al menos en algunos aspectos posee una dimensión espiritual. Una persona sin sentimientos, sin corazón, no es una persona “real”, humana. “El verdadero personalismo se caracteriza por la observación de que, si bien la vida consciente y racional de la persona en el conocimiento y los actos libres es de una importancia crucial, también la vida espiritual afectiva es una parte central e irrenunciable del ser racional de la persona (...) encontramos también en la

⁴⁴⁵ Wojtyła K. *El hombre y su destino*. Madrid: Ediciones Palabra; 1998. Wojtyła K. *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*. Madrid: Ediciones Palabra; 1997.

persona humana experiencias y respuestas afectivas que están intencionalmente y adecuadamente relacionadas con sus objetos y con otras personas, incluyendo a Dios”⁴⁴⁶.

La relacionalidad: La persona está esencialmente ordenada a la relación interpersonal, familiar y social. La relación es siempre esencial para el ser humano, para su desarrollo personal – masculino o femenino- y para el despliegue de las propias posibilidades en la complementariedad con el otro, y este punto sirve de diálogo con las posiciones de la filosofía del diálogo, de la relación “yo-tú”, y de “la reciprocidad de las conciencias”, que tiene relación como vimos con la ética del cuidado feminista del “otro concreto”.

La relevancia filosófica del amor: dentro de la primacía absoluta de los valores éticos, en el personalismo se destaca el amor como la respuesta adecuada a la dignidad de la persona. La dimensión biológica del hombre –en el personalismo- está unida esencialmente a su primer principio de la “afirmación de la persona por sí misma, como sujeto y objeto del amor”, más allá de no utilizarla como un simple medio⁴⁴⁷. Está clara la coincidencia –a pesar de las muy ciertas discrepancias- con la defensa de la dignidad de la mujer desde el feminismo.

La importancia de la corporeidad y la dualidad varón-mujer: El cuerpo es “el mediador omnipresente de la vida del espíritu” –en palabras de Mounier⁴⁴⁸-, y con él, la sexualidad como dualidad varón-mujer, y la rica reflexión sobre la mujer como persona, con su corporalidad, razón y sentimientos, los aspectos éticos de las relaciones entre el hombre y la mujer desde la complementariedad; el proceso de enamoramiento, matrimonio y familia, como aspectos fundamentales del ser relacional y dual humano.

Comunitarismo y personalismo: si la persona es relacional y es un sujeto social, y por lo tanto debe esforzarse al servicio de los demás para construirse como humano, es imprescindible ampliar el diálogo con el comunitarismo para analizar las estructuras sociales, los tipos de sociedades y grupos que las componen, y todo lo que en Bioética se denomina actualmente la ética de las instituciones de salud y los aspectos sociales que debe abordar la Bioética desde la salud pública y las políticas de salud. En esto, se acerca también la reflexión a los aspectos comunitaristas de la ética del cuidado feminista⁴⁴⁹.

4.- Propuesta de temas conjuntos:

4.1 Bioética desde el cuidado: Teresa López de la Vieja propone desde el feminismo una ética del cuidado, que parta de reconocer todos los puntos de vista, ir más allá de la diferencia y buscar un cuidado que no retroceda a tesis paternalistas, que resalte los principios complementarios

⁴⁴⁶ Seifert J. El concepto de persona. Personalismo y personalismos. En: VV.AA. *El primado de la persona en la moral contemporánea*. Pamplona: Universidad de Navarra; 1997: 42-43.

⁴⁴⁷ Wojtyła K. *Mi visión del hombre*. *Ob.cit.*: 315-316.

⁴⁴⁸ Mounier E. *El personalismo*. Madrid: Acción Cultural Cristiana; 1997: 22.

⁴⁴⁹ Alvarez S. El comunitarismo y la teoría feminista. En: Sánchez C, Ortega M, Valiente C (Ed.) *Género y ciudadanía: revisiones desde el ámbito privado*. XII Jornadas de Investigación Interdisciplinaria. Madrid: Universidad Autónoma; 1999: 63-76.

entre individualismo y comunitarismo, entre la racionalidad neokantiana y la ética dialógica, construyendo, o intentándolo al menos, una alternativa a las grandes teorías, una “ética feminista que no interese solamente a las mujeres”⁴⁵⁰. Philippa Foot, nos repropone la bondad natural desde una visión naturalista de la ética: reconocer las estructuras de normatividad naturales, partiendo de la evaluación de las características y operaciones de los seres humanos⁴⁵¹, que podría observarse también desde lo femenino. Es posible así una antropología del cuidar, tal y como se ha desarrollado especialmente en el ámbito latinoamericano no tanto desde el feminismo sino desde la reflexión de Enfermería, como base para una ética del cuidado centrada en la persona⁴⁵².

4.2 Bioética y principio de solidaridad. Algunos autores están profundizando en la solidaridad como principio bioético que definiría gran parte del ámbito de la beneficencia, dentro del principialismo, pero más allá del debate entre las corrientes liberales y comunitaristas⁴⁵³. La solidaridad como principio bioético acerca las posiciones de la ética del cuidado feminista y de la ética del cuidar de Enfermería, así como una global comprensión de la bioética desde la atención y el servicio concretos al otro como persona.

4.3 Bioética de la hospitalidad y vida frágil o vulnerable: La hospitalidad sería una categoría que permite interpretar la situación general del hombre en el mundo, y una ética basada en ella tiene una vigencia particular en nuestro mundo atravesado por los conflictos entre los imperativos de la modernización y el crecimiento, por un lado, y las exigencias de una ética del cuidado y la protección por el otro. No sólo es la vulnerabilidad de la mujer, o de las minorías étnicas o culturas minoritarias. Más allá de las defensas de la interculturalidad, como fundamento de una ética común, todos estamos ante la experiencia de la fragilidad general del mundo, existe una gran sensibilidad a favor de la solicitud; el deber de los individuos no consiste entonces en defenderse contra los demás, contra la sociedad, sino en defenderla y cuidar un tejido social fuera del cual no es realizable su identidad como persona vulnerable y necesitada de los bienes relacionales⁴⁵⁴.

⁴⁵⁰ López de la Vieja T. Justicia y cuidado. En: Puleo AH (Ed.) *El reto de la igualdad de género. Nuevas perspectivas en Ética y Filosofía Política*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2008: 238-257.

⁴⁵¹ Foot P. Bondad natural. Una visión naturalista de la ética. Barcelona: Paidós; 2002: 77-79.

⁴⁵² Torralba F. *Antropología del cuidar*. Barcelona: Institut Borja de Bioética y Fundación Mapfre Medicina; 1998. Torralba F. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Barcelona: Institut Borja de Bioética y Fundación Mapfre Medicina; 2002.

⁴⁵³ De Velasco JM. *La Bioética y el principio de solidaridad*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 224. Para una mejor visión desde la filosofía actual: Figueroa M, Michelini D. *Filosofía y solidaridad. Estudios sobre Apel, Rawls, Ricoeur, Lévinas, Dussel, Derrida, Rorty y Van Parijs*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2007.

⁴⁵⁴ Innerarity D. *Ética de la hospitalidad*. Barcelona: Península Ediciones; 2001: 37-38.

4.4 Bioética de las virtudes: Desde las aportaciones de MacIntyre sobre las virtudes y el reconocimiento de la dependencia de los demás⁴⁵⁵, hasta la defensa de la autenticidad para recuperar las fuentes sustantivas de valoración de nuestras tradiciones culturales frente al individualismo ético moderno, de Taylor⁴⁵⁶, existen las bases para un fecundo trabajo de fundamentación más allá del principialismo, que también se centraría en lo concreto y particular de la acción y ser del hombre, sin desligarlo de su propia teleología. También, por ejemplo, la crítica de Hannah Arendt al derrotado e infeliz “homo faber” que ha instrumentalizado y dominado el mundo con su convicción de que todo puede reducirse al principio de utilidad de la razón tecno-científica, y del “animal laborans” extraordinariamente capacitado para la acción y la ciencia, pero cerrado al pensamiento⁴⁵⁷, nos devuelve a la necesidad de las virtudes intelectuales, al igual que la Bioética nos ha devuelto a la necesidad de la ética de la ciencia.

