

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL DISTRITO
DE GRANADA (ANDALUCIA ORIENTAL)



"HUMANISMO Y BIOÉTICA"

DISCURSO
PRONUNCIADO POR EL

ILMO. SR. DON JOAQUÍN FERNÁNDEZ-CREHUET NAVAJAS

EN SU RECEPCIÓN ACADÉMICA
Y
CONTESTACIÓN
DEL

ILMO. SR. DON RAMÓN GÁLVEZ VARGAS

EN LA SESIÓN CELEBRADA EN EL CONSERVATORIO MARÍA CRISTINA
EL DÍA TREINTA DE NOVIEMBRE

SELLÓN
Nº
6

MÁLAGA
1996

SILLÓN
N.º
6

"HUMANISMO Y BIOÉTICA"

DISCURSO

pronunciado por el

ILMO. SR. DON JOAQUÍN FERNÁNDEZ- CREHUET NAVAJAS

En su recepción académica

y

CONTESTACIÓN

del

ILMO. SR. DON RAMÓN GÁLVEZ VARGAS

En la sesión celebrada en el Conservatorio María Cristina
el día treinta de Noviembre



MÁLAGA
1996

Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Medicina
Excelentísimos e Ilustrísimos Señores Académicos
Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades
Señoras y Señores:

En este maravilloso lugar, cargado de tanta tradición cultural malagueña, inmersos en este ambiente de máxima excelencia académica y universitaria, me presento ante esta Docta Corporación. El obligado protocolo, a pesar de su rigor, lejos de parecerme distante y extraño, se hace, al menos para mí, cercano, familiar y entrañable; sin duda, como consecuencia del amable cariño que percibo en todos los que honran este acto con su asistencia. Esto consigue que mi ánimo se muestre tranquilo, sereno e incluso con una casi irrefrenable tendencia a la confianza personal, a la reflexión histórica de lo que ha sido mi vida, esa historia que Cicerón¹ define magistralmente como «... testigo de los tiempos, luz de la verdad, y maestra de la vida».

Yo he sido de ese tipo de personas afortunadas que han recibido más de lo que merecen y, por eso, necesitan ser agradecidos. Confieso una primera necesidad de expresar mi gratitud a muchas personas que han hecho que mi vida sea una lucha permanente por corresponder a su confianza. Sería difícil recordarlas a todas; pero permitidme intentarlo, aunque sea muy brevemente, para cumplir así con la más noble obligación que cualquier persona debe atender.

La fortuna empezó para mí en el momento de venir al mundo, ya que nací fruto de un embarazo gemelar en un parto pre-

1. CICERÓN, *De Oratore*, II, 9, 36.

maturó. Con menos de kilo y medio, logré sobrevivir, algo extraordinariamente improbable hace 47 años. La Providencia quiso que naciera en el seno de una familia maravillosa, que obligó a mi padre, pediatra sabio y hombre cabal, a inventar una especie de incubadora doméstica, que no era nada más que una habitación con una estufa eléctrica y un infernillo con agua hirviendo para calentar y humidificar el ambiente. Naturalmente, la enfermera ocasional era mi madre. Ésta, según cuenta, para darnos de comer usaba un cuentagotas, y para lavarnos empleaba una polvera de las habituales por aquella época. Está claro que sus cuidados amorosos suplieron con exceso las deficiencias de la técnica.

Por eso puedo decir que a mis padres, como todos mis hermanos, como cualquier persona, les debo la vida. Pero mi gemela y yo les debemos algo muy especial, que sólo unos padres generosos y ejemplares son capaces de hacer. Durante toda su vida, nos demostraron que aquello no fue una excepción, ya que los doce hermanos recibimos de ellos una lección permanente de generosidad, laboriosidad y humanidad, que ninguno podremos olvidar. Él falleció un día de San José, hace ahora catorce años y su recuerdo todavía está vivo para todos los que tuvimos la fortuna de conocerle. Estoy seguro de que hoy, en este día especial, también ocupa entre nosotros un puesto de honor, desde ese lugar donde están las personas sobresalientes que pasaron con éxito la última y definitiva evaluación, de la que S. Juan de la Cruz dice que «...al atardecer, fueron examinadas en el amor».

Junto a la figura de mis padres, quiero recordar la de mi suegro, el Dr. José Luis Serrano Dorado, que ejerció una larga y eficaz actividad profesional como Otorrino en la ciudad de Motril. La fortuna quiso que fuera yo quien le atendiera más estrechamente en los seis últimos meses de su vida. Ya, en situación de enfermo terminal, él me premió con la más hermosa lección de humanidad que jamás he recibido: él me entusiasmó con su bondad, con su optimismo y, sobre todo, con la esperanza en una tierra nueva y en unos cielos nuevos.

Curiosamente, la epidemia de cólera que asoló a España en los años 70, fue auténticamente providencial y determinante pa-

ra mi vocación profesional, ya que me permitió, como estudiante del último curso, asistir con mi hermano Rafael, al laboratorio de la Jefatura Provincial de Sanidad de Granada, para ayudar en la campaña sanitaria que entonces se desarrollaba como prevención de dicha enfermedad. En aquél laboratorio aislé mi primer vibrión colérico, hice mis primeras colimetrías y, sobre todo, allí tuve la fortuna de conocer a mi primer maestro en el arte del laboratorio, al Dr. Eduardo Suárez Peregrín. Él me introdujo en la magia de las tinciones bacterianas, el microscopio, las reacciones bioquímicas, la parasitología, etc., y yo -que iba para pediatra, por seguir el ejemplo de mi padre-, dejé la seguridad de una tradición familiar por la ilusión de algo más incierto, pero a mis ojos más atractivo y novedoso: la Microbiología y la Salud Pública.

Unos días después de terminar mi carrera, en julio de 1972, fui contratado para la campaña de lucha contra el cólera en la Jefatura de Sanidad de Almería, bajo la dirección del Dr. Tomás Sánchez Mariscal, una de esas personas a las que nunca podré agradecer suficientemente todo lo que me enseñó. Con él recorrí la provincia de Almería, pueblo a pueblo, para hacer auténtica epidemiología de campo, para comprobar abastecimientos de agua, elaborar encuestas epidemiológicas, etc. Pero, sobre todo, de él recuerdo -lo aprendí con su ejemplo- que la entrega y el servicio a los demás son condición indispensable para ser un buen sanitario.

Durante mi estancia en Almería, me enteré de que había llegado a Granada el Profesor Gonzalo Piédrola de Angulo, nuevo catedrático de Microbiología. El mismo Tomás Sánchez Mariscal, que siempre quiso lo mejor para mí, me recomendó que fuera a visitarle para ponerme a su disposición. Así lo hice y, en septiembre de 1972, acudí a entrevistarme para pedirle que me dejara trabajar a su lado. Me encontré con un profesor que, a pesar de su extraordinaria juventud, me pareció una persona de una gran madurez; especialmente, me llamó la atención su cortesía en el trato. Yo era un simple médico con la carrera recién terminada; pero su atención fue muy delicada y sincera. Con mucho respeto, me expuso sus ideas sobre la Facultad de Medicina, del Hospital Clínico, de la carrera docente universitaria... De esa entrevista salí entusiasmado. Volví a Almería y,

con el apoyo generoso de Tomás Sánchez Mariscal, dejé aquella ciudad para incorporarme a la Cátedra del Profesor Piédrola. La fortuna quiso que unos meses más tarde, él también pudiera trasladarse a la Jefatura Provincial de Sanidad de Granada, lo que le permitió integrarse en la cátedra como profesor Ayudante. Pero su muerte prematura nos quitó de este mundo un hombre excelente, que dejó huella indeleble en aquellos que tuvimos la fortuna de conocerle y tratarle.

A los pocos días de mi incorporación a la Facultad de Medicina de Granada, ya estábamos planificando el proyecto de mi tesis doctoral, que Gonzalo Piédrola tomó con una gran ilusión: "Estudio del *Bdellovibrio Bacteriovorus*: Nuevos métodos de aislamiento". Era la primera tesis que él dirigía en Granada, y yo el afortunado protagonista de algo histórico para nuestras vidas. Desde entonces, el tiempo ha consolidado una amistad recia y entrañable, anidada en el agradecimiento y el respeto máximo por el maestro que me formó en una parcela fundamental de mi vida profesional.

Recuerdo cuando el profesor Piédrola me dijo que se incorporaba a nuestro grupo un conocido microbiólogo de la Escuela Nacional de Sanidad, el Dr. Ramón Gálvez, experto analista, quien terminaba por entonces su doctorado en Madrid con el gran maestro y pionero de la Medicina Preventiva en España, el Profesor Piédrola Gil, en tema relacionado con el Cólera (¡otra vez el cólera en mi vida!). Llegó a Granada en Diciembre de 1973, y se incorporó al equipo de la Facultad de Medicina y a la Jefatura Provincial de Sanidad como Subjefe Provincial. Mi doble dependencia con Sanidad y con la Facultad hizo que mi trato con Ramón Gálvez fuera casi permanente. Por entonces, se empieza a perfilar el desdoblamiento de las cátedras de Microbiología de las de Medicina Preventiva y Salud Pública. Así ocurre, y en 1977 Ramón obtiene brillantemente la plaza de profesor Agregado, accediendo después a la Cátedra de Medicina Preventiva en la Universidad de Granada. Eso obliga a que los profesores tuviéramos que "decidirnos" por una especialidad u otra. Pero la separación siempre fue más artificial que real ya que en esas fechas, en la cátedra se había constituido un grupo de personas estrechamente unidas por una amistad sincera que nos vinculó por encima de nuestras preferencias profesionales.

Recuerdo la admirable maestría con la que la Profesora Carmen Maroto hacía fáciles las complicadas clases de microbiología; ¡cómo no recordar la meticulosidad con la que montó el servicio de inmunología, por el que hemos pasado una legión de especialistas para aprender mucho con su rigor científico y de camino, contagiarnos de su gran optimismo y entusiasmo! No debo olvidarme de otro compañero con el que inicié mi experiencia docente en la Universidad; me refiero al Profesor Antonio Cueto, nuestras vidas han sido muy parecidas, de él guardo un recuerdo excelente como el amigo que trabaja con la máxima eficacia, sin buscar el lucimiento personal pero, sobre todo, con una extraordinaria capacidad de administrar los pocos recursos de los que disponíamos. Estas y otras cualidades le han llevado a triunfar —además de en la esfera universitaria— en el terreno de la gestión política.

Yo, por mi mayor vinculación a la administración Sanitaria, preferí decantar mi elección por la Medicina Preventiva y Salud Pública; aunque estoy convencido de que la formación en Microbiología ha sido decisiva en el desarrollo de mis tareas docentes e investigadoras. Estos hechos hacen que el Profesor Gálvez se convierta en mi nuevo maestro. Él adoptó una generosa postura de servicio para proporcionarme, en cada momento, lo más conveniente a cambio de nada, por el simple hecho de contribuir a mi mejora profesional. Él me preparó las oposiciones al cuerpo de Médicos de Sanidad Nacional. Lo hizo como los viejos maestros, es decir, tomándome diariamente los temas que previamente me marcaba. Él me corregía, me animaba en los momentos más difíciles y me dio la necesaria confianza para creer en mis posibilidades. De forma parecida, preparé las oposiciones de Profesor Adjunto y, posteriormente, las de Cátedra. Gracias, Ramón, por tu ánimo y confianza, por tu permanente disponibilidad, por tu exigencia y, sobre todo, por aceptarme como soy. En algunos temas, tenemos opiniones dispares, pero siempre has sido ejemplarmente respetuoso y tolerante.

No quiero pasar por alto la influencia decisiva que en mi vida ha tenido Tomás Melendo Granados, catedrático de Metafísica de la Universidad de Málaga y, sobre todo, un querido amigo, al que debo mi inicio en el mundo de la filosofía. Él, mejor que nadie, supo ilusionarme por los temas metafísicos. Con él he

tenido la fortuna de escribir dos libros sobre temas relacionados con la Bioética. Su influencia en mi forma de entender la medicina, se comprueba en las reiteradas referencias bibliográficas que a él remito en el discurso que a continuación leeré. Él me convenció de lo que el gran filósofo, Millán-Puelles², dice: «La filosofía toda está en todo, y toda en cada una de sus partes. En la Metafísica está la Ética y en la Ética la Metafísica». De estos dos entrañables amigos aprendí que no se puede entender nada de la Bioética sin estudiar antes la dignidad de la persona, el verdadero ser del hombre y la idea del hombre bueno.

Finalmente, por fidelidad a la cita de Cicerón con la que empezaba mi intervención, «... la Historia además de testigo de los tiempos es luz de la verdad», quiero acabar, para ser riguroso testigo de la verdad, con una referencia a la persona que, de manera decisiva, ha hecho posible que todo este vericuetto de circunstancias y coincidencias haya encajado con tanta perfección en el tiempo y en el espacio. Me refiero a mi mujer. Ella es para mí lo que quiere decir Pieper³ cuando escribe: «ese amor dedicado a una persona con exclusión de todas las demás, que nos llena hasta los bordes y que parece que no deja espacio para ningún otro amor, ese que hace posible decir: ¡Qué maravilloso es el mundo!, ¡Qué maravilla que tú existas!». Tener la suerte que yo he tenido, hace todo más fácil. El mérito es menor cuando se cuenta con tanta ayuda. Se cumple lo que escribe Goethe⁴: «un corazón que ama a una persona no puede odiar nada». Dante⁵ al hablar de Beatriz lo explica de forma excepcional: «cuando ella aparecía, no había enemigos ya en mi vida».

Maria José, "con la que tanto amé", como diría Miguel Hernández, es parte de mi proyecto biográfico, el que me mueve a luchar por mejorar y rectificar cada día. Con ella tengo cinco hijos maravillosos, que son el gran argumento para la esperanza y para el optimismo. Por ellos, todo vale la pena.

2. Cfr. A. MILLÁN-PUELLES, *Ética y Realismo*, Rialp, Madrid, 1996, p. 13.

3. PIEPER, *Las virtudes fundamentales*, Rialp, 1990, p. 471.

4. GOETHE, *Die la une des verliebten*, escena 5ª.

5. DANTE, *Vita Nuova*, cap. 11.

A continuación, con su venia, Sr. Presidente, procedo a la lectura preceptiva del discurso denominado: HUMANISMO Y BIOÉTICA

Cada época pasa al recuerdo de los ciudadanos caracterizada por alguna peculiaridad que la identifica. Nuestro tiempo hará historia al definirse probablemente como aquel que perdió el sentido ético de los acontecimientos científicos. La experiencia nos confirma que cada vez es más frecuente que los profesionales sanitarios interpreten una actividad asistencial o investigadora como correcta, al valorar exclusivamente el rigor científico con el que se ejecuta o se diseña, de modo que se olvida cualquier otra consideración derivada de la relación interpersonal inherente al acto médico. Se olvida que todos los actos médicos tienen dos dimensiones que conviene identificar con el máximo rigor y precisión: el aspecto técnico y la vertiente ética o moral. No hay duda de que para ser unos profesionales excelentes, nuestras intervenciones sanitarias deben ser evaluadas en estos dos sentidos. Es bien sabido que la perfección técnica se valora a través de unos estándares de calidad fundamentados en un riguroso análisis científico; sin embargo, la perfección ética es siempre un asunto extracientífico, ya que la bondad o maldad de cualquier acción viene definida por aspectos inmateriales, axiológicos, que escapan a la metodología experimental del ámbito de la ciencia.