4.5 Educación y mujer en Bioética: Por último, quisiera apuntar también la influencia que puede tener en la docencia de la bioética esta visión personalista de la mujer. Desde el feminismo radical se están proponiendo modelos bien contradictorios para la educación en Bioética, muchos de ellos basados en un individualismo y autonomismo “femenino” que simplemente reemplazaría al “masculino” predominante. Las posiciones más actuales de la ética del cuidado feminista están en cambio más acordes con las propuestas educativas que pueden realizarse desde el personalismo.

El personalismo puede servirnos en primer lugar, para acercarnos al conocimiento del sujeto educativo femenino tal y como propuso E. Stein al analizar los problemas de educación de la mujer y, en concreto, la formación de las profesionales médicas y el ideal del quehacer de la “mujer plenificada”⁴⁵⁸. En segundo lugar, para delimitar las adaptaciones que los distintos métodos –los diferentes enfoques de las ciencias naturales y de la reflexión filosófica y ética– deben realizar al tener como objeto de estudio a la mujer, indispensables para conseguir una mejor formación en valores, como se pretende en la Bioética⁴⁵⁹.

Es una necesidad incluir los temas de debate que el feminismo afronta en la formación académica de los profesionales de la salud, y puede realizarse de forma complementaria desde las propuestas de la ética del cuidado y desde las experiencias ya existentes de formación en el arte del cuidado en Enfermería, con la incorporación a la docencia de la Bioética de los aspectos relativos a una ética de la virtud y no solamente de una ética principialista.

⁴⁵⁵ MacIntyre A. *Animales racionales y dependientes. Por qué los humanos necesitamos las virtudes*. Barcelona: Paidós; 2001.

⁴⁵⁶ Taylor Ch. *La ética de la autenticidad*. Barcelona, Paidós; 1994.

⁴⁵⁷ Arendt H. *La condición humana*. Barcelona: Paidós, 2ª ed; 1998: 330-349.

⁴⁵⁸ Stein E. *La mujer*. Ediciones Palabra; 1998: 203-228.

⁴⁵⁹ Sánchez-Migallón S. *La persona humana y su formación en Max Scheler*. Navarra: Eunsa; 2006. León FJ. Enseñar Bioética: cómo transmitir valores. *Acta Bioética*, 2008, 14 (1): 11-18.

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

- Abel F. Bioética: diálogo interdisciplinar. *Cuadernos de Bioética*, 1999; 37 (1): 11-16.
- Abellán F. *Selección genética de embriones. Entre la libertad reproductiva y la eugenesia*. Granada: Comares; 2007.
- Abellán F. *Reproducción Humana Asistida y responsabilidad médica*. Granada: Comares; 2001.
- Abellán F, Sánchez-Caro J. *Enfermería y paciente: Cuestiones prácticas de bioética y derecho sanitario*. Granada: Comares; 2007.
- Abrigo C, Délano C. *Voluntades anticipadas en pacientes terminales. El rol de la enfermera*. Tesis de Licenciatura. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales; 2007.
- Acosta JR. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela, 2002.
- Agra MX (Comp.), *Ecología y feminismo*. Granada: Comares; 1997.
- Alarcos FJ. *Bioética Global, Justicia y Teología Moral*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2005.
- Aluja M, Birke A, (coord.) *El papel de la ética en la investigación científica y la educación superior*. 2ª ed. México: Academia Mexicana de Ciencias, Fondo de Cultura Económica; 2004.
- Alvarez S. El comunitarismo y la teoría feminista. En: Sánchez C, Ortega M, Valiente C (Ed.) *Género y ciudadanía: revisiones desde el ámbito privado. XII Jornadas de Investigación Interdisciplinaria*. Madrid: Universidad Autónoma; 1999: 63-76.
- Amorós C. Ética y feminismo. En: Guariglia O (Ed.) *Cuestiones morales*. Buenos Aires: Editorial Trotta; 1ª reimp. 2007: 145-170.
- Amorós C (Dir.) *Filosofía y Feminismo*. Madrid: Síntesis; 2000.
- Andorno R. *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Tecnos; 1998.
- Apel KO. *La globalización y una ética de la responsabilidad. Reflexiones filosóficas acerca de la globalización*. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2007: 84.
- Arendt H. *La condición humana*. Barcelona: Paidós, 2ª ed; 1998: 330-349.
- Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. *La educación en Bioética de los profesionales sanitarios*. Madrid: Ed. Lormo; 1999.
- Asociación Médica Mundial. *Declaración de Oslo sobre el Aborto Terapéutico*. Adoptada por la 24ª Asamblea Médica Mundial Oslo, Noruega, agosto 1970 y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983.
- Asociación Médica Mundial. *Declaración de Madrid, octubre 1987*.
- Astudillo Wilson, A., Antonio Casado A, Mendinueta C. *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad*. San Sebastián, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2005.
- Atención De Enfermería Al Enfermo Terminal. Cuidados Paliativos*. Sevilla: Ed. MAD; 2008.
- Avellaneda LS. Intervención de enfermería en los cuidados paliativos. *Actual. Enferm*. 2003; 6 (3): 22-28.

- Azoulay E et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000; 28: 3044-9.
- Ballesteros J (ed) *La humanidad in vitro*. Granada: Editorial Comares; 2002.
- Bautista, Esperanza. Hans Jonas y la responsabilidad constitutiva: dignidad de la naturaleza y dignidad del ser humano. En: Feito, Lydia (Ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid. Universidad de Comillas; 2004: 149-159.
- Beauchamp T, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.
- Beca, JP (coord.) *El embrión humano*. Santiago: Editorial Mediterráneo; 2002.
- Béji H. ¿Qué futuro para el pluralismo cultural? En: Bindé J *¿Hacia dónde se dirigen los valores?* México: Fondo de Cultura Económica; 2006: 266-273.
- Bellver V. *Por una Bioética razonable*. Granada: Comares; 2006.
- Benhabib S. *El Ser y el Otro en la ética contemporánea. Feminismo, comunitarismo y posmodernismo*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2006.
- Berlinguer G. *Bioética cotidiana*. México: Siglo XXI; 2002.
- Bernardes Marques M. *Saúde Pública, Ética e Mercado no entreato de dois séculos*. São Paulo, Editora Brasiliense; 2005
- Besio M. Análisis ético sobre las interrupciones del embarazo, el aborto provocado y el aborto terapéutico. Santiago, *Ars Medica*, 2002, Vol. 6 (6): 83-94.
- Bestard J. *Tras la Biología: la moralidad del parentesco y las nuevas tecnologías de reproducción*. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2004.
- Bindé J *¿Hacia dónde se dirigen los valores?* México: Fondo de Cultura Económica; 2006.
- Bochatey, Alberto “El personalismo en las diversas áreas culturales de América Latina y el Caribe”, *Revista Vida y Ética*, Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina, Año 4, n° 1, junio 2003, pp. 85-99.
- Bochatey A (Comp.) *Bioética y persona*. Buenos Aires: EDUCA, Instituto de Bioética; 2008
- Bochatey A. *Bioética y teología moral*. Buenos Aires: Ediciones Paulinas; 1994.
- Boecio. *Liber de persona et duabus naturis*, c. III, II, Contra Eutychen et Nestorium, PL MG., 64, 1343.
- Boff L. *A voz do Arco-Iris*. Brasília: Letraviva Editorial; 2000.
- Bonete Perales E. *Ética de la dependencia*. Madrid: Tecnos; 2009.
- British Medical Association. *Grupo de Trabajo para la revisión de las directrices sobre eutanasia*. Mayo 1990.
- Buber M. *Yo y tú*. Buenos Aires: Ediciones Nueva visión; 3ª reimp. 2002 (1ª ed. 1984).
- Buchanan A, Broca DW, Daniels N, Wikler D. *Genética y justicia*. Madrid: Cambridge University Press; 2002.
- Burgos JM. *El personalismo. Autores y temas e una Filosofía nueva*. Madrid: Ediciones Palabra; 2000: 26.
- Burgos, JM. *Repensar la naturaleza humana*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2007.
- Calva R. *Bioética*. México: McGraw Hill; 2006.
- Cambrón A, et al. *Reproducción asistida: promesas, normas y realidad*. Madrid: Trotta; 2005.
- Canadian Nurses Association. Advance Directives: The Nurse's Role. *Ethics in Practice*, May, 1998.