Un cirujano puede hacer una intervención de neurocirugía perfecta en cuanto a su metodología, pero puede cometer un grave error ético, por ejemplo, si no ha explicado con detenimiento a su paciente las consecuencias de la intervención quirúrgica, sus posibles riesgos, etc., para, una vez conocidos, obtener de él el preceptivo consentimiento voluntario y responsable.

Una premisa fundamental para entender la importancia de estos hechos es aceptar que en las relaciones humanas no existen actos éticamente neutros. La práctica sanitaria es una actividad hecha por personas y para personas; es una ciencia humana que, al ser interpersonal, siempre tiene una dimensión ética. No exis-

te la neutralidad. Podrán declararse diversos grados de trascendencia y valoración ética; pero, en cualquier caso, siempre la relación interpersonal es éticamente valorable.

La investigación con seres humanos, los trasplantes de órganos, la manipulación del código genético, la fecundación *in vitro*, la prolongación artificial de la vida y otras posibilidades de la técnica actual, han suscitado problemas desconocidos hasta ahora. La necesidad de explicarlos adecuadamente y resolverlos de forma lúcida, ha hecho aparecer, en nuestros días, con fuerza comparable a la magnitud de las dificultades, una disciplina nueva, la Bioética, centrada en el «estudio de los problemas éticos que plantea el desarrollo de las diferentes ciencias y tecnologías que pueden aplicarse -y por tanto influir o modificar- la vida humana»⁶.

Pero hablar de Bioética no es referirnos exclusivamente a los temas de moda que están en el candelero. Moverse en el ámbito bioético es contemplar la totalidad de los actos médicos, y por tanto, su conocimiento obliga a todos los profesionales sanitarios; especialmente, a los que se dedican diariamente al trato personalizado en las consultas donde la relación médico-paciente se desarrolla de una manera más intensa. Como dice Polo⁷: «La moral siempre aparece, es artificial refugiarse en la neutralidad ética de la propia ciencia».

Son ejemplos reales que condicionan la práctica sanitaria, ya que dificultan o favorecen la necesaria personalización del acto médico, la confidencialidad y el secreto médico, la solicitud -previa explicación- del consentimiento del paciente ante cualquier técnica diagnóstica o terapéutica; la aceptación a participar en un ensayo clínico, el esfuerzo por evitar la masificación en la asistencia hospitalaria, especialmente en los servicios de urgencia, la mejora de las instalaciones para los acompañantes que esperan -y también necesitan- una puntual información sobre la evolución de un paciente en la UVI, etc. A veces, las deficiencias éticas en estas actuaciones son tan frecuentes que la propia rutina nos impide percibir las y se convierten en algo tan habitual que terminan por asumirse como normales.

6. M. LAVADOS y otros, *Problemas contemporáneos en Bioética*, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, 1990, p. 17.

7. L. POLO, *¿Quién es el hombre?*, Rialp, Madrid, 1991, pp. 102-103.

Un ejemplo palmario del olvido de la ética en el día a día es la inexistencia de Comisiones de Bioética Asistencial en el marco de la Atención Primaria y su escasa presencia en la mayoría de los Hospitales de nuestro país, especialmente en Andalucía; aunque nos cabe la satisfacción de poder contar como excepción la de los dos Hospitales Regionales de la ciudad de Málaga, el Hospital Carlos Haya y el Clínico Universitario; precisamente, en este último he sido recientemente designado presidente de la citada comisión con la responsabilidad de poner en marcha las actividades pertinentes.

Sin embargo, es casi habitual la existencia de Comités Éticos de Investigación Clínica, cuyo desarrollo legal está regulado por el Real Decreto 561/1993⁸. En éste se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos. En su Título III, se contemplan sus competencias y se fija el procedimiento para la acreditación. El Comité, dice el Real Decreto, debe estar formado como mínimo por siete miembros, de los cuales dos al menos deben ser ajenos a las profesiones sanitarias, y uno de ellos, licenciado en derecho. Entre los miembros figurarán un especialista en farmacología clínica y un farmacéutico del hospital, así como algún miembro del personal de enfermería. Entre las funciones (art. 42), se establece la ponderación de los aspectos metodológicos, éticos y legales del protocolo propuesto, así como el balance de riesgos y beneficios.

En 1994, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía promulga el Decreto 468/94 de 13 de Diciembre, en el que se regulan la acreditación y funcionamiento de estos comités en Andalucía, y se trasladan los contenidos anteriores al ámbito de nuestra Comunidad Autónoma.

De cualquier forma, sorprende que en la composición de estos Comités, la ausencia de personas que tengan una adecuada formación en ética médica, capaces de ayudar a valorar -desde la óptica humanística- los diferentes ensayos o estudios que esta comisión debe aprobar. Da la impresión de que la valoración ética es un añadido, en cualquier caso secundario, a la crítica metodológica del estudio en cuestión. Esto es un error que sólo quedará subsanado cuando con urgencia se reponga a la ética en la categoría que merece.

8. Real Decreto 561/1993 de 16 de abril, publicado en el B.O.E. de 13 de mayo.

1. Ética y Bioética

La primera cuestión que nos debemos plantear es la conveniencia de que la Bioética sea una disciplina nueva que necesite una ética actualizada para nuestro tiempo. Es necesario saber si el desarrollo de la investigación y el avance de la técnica ha invalidado y superado la ética tradicional; y si las Ciencias de la Salud en la actualidad demandan el nacimiento de unos nuevos principios éticos más apropiados y progresistas, haciendo valer aquello de que a nuevos tiempos, nuevas reglas. Nosotros pensamos que la Bioética no debe convertirse en una moral actualizada que promocióne nuevos principios éticos, sustitutorios de otros que han quedado obsoletos.

José Luis del Barco⁹ lo expresa certeramente cuando dice: «La Bioética es, sencillamente, ética, sabiduría práctica sobre el modo de evitar que la vida humana se malogre. Lo realmente nuevo son las extraordinarias posibilidades técnicas de inmiscuirse en la vida, bien para promoverla y prestarle auxilio, bien para manipularla, degradarla o aniquilarla. En esa alternativa se trasluce la vieja idea de que la técnica sin ética es ciega».

La respuesta, a nuestro juicio, es muy clara: el médico debe conocer y aplicar aquellos *principios éticos intemporales* de la ética humana sobre los que han existido un claro consenso, por estar fundamentados en una ética natural, a pesar de que hayan cambiado las circunstancias derivadas del progreso científico.

Dos son los basamentos fundamentales unánimemente reconocidos: en primer lugar, el respeto a la vida humana, el cual pertenece al orden de la objetividad y, por lo tanto, debe servir de finalidad a la actuación ética; y, en segundo lugar, el principio de la autodeterminación de la persona, es decir, su libertad, que remite al dominio de la subjetividad.

Sobre estas bases sigue asentándose, como siempre, la eticidad de los comportamientos médicos. A partir de ellos, sin perder su vigencia, se deben analizar las nuevas situaciones antes inexistentes, pero sin olvidar que la ética no puede ir a remolque de la ciencia, porque la ética precede a la ciencia como línea directriz del perfeccionamiento humano.

9. J. L. DEL BARCO, "Presentación", en *Anuario Filosófico*, 27 (1994), pp. 9-13.

La ética, con base en los principios de orden natural, debe tener un valor normativo que las personas pueden aceptar o rechazar según su libertad; dichas normas presuponen valoraciones sobre las que se fundamentan las correspondientes exigencias¹⁰.

Algunas escuelas actuales ven en la Bioética, más que una búsqueda normativa, un método de análisis de los temas conflictivos que surgen en el ejercicio profesional, y postulan un imposible consenso que —con frecuencia— aboca en una ética de mínimos. La llamada ética del discurso¹¹ defiende que una norma sólo es correcta si todos los afectados por ella están dispuestos a darle su consentimiento tras un diálogo celebrado en condiciones de simetría. A veces, da impresión de que lo importante es ponerse de acuerdo, incluso en aquellas ocasiones en las que el problema ético no quede totalmente ajustado a su valoración objetiva. Como veremos posteriormente, los principios de Beneficencia, No-Maleficencia, Autonomía y Justicia han conformado actualmente una ética que es, sobre todo, una metodología para el análisis de cada caso. Del estudio de estos principios nos ocuparemos después, aunque ya adelantamos que el "principalismo" como método de reflexión puede ser una estrategia correcta para el estudio de casos singulares, pero con frecuencia plantea conflictos que son difíciles de resolver.

10. Cfr. A. MILLÁN-PUELLES, *La libre afirmación de nuestro ser*, Rialp, Madrid, 1994. Algunos autores creen que la ética sólo debe analizar el lenguaje moral sin hacer juicios de valor; defender esta postura, dice el autor, es ponerle una mordaza al ser humano. La ética tiene que ser normativa, para ello se propone lo que él llama Ética Realista: unas normas practicables conseguidas a partir de los preceptos de la ley natural, sometidos a un proceso de raciocinio y concretados en el tiempo y en el espacio.

11. Cfr. A. CORTINA, *Razón comunicativa y responsabilidad solidaria*, Sígueme, Salamanca, 1985 y *Ética mínima*, Tecnos, Madrid, 1986, donde queda descrita la fundamentación, sus virtualidades y sus límites. Esta misma línea de pensamiento es la defendida por Habermas al que hay que reconocer el mérito de intentar devolverle a la razón el derecho a decir algo en el terreno práctico, en el ámbito de la orientación de la conducta humana, aunque sea una razón consensuante y meramente dialogante que carece de valores absolutos. Una crítica a la necesidad del consenso se puede encontrar en el libro de Robert SPAEMANN, *Críticas de las utopías políticas*, Eunsa, Pamplona, 1980, pp. 223-247, donde hay un intercambio epistolar entre los autores.

2. El nexo ser-deber, no es falaz

La complejidad y singularidad de los problemas médicos actuales presentan infinitas peculiaridades que imposibilitan una solución ética a base del estudio de "casos tipo", que por extensión pudieran servir para ejemplificar soluciones universales. Personalmente creo más conveniente sustituir la ética fenomenológica por otra ética ontológica que trate de tener una aplicación universal. Nos parece más riguroso buscar argumentos sólidos en los que basar la orientación de nuestras actividades; estoy convencido de que una ética en donde no se tenga en cuenta la naturaleza humana, el ser mismo del hombre, es una ética carente de apoyatura real, vacía y sin sujeto.

Por tanto, la solución definitiva al problema ético pasa por construir una verdadera antropología al servicio de la bioética, que permita cumplir el viejo axioma ético: el deber ser sigue al ser. Es decir, el deber ser (la ética) está condicionado por el ser (antropología). En definitiva, el criterio de persona que se admita es el que realmente fundamenta la antropología y de él se derivan otros conceptos elementales, como el de la dignidad humana, la autonomía, la libertad, etc. A través de ellos es como se llega a esclarecer la calidad ética de los acontecimientos médicos, que es, en definitiva, la cuestión de fondo en el debate de nuestro tiempo. El hecho de diferir en conceptos tan básicos y elementales origina aporías éticas muy diversas.

Son muchos los autores que afirman la imposibilidad de deducir conclusiones para el deber a partir de premisas que proceden del ser, esta corriente de opinión apoya la denominada "falacia naturalista" defendida sobre todo por Hume. «Moore reserva la denominación de falacia naturalista para la que cometen tanto las éticas naturalistas, que identifican la bondad moral con otras cualidades naturales, como las éticas metafísicas, que la identifican con propiedades que, aun siendo no naturales, son de género diferente a las propiedades morales. Unas y otras, por esta razón se incapacitan para lograr el verdadero propósito de la ética como tarea científica»¹². Es más habitual, sin embargo, entender por falacia naturalista aquella en que se

12. Cfr. G. GUTIÉRREZ, "De la naturaleza a la realidad. Nuevas reflexiones en torno a la falacia naturalista", en *Ética y Estética en Xavier Zubiri*, Editorial Trotta, Fundación Zubiri, Madrid, 1996, p. 67.

incurre al pretender deducir conclusiones prácticas -normativas o valorativas- a partir de premisas que contienen sólo informaciones acerca de hechos.

Millán-Puelles¹³ defiende que en modo alguno el nexo ser-deber ser es falaz, al contrario, existe una estrecha relación, que él llama "Principio de la congruencia del deber con el ser del sujeto respectivo", de forma que una acción es moralmente mala cuando atenta contra la dignidad de la persona y las conductas éticas correctas son aquellas que permiten al hombre con sus hechos, merced a su libertad, afirmar el ser. El comportamiento éticamente recto es siempre una libre afirmación de nuestro ser y, al contrario, el incorrecto es una degradación.

3. Relativismo, subjetivismo, pragmatismo y tolerancia

El acto moral libre es el acto más complejo del ser humano. En él concurren todos los condicionamientos de su animalidad (tendencias conscientes o inconscientes) y de su espiritualidad (entendimiento finito y voluntad limitadamente libre). La moralidad se concreta en el acto humano, en su aptitud o ineptitud para lograr el último fin del hombre, su bien supremo o radical. Sin embargo, algunas escuelas sostienen que no existe ninguna razón última, fundamental y decisiva, ya que, por encima de cualquier otra consideración, están las apreciaciones subjetivas de cada uno. De esta forma, el hombre se erige en libre creador de la ética y es capaz de relativizar cualquier valor a su antojo.

13. Cfr. A. MILLÁN-PUELLES, *Ética y realismo*, pp. 80-81. El autor sale así al paso de la famosa "Falacia naturalista", que defiende lo contrario: "del ser no se puede derivar ningún deber". Lógicamente esto ocurre, dice el autor, «cuando del ser se tiene la idea que tiene Hume, yo estoy conforme con Rhonheimer y con Moore, en que el ser, pura y simplemente, sin más -no del ser bueno o malo- no se saca ningún deber. El ser reducido a pura facticidad no justifica el juicio moral. Pero el imperativo moral se basa en un deber, y el deber es lo que es bueno hacer. Ese "es" es el que da la objetividad a la ética. En último término, el deber es relativo al ser. Y como el deber atañe al hombre, entonces es relativo al ser del hombre, a la naturaleza humana. Si quitamos de en medio esa relatividad, toda la ética se nos convierte en una fatasmagoría, un discurso sobre valores etéreos, como pasa con la pura axiología: valores que están en el aire y que no tienen nada que ver con el ser del hombre. Se dice que los valores son algo necesario, el deber, por su forma, por su propio carácter de deber, es absoluto, expresa una exigencia necesaria. ¿Cómo puede ser necesario para un ser algo que con ese ser no tiene nada que ver? Es un dislate». Para más detallada argumentación, cfr. del mismo autor, *La libre afirmación de nuestro ser*, Rialp, Madrid, 1994.

Cada uno tiene derecho a diseñar su ética personal, y se acepta que ninguna es mejor que otra. Si todo es bueno, nada es bueno ni malo, estamos en el vacío, en la confusión: «nada es verdad, todo está permitido» (Nietzsche). Parece evidente que si ningún juicio moral es claramente verdadero o falso, el esfuerzo por examinar la categoría de los actos humanos por medios racionales no tiene sentido, y se concluye así en que la ética es algo virtualmente imposible¹⁴. Si las cosas no son como son, sino como las pensamos; si no hay verdades objetivas, si todas las opiniones son igualmente válidas porque ninguna es verdadera, la convivencia se basará en la fuerza para imponer una u otra opinión.

Me parece excelente la tesis de Antonio Millán-Puelles cuando defiende que el deber moral es absoluto por su forma y relativo por su materia. El deber moral en cuanto a su forma es siempre una exigencia categórica y no cumplirlo supone una inmoralidad, sin embargo, en cuanto a la materia, el deber se puede calificar de relativo pero ello no supone ser relativista, solo se refiere al contenido del deber -a lo debido- que es variable en cada caso y se puede decir que es relativo al hombre sin tener que oponerse al carácter absoluto del deber¹⁵.

El Relativismo basa su argumentación en defender que la moralidad de los actos está condicionada por el principio, coloquialmente denominado, de "todo depende". "Todo depende de lo que la sociedad en la que vives considere como bueno, o, también, de la clase de vida que quieras llevar". La existencia de diferentes verdades particulares termina por excluir otros aspectos fundamentales para el análisis de la calidad ética de un acontecimiento. Por tanto, a nuestro juicio, el relativismo cultu-

14. G. GRIEZ y R. SHAW, *Ser Persona. Curso de ética*, Rialp, 1993, pp. 70-73.

15. A. MILLÁN-PUELLES, explica con rigor la diferencia entre el concepto de la relatividad del imperativo y la falacia del relativismo que tanto predicamento tiene en la actualidad... «la materia de los imperativos morales es relativa. El contenido, lo que en cada caso es deber, es relativo, en primer lugar, al ser individual del hombre, en segundo lugar, al ser individual del hombre mismo y, en tercer lugar, a las circunstancias concretas de la situación en que él esté. Esto no es relativismo porque lo que es la materia -el contenido del deber, no el deber, sino lo debido, no la exigencia moral de hacerlo, sino eso que moralmente está exigido que tenemos que hacer- varía de caso a caso, permaneciendo la exigencia, como tal, absoluta. Por eso la moral de situación en principio no es errónea, lo que ocurre es que la han echado a perder olvidando que los actos morales se especifican por su sustancia y por su circunstancia, no sólo por ésta. Y en la circunstancia están las situaciones» (*Ética y Realismo*, p. 42).

ral debe ser rechazado, ya que confunde los hechos sociales aceptados por costumbre o conveniencia con las normas morales que definen lo que debería hacerse por razón de principios.

El subjetivismo defiende que los individuos deben discernir por sí mismos lo que está bien y lo que está mal, porque sólo ellos pueden decidir lo que deben hacer. Su argumentación se fundamenta en el hecho de que el único criterio para juzgar el comportamiento de uno mismo o de los demás es la coherencia. Así, el único juicio ético posible es que las personas vivan o no de acuerdo con los estándares que ellos mismos se han impuesto. Para Spaemann¹⁶, la ética es litigio y disputa. «Esa disputa demuestra que determinados comportamientos son mejores que otros, mejores en absoluto, no mejores para alguien o en relación con determinadas normas culturales». El mismo autor describe la existencia de dos actitudes muy características del relativismo de nuestra cultura. La primera, la que defiende que todo hombre debe seguir la moral dominante de la sociedad a la que pertenece; la segunda, que cada sujeto debe seguir como norma de conducta el propio capricho y hacer lo que le venga en gana. Vivir de acuerdo con la moral dominante es incurrir en contradicciones manifiestas, ya que el seguir esta conducta obliga a otros a cambiar sus criterios, al no existir ninguna comunidad con una moral dominante fija. Siempre sería una falacia y una utopía intentar conseguirlo, al no existir claramente definido ninguno de los valores dominantes por los que se deba optar. La segunda actitud, anárquica e individualista, se fundamenta en la idea de que cualquier moral vigente es represiva; por lo que lo más ético debe ser comportarse como cada uno quiera y le proporcione más felicidad. Esto, al final, se termina enunciando como "cada uno haga lo que le guste"; lo que se traduce en una ambigüedad manifiesta, ya que la experiencia demuestra que los gustos son muy heterogéneos y, a veces, contrapuestos.

Actitudes de este tipo conllevan una gran dificultad para tomar decisiones éticas, ya que la falta de criterios objetivos y la ausencia de valores de referencia terminan en un miedo a tomar posturas firmes. No hay duda de que aceptar el subjetivismo como correcto, significa que nadie podría hacer nunca nada malo.

16. R. SPAEMANN, *Ética: cuestiones fundamentales*, Eunsá, Pamplona, 1993, p. 31.

Si somos libres para escoger lo que hacemos y si esa libertad transforma en correctas nuestras decisiones, ¿quién elegiría hacer algo y al mismo tiempo querer que lo que se elige sea malo?

Una reflexión detenida sobre el subjetivismo demuestra su falta de consistencia como modelo de referencia ética; entre otras cosas, porque el subjetivismo parece ignorar el hecho de que decidir un comportamiento tiene un doble sentido: elegir y juzgar sobre su bondad. En un sentido simple, decidimos cuando elegimos lo que se puede hacer entre varias opciones y decidimos bien cuando -después de juzgar- escogemos aquello que más nos perfecciona como personas. Por eso, lo correcto es decidir siempre la opción mejor. En las antípodas del subjetivismo, hay una corriente de opinión de numerosos autores que defienden la existencia de unos valores y verdades absolutas y objetivas -extraídos de la ética natural- que inducen directamente a la existencia de unos deberes que formalmente son también absolutos.

Esta situación ha creado un debate muy interesante sobre el llamado código único o código múltiple, en el que algunos autores, como Diego Gracia¹⁷, parecen asentar el principio de libertad de conciencia, paradigma de las conquistas del mundo moderno. Sin embargo, el mismo autor reconoce más adelante las limitaciones éticas de la autonomía de cada sujeto, al explicar la paradoja de entender que, en última instancia, la ética sea una cuestión absolutamente individual: "no se puede hacer lo que le dé la gana, aun apelando al santuario inexpugnable de su propia conciencia". Millán-Puelles¹⁸ defiende que los principios morales son fundamentalmente los mismos en todas las culturas, que lo que varía son las aplicaciones.

17. D. GRACIA, "Principios y Metodología de la Bioética", en *Labor Hospitalaria*, n° 229, p. 175. El autor entiende la existencia del código múltiple como una auténtica conquista: «Durante muchos siglos se ha pensado que los valores morales eran unos valores objetivos, cognoscibles por todos y exigibles por igual a todas las personas. De tal manera que el que no cumpliera con estos valores era un depravado o un ignorante».

18. Cfr. A. MILLÁN-PUELLES, *Ética y realismo*, p. 62. El autor refiere la existencia de un número completo de una revista de antropología preparado, entre otros, por C. KLUCKHOHN, "Ethical Relativity: sic et non", en *The Journal of Philosophy*, LII (1955, 23 November), en el que tanto los psicólogos, los antropólogos culturales, los etnólogos, sociólogos, etc., llegan a la conclusión de que realmente no son distintos los códigos morales.

En un reciente libro del profesor de la Universidad de Harvard, Peter Kreft¹⁹, el autor identifica el miedo a decidir como uno de los mayores obstáculos en el actual pensar ético. Con frecuencia sucede que las discusiones se plantean sobre casos límites. En las situaciones extremas las soluciones son difíciles y tendemos a hacer esa dificultad extensiva también a aquellas que no tienen nada de límite. A veces, incluso, convertimos la dificultad en licencia para pensar que cada cual tiene su solución personal, que es tanto como decir que no hay solución.

El relativismo y el subjetivismo de los valores induce entre los profesionales a una gran inseguridad en su ejercicio profesional: surgen dudas y se crean incertidumbres. Así se explica la creciente judicialización de la medicina y el progresivo incremento del número de publicaciones sobre medicina y derecho. El médico pide al jurista que le señale con claridad el modo de actuar²⁰. Un ejemplo evidente del pragmatismo de nuestra cultura es aceptar como éticos aquellos comportamientos que sean legales. Es un sentir bastante generalizado entre los profesionales de la medicina que los temas conflictivos de nuestra práctica sanitaria quedan suficientemente debatidos, y por tanto adecuadamente resueltos, en el foro por excelencia de las sociedades democráticas: los parlamentos. Sin embargo, es fácil entender que la democracia no se puede convertir en el paradigma de la moralidad, la propuesta más votada en un parlamento no es siempre la mejor desde una perspectiva ética; su carácter moral no es automático, sino que depende de su conformidad con la ley moral a la que debe someterse como cualquier comportamiento humano.

Es frecuente confundir despenalización con legalización. Una acción es legal cuando se mueve dentro de la normativa y cuando el que la realiza tiene derecho a ejecutarla; lo contrario a esa acción es ilegal. La despenalización quiere decir exonerar de la pena que correspondería por la realización de ese delito, cuando se cometa en unas circunstancias determinadas²¹. Pero,

19. P. KREFT, *Cómo tomar decisiones. Sabiduría práctica para cada día*, Rialp, Madrid, 1993.

20. J. L. DEL BARCO, "Modelos actuales de Bioética", en *Seminario de actualización en Bioética clínica*, Antequera-Málaga (Noviembre-1995). No publicado.

21. En España fue aprobada la llamada "Ley del aborto", el 30 de noviembre de 1983. La ley fue llevada al Tribunal Constitucional, cuya sentencia tuvo lugar el 11 de abril de 1985. Finalmente, fue aprobada y modificado el artículo 417bis del Código Penal, que fue

en cualquier caso debemos recordar que un acto, aunque sea legal o despenalizado, no supone garantía ética.

Recientemente, dentro de una polémica en cierto modo previsible, un pensador contemporáneo ha escrito: «El derecho deja de ser tal cuando no está fundamentado sólidamente en la inviolable dignidad de la persona, sino que queda sometido a la voluntad del más fuerte... En realidad, estamos sólo ante una trágica apariencia de legalidad, donde el ideal democrático, que es verdaderamente tal cuando reconoce y tutela la dignidad de toda persona humana, es traicionado en sus mismas bases»²². Parece lógico defender que las normas éticas de la conducta profesional no las dicte el legislador -desde fuera- sino que lo ideal sería que, además, sean asumidas como resultado de una seria reflexión personal, superando la perspectiva legal, que siendo importante es insuficiente. Acomodarse al pragmatismo legalidad-ética es renunciar a la posibilidad de ser coherentes con nuestras ideas a través del ejercicio de un derecho: el de la objeción de conciencia, el cual es obligatorio para todas las leyes que violenten la moralidad.

Las corrientes de pensamiento relativistas, subjetivistas y pragmáticas, con frecuencia, reivindican tolerancia a los que se oponen a ese modo de pensar; pero, al carecer de unos puntos de referencia objetivos, la tolerancia queda también al antojo de sus defensores, e inducen normalmente a una confusión lamentable. No hay duda de que, para poder ser tolerante, hay que fijar los límites de lo que es intolerable²³. Ese límite puede ser difícil de definir, pero tiene que haberlo, si no la tolerancia se destruiría a sí misma. Nadie podría, legítimamente, impedir nada: en nombre de la tolerancia, habría que tolerar todo, se podría tachar de intolerante a cualquiera que hiciera algo que no coincidiera exactamente con lo que nosotros defendemos. A nadie se le ocurre que haya que tolerar el robo, la violación o el asesinato. La tolerancia -como la libertad- ha de tener unos límites. Todos los análisis serios realizados con motivo de la celebración en 1995 del Año Internacional de la Tolerancia insisten en que una interpretación superficial aceptada como el "todo vale", sería transformar la convivencia en un imposible.

publicado en el *B.O.E.* de 12 de julio de 1985.

22. Juan Pablo II, *Evangelium Vitae*, 1995.

23. A. AGUILÓ PASTRANA, *La Tolerancia*, Ed. Palabra, Madrid, 1995.

«La verdadera tolerancia no se fundamenta en el escepticismo, sino precisamente en unos principios firmes: la tolerancia no es una actitud de simple neutralidad o de indiferencia, sino una posición resuelta que cobra sentido cuando se opone a su límite, que es lo intolerable»²⁴.

4. Origen y desarrollo de la Bioética

Los antecedentes históricos de la Bioética tienen sus raíces en la propia historia de la Ciencia y de la Medicina, y en la aparición de diferentes códigos deontológicos que refieren como paradigma el Juramento Hipocrático. Sin embargo, la Bioética tiene una historia mucho más reciente.

Fue el Dr. Van Rensselaer Potter, profesor de Oncología de la Universidad de Wisconsin, quien utilizó, por primera vez, el término Bioética para referirse al análisis de los problemas éticos en medicina, en su libro "Bioethics: bridge to the future", publicado en 1971. Desde esa fecha, la Bioética comenzó rápidamente a transformarse en un área de interés multidisciplinario. Un poco antes, en 1969, otro médico, el Dr. Willard Cayling, psiquiatra, había fundado, junto al filósofo Daniel Callahan, el Institute of Society, Ethics and the Life Sciences en Nueva York. Este Instituto se transformó con el tiempo en uno de los centros de Bioética más importantes del mundo, y actualmente es conocido como el Hastings Center.

Otro momento importante en la historia de la Bioética fue la creación, en el año 1972, por el Dr. Andre Hellegers, del "The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics", en Washington. Después de su muerte, en 1979, el centro fue ligado a la Universidad de Georgetown, y está actualmente dirigido por el Dr. E. Pellegrino. Un hito importante en la historia de la Bioética es, sin duda, la creación -por encargo del Congreso de los EE.UU.- en 1974, de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, con objetivo de identificar los principios éticos básicos que deberían dirigir

24. *Informe del Año Internacional de la Tolerancia, 1995*, Dirección General. UNESCO.

la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y en la biomedicina. Sus resultados fueron plasmados en el llamado Informe Belmont, al que posteriormente volveremos para su estudio.