- Cantillo J., Domínguez A, Encinas S, Muñoz A, Navarro F, Salazar A. *Dilemas Morales. Un aprendizaje de valores mediante el diálogo*. Valencia: Nau Llibres; 2005.
- Carlson BM, Feher de la Torre G. *Embriología básica de Patten*. México: 5ª ed. Interamericana Mc. Graw Hill; 1990.
- Carrasco MA. Quién es y quién no es persona. En: *Problemas contemporáneos de antropología y bioética*. Santiago: Instituto de Estudios de la Sociedad; 2008: 99-114.
- Carrasco I (Coord.). *Identidad y estatuto del embrión humano*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2000.
- Carvalho Fortes P.A., Campos Pavone EL (orgs.) *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitario São Camilo, Edições Loyola; 2003.
- Castillo MA, Jiménez AI, Torres I. Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal. *Revista Cubana de Enfermería*, 2007, 23 (2) <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/indice.html>
- Cely G. *Bioética y Universidad*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano CEJA; 1997.
- Centeno C, Vega J, Martínez Baza P. Bioética de la situación terminal de enfermedad. *Cuadernos de Bioética*, 1992, 12 (4): 38-52.
- Centeno C, Núñez JM. Revelación del diagnóstico a enfermos oncológicos en situación terminal. *Cuadernos de Bioética*, Santiago, 1996, 7(2):156-163.
- Clavé E. La sedación en cuidados paliativos. En: Astudillo Wilson, A., Antonio Casado A, Mendinueta C. *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad*. San Sebastián, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2005: 267-304.
- Código de Bioética para el personal de la salud*. México: Secretaría de Salud; 2002: Artículos 1º y 47º.
- Código Deontológico de los Colegios de Médicos de España*. Madrid: OMC; 1999. Artículo 24.1.
- Código de Ética del CIE para la profesión de Enfermería*. Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra; 2006.
- Código de Ética del Colegio Nacional de Pediatras Mexicanos*. *Arch Invest Pediatr Méx* 2006; 9 (3): 27-28: Artículo 4º.
- Código de Ética del Colegio de Enfermeras de Chile*. Santiago, 2008.
- Código de Ética y Deontología Médica*. Consejo General de Colegios Médicos de España; 1990.
- Código de Ética de la Enfermería colombiana*. En: <http://www.anec.org.co/> .
- Colegio Médico de Chile. *Código de Ética*. Santiago; 2008.
- Comisión Central de Deontología Médica de España. *Declaración sobre la eutanasia*. Madrid; 1989.
- Comisión Interinstitucional de Enfermería. *Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México*. México DF; 2001.
- Congreso Mundial de Medicina y Cuidados Intensivos. *Declaración de Ética en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos*. Madrid, 1996
- Conill J. *Horizontes de economía ética. Aristóteles, Adam Smith, Amartya Sen*. Madrid: Tecnos; 2006.
- Consejo General de Colegios Médicos de España. *Código de Ética y Deontología Médica*. Madrid: 1990.

- Consejo Internacional de Enfermería. *La función de la enfermera que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias*. Declaración de posición. Ginebra, 2000, revisada 2006.
- Constitución Española. Texto oficial en B.O.E. 29.XII.1978. Título 1º. De los derechos y deberes fundamentales. Artículo 10.1.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Art. 1. Reformado mediante Decreto, publicado en el Diario Oficial de la Federación, 4 diciembre 2006.
- Convenio Europeo de Derechos Humanos y Biomedicina*. Oviedo, España, 1997.
- Cordúa C. *IncurSIONES*. Santiago: Universidad Diego Portales; 2007: 326.
- Cornago A. *El paciente terminal y sus vivencias*. Santander: Sal Terrae; 2007.
- Cortina A. *Ética Mínima*. Madrid: Tecnos, 4ª ed.; 1994.
- Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993: 236-240.
- Couceiro A (ed.) *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triascastela; 2004.
- Couceiro A. Tecnología, dolor y sufrimiento en las unidades de críticos. En: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*. Barcelona: Humanitas, Humanidades Médicas, Monografía nº 2, 2004: 53-67.
- Chalmeta G. La dimensión biológica del hombre en el personalismo ético. *Medicina y Ética*, México, 2007, 18: 15-26.
- Charlesworth M. *La Bioética en una sociedad liberal*. Madrid: Cambridge University Press; 1996: 1-10.
- Childress S. Improving End-of-Life Care. *Nursing Management*, 2001, 32 (10): 32-35.
- Chomalí M, Mañalich J. *La desconfianza de los impacientes. Reflexiones sobre el cuidado médico y la gestión de riesgos en las instituciones de salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2006.
- Declaración de la Comisión Central de Deontología Médica de España. *Sobre el significado de la expresión 'eutanasia pasiva'*. Madrid: OMC; 1993.
- De Lorenzo R. *Derechos y obligaciones de los pacientes*. Madrid: Colex; 2003.
- Del Rey Calero J, Calvo Fernández JR. *Como cuidar la salud. Su educación y promoción*. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
- De la Torre J. *Dignidad humana y Bioética*. Madrid: Universidad de Comillas; 2008.
- De la Torre J (ed.) *La limitación del esfuerzo terapéutico*. Comillas, Madrid 2006.
- De Velasco JM. *La Bioética y el principio de solidaridad*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 224.
- Diamond EL et al. Decision-Making Ability and Advance Directive Preferences in Nursing Home Patients and Proxies. *Gerontologist*, 1989, 29 (5): 622-26.
- Díaz de Terán MC. *Derecho y nueva eugenesia: Un estudio desde la Ley 35/88, de 22 de noviembre, de técnicas de reproducción asistida*. Pamplona: Eunsa; 2005.
- Dieterlen P. Ética y poder público. En: Guariglia O (Ed.) *Cuestiones morales*. Buenos Aires: Editorial Trotta; 1ª reimp. 2007:131-144.
- Dobalian A, Andersen RM. The Impact of Advance Directives on Nursing Home Expenditures in the United States. *Abstr Acad Health Serv Res Health Policy Meet*. 2002, 19: 4.
- Domingo T. Difícil dignidad. Cuestiones abiertas. En Masiá J (Ed.) *Ser humano, persona y dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas, Desclée de Brouwer; 2005: 341-357.