El desarrollo de la Bioética en Europa, aunque un poco más tardío que en USA, ha sido particularmente intenso en estos últimos veinte años. El primer centro europeo importante fue el Instituto Borja de Bioética, fundado en Barcelona en 1975, en la Facultad de Teología de la Compañía de Jesús. En 1980, este Instituto se transformó en una fundación privada. Así mismo, es obligado resaltar la influencia nacional e internacional del Departamento de Bioética de la Universidad de Navarra, que dirige el Prof. Gonzalo Herranz, el cual es una figura clave en el campo de la deontología y la ética médica²⁵. Igualmente, es justo reconocer la gran aportación que ha hecho a la Bioética Española el Profesor Diego Gracia, catedrático de la Universidad Complutense de Madrid, al ser el director del primer master universitario impartido en España. La Universidad de Barcelona, a través de la Fundació Bosch i Gimpera, está desarrollando, durante el curso 1995-96, un Master en Bioética y Derecho impartido por el Departamento de Sociología y Metodología de las Ciencias Sociales.

En 1994, se fundó la Sociedad Andaluza de Investigación Bioética, de la que fuimos socio fundador. Se presenta como una asociación científica no lucrativa, constituida en Córdoba para el estudio, investigación, difusión y asesoramiento en cuestiones de Bioética en el ámbito de Andalucía. Edita la revista *Bioética y Ciencias de la Salud*.

Recientemente, en enero del año 1995, se ha constituido la Asociación Española de Bioética (AEBI), entidad de la que nos honramos ser su Presidente Nacional. En ella se reúnen, entre otros, profesionales de la medicina, enfermería, farmacia, filosofía, derecho, biología y trabajadores sociales. Su finalidad es "el desarrollo y promoción de estudios, reuniones científicas, publicaciones e investigaciones en el campo de las ciencias de la salud y de las ciencias biológicas, la ética y la deontología profesional, en todas sus manifestaciones"²⁶.

25. Cfr. Su aportación más práctica al campo de la bioética está recogida en *Comentarios al código de ética y deontología médica*, Eunsa, Pamplona, 1992.

En la actualidad, en la mayoría de los países occidentales europeos, se han fundado centros de estudio e investigación en bioética. Entre ellos, destacan: el Institute of Medical Ethics, de Londres; el Centre d'Etudes Bioéthiques, creado en Bruselas en 1983, y afiliado a la Universidad Católica de Lovaina; el Instituut Voor Gezondheidsethiek, fundado en 1985, en Holanda; el Centro di Bioetica, fundado en 1985, en la Facultad de Medicina y Cirugía A. Gemelli, de la Universidad Católica de Roma; el Centre d'Ethique Médicale, creado en la ciudad de Lille, Francia; y mencionemos, por último, el recientemente creado Center for the Study of Philosophy and Health Care, de la Universidad de Swansea.

En relación a la actividad académica de estos centros, comenzaron a aparecer numerosas publicaciones especializadas, tanto bajo la forma de libros como de revistas. También, de manera habitual, las revistas médicas clásicas han comenzado a incluir artículos sobre temas de ética clínica (New England Journal of Medicine, JAMA, Lancet, etc.). Entre las revistas especializadas de más alta difusión, podemos mencionar las siguientes: The Hastings Center Report, Journal of Medical Ethics, Man and Medicine, Ethics in Science and Medicine, The Journal of Medicine and Philosophy, Bioethics Northwest (Winter, 1976), Culture, Medicine and Psychiatry. En España se está publicando, desde enero de 1990, la revista *Cuadernos de Bioética* (ISSN:1132-1989), que aparece publicada, con periodicidad trimestral, por el Grupo de Investigación de Bioética de Galicia.

5. Fundamentación de la bioética: filosofía y medicina

La experiencia nos confirma que muchos de los profesionales sanitarios se quedan auténticamente confundidos cuando comprenden que, para argumentar sobre Bioética, es necesario utilizar términos como Beneficencia, Autonomía, Justicia, e incluso hace falta tener nociones de filosofía, para entender algunos conceptos de mayor complejidad: "excelsitud del ser", "dignidad ontológica", etc.; algunas de estas ideas pueden parecer

26. Asociación Española de Bioética, Estatutos, art. 2, Madrid, 28 de mayo de 1994.

tan distantes al saber médico que en parte justifique el desistir de su estudio.

Puede dar la impresión de que todas esas argumentaciones pertenecen al campo de los filósofos, que afortunadamente -dicen algunos- cada vez están más distanciados de los aspectos científicos. En el trasfondo de estos "temores", late una gran carencia de conocimientos y, por tanto, una gran necesidad de estudiar y profundizar en las realidades ontológicas del ser, que debe obligar a las Facultades de Medicina y Escuelas de especialidades a disponer de los medios apropiados para responsabilizarse de la formación integral de sus alumnos.

Se trata, en definitiva, de promocionar entre los profesionales sanitarios una inquietud renovada de las clásicas preguntas filosóficas sobre el hombre: quién somos, de dónde venimos y a dónde vamos, para profundizar en la sabiduría contenida en la misma esencia de aquello que es objeto de nuestra actividad médica. En efecto, saber con exactitud dar respuesta a esas cuestiones, nos facilita actuar en consecuencia y ser coherentes en nuestras actuaciones. Dice Einstein que "todo verdadero investigador es una especie de metafísico oculto, por muy positivista que se crea".

La Medicina Griega tenía como fundamento colaborar con la Naturaleza; sin embargo, en el siglo XVI, estos argumentos se sustituyen por la idea de dominar la Naturaleza. Esta sustitución la operó el político y filósofo inglés Francis Bacon (1561-1626) con su obra "Novum Organum" (por contraposición al Organon Aristotélico). El hombre empieza a creerse capaz de construir una ciencia útil para dominar el universo y la tentación de utilizar las ciencias para dominar la naturaleza, toma cada vez más predicamento, de tal manera que hoy podemos comprobar cómo ha perdurado hasta nuestros días. La Medicina no ha sido ajena a esta mentalidad y, ante los vertiginosos avances de la investigación y de la técnica, algunos han llegado a pensar que estamos próximos a alcanzar la erradicación de muchas enfermedades. Sin embargo, la experiencia nos confirma que, al control y la eliminación de algunas patologías, sobreviene siempre la aparición de otras nuevas más prevalentes con distinto patrón epidemiológico. El hombre es y seguirá siendo un ser mortal, y la muerte termina venciendo siempre nuestros esfuerzos.

Tomás Melendo²⁷ explica que el origen de la situación actual de la ciencia, en cierta medida, proviene del pensamiento de René Descartes²⁸, quien, en buena parte, ha dejado su impronta en el desarrollo de la civilización occidental. En el "Discurso del Método", se lee: «ha llegado la hora de sustituir la filosofía especulativa que se enseña en las escuelas por un saber de tipo práctico, por medio del cual, conociendo la fuerza y las acciones del fuego, del agua, del aire, de los astros, de los cielos y de todos los demás cuerpos que nos rodean..., podríamos emplearlos del mismo modo para todos los usos, y hacernos así como dueños y señores de toda la naturaleza».

Descartes termina por invertir la naturaleza del conocimiento. Sólo acepta como verdades aquellas que pueden ser medibles y objetivables. La inversión cartesiana consiste, pues, en vincular la verdad no a la realidad, sino a mi voluntad, que es, en definitiva, quien reprueba mis ideas²⁹. Igual que Sócrates estaba convencido de que sólo nuestra razón puede proporcionarnos conocimientos seguros, él entiende que no se puede considerar nada como verdad si no es reconocida claramente de manera objetiva; para conseguirlo, es necesario dividir un problema complejo en partes parciales y aplicar incluso el método matemático para la reflexión filosófica. Los sentidos no son buenos argumentos, lo que vale es la razón. El punto de partida de su razonamiento es dudar de todo para no edificar su sistema filosófico en algo que fuese sólo una hipótesis. Para ello resulta imprescindible librarse de las ideas viejas como ejercicio previo a su reflexión filosófica. Descartes llega a la conclusión de estar dudando de todo, y que eso es lo único de lo que podía estar seguro; es decir, su único punto firme es la duda: al dudar también tiene seguridad de que piensa, lo que le lleva a expresar su famoso axioma: "cogito ergo sum", pienso luego existo. Con estas premisas funda la filosofía de los tiempos modernos, y crea así un "sistema filosófico" de una gran repercusión en toda la cultura occidental; es decir, una filosofía construida desde los

27. T. MELENDO, en *Fecundación "in vitro" y dignidad humana*, Ed. Casals, Barcelona, 1987. El autor explica y fundamenta la revolución tecnológica en el pensamiento de R. Descartes.

28. R. DESCARTES, *Discours de la méthode*, E. Gilson ed. J. Vrin, París, 1976, pp. 61-62.

29. J. R. AYLLÓN VEGA, *En torno al hombre*, Rialp, Madrid, 3ª ed., 1994.

cimientos. Es el primero en intentarlo; después, serían Spinoza, Leibniz, Locke, Berkeley, Hume, Kant y otros muchos.

A pesar de la evidencia de que la vida humana está fundamentada en bases no materiales que deben ser estudiadas desde la óptica de la filosofía, la influencia cartesiana en la formación empirista médica ha magnificado de tal modo el método científico como instrumento de análisis, que ha terminado por minimizar los criterios humanísticos del mundo de la ciencia. No hay duda de que cualquier actividad médica, por simple que pueda parecer, presenta un aspecto técnico y otro moral, por ej., un legrado uterino puede ser la solución a un problema de una grave metrorragia o se puede convertir en una técnica letal para una vida humana iniciada. Por tanto, su evaluación sólo se puede hacer analizando la perspectiva técnica junto con la ética con especial referencia a los principios éticos intemporales que tienen su raíz en la ética natural.

La medicina y sus avances técnicos son una prueba palmaria de que el hombre es el ser superior de la creación; con su estudio y su trabajo es capaz de perfeccionarse al servir y ayudar al resto de la humanidad. Sin embargo, la ciencia, cuando deja de estar al servicio del hombre y es el hombre el que se pone al servicio de la técnica, propicia situaciones en las que se ocasiona una auténtica quiebra ontológica, al degradarse la categoría de la persona y entrar en el reino de las cosas. Cuando el hombre es infravalorado en su categoría, la ética pierde su sentido cardinal y sucumbe bajo el dominio de la técnica. Se cumple así, como dice E. F. Schumacher³⁰ la recomendación cartesiana de «sustituir la ciencia para conocer por la ciencia para manipular».

6. Diferentes modelos en Bioética: El modelo utilitarista frente al personalista.

Dependiendo directamente de la fundamentación filosófica en que se apoyen, se pueden distinguir al menos cuatro modelos diferentes³¹: el modelo liberal-radical, el pragmático-utilitaris-

30. E. F. SCHUMACHER, *Guía para perplejos*, Debate, Madrid, 1981, p. 12.

31. F. J. LEÓN, "Dignidad humana. Libertad y Bioética", en *Cuadernos de Bioética*, nº 12 (1992), pp. 5-22.

ta, el llamado socio-biológico y el personalista. Nosotros, con la única idea de facilitar su análisis y simplificar su exposición, preferimos reunirlos en dos grandes tendencias: el utilitarismo y el personalismo.

a) Modelos utilitaristas

Son modelos que surgen como resultado del desarrollo de algunos de los reduccionismos antes apuntados: el subjetivismo, el relativismo y el pragmatismo. Nuestra civilización es proclive a basar su ideología en producir (consumismo) y en disfrutar (hedonismo). Para ello ha tenido que disponer del valor de las personas (relativismo) hasta la categoría que en cada caso conviniere, incluso hasta el nivel de confundirlas con las cosas.

El utilitarismo también es conocido como "ética de la responsabilidad", "consecuencialismo" y "ética teleológica". Sus representantes más destacados han sido Jeremy Bentham y John Stuart Mill. Su tesis fundamental sitúa como objetivo supremo la felicidad desbordante, y como meta, el conseguirla para todo el mundo. En sí mismo no hay nada ni bueno ni malo. La moral es variable y se orienta hacia el camino que lleve a conseguir mejor y con más facilidad sus promesas. Wittgenstein, por ejemplo, no admite el suicidio, porque se opone al imperativo de "vive feliz". Ésta es su esencia ética: "la vida feliz es buena". Según la teoría utilitarista, «el criterio moral de una acción se mide con un parámetro único, el principio de utilidad: buena es la acción capaz de maximalizar el bien para un mayor número de personas»³².

Un ejemplo actual de esta interpretación ética es el auge extraordinario de las técnicas de reproducción asistida, que sin duda han proporcionado una gran felicidad a numerosos matrimonios; aunque, en el momento actual, los avances técnicos todavía no eviten la pérdida de óvulos fecundados, lo que supone la eliminación voluntaria de formas de vida humana en los primeros estadios del desarrollo. Sin embargo, el Código Deontológico Español -actualmente en vigor- trata del respeto a la vida y a la dignidad de las personas y en su artículo 25.1, afir-

32. R. DELL'ORO, "Antropología ed ética. Oltre la bioetica americana", en *Rivista di Teologia Morale*, nº 106 (abril-junio/1995), p. 206. El autor es investigador en el Center for Clinical Bioethics de la Georgetown University, Washington D.C., uno de los principales centros de la "Bioética americana".

ma: "no es deontológico admitir la existencia de un período en que la vida humana carece de valor".

Para la ética utilitarista, la bondad de una acción se mide fundamentalmente por sus consecuencias. Todo lo que es posible hacer debe hacerse, siempre que su finalidad sea la de producir un bien. Los actos no son ni buenos ni malos, los ideales importan poco, lo único que vale son los resultados. Ellos son los que orientan la eticidad del acto. La línea directriz que fundamenta esta corriente de pensamiento, la expresa acertadamente José Luis del Barco³³ al afirmar: «La gran pasión de nuestro tiempo es la utilidad (...); la ética utilitaria ha franqueado resueltamente la frontera de lo permitido. Todo vale si es útil. He ahí la máxima moral dominante».

Obviamente, el criterio de utilidad no siempre es en bioética, a nuestro juicio, el más acertado. Antes de analizar las consecuencias hay que admitir que todos los actos médicos tienen un valor intrínseco, susceptible de un análisis ético, y deben ser valorados en sentido estricto y objetivo. Sin embargo, el utilitarismo entiende que los comportamientos humanos carecen de bondad o maldad intrínsecas, su bondad o maldad dependen de las consecuencias reales o probables que deriven de ellas. Una acción es legítima si produce tanto "bien" como cualquiera otra posible, y es obligatoria si reporta un "bien mayor" que las demás³⁴. En términos prácticos, y en un razonamiento al límite, el utilitarismo defiende que todo lo que técnicamente se puede hacer, no sólo puede hacerse, sino que debe hacerse. Recientemente, Singer ha preconizado la obligación y el umbral del respeto del ser viviente, y basa este juicio en la capacidad de éste de sentir o no sentir el dolor y el placer. Con acierto, se ha hecho notar el carácter doblemente reduccionista de esta teoría ética: por una parte, el bien se reduce al placer; y, por otra, el bien y el mal se valoran por la objetividad de los resultados, prescindiendo de la participación intencional del sujeto. Se ha definido la ética utilitarista como ética sin sujeto³⁵.

33. J. L. DEL BARCO, "La seducción utilitarista", en *Anuario Filosófico*, 27 (1994), p. 89.

34. R. SPAEMANN, *Moralische Grundbegriffe*, C.H. Beck, München, 1982, p. 69. Citado por José Luis del Barco en el trabajo anterior, p. 93, nota 8.

35. R. DELL'ORO, "Antropología ed etica. Oltre la bioetica americana", p. 207.

El viejo axioma ético de que el fin no justifica los medios, no es siempre respetado en esta lógica utilitarista, ya que la no existencia de límites para conseguir un fin, permite con frecuencia que las acciones pierdan todo su valor humanitario y se transformen en conductas intrínsecamente perversas, que se vuelven contra sus ejecutores como una afrenta ontológica.

b) Modelos personalistas

Dentro de estos modelos incluimos todas aquellas corrientes de pensamiento que defienden la dignidad de la persona como fundamentación filosófica común; aunque el estudio detenido de las mismas nos permite detectar, después las concretaremos, diferencias importantes, que terminan por orientar la valoración ética de modos muy distintos. La dignidad de la persona se convierte en un principio deontológico que orienta todas las actividades sanitarias, tanto para los problemas modernos (clonación de embriones, trasplantes de células embrionarias, etc.) como para las actividades diarias que se concretan en procurar un trato digno -como corresponde por su condición de persona- a nuestros pacientes.

Cualquiera podría decir que no existe ningún movimiento ético -incluidos los utilitaristas- que no tenga en cuenta la dignidad de la persona. Es cierto. Los que se ocupan de las cuestiones éticas están de acuerdo en afirmar que el principio rector de los comportamientos éticos se apoya en reconocer la primacía de la dignidad humana sobre cualquier otro interés. Pero, desgraciadamente, el consenso sobre la dignidad de la persona es exclusivamente terminológico, ya que responde a un término con fundamentación filosófica muy variada, que origina discrepancias conceptuales muy serias.

Dentro de las éticas que hemos llamado personalistas, defensoras de la persona, podemos describir dos tendencias diferentes: la llamada ética de los principios, deontologista o ética inmanente, y la ética basada en el reconocimiento de la primacía del ser-persona, que nosotros vamos a llamar en adelante humanismo metafísico o ética trascendente. Prefiero detenerme en las diferencias de estas dos orientaciones de la corriente personalista ya que la comparación entre la ética de los principios y la

ética utilitarista ha sido reiteradamente debatida³⁶.

Como decíamos, para entender el aparente consenso y sus contradicciones, hay que descender al mundo de la filosofía. Por eso, y de manera muy esquemática, se pueden describir dos escuelas filosóficas que fundamentan de manera diferente las razones de la dignidad: Emmanuel Kant, como precursor de la ética de los principios, y Tomás de Aquino, exponente de la ética clásica y trascendente. Ambas escuelas coinciden en la nobleza de la condición humana, aunque discrepan cuando se profundiza en el estudio de su fundamentación.

Para Santo Tomás, la dignidad de la persona es consecuencia del ser "Imago Dei", la excelcitud del ser deviene de que la persona es un "cierto absoluto", y, según él, el hombre posee una voluntad libre, por la que puede dirigirse hacia su propia perfección. Kant, en su *Metafísica de las costumbres*, escribe: «La humanidad misma es una dignidad, porque el hombre no puede ser tratado por ningún hombre (ni por otro, ni siquiera por sí mismo) como un simple instrumento, sino siempre, a la vez, como un fin; y en ello estriba su dignidad»³⁷. Transformar a alguien en simple instrumento, es mancillar su grandeza constitutiva. Las discrepancias de ambas escuelas se hacen irreconciliables cuando se profundiza en sus bases filosóficas. Sin duda, la ética kantiana representa una novedad comparada con las corrientes de pensamiento anteriores. Hasta entonces, las éticas habían sido materiales -no confundir con materialistas-, y Kant propone una orientación contraria de tipo formal.

Toda ética material parte de que hay bienes objetivos y de por sí valorables, que son convenientes para el hombre. Para ello se establecen normas o preceptos que orientan las conductas humanas para conseguir alcanzarlos. Al contrario, una ética estrictamente formal es una ética vacía de contenido, ya que, a diferencia de la anterior, no establece ningún bien o fin que haya de ser perseguido y no nos dice lo que hemos de hacer, sino cómo debemos actuar. El valor moral de una acción no radica en un fin a conseguir, sino en el móvil que determina su realización: «una acción hecha por deber tiene su valor moral, no

36. Cfr. A. CORTINA, "Éticas del deber y éticas de la felicidad", en *Ética y Estética*, ed. Trotta, Fundación Xabier Zubiri, 1996, pp. 49-62.

37. *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres*, trad. García Morente, Madrid, 1967, p. 84.

en el propósito que por medio de ella se quiera alcanzar, sino en la máxima por la cual ha sido resuelta; no depende, pues, de la realidad del objeto de la acción, sino meramente del principio del querer»³⁸. Para Kant la exigencia de obrar moralmente se expresa en un imperativo que no puede ser hipotético, sino categórico. «Obra sólo según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne en ley universal»³⁹. Esta formulación demuestra claramente su carácter formal. En efecto, este imperativo no establece ninguna norma concreta, sino la forma que ha de poseer cualquier norma de nuestra conducta.

7. Principios Básicos en Bioética: El principialismo

La gran acogida de la teoría de los principios -principialismo- tiene su explicación en el denominado "no cognoscitivismo" y en la llamada ley de Hume. El "no cognoscitivismo" defiende que, desde el punto de vista moral, una acción no puede definirse en sí misma objetivamente respecto de su valor intrínseco, ni es posible construir una ciencia ética a partir de la observación de los hechos, puesto que hechos y valores tienen origen diferente: los hechos existen fuera del sujeto, los valores se atribuyen al sujeto. A ello hay que añadir la aceptación cada vez más generalizada de la llamada ley de Hume, que destruye el llamado principio de regularidad o repetición: "nada asegura que una misma causa tenga siempre el mismo efecto" y que preconiza la llamada "falacia naturalista". Se trata, en resumen, de una filosofía que sienta las bases del escepticismo y, sobre todo, del relativismo.

La ausencia cada vez más evidente de criterios éticos universales, junto con la aceptación progresiva de un código múltiple, hace que los debates en el ámbito de la bioética práctica sean algo muy complicado y con escasos resultados. Como ha quedado dicho, algunos autores, basándose en actitudes relativistas y subjetivistas, defienden que en cuestiones éticas son válidas todas las opiniones personales, y por tanto no hay respuestas correctas ni equivocadas. En una sociedad plural como

38. *Ibidem*, p. 39.

39. *Ibidem*, p. 72.

la nuestra es muy frecuente encontrar opiniones dispares ante los mismos problemas. La teoría que difunden muchos comités de ética actuales se justifica en que el entendimiento humano no puede llegar a alcanzar ninguna verdad de tipo absoluto, y por tanto tampoco puede definirse una moral válida, universal, y para todos los tiempos. Por tanto, se hace necesario recurrir a una moral pragmática que sea útil para elegir con seguridad y rapidez. En la práctica, cada vez se acude con mayor frecuencia a tomar decisiones siguiendo un procedimiento racional, que ayude a sacar conclusiones lo más consensuadas posible, para orientar mejor las soluciones desde el punto de vista ético; incluso, siempre que sea posible, bajo el amparo de un grupo de expertos a través de las comisiones correspondientes. Estos procedimientos permiten estudiar cada caso con todo el detalle circunstancial y concreto, lo que en ocasiones termina por ser clave para la solución ética del problema. Nace así el casuismo, una moral racional que se convierte con frecuencia en circunstancial y específica; la aprobación o reprobación del hecho se analiza caso por caso, en cada situación y con todas sus posibles consecuencias. La conclusión más frecuente es caer en un relativismo de intensidad variable, según se aleje del sistema de referencia moral que cada fundamentación ética establezca.

La primera sistematización importante que se conoce la encargó el Congreso norteamericano en 1974 a la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, con objeto de garantizar la ética de la investigación con seres humanos. Cuatro años después, los comisionados publicaron el Informe Belmont⁴⁰. Los tres principios éticos resumidos en ese informe, fueron los de Respeto por las personas, Beneficencia y Justicia. "El respeto por las personas -la autonomía- obliga, al menos, a dos convicciones éticas: una, a que los individuos deben ser tratados como entes autónomos, y otra, a que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección". "Respetar la

40. Este brevísimo documento, apenas una decena de páginas, supuso el verdadero espaldarazo de la Bioética, así como la aparición de un nuevo estilo en el enfoque metodológico de los problemas, de acuerdo con los tres principios citados, el de autonomía, el de beneficencia y el de justicia. D. GRACIA en *Procedimiento de decisión ética en clínica*, Eudema, Madrid, en su capítulo 2º hace unos comentarios muy acertados a su contenido.

autonomía exige valorar las opiniones y elecciones de las personas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros". El principio de Beneficencia resalta el no hacer daño, o al menos minimizar los riesgos, a las personas; aunque este informe no contempla la diferencia con la No-Maleficencia. Finalmente, en dicho informe el principio de Justicia se enuncia como "imparcialidad en la distribución de los riesgos y los beneficios, y el axioma de que los iguales deben ser tratados igualitariamente".

R. Dell'Oro⁴¹ describe, cómo se estructuró la primera sistematización ética general, posterior y complementaria al informe Belmont, en Estados Unidos. Su génesis fue el resultado del encuentro y la compatibilización de las dos teorías éticas antes descritas: la utilitarista y la deontológica, desarrolladas, en 1979, por Beauchamp y Childress en su libro *Principles of Biomedical Ethics*⁴². Su mayor novedad, además de diferenciar el principio de No-Maleficencia, es utilizar los principios éticos en medicina clínica, de modo que estructura una moderna ética aplicada.

Actualmente, los principios más aceptados para resolver los problemas diarios en el ámbito de la bioética son cuatro: principio de Beneficencia, principio de No-Maleficencia, principio de Autonomía y Principio de Justicia

a) Principio de Beneficencia

El principio de Beneficencia es aquel que propone hacer el bien, o el de ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten⁴³. En las personas adultas y responsables, este principio nunca permite hacer el bien o ayudar sin el consentimiento del paciente. Cuando el "consentimiento informado" no es posible, hay que buscar el mayor bien del paciente, y por tanto se debe prestar toda la ayuda posible.

Tradicionalmente, se han descrito cuatro excepciones a la necesidad de solicitar el consentimiento informado del paciente:

41. R. DELL'ORO, "Antropología ed ética. Oltre la bioética americana", pp. 203-220.

42. T. L. BEAUCHAMP y J. F. CHILDRESS, *Principles of biomedical Ethics*, Oxford University Press, Nueva York, 1979.

43. Cfr. D. GRACIA, *Fundamento de Bioética*, Eudema Universidad, Madrid, 1989. El autor describe con rigor todos los principios; es un texto de lectura obligada.

La más frecuente es la que ocurre en situaciones de emergencia. En estos casos, el consentimiento se supone implícito y se asume que, en dichas circunstancias, el paciente hubiera dado su consentimiento. Otra situación menos habitual es la del paciente mentalmente incapaz que carece de la suficiente responsabilidad para hacerlo. En tercer lugar, existe una eximente que se denomina privilegio terapéutico: corresponde a aquella situación específica en la que se considera que informar al paciente puede ir en menoscabo de su salud física o psíquica. Aunque se discute, cuáles son los límites reales de este privilegio, el médico, mejor que nadie, debe conocer las características del paciente y saber qué información conviene que sea proporcionada a él o a sus familiares más cercanos. La delegación en el médico, es la cuarta causa de excepción a la obligación del consentimiento informado. Muchos pacientes prefieren delegar sus funciones en el médico, ya que confían en que éste tomará las decisiones que más le convengan.

En el extremo opuesto a la Beneficencia, está el paternalismo, que aparentemente puede parecer adecuado, ya que pretende beneficiar a un ser humano; pero, en ciertos casos, puede ser incorrecto, al no acertar con los deseos de la persona favorecida. Diego Gracia⁴⁴ presenta, como ejemplo palmario de paternalismo, el obligar a transfundir sangre a un Testigo de Jehová adulto y responsable que la necesita para salvar su vida, y se niega a recibirla por fidelidad a sus ideas. No es paternalismo, sin embargo, el conseguir que un enfermo que padece un brote esquizofrénico agudo sea ingresado en contra de su voluntad; o el evitar que un Testigo de Jehová, por sus creencias, arriesgue la vida de un hijo suyo. Estas actuaciones médicas no serían paternalismo, sino auténtica Beneficencia. Como puede observarse, en la práctica diaria, a veces, es difícil establecer los límites del paternalismo.

Por eso, es conveniente insistir en la importancia excepcional del consentimiento informado, como la auténtica clave para evitarlo. Para ello, ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico de relevancia, el paciente debe ser informado para alcanzar su asentimiento. Para aceptarlo como adecuado y veraz, se requiere el cumplimiento de una serie de condiciones:

44. *Ibidem*.

Información suficiente, adecuada capacidad mental, comprensión de la situación y capacidad para tomar decisiones por parte del paciente. Si alguna de estas premisas no se cumplen, es necesario revisar la calidad del consentimiento y cuestionar su validez como garante del principio de Beneficencia, y éste, a su vez, es inseparable del principio de Autonomía.

b) Principio de No-Maleficencia

Es importante diferenciar claramente el principio de "No-Maleficencia" ("primum non nocere"), del principio de "Beneficencia" (en beneficio del enfermo). El primero, como todos los principios éticos negativos, obligan siempre, con ámbito universal, y, por eso, es anterior a cualquier tipo de información o de consentimiento, ya que nunca es lícito hacer el mal. Por ejemplo, el precepto de no matar, es un imperativo que no ofrece duda sobre su obligatoriedad universal. Sin embargo, los preceptos positivos, por ejemplo, prevenir la enfermedad o practicar la promoción de la salud, no obligan con la misma fuerza siempre y a todos; entre otras cosas, porque sería prácticamente imposible hacerlo de manera estricta. Por tanto, su no cumplimiento tiene una valoración ética variable.