- Durand G. *La Bioética*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1992.
- Dworkin R. *Life's Dominion. An Argument about Abortion and Eutanasia*. London, Harper Collins:1998
- Dworkin G, Frey RG, Bok S. *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*. Madrid: Cambridge University Press; 2000.
- Dying well? A colloquy on euthanasia and assisted suicide. *Hasting Center Report*, 1992, 22 (2).
- Echezarreta M. La autonomía del paciente en el ámbito sanitario: las voluntades anticipadas. Rev Electrónica de *Geriatría y Gerontología*, Vol 4, nº 1, 2002, p. 2. www.geriatrianet.com
- Engelhardt HT. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1995.
- Escobar Triana J. *Bioética y Derechos Humanos*. Bogotá: Ediciones El Bosque; 1998.
- Escobar Triana J. *Bioética y Justicia Sanitaria*. Bogotá: Ediciones El Bosque; 1999.
- Escobar J (coord.) *Elementos para la enseñanza de la Bioética*. Bogotá: Universidad El Bosque; 1998.
- Espejo D. Los cuidados paliativos. En: Pastor LM, León FJ. *Manual de ética y legislación en Enfermería*. Madrid: Mosby-Doyma; 1997: 129-132.
- Espósito R. Bíos. *Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu; 2006: 21-22.
- Ética y sedación al final de la vida*. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas; 2003
- Etzioni A. *La dimensión moral*. Madrid: Palabra; 2007.
- Fabri dos Anjos M, De Siqueira JE (Orgs) *Bioética no Brasil. Tendências e perspectivas*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, Ideias Letras; 2007.
- Faúndes A, Barzalato J. *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Santiago: LOM Ediciones; 2007.
- Fe y Ciencias. Jornada del 8 de octubre de 1997*. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Católica Argentina; 1998.
- Feito L (ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004: 15-33.
- Feito L. *Ética Profesional de la Enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. Madrid: PPC; 2000.
- Fenigsen R. A case againts Dutch euthanasia. *Hasting Center Report*, 1989, 19 (1 Supl): 22-30.
- Ferrell B et al. End of Life Care: Nurses speak out. *Nursing Ethics*, 2000, 30 (7): 54-57.
- Ferrer, Jorge José; Alvarez, Juan Carlos. *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos em la bioética contemporánea*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2ª ed. 2005.
- Ferry L. *Familia y amor. Un alegato a favor de la vida privada*. México: Taurus; 2008.
- Fetter M. End-of-Life Care: The Nursing Role. *Revista Med Surg Bursing*, 2000, 9: 230.
- Figueroa M, Michelini D (Comp.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007.
- Finnis J. *Cuestiones de ética*. Barcelona: EIUNSA; 1992.
- Fletcher J. Indicator of humanhood: a tentative profile of man. *Hasting Center Report*, 1972, 2 (5): 1-4.
- Flordelís F. Testamentos vitales en las historias clínicas. *Trabajo Social y Salud*, 2000, 37.

- Florenzano A, Mosso L, Pérez P. Examen clínico objetivado estructurado en evaluación de ética clínica: ¿es posible? Comunicación en *IV Congreso de Educación Médica*. Santiago: Soeducsa; 2007.
- Foot Ph. *Bondad natural. Una visión naturalista de la ética*. Barcelona: Paidós; 2002.
- Franco ZR. La evaluación ética en la educación para el desarrollo humano. Caldas, Colombia: Editorial Universidad de Caldas; 2006.
- Freire P. *Pedagogía da autonomia. Saberes necesarios a prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- Friedman M, Calarco M, Atterton P. (Eds.) *Levinas y Buber: diálogo y diferencias*. Buenos Aires: Ediciones Lilmod; 2006.
- Gaete C, Gallardo S, Ramírez C. *Principios Bioéticos en la integración social de personas con discapacidad*. Tesis de Licenciatura. Santiago: Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile; 2006.
- Gafo J (ed.). *Bioética y religiones: el final de la vida*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2000.
- Gandra I (Coord.) *Direito Fundamental à Vida*. São Paulo: Quartier Latin; 2005.
- Garay J. *Diferencia y libertad*. Madrid: Rialp; 1992.
- García-Huidobro, Joaquín. *El anillo de Giges. Una introducción a la tradición central de la ética*. Santiago: Editorial Andrés Bello; 2008.
- García Marzá, D (Dir.) *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón, España: Universitat Jaume I; 2005.
- Gardner RL. Specification of embryonic axes begins before cleavage in normal mouse development. *Development*, 2001; 128: 839-847.
- Garrafa V, Kottow M, Saada A (Coord.) *El estatuto epistemológico de la Bioética*. México DF: UNESCO e Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; 2005.
- Garrafa V, Kottow M, Saada A (Org.). *Bases conceituais da Bioética. Enfoque latino-americano*. São Paulo: Editora Gaia Ltda; 2006.
- Garrafa V. O novo conceito de Bioética. En: Garrafa V, Kottow M, Saada A (Coord.) *El estatuto epistemológico de la Bioética*. Sao Paulo: Cátedra UNESCO Brasilia y Red Bioética UNESCO; 2006.
- Garza T. de la. Bioética y Biopolítica. En: González J (Coord.) *Perspectivas de bioética*. México: Fondo de Cultura Económica, UNAM y Comisión Nacional de los Derechos Humano; 2008.
- Garza MT. Consensos y disensos en Bioética y Biopolítica. En: González J (Coord) *Dilemas de Bioética*. México: UNAM, Comisión derechos Humanos y Fondo de Cultura Económica; 2007: 228-239.
- Generalitat de Catalunya. *Ley 21/2000 sobre los derechos de la información concerniente a la salud y la autonomía del paciente*.
- George RP. *Moral pública. Debates actuales*. Santiago: Instituto de Estudios de la Sociedad; 2009.
- Gherardi C. *Vida y muerte en terapia intensiva*. Biblos, Buenos Aires, 2007.

- Gil C. Panorama internacional de las voluntades anticipadas. Revista on line: *Bioética en Atención Primaria*, Instituto de Bioética Zaragoza, 2002. En: <http://www.institutodebioetica.org/revista/cgil.pdf>
- Gómez AI, Maldonado CE (Comps). *Bioética y educación. Investigación, problemas y propuestas*. Bogotá: Universidad del Rosario; 2005.
- Gómez Lavín C. Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer. *Cuadernos de Bioética*, 1994, 5 (17-18): 28-30.
- Gómez-Lobo A. *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*. Santiago: Mediterráneo; 2006.
- Gómez M. No me da miedo la muerte, me da miedo el dolor. *Revista Index de Enfermería*, Granada, 2007, 16 (58):63-67.
- Gómez Rubí JA. *Ética en Medicina crítica*. Triacastela, Madrid, 2002.
- Gómez Sánchez C. Problemas éticos en la religión. En: Osvaldo Guariglia (Ed.) *Cuestiones morales*. Buenos Aires: Editorial Trotta; 1ª reimp. 2007: 171-187.
- Gómez Sánchez Y. La dignidad como fundamento de los derechos: especial referencia al derecho a la vida. En: Feito L (Ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004: 75-97.
- González AM. *Naturaleza y dignidad. Un estudio desde Robert Spaemann*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra; 1996.
- González D, Billings D. *El Aborto en México*. Ciudad de México, IPAS, 2002: 16.
- González J (Coord) *Dilemas de Bioética*. México: UNAM, Comisión derechos Humanos y Fondo de Cultura Económica; 2007.
- González Blasco P, Serrano Dias M, Pashtuchenko J, Altisent R. ¿Cómo enseñar bioética en el pregrado? Reflexiones sobre experiencias docentes. *Atención Primaria*, 2009; 41 (2): 103-108.
- Goulet D. *Ética del Desarrollo. Guía teórica y práctica*. Madrid: Editorial IEPALA; 1999.
- Gracia D *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema; 1989.
- Gracia D. *Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética*. Madrid: Triacastela; 2004.
- Gracia D. Religión y ética. En: Gracia D. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela; 2004: 129-196.
- Gracia D. *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*. Bogotá: Editorial El Búho;1998: 175-183.
- Gracia D. La deliberación moral, el método de la ética clínica. *Medicina Clínica* 2001; 117 (1): 18-23.
- Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: EUDEMA; 1991.
- Gracia D, Rodríguez JJ. (Dión). *Ética en cuidados paliativos. Guías de ética en la práctica médica*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2006.
- Granja C et al. Patient's recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Crit Care* 2005; 9: 145-6.
- Grimshaw J. La idea de una ética femenina. En: Singer P (ed.) *Compendio de Ética*. Madrid: Alianza Editorial; 1995: 655-666.
- Gross-Espiell H. La bioética y el bioderecho. Bioderecho internacional. *Revista de Bioética Latinoamericana*, Mérida, Venezuela, 2008, Vol. 2, nº 2.