Diego Gracia⁴⁵ insiste en que la No-Maleficencia no sólo obliga a no hacer el mal, sino también a procurar positivamente que la vida biológica de todos los hombres sea tratada con total consideración y respeto. Su definición tiene alcance universal y general frente a la Beneficencia, la cual, al contrario, es particular y concreta. Como veremos más tarde, estas diferencias son fundamentales para poder "priorizar", o valorar, la categoría de los principios.

En resumen, nunca se debe hacer el mal, aunque a veces sea lícito no hacer el bien. Nadie puede estar obligado a hacer siempre y de manera continua todo el bien posible. Por ejemplo, asistir a este acto en la Real Academia nos impide en este momento trabajar en el hospital atendiendo a nuestros enfermos. Así entendido el principio de No-Maleficencia, nunca debe conculcarse; aunque el de Beneficencia, al ser un principio positivo,

45. D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid, 1991, p. 34.

expresarse de manera más cabal la actitud que debe presidir la relación médico-paciente.

c) Principio de Autonomía

En el informe Belmont, la autonomía se contempla en un sentido muy concreto: como la capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa. Como puede observarse, explica Diego Gracia⁴⁶, el concepto de autonomía de la Comisión americana no es el kantiano, "el hombre como ser autolegisador", sino otro mucho más empírico, según el cual una acción se considera autónoma cuando el sujeto ha sido debidamente informado de todas las ventajas e inconvenientes y es conforme en su realización.

La autonomía interesa fundamentalmente desde su vertiente conductual. Faden y Beauchamp⁴⁷ piensan que las acciones son autónomas cuando cumplen tres condiciones: «intencionalidad», «conocimiento» y «ausencia de control externo». D. Gracia⁴⁸ defiende que la intencionalidad se tiene o no se tiene, y no admite gradación. En cuanto al conocimiento: no hay duda de que, para que exista auténtica autonomía, el sujeto debe conocer con precisión la acción que se decide y sus consecuencias. Por último, en relación con la ausencia de control externo, las intervenciones del exterior pueden llegar a eliminar la auténtica intencionalidad de una decisión.

De todas las posibilidades de control externo, a nuestro juicio, la más extendida, sin duda, es la manipulación de la información con la que a veces se presentan los problemas éticos de nuestro tiempo. Pensemos, por ejemplo, en el caso de la eutanasia. En las encuestas que habitualmente salen a la luz pública, se detecta un importante porcentaje de ciudadanos a su favor. Cuando algunas de esas encuestas han tratado de investigar no el número de partidarios sino la precisión del término eutanasia, se ha podido comprobar reiteradamente que lo que la población entiende por eutanasia es el deseo de poder morir dignamente, en las mejores condiciones humanas y sin sufrimientos innecesarios que originen agonías interminables, determinadas por un encarnizamiento terapéutico. Si se pudiera acla-

46. *Ibidem*, p. 32.

47. Citado por D. GRACIA en *Fundamentos de Bioética*, 1989.

48. *Ibidem*.

rar los contenidos conceptuales del término, la respuesta de los encuestados pensamos que sería totalmente diferente.

Al control externo hay que añadir la intervención del propio individuo, el llamado control interno; una decisión para que sea realmente autónoma debe ser tamizada por una personalidad suficientemente capaz. Ello explica que algunos trastornos mentales conviertan al sujeto en incapacitado para sus decisiones autónomas. Finalmente, conviene recordar que una decisión sólo puede ser entendida como auténtica cuando es coherente con el sistema de valores asumido conscientemente a lo largo de la vida; por tanto, deben considerarse decisiones no autónomas aquellas que se oponen a dichas normas, salvo que éstas hayan sido rechazadas expresamente.

¿Qué autenticidad puede tener la decisión de un paciente en una unidad de medicina intensiva que pide ser eliminado porque su vida carece de sentido? ¿No será el ambiente de su hospitalización un sesgo externo que influye en su capacidad de comprender la situación hostil en la que se encuentra?

¿Qué grado de autonomía existe en un sujeto parapléjico que pide en los medios de comunicación que se le aplique la eutanasia? ¿No será una manera encubierta de demandar más atenciones o de solicitar involuntariamente algo que le devuelva la ilusión? ¿Cuál es el nivel de autenticidad en una mujer que pide un aborto? ¿No será un grito de queja ante la falta de otras soluciones menos dramáticas?

De todo ello se deduce la importante tarea educativa que obliga a los sanitarios a informar correctamente; sin prisas, con precisión y con el máximo rigor sobre todos y cada uno de los acontecimientos que vayan surgiendo a lo largo de la historia natural de la enfermedad. La educación para la salud es precisamente la ciencia y el arte de ayudar a la población a decidir en libertad sin coacciones ni manipulaciones, de acuerdo con sus creencias y actitudes. El médico tiene obligación de explicar y aclarar todas las dudas del paciente para hacerle más fácil y responsable su decisión.

Cada vez es más frecuente encontrar opiniones en favor de priorizar la autonomía del paciente sobre cualquier otra consideración ética; sin embargo, es necesario ser cautos a la hora de su aplicación práctica, para no transformar al médico en un me-

ro proveedor de servicios al antojo del enfermo. A veces, como reivindicación de esa autonomía, el enfermo puede solicitar a su médico procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios, que sólo él -por su formación profesional- es capaz de valorar en su justa medida. La negación de esos recursos no vulnera, en modo alguno, el principio de autonomía, sino que, incluso, lo protege; siempre que se le explique al paciente, con paciencia y delicadeza, lo inadecuado de su demanda. Un caso parecido, pero en sentido contrario, son las órdenes de no reanimación cardio-pulmonar que se prescriben en las historias clínicas de algunos pacientes terminales. En Estados Unidos, se planteó un vivo debate acerca de la licitud y la eticidad de recomendar tal indicación sin contar con el consentimiento del enfermo; ya que dicha recomendación se convierte, de hecho, en una decisión unilateral con menoscabo de la autonomía del enfermo. En nuestra opinión, la eticidad de esta recomendación nos parece correcta, ya que no hay duda de que la valoración sobre la futilidad de dicha técnica cae bajo la responsabilidad del médico.

La aplicación práctica, certera, del principio de autonomía sólo debe ser analizada bajo el control de los otros dos principios fundamentales: el de Beneficencia y el de Justicia.

d) Principio de Justicia

Tradicionalmente, la justicia se ha identificado con la virtud de dar a cada uno lo suyo; lo justo se identifica, en su sentido más lato, con lo correcto y, a la postre, con lo bueno: "Unicuique suum". Tomás de Aquino explica la justicia anteponiendo el bien común al bien particular. Por eso, el bien del pueblo es más excelente que el bien de un solo hombre⁴⁹. En el informe Belmont se describe como "imparcialidad en la distribución de los riesgos y los beneficios el axioma de que 'los iguales' deben ser tratados igualitariamente".

El principio de justicia, aplicado a la relación médico-paciente, corresponde, de una manera muy particular, a un elemento "tercero", el cual puede identificarse genéricamente como "administración sanitaria". La conferencia Internacional celebrada en la capital de Kazakjthan, Alma Ata, en 1978, inaugura a nivel mundial, la llamada Era Política de la Salud. Con

49. SANTO TOMÁS, C. Gent. III, 17.

ella se presenta la salud de la población como un derecho de los ciudadanos, y su aplicación, como un deber del Estado. La época a la que nos referimos se caracteriza, además, por entender la salud como un bien que no se puede imponer a la población, sino que es el resultado de una auténtica conquista personal y comunitaria. Los distintos estudios realizados sobre los determinantes de salud y la enfermedad han concluido que los estilos de vida y la influencia ecológica tienen el máximo protagonismo en la causalidad de las patologías prevalentes⁵⁰. Ramón Gálvez⁵¹, en nuestro medio, ha podido deducir el importante valor que tiene el esfuerzo personal en la consecución del bienestar físico, mental y social, al estar estrechamente vinculado a determinados estilos de vida generadores de riesgos. La salud, al ser en gran parte, el resultado de nuestros estilos de vida, tiene una dimensión comunitaria que la transforma en un deber, con una responsabilidad personal creciente. En un sistema sanitario público, como el nuestro, se trata de garantizar el apoyo solidario de toda la población para financiar los gastos, cada vez más elevados, de la asistencia. Es necesario que la población conozca con exactitud las conductas generadoras de riesgos y sus consecuencias. Entendida así la salud, no hay duda de que tiene una dimensión ética indiscutible. Kant sostiene que los deberes para con uno mismo (preservar la propia vida o salud) son obligaciones importantes. La promoción de la vida y de la salud son bienes que cualquier individuo está obligado a proteger.

Para el mismo Kant, el hombre no tiene precio; tiene valor, dignidad. Cualquier valor es conmensurable, y puede entrar en el cálculo comparativo; pero la "dignidad", por el contrario, es aquella propiedad merced a la cual un ser es excluido de cualquier cálculo, por ser él mismo medida del cálculo. La escuela de Robert Spaemann ha dado mucha importancia a este planteamiento.

Javier Gafo⁵² argumenta que «en todo caso, la obligación de cuidar la propia salud no puede tomarse como simple "nonsense", sino como una máxima prudencial de gran aplicabilidad, ya que cualesquiera que sean las propias aspiraciones, objetivos

50. M. DE LALONDE, "A New Perspective on the Health of Canadians", en *Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare*, 1974.

51. R. GÁLVEZ VARGAS, *Discurso Real Academia de Medicina*, Granada, 1995.

52. J. GAFO, *Diez palabras en bioética*, Ed. Verbo Divino, Navarra, 1994, p. 332.

o formas de concebir una buena vida, estos intereses quedan favorecidos por la salud y perjudicados por la enfermedad. Hay un deber de cuidar la propia salud, ya que es imposible realizar los deseos y aspiraciones actuales y futuros si se destroza la propia salud».

La carestía de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la limitación de los recursos económicos han condicionado que la asistencia sanitaria se vea encasillada en una dialéctica economicista, los *inputs* (recursos) frente a los *outputs* (resultados). La economía de la salud exige la valoración de la idoneidad de cualquier actividad sanitaria. Para ello se cuestionan conceptos como el de la Necesidad (aquello que los técnicos certifican como importante), la Demanda (aquello que la población solicita por percibirlo como necesario) y la Oferta (que se establece como la respuesta racional a todo lo anterior). Nadie duda de que los responsables de la política sanitaria de un país tienen la obligación de priorizar los problemas sanitarios y canalizar los limitados recursos presupuestarios, de modo que produzcan el máximo beneficio en la comunidad. El sistema sanitario debe garantizar siempre la justa distribución de los recursos con base en dichas prioridades, que deben ser las únicas que marquen las limitaciones de recursos; en modo alguno, su aplicación puede estar determinada por criterios sociales, económicos, culturales, etc. Recientemente, Mario Iceta⁵³ ha defendido, con extraordinario acierto, la no disponibilidad de recursos económicos como criterio de futilidad de un tratamiento médico.

Con todo lo anterior, queremos decir que no todas las técnicas instrumentales de diagnóstico o tratamiento tienen que estar al alcance de todos los individuos. La limitación económica de unos presupuestos, frente a las demandas prácticamente infinitas de la población, conducen al planificador sanitario a dictar normas de obligado cumplimiento, que tiendan al beneficio de la población en su ámbito universal, frente al bien particular y concreto.

A pesar del enfoque sanitario, el principio de Justicia, como ha quedado dicho, consiste básicamente en dar a cada uno lo su-

53. M. ICETA, *El concepto médico de futilidad y su aplicación clínica*, tesis doctoral, Universidad de Navarra, Pamplona, 1995.

yo; ello exige, para hacerlo bien, conocer qué es lo primero que a cada uno corresponde por el hecho de ser persona. Es decir, tratarla como corresponde a su categoría ontológica. Tomás Melendo lo expresa diciendo que a las personas hay que constituir las «en término de nuestro amor». Tratar a una persona con justicia equivale a hacerla objeto de nuestro amor. «El propósito de mantener la paz y la concordia entre los hombres, mediante los preceptos de la justicia, será insuficiente, si por debajo de estos preceptos no echa raíces el amor, la justicia sin amor, sin misericordia, es crueldad»⁵⁴.

Todo ello nos mueve a defender que junto a las obligadas limitaciones economicistas, hay que garantizar el máximo de eficiencia y el mayor nivel de equidad en su aplicación y por encima de todo -en primer lugar- podemos y debemos exigir que la aplicación de las técnicas disponibles, se haga siempre con competencia profesional y con un máximo de "carga amorosa", como corresponde al paciente objeto de nuestra atención.

8. *La incompatibilidad entre principios: priorización*

La ética práctica, en su vertiente relacional médico-paciente, puede presentar algunos conflictos entre los principios comentados que plantean grandes dificultades para su solución. La Bioética "americana" -principialista- es muy proclive a priorizar el respeto de la autonomía del enfermo por delante de todos los principios restantes. Esto, algunas veces, puede llevar al médico a dar respuestas que violenten otros principios éticos, especialmente el de No-Maleficencia. Pensemos, por ejemplo, en el caso de la solicitud de una eutanasia activa en un enfermo que sufre, o la petición de un aborto "legal" como una acción benéfica solicitada con toda responsabilidad.

Es evidente que la absolutización del principio de Autonomía del paciente puede llegar a construir una ética capaz de inducir quiebras y afrentas a la dignidad de la persona que el médico puede y, si es posible, debe evitar amparándose en la objeción de conciencia; aunque las sentencias judiciales dictadas en los Estados Unidos, al amparo de esta priorización, son, en

54. SANTO TOMÁS, C.Gent. III, c. 130.

su mayoría, favorables al paciente, ya que sostienen que los derechos de los pacientes a rechazar el tratamiento prevalecen sobre las objeciones que pueden plantear los hospitales o las entidades clínicas. Con estas premisas y en estas circunstancias, el médico puede verse relegado a un mero ejecutor de los deseos del paciente, sin poder tener en cuenta los criterios objetivos que deben orientar la práctica médica. Por tanto, frente a la autonomía del paciente, hay que ubicar la justa autonomía del médico. Ambas deben ser mutuamente respetadas y en caso de existir serias discrepancias, la relación profesional debe disolverse, para no violar las convicciones morales de ninguna de las dos partes.