- Guerra MJ. Hacia una Bioética global: la hora de la justicia. A vueltas con la desigualdad humana y la diversidad cultural. En: Feito L (ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004: 15-33.
- Guevara B, Zambrano A, Evies A, Mejías M. Hacia un paradigma humanista en enfermería en la visión del enfermo terminal. *Enfermería Global*, revista electrónica. Murcia, España, 2005, nº 7. www.um.es/ojs/index.php/eglobal/5/05e01.html
- Habermas J. *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?* Madrid: Paidós Ibérica; 2002.
- Habermas J. *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Paidós Básica; 2006.
- Habermas J. Del estado nacional a la sociedad global. En: *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Paidós; 2005: 315-354.
- Heidegger, M. La pregunta por la técnica. En: Medina, M; Sanmartín J.(Eds.) *Tecnología, ciencia, naturaleza y sociedad*. Barcelona: Anthropos; 1989.
- Heller A. *La revolución de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Península; 1982.
- Heller A. *Una filosofía de la historia en fragmentos*. Barcelona: Gedisa Editorial; 1999.
- Hellström UW, Sarnimiaki A. Experiences in Self-Determination by Older Persons Living in Shattered Housing. *Nursing Ethics*, 2007, 14 (3): 412-424.
- Hennezel, M de. *La muerte íntima; los que van a morir nos enseñan a vivir*. Plaza y Janés, Barcelona, 1996.
- Hernández ME. La asistencia tanatológica. En: *Identidad profesional de la enfermera ante la muerte*. Revista IPN-CIECAS, México, 2004, nº 7. <http://www.ciecas.ipn.mx/>
- Herranz G. Eutanasia o Medicina. *Cuadernos de Bioética*, 1990, 1 (4): 21.
- Herrera S. *El aborto inducido ¿Víctimas o victimarias?* Santiago: Catalonia, Centro Interdisciplinario de Estudios de Género; Centro de Investigaciones Diego Barros Arana. Cátedra UNESCO de Género; 2004.
- Hidalgo Ordás MC. *Análisis jurídico-científico del concebido artificialmente*. Barcelona: Bosch; 2002.
- Hondefelder L. Naturaleza y status del embrión. Aspectos filosóficos. *Cuad Bioet* 1997; 31: 1034-1047
- Hornos J et al. Cuidados de enfermería al enfermo Terminal. Proyecto de una guía de acompañamiento a la muerte. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*. La Habana, 2006, 6 (4): 18-25.
- Hotois G et al. Consensos y disensos en Bioética y Biopolítica. En: González J (Coord.) *Dilemas de Bioética*. México: UNAM, Comisión derechos Humanos y Fondo de Cultura Económica; 2007: 183-266.
- Hoyos IM. *De la dignidad y de los derechos humanos*. Bogotá: Universidad de La Sabana; 2007.
- Infante C. *Quejas médicas. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica*. México DF: Editores de textos mexicanos; 2006.
- Innerarity D. *Ética de la hospitalidad*. Barcelona: Península Ediciones; 2001.
- Jensen L. Aborto, derechos reproductivos y paternidad responsable. Santiago, *Ars Medica*, 2002, 4 (6): 113-120.
- Jonas H. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder; 1995.

- Juan Pablo II. *Encíclica Fides et Ratio*. Vaticano: Santa Sede; 1998.
- Kass LR. Eutanasia y autonomía de la persona. *Cuadernos de Bioética*, 1990, 4 (4): 24-29.
- Keown J. *La Eutanasia examinada: perspectivas éticas, clínicas y legales*. México: F.C.E.; 2005.
- Kinoshita S. Respecting the Wishes of Patients in Intensive Care Units. *Nursing Ethics*, 2007, 14(5):651-664.
- Kottow M, Anguita V. *Bioética Católica. Márgenes de interpretación de las enseñanzas magisteriales*. Santiago de Chile: CINBIO (Centro Interdisciplinario Bioética Univ Chile); 1995.
- Kottow M. Por una ética de protección. *Revista de la SIBI*, 2004,11: 24-34.
- Kottow M. Bioética y biopolítica. *Bioética*, Sociedade Brasileira de Bioética, 2005, 1 (2): 110-121.
- Kottow M. *Bioética en Salud Pública*. Santiago: Puerto de Pablos; 2005.
- Kübler Ross E, Kessler D. *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Editorial Luciérnaga; 2006
- Küng H. *Proyecto de una ética mundial*. Madrid: Trotta; 1992.
- Küng H, Rinn-Maurer A. *La ética mundial entendida desde el cristianismo*. Madrid: Editorial Trotta; 2008.
- La Torre MA. *Ecología y moral. La irrupción de la instancia ecológica en la ética de Occidente*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1993.
- Lahn M, Friedman B, Bijur P, Hayghey M, Gallager EJ. Advance directives in skilled nursing facility residents transferred to emergency departments. *Rev. Acad Merg Med* 2001 Dec, 8 (12):1158-62.
- Lars S et al. Ethical Considerations of Refusing Nutrition After Stroke. *Nursing Ethics*, 2008, 15: 147-159.
- Larsen W. *Human Embriology*. New York: Churchill-Livingstone, 1993: 1-2.
- Laun A, *La conciencia*. Barcelona: EIUNSA; 1993.
- Lautrette A, et al. A Communication Startegy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007; 356: 469-78.
- Lejeune J. Una reflexión ética sobre la medicina prenatal. En: Autores Varios. *Manual de Bioética General*. Madrid: Rialp; 1993: 262.
- León FJ (Ed.) *Las Comisiones Nacionales de Bioética*. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Bioética; 2008.
- León FJ. *La bioética latinoamericana en sus textos*. E-book, Santiago: Unidad de Bioética OPS/OMS y CIEB Universidad de Chile; 2008.
- Leone S. Bioetica in pediatria di base. *Medicina e Morale*, 1992, (1): 27-42.
- Leopold A. *Una ética de la tierra*. Madrid: Edición los libros de la Catarata; 2000.
- Ley 35/1988, de 22 de noviembre, *Sobre Técnicas de Reproducción Asistida*. España, en B.O.E. 24.XI.1988.
- Ley Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica*. España. BOE. Ley 41/2002.
- Lewis E.B. The Bithorax Complex: The First Fifty Years. In: Nobel Lecture Physiology or Medicine 1991-1995. Singapore, Editor Nils Ringertz, World Scientific Publishing Co.; 1997.
- Lipovetsky G. *El crepúsculo del deber*. Barcelona: Anagrama; 1994: 81-84.

- Lolas F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1998.
- Lolas F. Introducción: hacia una Bioética para América Latina y el Caribe. En: Lolas F (Ed.) *Bioética y Cuidado de la Salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2000: 13-18.
- Lolas F. La Bioética y los sistemas sanitarios en América Latina y el Caribe. En: *III Congreso Nacional, Latinoamericano y del Caribe de Bioética*. México: Comisión Nacional de Bioética y Academia Nacional Mexicana de Bioética; 1999: 33-37.
- Lolas F (Editor) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS-OMS; 2004.
- Lolas F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago: Editorial Universitaria; 1998.
- Lolas F, Douglas M, Quezada A (Ed.) *Prioridades en salud y salud intercultural*. Santiago: CIEB, Universidad de Chile; 2007.
- López C. Apoyo tanatológico a pacientes terminales. En: *Identidad profesional de la enfermera ante la muerte*. Revista IPN-CIECAS, México, 2004, nº 7. <http://www.ciecas.ipn.mx/>
- López Guerrero A. El dolor y su tratamiento. *Cuadernos de Bioética*, 1990, 12 (4): 38-41.
- López Moratalla N, Iraburu MJ. *Los quince primeros días de una vida humana*. Pamplona: EUNSA; 2004.
- López Quintás A. *La verdadera imagen de Romano Guardini*. Pamplona: EUNSA; 2001.
- López de la Vieja MT. Ética y género, en: García Gómez-Heras JM (Coord.). *Dignidad de la vida y manipulación genética. Bioética, Ingeniería genética, Ética feminista, Deontología Médica*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2002. p. 141-173.
- López de la Vieja T. Justicia y cuidado. En: Puleo AH (Ed.) *El reto de la igualdad de género. Nuevas perspectivas en Ética y Filosofía Política*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2008: 238-257.
- López-Rey, EA y cols. Conocimiento y actitudes de la población sobre el Documento de Voluntades Previas. En: *Actas VII Congreso Atención Primaria*. Cuenca: Semergen; 2006: 83-86.
- Llano A (Editor) *¿Qué es Bioética? Según notables bioeticistas*. Bogotá, 3R Editores; 2001.
- Llano Escobar A. *La Bioética Iberoamericana*. Edición electrónica en web de la Universidad Llubia Maristany C. El poder terapéutico de la escucha en medicina crítica. *Humanitas. Humanidades Médicas*, Barcelona, 2008, 27. web: www.humanitas.es
- Javeriana, Bogotá, Colombia: www.javeriana.edu.co/bioetica
- Llano A, (Ed.) *Bioética y educación para el siglo XXI*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2006.
- Maciá Manso R. *Ética, vida humana y aborto* (2 vol.) Madrid: Universidad Complutense, Facultad de Derecho; 2003.
- MacIntyre A. *Tras la virtud*. Barcelona: Editorial Crítica; 1ª ed. 1987.
- MacIntyre A. *Animales racionales y dependientes. Por qué los humanos necesitamos las virtudes*. Barcelona: Paidós; 2001.
- MacIntyre A. *Justicia y racionalidad*. Madrid: Eiusa; 2ª ed.; 2001.
- Maliandi R. Ética discursiva y ética aplicada. Reflexiones sobre la formación de profesionales. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2002; 29: 105-130.

- Maliandi R. *Ética: dilemas y convergencias. Cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología*. Buenos Aires: Editorial Biblos, Ediciones UNLa.
- Marcel G. *Ser y tener*. Barcelona: Caparrós Editores; 1995.
- Marcos A. *Ética ambiental*. Valladolid: Ediciones de la Universidad; 2001.
- Maritain J. *Humanismo integral*. Buenos Aires: Ediciones Lohlé-Lumen; 1996.
- Marshall B, Kapp A. Place Like That: Advance Directives and Nursing Home Admissions. *Psychology, Public Policy and Law*, 1998, 4: 805-828.
- Martín Navarro E. *Ética para el desarrollo de los pueblos*. Madrid: Editorial Trotta; 2000.
- Martínez Urionabarrenetxea K. Reflexiones sobre el testamento vital I y II. *Aten Primaria* 2003, 31 (1).
- Masiá J (Ed.) *Ser humano, persona y dignidad. Dilemas éticos de la medicina actual 19*. Madrid: Universidad de Comillas, Desclée de Brouwer; 2005.
- Masiá J. Manejar blastocistos, cuidar embriones, respetar fetos. En Masiá J (Ed.) *Ser humano, persona y dignidad*. Madrid: Desclée de Brouwer; 2005. pp. 323-326.
- Massaglia MV. *Nuevas formas de procreación y el Derecho Penal*. Buenos Aires: Ad Hoc; 2001.
- Massini CI, Serna P (Eds) *El derecho a la vida*. Pamplona: EUNSA; 1998
- Mc Donagh JR et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004; 32: 1584-8.
- Melendo T, Millán-Puelles L. *La pasión por la verdad. Hacia una educación liberadora*. Navarra: Eunsa; 1997.
- Melendo T, Millán-Puelles L. *Dignidad: ¿Una palabra vacía?* Pamplona; Ediciones Universidad de Navarra; 1996.
- Melich JC, Palou J, Poch C, Fons M, (Eds). *Responder del otro. Reflexiones y experiencias para educar en valores éticos*. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.
- Memorias VI Congreso Iberoamericano de Academias de Derecho. *Problemas Jurídicos actuales sobre la vida y la muerte*. Bogotá: Academia Colombiana de Jurisprudencia; 2007.
- Mena P. Solidaridad e invención del prójimo. En: Figueroa M, Michelini D (Comps.). *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 59-90.
- Menzel PT. Orgeon' denial: disabilities and quality of life. *Hasting Center Report*, 1992, 6.
- Mesina M, Leon FJ, Lillo R. Formación en Bioética de estudiantes de Medicina: experiencias del Aprendizaje Basado en Problemas en la Universidad Diego Portales. Santiago: Comunicación en: *IV Congreso de Educación Médica*; 2007.
- Ministerio de Salud Chile. *Estándares generales para prestadores institucionales de atención abierta. Respeto a la dignidad del paciente*. Santiago: Ministerio de Salud; 2007.
- Molloy DW et al. Systematic Implementation of an Advance Directive Program in Nursing Homes. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2000; 283:1437-1444.
- Moore JA. *Heredity and Development*. Second Ed. Oxford University Press; 1972.
- Moore, KL and Persaud TW. *The Developing Human*. Philadelphia: WB Saunders Co.; 1993.
- Moreto G, Bariani D, Pinheiro TR, Altisent R, González-Blasco P. Una nueva metodología docente en Bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de Medicina en Brasil. *Persona y Bioética*, 2008, Vol. 12, 2 (31): 132-144.
- Moser A, Soares AM. *Bioética. Do consenso ao bom senso*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.

- Mounier E. *El personalismo*. Madrid: Acción Cultural Cristiana; 1997.
- Núñez de Castro, I. *De la dignidad del embrión. Reflexiones en torno a la vida humana naciente*. Madrid: Dykinson; 2008.
- Nüsslein-Volhard Ch. The Identification of Genes Controlling Development in Flies and Fishes. In: Nobel Lectures, Physiology or Medicine 1991-1995. Singapore: Editor Nils Ringertz, World Scientific Publishing Co., 1997.
- Orozco A. Qué es la persona y cuál su dignidad. Fundamentos antropológicos de ética racional. *Cuadernos de Bioética*, 1993, 13 (1): 40.
- Palazzani L. Bioetica dei principi e bioetica delle virtù: il dibattito attuale negli Stati Uniti. *Medicina e Morale*, Roma, 1992, 1: 59-85.
- Palazzani L. La fundamentación personalista en bioética. *Cuadernos de Bioética*, 1993, 14 (2): 48-54.
- Parenti FR. Bioética y Biopolítica en América latina. En: Acosta J. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002.
- Pellegrino E, Thomasma D. *Las virtudes cristianas en la práctica médica*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2008.
- Pérez Adán J. *Adiós estado, bienvenida comunidad*. Madrid: Eiunsa; 2008.
- Pérez-Delgado E. *Moral de convicciones, moral de principios. Una introducción a la ética desde las ciencias humanas*. Salamanca-Madrid: EDIBESA; 2000.
- Pérez Monge M. *La filiación derivada de técnicas de reproducción asistida*. Zaragoza: Facultad de Derecho; 2002.
- Pérez Tamayo R, Lisker R, Tapia R (coord.). *La construcción de la Bioética. Textos de Bioética*. Vol. 1. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2007.
- Pessini L, Paul de Barchifontaine C, Lolas F (coords.). *Perspectivas de la Bioética en Latinoamérica*. Santiago de Chile: OPS/OMS; 2007.
- Pessini L, Paul de Barchifontaine Ch. (Orgs.) *Bioética na Ibero-América. História e perspectivas*. São Paulo: Centro Universitário Sao Camilo, Edições Loyola; 2007
- Pijnenborg et al. Acciones encaminadas a terminar con la vida sin solicitud expresa por parte del paciente. *The Lancet* (Ed.Esp.) 1993, 23 (4): 234-237.
- Piotrowska K, Wianny F, Pedersen RA, Zernicka-Goetz M (2001) Blastomeres arising from the first cleavage division have distinguishable fates in normal mouse development. *Development*, 2001; 128: 3739-3748.
- Pisanò A (Coord.) *La especie humana, ¿es titular de derechos?* Madrid: Dykinson; 2008.
- Porrás del Corral M. Persona y dignidad desde el Derecho. En: Masiá J (ed.) *Ob.cit.*: 199-244.
- Portella E. La cultura del siglo XXI: ¿Clonación o mestizaje? En: Bindé J. *Ob.cit.*: 274-279.
- Posada González. N. *Ser humano y persona*. Bogotá, Universidad de La Sabana; 2003.
- Potter VR. *Bioethics: Bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall; 1971.
- Potter V.R. Conferencia inaugural del Congreso Mundial de Bioética, Gijón, 2000, citado por *Protocolo de acuerdo Ministerio de Salud y Colegio de Enfermeras de Chile*. Santiago, 2006.
- Proyecto de Ley de Declaración de voluntad vital anticipada, 10 marzo 2004*. República Argentina.
- Proyecto de Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud*. Propuesto por el Ministerio de Salud. Santiago de Chile: 2006.

- Puleo AH (Ed.) *El reto de la igualdad de género. Nuevas perspectivas en Ética y Filosofía Política*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2008
- Rager G. Embrión-hombre-persona. Acerca de la cuestión del comienzo de la vida personal. *Cuad Bioet* 1997; 31: 1048-1062.
- Rego S. *A Formação Ética dos Médicos. Saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Río de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- Reich WT (ed.), *Encyclopedia ob Bioethics I*. The Free Press: New York; 1978, XIX.
- Reichlin M. L'eutanasia nella bioetica di impostazione utilitaristica. *Medicina e Morale*, 1993, 2: 331-362.
- Ricoeur P. *Soi Même Comme un Autre*. París: Editions du Seuil; 1990.
- Rodríguez A. La persona humana, algunas consideraciones. *Ars Medica*, Santiago de Chile, 2002, 4 (6): 121-140.
- Rodríguez López P. *La autonomía del paciente, información, consentimiento y documentación clínica*. Madrid: Dilex; 2004.
- Rodríguez Merino JM. *Ética y derechos humanos en la era biotecnológica*. Madrid: Dykinson, 2008.
- Roland F, Rego S, Braz M, Palácios M (Org.) *Bioética, riscos e proteção*. Río de Janeiro: Editora UFRJ/Editora Fiocruz; 2005.
- Roland F, Kottow M. Principios bioéticos en Salud Pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saude Pública*, 2001; 17(4): 949-956.
- Rostand J. *El hombre*. Madrid: Alianza Editorial; 1983: 48.
- Russell S. Nursing Care at the End of Life. *American Academy of Ambulatory Care Nursing*, Nov-Dec. 2003.
- Sádaba J. *La vida en nuestras manos*. Barcelona: Ediciones B; 2000.
- Sadler TW. *Langsman's medical embryology*. Lippincott: Williams & Wilkins, 2000.
- Salas R. Ética Intercultural. *(Re)lecturas del Pensamiento Latinoamericano*. Santiago: LOM Ediciones; 2003.
- Salas R. Ética intercultural. Ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos. Santiago: Ediciones UCSH; 2003.
- Salas S, (Investigador responsable) *Análisis del impacto de la enseñanza de la Bioética en las actitudes ético clínicas de alumnos de Medicina*. Santiago: Vicerrectoría Académica, Pontificia Universidad Católica de Chile; 1998.
- Saldaña, J. El derecho a la vida. La defensa de Tomás de Aquino y de John Finnis. En: Da Silva, IG. (Ed.) *Direito Fundamental a Vida*. Sao Paulo: Quartier Latin; 2005: 51-54.
- Salvat P. Teoría de la justicia y solidarismo liberal en Rawls. En: Figueroa M, Micheline D (Comp.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 37-57.
- Sánchez-Migallón S. *La persona humana y su formación en Max Scheler*. Navarra: Eunsa; 2006. Santiago, Instituto de estudios de la Sociedad; 2009: 1-37.
- Salomone G, Domínguez ME. *La transmisión de la ética: clínica y deontología*. Volumen I. Fundamentos. Buenos Aires: Letra Viva; 2006, 173.
- Sánchez MA et al. Intervención de Enfermería: herramienta clave para mejorar el estado nutricional en los pacientes. *Revista SEDEN*. 2007, 10 (4). www.revistaseden.org

- Sánchez C, Ortega M, Valiente C (Ed.) *Género y ciudadanía: revisiones desde el ámbito privado. XII Jornadas de Investigación Interdisciplinaria*. Madrid: Universidad Autónoma; 1999.
- Sánchez-Caro J, Abellán F. *Derechos y deberes de los pacientes. Ley 41/2002, consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas*. Granada: Comares; 2002.
- Sánchez-Migallón S. *La persona humana y su formación en Max Scheler*. Pamplona: Eunsa; 2006.
- Santos de Unamuno C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. *Aten Primaria*, 2003; 32 (1) 1-8.
- Scheler M. *El puesto del hombre en el cosmos. La idea de la paz perpetua y el pacifismo*. Barcelona: Alba Editorial; 2000: 106.
- Segre M. *A questão ética e a saúde humana*. Editora Atheneu, São Paulo, 2006.
- Seifert J. El concepto de persona. Personalismo y personalismos. En: VV.AA. *El primado de la persona en la moral contemporánea*. Pamplona: Universidad de Navarra; 1997: 42-43.
- Seifert J. Dignidad humana. Dimensiones y fuentes en la persona humana. En Borobia JJ, Lluch M, Murillo JI, Terrasa E (eds.) *Idea cristiana del hombre*. Pamplona: EUNSA; 2002.
- Sen, Amartya; Bernardo Kliksberg. *Primero la gente*. Planeta, Deusto, 2008.
- Serani A. El estatuto antropológico y ético del embrión humano. *Cuad Bioet* 1997; 31: 1063-1073.
- Serna P. *Positivismo conceptual y fundamentación de los derechos humanos*. Pamplona: Eunsa; 1990: 357.
- Serra A. Per un analisi integrata dello status dell'embrione umano. En: *Nascita e morte dell'uomo*. Génova: Marietti; 1993: 89-93.
- Serrano Ruiz-Calderón JM. *Eutanasia y vida dependiente. Inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la eutanasia*. Madrid: Eiuinsa; 2001.
- Sgreccia E. *Manuale di Bioetica I. Fondamenti ed etica biomedica*. Roma: Vita e Pensiero, 2ª ed.; 1988.
- Sgreccia E, Notarfonso D. La bioética: fonti, orientamenti, centri di ricerca. En: *Ingegneria genetica e biotecnologia nel futuro dell'uomo*. Roma: Vita e Pensiero; 1992: 123-129.
- Shand B. Nutrición en los pacientes en estado vegetativo: un desafío pendiente. En León FJ (coord.) *Comisiones Nacionales de Bioética*. Sociedad Chilena de Bioética, Santiago, 2008:107-109.
- Shewman A. Active Voluntary Euthanasia: A Needless Pandora's Box. *Issues in Law & Medicine*, 1987, 3 (3): 219-244.
- Simón Lorda P, Tamayo MI, Velázquez, M.J. et al. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en 2 áreas sanitarias de Andalucía. *Enfermería clínica*, 2008,18 (1): 11-17.
- Simón P (Ed.) *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela; 2005.
- Singer P. *Liberación animal*. Madrid: Trotta; 1999.
- Singer P. *Desacralizar la vida humana. Ensayos sobre ética*. Madrid: Cátedra; 2003.
- Singer P. *Ethics in practice*. Florida, Hugh Lafollete, 3ª: 2006.
- Siurana JC. *Voluntades anticipadas*. Madrid: Trotta; 2006.
- Sobrevia X. Eutanasia: inicio sin fin. *Cuadernos de Bioética*, 1992, 11 (3): 33-38.

- Sogi C, Zavala S, Ortiz P. ¿Se puede medir el aprendizaje de la ética médica? Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. *Anales de la Facultad de Medicina* 2005; 66 (2): 174-185.
- Sonnenfeld AR. La conciencia y la actitud ética en el oficio del médico. *IMABE-Quartalsblätter*, Viena, 1991. Original en *Deutschen Ärzteblatt-Ärztliche Mitteilungen*, 1990, 87 (19)
- Spaemann R. *Personas. Acerca de la distinción entre “algo” y “alguien”*. Pamplona: Eunsa; 2000.
- Spaemann R. ¿Todos los hombres son personas?. En: Varios Autores. *Bioética*. Madrid: Rialp; 1992: 71-73.
- Spaeman R. *Límites. Acerca de la dimensión ética del actuar*. Barcelona: Ediciones Internacionales Universitarias; 2003.
- Spar DL. *Baby Business. Cómo el dinero, la ciencia y la política condicionan el negocio de la infertilidad*. Madrid: Urano; 2006.
- Speranza A. *Ecología profunda y autorrealización. Introducción a la Filosofía ecológica de Arne Naess*. Buenos Aires: Biblos; 2006.
- Stein E. *La mujer*. Ediciones Palabra; 1998.
- Stuart Mill J. Sobre la Libertad. Original, 1859. Ed. Madrid: Alianza Editorial; 1970.
- Superintendencia de Salud. *Estudio de Satisfacción de Usuarios*. Santiago: Ministerio de Salud; 2007.
- Taboada P. Principios éticos relevantes em la atención de pacientes terminales. *Ars Medica*, 2006. Vol 12, nº 12.
- Tauber AI. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts: MIT Press; 2005.
- Taylor Ch. *La ética de la autenticidad*. Barcelona, Paidós; 1994.
- Testart J. *El Embrión Transparente*. Barcelona: Granica Editorial; 1988.
- Thiebaut C. Sujeto moral y virtud en la ética discursiva. En: Guariglia O (Ed.) *Cuestiones morales*. Buenos Aires: Editorial Trotta; 1ª reimp. 2007: 23-49.
- Thomasma DC. *El testamento vital*. Conferencia. Madrid: Consejo General de Colegio de Médicos; 2000.
- Thomasma DC, Kushner T (Ed.) *De la vida a la muerte. Ciencia y Bioética*. Cambridge University Press. 2005.
- Thompson T, Barbour R, Schwartz L. Adherence to advance directives in critical care decisions making: vignete study. *BMJ* 2003;327:1011.
- Tomás MC, Tomás GM. *La vida humana a través del Cine. Cuestiones de Antropología y Bioética*. Madrid: Eiusa; 2004.
- Torralba F. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Institut Borja de Bioètica y Fundación Mapfre Medicina; 2002.
- Torralba F. *Antropología del cuidar*. Barcelona: Institut Borja de Bioética y Fundación Mapfre Medicina; 1998.
- Torralba F. Qué es la dignidad humana. En torno a Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris. Barcelona: Herder; 2005.
- Torralba F, La raíz de la dignidad humana. En: Masiá J (Ed.) *Ser humano, persona y dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas, Desclée de Brouwer; 2005: 245-262.
- Touraine A. *¿Podremos vivir juntos?* México: Fondo de Cultura Económica; 2000.

- Trueba JL. Cerebro y persona: reflexiones sobre la suficiencia constitucional. En: Masiá J (Ed.) *Ser humano, persona y dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas, Desclée de Brouwer; 2005: 91-131.
- Twycross A, Moriarty A et al. The management of chronic pain. En: Twycross A (ed.) *Paediatric pain management*. Abingdon: Radcliffe Medical Press Ltd; 1998: 145-166.
- Ugarte Pérez J, Agamben G. *La administración de la vida. Estudios biopolíticos*. Madrid: Anthropos Editorial; 2005.
- Ugarte JJ. *El derecho de la vida. Bioética y Derecho*. Santiago: Editorial Jurídica de Chile; 2006.
- Välimäki M et al. Nursing Students' Perceptions of Self-Determination in Elderly People. *Nursing Ethics*, 2008, 15 (3): 346-359.
- Van Aren JA. La participación de la enfermera en la parte final de la vida. *Enfermería Actualidad*, Madrid, 1997 (9):12.
- Varios autores. *El destino de los embriones congelados*. Madrid: Fundación Universidad Española; 2003.
- Varios autores. *Bioética, religión y derecho*. Madrid: Fundación Universitaria Española; 2006.
- Vega J, Martínez Baza P. *Enfermo terminal y eutanasia desde el punto de vista del personal sanitario*. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1991.
- Velasco, Juan María de. *La bioética y el principio de solidaridad. Una perspectiva desde la ética teológica*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
- Vendrell, Elizabeth. El medio ambiente: una perspectiva ecológica de la salud. En: Boixareu, Rosa M^a (Coord.) *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder; 2008: 467-488.
- Ventura-Juncá P y cols. Aspectos científicos, antropológicos y éticos del comienzo de la vida humana. En: *CELAM Académicos UC. Para que nuestros pueblos tengan vida*. Santiago, PUC: 2007.135-185.
- Vial JD. El embrión humano. *Ars Medica* 2002; 6: 15-20
- Vial JD. Estatuto del embrión humano. *Ars Medica* 2004; 9: 66-72.
- Vidal M. *Orientaciones éticas para tiempos inciertos*. Bilbao, Desclée de Brouwer, 2007: 129-134.
- Vila-Coro MD. *Huérfanos biológicos. El hombre y la mujer ante la reproducción artificial*. Madrid: San Pablo; 1997.
- Walton RE. The mercy argument for euthanasia: some logical considerations". *Public Affairs Quart.* 1993.
- Walzer M. (Ed.) *Toward a Global Civil Society*. Providence: Berghahn Books; 1997.
- Wieschaus EF. From Molecular Patterns to Morphogenesis: The Lessons from Drosophila. In: Nobel Lectures, Physiology or Medicine 1991-1995, Singapore: Editor Nils Ringertz, World Scientific Publishing Co.; 1997.
- Wojtyla, K. *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*. Madrid: Palabra; 1997.
- Wojtyla K. *El hombre y su destino*. Madrid: Ediciones Palabra; 1998.
- Xunta de Galicia. *Ley sobre consentimiento informado e historia clínica*. Santiago; 2001.
- Zurriarán RG. *Los embriones humanos congelados, un desafío para la Bioética*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2007.