No hay duda de que las personas tenemos una conciencia y una autonomía que debe convertirse en exigencia y norte del proyecto biográfico de cada persona; pero el hecho de hablar de conciencia humana obliga a reflexionar sobre su sentido auténtico, ya que la conciencia recta exige formación para adquirir un criterio objetivo y universal, que lleve a la búsqueda de la verdad: del bien y del mal, de lo justo y lo injusto, etc. Por eso, una persona no puede hacer todo lo que le permita o le mande su conciencia, ya que su exigencia personal puede lesionar (debido a sus consecuencias) sus deberes con los demás; de manera que éstos, o el Estado, deben impedirselo. A propósito de esta idea, Spaemann⁵⁵ comenta «la conciencia es la presencia de un criterio absoluto en un ser finito».

El médico, en la práctica, suele adoptar como guía de sus actos un principio básico de su profesión, que es a la vez deontológico y teleológico; es decir, está basado en unos principios apriorísticos que él conoce y defiende para aplicar su saber, y eso no le impide ser consecuencialistas, ya que lo que persigue sobre todo es ser útil para alcanzar el bien del enfermo. Ambas actitudes, la deontológica y la teleológica, no son en modo alguno contrapuestas, sino al contrario, complementarias. Los argumentos apriorísticos y las consecuencias *a posteriori* son los que terminan por establecer un balance objetivo para la evaluación de la excelencia de un acto médico. El médico se forma en unos principios dirigidos a conseguir unas consecuencias: curar y hacer el bien. Sin embargo, anclarse en una ética deon-

55. SPAEMANN, *Ética: Cuestiones fundamentales*, p. 87.

tologista pura, defensora estricta de unos principios previos, independientemente de las consecuencias de sus decisiones, puede ocasionar graves quebrantos éticos a pesar de la excelente intención con la que se propongan.

Por todo ello, conviene establecer algunos límites de la autonomía del paciente, a pesar de que son muchos los autores que no disimulan su contrariedad cuando se proponen limitar este derecho. Mario Iceta⁵⁶ propone que la decisión del paciente no puede considerarse válida en las situaciones siguientes:

1- Cuando la elección del paciente vaya en contra de la práctica común de la Medicina. Como ejemplo, puede darse el caso el caso de un paciente que solicita una resonancia nuclear magnética por padecer una jaqueca de reciente aparición.

2- Cuando la elección del paciente contradiga criterios objetivos y razonables del principio de Beneficencia. El bien básico que defiende este principio es el respeto a la dignidad del hombre y a su vida.

3- Cuando la decisión del paciente atente contra los principios éticos y deontológicos de la Medicina o de la conciencia e integridad del médico.

4- Desde un punto de vista jurídico, pueden añadirse dos limitaciones más a la autonomía del paciente. Frente a la capacidad del paciente de rechazar un acto médico que pueda salvarle la vida, se ha invocado el derecho del Estado a limitar esta capacidad, para proteger los intereses que afectan al bien común: el interés del Estado en preservar la vida y el de velar por la integridad profesional de la Medicina; aunque, como veremos más adelante este tema ofrece bastantes dudas al no estar totalmente aceptado.

A nuestro juicio, es lamentable que, en estas cuestiones de tanta importancia, no exista un acuerdo total, e incluso se pronuncien opiniones contradictorias que transmiten una gran inseguridad profesional para resolver el conflicto de intereses entre el derecho de privacidad del paciente y el derecho de autonomía del médico. La objeción de conciencia es, sin duda, parte importante de la solución al problema.

La dificultad del ejercicio médico radica en saber compaginar el particular criterio moral del médico con el principio

56. M. ICETA, *El concepto de futilidad y su aplicación clínica*, pp. 112-113.

fundamental de la autonomía del paciente. ¿Cómo no hacer el bien a alguien por el simple hecho de que esa persona no lo quiera?

El médico, o en su caso el Comité de Ética Asistencial, debe analizar con el máximo rigor el nivel de autonomía del paciente (autenticidad), para defender el principio de Beneficencia correctamente entendido; pero, en ningún caso, podrá hacer el mal.

Para resolver estos inconvenientes, a nuestro juicio, debe primar la defensa del principio de No-Maleficencia. Por ello, cualquier médico podrá, y en algunos casos deberá, negarse por razones de conciencia a participar en algunas actividades asistenciales o investigadoras de las que se deriva un daño; y, mucho menos en la muerte de un ser humano, incluso en los casos en que la legislación los despenalice, y, por tanto, no exista ningún inconveniente jurídico para su realización. Sin embargo, las soluciones habituales en los Comités de Ética suelen ser el resultado analítico de una evaluación subjetiva de sus miembros sobre las situaciones y las circunstancias que rodean al caso. La metáfora de la balanza (equilibrio), ofrecida por W. D. Ross, introduce un espacio amplio para la relativización de la solución moral. El resultado es, con frecuencia, caer en la ética de la "medida" o en la de la autonomía⁵⁷.

Diego Gracia⁵⁸ propone, acertadamente, para jerarquizar entre principios hablar de dos niveles. En el primero, estaría la No-Maleficencia y la Justicia y en el segundo la Autonomía y la Beneficencia. Los del primer nivel obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas, y, por tanto, tienen un rango superior a los otros dos. El mismo autor lo fundamenta en que los del primer nivel se presentan como garantes del principio general de que todos los hombres somos básicamente iguales y merecemos igual consideración y respeto; razón por la cual no puede quedar al arbitrio directo de la voluntad de las personas. Nadie debe hacer mal a otra persona, aunque ella lo pida. A la justicia le sucede lo mismo. Cuando se discrimina a los hombres en su vida social, no tratándoles con igual consideración y respeto, se comete una injusticia.

57. R. DELL'ORO, "Antropología ed ética. Oltre la bioética americana", p. 208.

58. D. GRACIA, *Procedimientos de decisión clínica*, p. 128.

La reflexión detenida sobre el principialismo nos lleva a reconocer que su aplicación puede ofertar importantes ventajas como procedimiento de estudio de los casos complejos; pero no hay duda de que, cuando los problemas éticos se alejan del campo de la investigación con personas, para las que originariamente fueron diseñados, y se incluyen en el mundo de la ética clínica, sus resultados son difíciles de evaluar e inducen a frecuentes relativizaciones. Gonzalo Herranz⁵⁹ lo explica certemente: «La práctica médica basada en los principios de la Ética secularista, los principios de justicia, beneficencia y autonomía, está condenada, sin la ayuda del principio de respeto a la debilidad, a convertirse en servidora y mercenaria de sólo los poderosos, de los que retienen la fuerza de la autonomía. El principio de autonomía, no contrapesado por el respeto a la fragilidad que ha de ser protegida, favorece una medicina clasista, que tiende a olvidarse de quienes no tienen voz o dinero para reclamar o imponer sus derechos».

9. Código de Ética y Deontología Médica⁶⁰

En la actualidad está vigente en nuestro país el revisado en 1990 que define la Deontología Médica como el "conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional del médico". La lectura detenida de su articulado orienta con gran calidad ética muchos de los conflictos que antes hemos comentado. En su capítulo II, destaca el respeto como actitud fundamental del médico frente a sus pacientes, así como el deber de cuidar a todos con la misma diligencia; la obligación de procurar el bien cuando sea posible y evitar siempre el mal (principios de Beneficencia y No-Maleficencia), además de la obligación de no desatender nunca al paciente en ninguna circunstancia.

En el art. 4.1, se expone el principio fundamental de la actividad Médica: "La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana y la

59. G. HERRANZ, "Relación médico-paciente en la concepción del ser humano como persona: implicaciones éticas en biología y medicina", en *Problemas contemporáneos en bioética*, ed. Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, 1990.

60. G. HERRANZ, *Comentarios al código de ética y deontología médica*, Eunsa, Pamplona, 1992. Libro de obligada lectura.

dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico".

En el capítulo III, que versa sobre la relación del médico con sus pacientes, se pone de relieve la necesidad de la confianza entre el médico y el enfermo para la eficacia de la asistencia médica (art. 7); la obligación del médico de respetar las convicciones del enfermo o sus allegados, siempre que estas convicciones no atenten contra los principios básicos de la ética. Tampoco está permitido al paciente hacerse el mal ni instrumentalizarse. Se establece también la conducta que debe seguir el médico cuando se presenta una discrepancia irresoluble con el paciente (art. 8.1). En tal caso, nunca se pueden violentar las convicciones del paciente ni las del médico; por lo que, si no se llegara a un acuerdo, la relación entre ambos queda suspendida. Si el enfermo no es mentalmente capaz, el médico debe consultar a su familia o representante legal para obtener el consentimiento. En el caso de que esta consulta no sea posible, el médico prestará los cuidados que le dicte su conciencia profesional (art.11.3).

En el capítulo VI, se analiza el respeto a la vida y a la dignidad de las personas. Por muy deteriorado que se encuentre el estado de salud de un paciente terminal, el Código Deontológico defiende que el menoscabo de sus capacidades no disminuye su dignidad como persona. Incluso dedica un artículo a las situaciones límites: "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. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre" (art. 28.2).

10. Acuerdos Internacionales de la AMM

En octubre de 1983, la 35ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial (AMM), adoptó en Venecia la Declaración sobre los enfermos terminales. En dicha declaración, se establece que:

el deber del médico es curar y, cuando no sea posible, aliviar el sufrimiento y actuar para proteger los intereses de sus pacientes. No se admite, por tanto, ninguna excepción a este principio, aún en caso de enfermedad incurable o malformación.

El médico, se recoge en dicha Declaración, puede aliviar el sufrimiento de un paciente con enfermedad terminal e interrumpir el tratamiento curativo con el consentimiento del paciente o de su familia inmediata en caso de no poder expresar su propia voluntad. La interrupción del tratamiento no exonera al médico de su obligación de asistir al moribundo y proporcionarle los medicamentos necesarios para mitigar la fase final de su enfermedad.

Por último, el médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente.

Más adelante, en la 39ª Asamblea celebrada en Madrid en 1987, se redacta la declaración sobre la Eutanasia: "La eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contraria a la Ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad".

En 1989, en la 41ª Asamblea celebrada en Hong Kong sobre el estado vegetativo persistente, se afirma que "una vez que se plantea la disyuntiva de mantener o interrumpir la vida por medios artificiales, se deben considerar sus dimensiones éticas y legales". Tras esta afirmación, la AMM no entra a considerar cuáles son estas dimensiones éticas y legales.

Y, por último, en la 44ª Asamblea de la AMM celebrada en 1992 en Marbella, se redacta la Declaración sobre el suicidio con ayuda médica. En ella se defiende que "el suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la Ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el médico ayuda intencionada y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la Ética. Sin embargo, el derecho de rechazar tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso, si al respetar ese deseo, el paciente muere".

11. Legislación Española

En la cultura actual, está cada vez más extendida la opinión de que el valor fundamental que sustenta los derechos del ciudadano es el ejercicio de su libertad. La única limitación a esta libertad es el daño que se puede causar a un tercero. Con esta perspectiva, y amparados en su derecho de privacidad, se comprende fácilmente que existan individuos que soliciten la suspensión de tratamientos que pueden salvarles la vida, o que se ponen en huelga de hambre con gravísimo riesgo vital por alguna causa para ellos importante. Frente a esta postura, ¿debe el Estado reconocer el intrínseco valor de la vida humana y por ello estar obligado a protegerla? Para responder a estas cuestiones es necesario recurrir al campo del Derecho⁶¹ y a la Constitución española⁶².

El art. 15 de la Constitución Española dice "todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra".

El conflicto entre el derecho a la vida y la disponibilidad sobre la propia vida, tiene un lugar de referencia en la afirmación de la sentencia 53/1985 del Tribunal Constitucional: "La vida es la proyección de un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional, la vida humana constituye un derecho fundamental esencial y troncal, en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrán existencia posible". Así las cosas, parecería que el derecho a la vida es un derecho absoluto que no admite limitación alguna; sin embargo, el propio Tribunal Constitucional viene afirmando hasta la saciedad, la inexistencia de los derechos absolutos y la necesaria interrela-

61. Cfr. especialmente a M. FERNÁNDEZ BERMEJO, "Autonomía personal y tratamiento médico: límites constitucionales de la intervención del Estado" (pp. 39-60); M. GROSSO DE LA HERRÁN, "El consentimiento" (pp. 105 ss.); A. MONTALBÁN, "El derecho a la vida y la disponibilidad sobre la propia vida. Su constitucionalidad" (pp. 113 ss.); F. de Asís SILLA, "Consentimiento del paciente en las transfusiones de sangre" (pp. 123 ss.); P. PAREJO, "Requisitos y significados del consentimiento en la esfera penal" (pp. 135 ss.); C. MARTÍN, "Transfusiones de sangre y libertad de religión" (pp. 149 ss.), en *Cuadernos de Derecho Judicial. El Consentimiento. El Error*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1993.

62. Constitución Española, 1978.

ción y autolimitación entre todos aquellos que nuestro texto constitucional define como fundamentales. A pesar de ello, la doctrina constitucional sobre la disponibilidad de la propia vida es extraordinariamente controvertida: desde los que abiertamente niegan que la disposición sobre la propia vida tenga apoyo en cualquier derecho fundamental, hasta los que dicen lo contrario. Veamos algunas de estas posturas: Rodríguez Mourullo, comentando el art. 15 de la CE, entiende que el precepto constitucional no tiene «el sentido de engendrar a favor del individuo la facultad de libre disposición de su propia vida, de tal manera que pueda consentir válidamente su muerte». Este mismo planteamiento hace Zugaldía Espinar, para quien no es posible deducir del texto constitucional la primacía de la libertad frente a la vida. En sentido contrario, Carbonell Mateu defiende: «la vida sólo debe ser defendida si el sujeto pasivo, esto es, el titular del bien jurídico, así lo quiere». En la misma línea Del Rosal Blasco afirma: «De la Constitución Española de 1978 no se puede deducir ni el carácter absoluto del derecho a la vida ni el de su indisponibilidad». El derecho a la vida reconocido en la Constitución se encuentra indisolublemente ligado con el valor jurídico fundamental de la dignidad de la persona, reconocido en el art. 10 del mismo texto. Montalbán Avilés expone: «... es indudable que el suicidio es expresión del ejercicio de un derecho constitucionalmente amparado. Cualquier otra interpretación sería contraria a la dignidad de la persona». Al contrario, para otros penalistas no es posible admitir que la CE garantice en su art. 15 el derecho a la propia muerte y, por consiguiente, carece de apoyo constitucional la pretensión de que la asistencia médica coactiva es contraria a ese derecho constitucionalmente inexistente. En la misma línea se pronunció el T.S. en sentencia 27, marzo de 1990, al considerar el derecho a la vida como "centro y principio de todo lo demás".

La sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, sobre la huelga de hambre de los GRAPO ha sido paradigmática. En relación con este tema dice: "el derecho fundamental a la vida del art. 15 de la Constitución, obliga a una protección positiva por parte del legislador que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. Ello

no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquélla fácticamente disponer sobre su propia muerte". La negativa a ser alimentados, para forzar a la administración penitenciaria a su reagrupamiento, fue conceptuada como ilícita en las sentencias STC 11/1991 y 120/1990. La STC 120/1990, tras definir la decisión de arrastrar la propia muerte como una manifestación de la libertad genérica, precisa que "una cosa es la decisión de quien asume el riesgo de morir en un acto de voluntad que sólo a él afecta, en cuyo caso podría sostenerse la ilicitud de la asistencia médica obligatoria o de cualquier otro impedimento a la realización de esa voluntad, y cosa bien distinta es la decisión de quienes, hallándose en el seno de una relación especial penitenciaria, arriesgan su vida con el fin de conseguir que la Administración deje de ejercer o ejerza de distinta forma potestades que le confiere el ordenamiento jurídico". De la dicción de la sentencia deduce el magistrado Rodríguez Piñero, partidario de otorgar el amparo a los huelguistas en su voto particular, «que esa negativa a recibir asistencia médica sería legítima si el huelguista persiguiese objetivos amparados por la Ley».

La sentencia expresa que "la alimentación forzosa o la asistencia sanitaria coactiva no limita la libertad personal de los recurrentes". El magistrado Leguina Villa, en su voto particular, establece la opinión contraria a esta tesis: «El art. 17.1 CE reconoce a todos el derecho a la libertad, entendida ésta, según reiterada doctrina de este Tribunal, como libertad física que protege a todos, no sólo, según dice la sentencia, frente a detenciones, condenas o internamientos arbitrarios, sino también frente a cualesquiera medidas de coerción o uso de la fuerza que, oponiéndose a lícitas decisiones personales que sólo conciernen a quien las toma, restrinjan o impidan injustificadamente aquella libertad de movimientos».

Aunque en España no son habituales sentencias judiciales que se refieran a la suspensión o continuación de un soporte vital en pacientes en estado crítico, sí lo son en Estados Unidos. Las sentencias de este país establecen habitualmente el derecho del paciente a rechazar un tratamiento, excepto en caso de conflicto con intereses de terceros. El ejemplo del testigo de Jehová

que se niega a recibir una transfusión sanguínea es muy claro para tomar postura ética en uno u otro sentido.

El Tribunal Constitucional, en la referida sentencia 120/1990, ratifica la polémica que estos casos desencadena: "la intervención médica forzosa, por los valores humanos que en ella se implican, constituyen un tema de excepcional importancia que irradia sus efectos a distintos sectores del ordenamiento jurídico, especialmente al constitucional y penal y trasciende del campo de lo jurídico para internarse en el mundo de la axiología, en el que afecta a creencias y sentimientos profundamente arraigados en la conciencia del ser humano, suscitando polémica doctrinal muy variada y a veces irreconciliable, en la que están en juego concepciones distintas del sentido de la vida humana".

Villanueva Cañadas⁶³ es de la opinión de que si el médico realiza la transfusión en contra de la voluntad del enfermo incumple el deber constitucional de defender el derecho a la privacidad del otro, a la vez que transgrede la ley penal doblemente, porque comete un delito de "coacciones" y otro "contra la libertad religiosa. El médico se ve enfrentado a dilemas que no puede resolver, no ya en el ámbito de su propia conciencia, sino en el jurídico. Si no pone sangre y el enfermo muere, puede ser inculpado por un delito de imprudencia con resultado de muerte, o por denegación de auxilio, u omisión del deber de socorro. El mismo autor se decanta primando el derecho de privacidad sobre los demás, y explica: «Me parece del todo desacertada la equiparación de la conducta del Testigo de Jehová con la del suicida y disparatado el pretender que el médico que se abstuviera de intervenir incurriría en un delito de cooperación al suicidio».

Esta forma de argumentar está en la línea de los comités de ética de los Estados Unidos, donde se prioriza extraordinariamente la autonomía del paciente, apoyada en numerosas sentencias judiciales, que han creado una extensa jurisprudencia. Recordar el caso de Karen Quinlan, que ha terminado siendo paradigmático, sobre la desconexión de la ventilación asistida en enfermos inconscientes en estado vegetativo persistente y, en general, sobre el uso de medidas extraordinarias. Desde 1914, los tribunales norteamericanos han afirmado repetidamente el

63. VILLANUEVA CAÑADAS, "El límite del deber de curar", en *Actualidad Médica*, tomo 80, n° 736 (1994), p. 504.

derecho de los adultos mentalmente competentes a determinar por sí mismos la clase de cuidados médicos que desean recibir o rechazar. Para asegurar este derecho, el Congreso de los Estados Unidos aprobó, en octubre de 1991, la Ley de Autodeterminación del Paciente. Esta ley obliga a los hospitales, residencias y otras entidades dedicadas al cuidado de los enfermos, a informar a los pacientes, en el momento de la admisión, de su derecho a aceptar o rechazar los cuidados médicos. Esta ley de autodeterminación viene a conferir en EE.UU. la supremacía al principio de respeto de la autonomía del paciente sobre los demás principios éticos de la práctica médica aunque algunas sentencias que se han separado de esta argumentación como es el caso de Elisabeth Bouvia 1986, paciente de veintiséis años de edad que paralizados todos sus miembros salvo la mano derecha y estando ingresada en un Hospital rechazó la alimentación. Elisabeth testificó ante el juez que no quería depender de nadie y quería terminar con esa situación. El juez falló que «la alimentación forzada, aunque invasiva, debía ser administrada con el propósito de salvar la vida de un paciente no terminal. No hay otra opción razonable». Esta sentencia fue justificada considerando que en este caso la ética establecida de la profesión médica está por encima del derecho de este paciente a su autodeterminación. Hacer lo contrario sería abrir las puertas al suicidio dentro de los hospitales.

A pesar de todo, en nuestro país, la incertidumbre permanece ya que el nuevo código penal describe con mayor amplitud la conducta que ya tenía en cuenta el lacónico art. 409 del antiguo. Sin embargo, el art. 143-4º del nuevo y vigente código penal precisamente castiga "Al que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar". En el plano práctico y realista, fuera de cualquier elucubración teórica, mi opinión personal es que dudo mucho que un tribunal de justicia no penalize a un médico que, encontrándose con los medios necesarios para salvar una vida, deje de actuar por la petición del

enfermo. La causación o cooperación activa con actos necesarios y directos a la muerte de otro, incluye conductas activas y omisivas (penalmente reprochables en el art. 1 C. P.)

12. Deontologismo frente al utilitarismo

Con la descripción de estos hechos, hemos querido mostrar cómo en la actualidad, a nuestro juicio, se está estructurando una ética cada vez más centrada en las convicciones subjetivas, o en las consecuencias de las acciones, que en el valor intrínseco del acto moral. Una ética que se aleja de cualquier principio de índole universal, que huye de los principios abstractos y especulativos. Esta situación traduce una progresiva relativización de los principios básicos de la ética natural: hacer el bien y evitar hacer el mal; de manera que, con frecuencia, todo se decide a partir de la valoración autónoma del sujeto y según las consecuencias socio-económicas de las opciones.

La doctrina más aceptada en estos momentos es la preconizada en lo que se ha venido en llamar *Principlismo de Beauchamp y Childress*. En ella se trata de compatibilizar el utilitarismo y el deontologismo, que, como ha quedado dicho, son "teorías" éticas distintas y difícilmente compatibles a la hora de "justificar" o "fundamentar" los mismos principios. Los deontologismos defienden sus principios de manera muy exigente y difícilmente admiten excepciones. Por el contrario, los utilitaristas entienden que las reglas obligan en la medida en que son útiles, y que, por lo tanto, las excepciones existen, dependiendo en cada caso, de las circunstancias particulares y, por supuesto, de la utilidad. Con frecuencia, la bondad de las acciones se concibe en relación con un resultado hedonístico: ausencia de dolor, presencia de placer y de felicidad.

La teoría deontológica, como hemos comentado anteriormente, se presenta con fundamentación kantiana, orienta su prioridad hacia la salvaguarda del deber, defiende el derecho a la privacidad e incentiva claramente la autonomía de las personas. No obstante, la nobleza de esta fundamentación, como veremos después, al desconectarse de alguna referencia objetiva concreta, puede resultar abstracta y, en algunos casos, difícil-

mente justificable por quedar en el vacío.

Para llegar al consenso en la aplicación práctica de sus principios, Beauchamp y Childress recurren a la distinción preconizada por David Ross, entre *prima facie duties* y *actual duties*. En situaciones normales, todos los principios son considerados obligatorios e iguales (*prima facie duties*); pero, en caso de conflicto, se pueden priorizar, de acuerdo con las circunstancias concretas de cada acto (*actual duties*). De esta forma, se acepta que las excepciones estén siempre relacionadas concretamente con los "actos", no con los "principios". Con este argumento, los autores creen haber establecido un método excepcional para resolver los problemas éticos al no perder la igualdad entre los principios, pero al aceptar excepciones en los actos. Diego Gracia⁶⁴, acertadamente, critica esta forma de decidir cuando escribe: "hemos de conceder que la ética que nos proponen es utilitarista, y que el deontologismo es sólo un adorno decorativo".

La ética actual se aleja cada vez con mayor frecuencia del enfrentamiento entre el modelo de las convicciones (ética de los principios) y el utilitarismo (ética de la responsabilidad) porque, realmente, el dilema no es elegir entre convicciones o responsabilidad: es saber con certeza si nuestras decisiones y sus consecuencias son correctas. Carece de sentido-dice Rawls-distinguir las éticas teleológicas de las deontológicas pretendiendo que las primeras atienden a las consecuencias de las acciones y las segundas no, porque ninguna ética racional puede hoy ignorar las consecuencias. Lo que ocurre es mas bien que unas y otras tienen un distinto modo de articular dos conceptos claves de la moral: lo bueno y lo correcto⁶⁵.

Nuestro trabajo diario como educadores de la salud nos obliga a recomendar o desaconsejar determinadas consignas a nuestros pacientes, con el objetivo de mejorar su salud. El médico especialista en Medicina Preventiva, como es nuestro caso, dedica un gran esfuerzo a enseñar a la población para ayudarle a cambiar sus estilos de vida generadores de riesgos por otros que promuevan su salud. Por tanto, nuestra ética de las convicciones es tremendamente consecuencialista, ya que todas nuestras recomendaciones están orientadas al beneficio del pa-

64. D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, p. 35.

65. J. RAWLS, *Teoría de la justicia*, FCE, Madrid, 1978, par. 5.

ciente con idea de mejorar su salud. Así, Spaemann⁶⁶ escribe: «la ética de la convicción se entiende a sí misma como ética radical de la responsabilidad».

Por ello, ambas orientaciones éticas, analizadas objetivamente, son parciales e incompletas, y ni una ni otra llevan toda la razón. Hegel lo expresa rigurosamente cuando dice: «Estos dos principios, el que establece que hay que desdeñar las consecuencias de las acciones y el que sostiene que hay que juzgarlas por sus consecuencias, elevados a la condición de norma de lo justo y lo bueno, han sido engendrados por un entendimiento abstracto». José Luis del Barco certeramente escribe: «Las convicciones arraigadas son muy importantes, pero quien se enquina en ellas se hace sordo a las opiniones ajenas. No duda en manipular la conciencia, que deja de ser consejera falible y se convierte en oráculo clarividente, con tal de no escuchar ni recibir consejo»⁶⁷.

Recientemente, en los Estados Unidos y en Europa, como influencia de los trabajos de Pellegrino y Thomasma⁶⁸, se plantea una nueva alternativa a este conflicto entre ambas orientaciones éticas, a través de la idea que defiende una bioética basada en la virtud personal, alejada en ocasiones de un sistema normativo concreto. 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 éste como compromiso interpersonal»⁶⁹. Su interés se centra en los hábitos y actitudes de los proveedores de la salud, por encima de las características singulares de los propios actos que ejecuten. A MacIntyre⁷⁰ reprocha haber invertido el orden lógicamente correcto entre dos términos -virtud y

66. R. SPAEMANN, *Ética: Cuestiones fundamentales*, Eunsa, 1993, p. 78.

67. J. L. DEL BARCO, "Modelos actuales en Bioética", en *Seminario de actualización en Bioética clínica*, Antequera-Málaga (Noviembre-1995). No publicado.

68. E. SGRECCIA, "Cuestiones emergentes en el campo de la bioética", Ponencia presentada en el *II Incontro degli istituti superiori di studi su matrimonio e famiglia e dei centri di bioetica*, Roma, (5-7 de octubre, 1995), en prensa.

69. Varios Autores, "Ética médica e investigación clínica", en *Revista Medicina y Persona*, vol. XXXIII, n° 2 (abril-junio/1989), pp. 113-117, Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Pamplona.

70. A. MACINTYRE, *Tras la virtud*, Crítica, Barcelona, 1987, cap. 9.

deber-, porque, a su juicio, la virtud debe ostentar la primacía frente al deber, como ocurría en la ética griega, y el mundo ilustrado hizo de la disposición a cumplir el deber la clave de las virtudes y el criterio para distinguir las virtudes de los vicios. Me parece excelente la tesis de Leonardo Polo⁷¹ al defender un concepto muy acertado de ética integral: «La ética completa es la ética de virtudes, de normas y de bienes en reforzamiento mutuo. No tiene sentido hablar de virtudes sin normas, porque enfrentadas a las normas, las virtudes se crispan al modo estoico. Tampoco se aspira a bienes más altos que los materiales si no se poseen virtudes. A su vez, separadas de los bienes, las normas son inhumanas. Por consiguiente, o se acepta la integridad de la ética, o tan sólo se dispone de éticas reduccionistas, parciales e inestables».

13. *Antropología al servicio de la Bioética: El Humanismo Metafísico*

No hay duda de que la solución de estos conflictos entre principios exige una reflexión rigurosa, basada en un sistema de referencia moral que respete algún principio universal capaz de superar el simple consenso entre expertos. La solución definitiva de este debate pasa, a nuestro juicio, por la necesidad de fundamentar cualquier decisión en un modelo antropológico adecuado. Al principio de este escrito, proponíamos la necesidad de buscar una antropología como fundamento de la bioética, pero es obvio que, para poder fundamentar con validez una ética de la vida, dicha antropología ha de contener una verdad que debe ser coherente con el propio ser del hombre; de esta forma los actos son éticamente correctos cuando se articulan con el propio ser de hombre. Ciertamente, el utilitarismo, el kantismo y los demás estilos de pensamiento lógico, cuentan con una antropología más o menos implícita; pero, en estas teorías, la fundamentación de la eticidad del acto o de la norma no está enraizada en la humanidad del hombre. A pesar de su noble intención, no logran superar los inconvenientes que derivan de hacer

71. L. POLO, *Ética. Hacia una versión moderna de los temas clásicos*, Monografías AEDOS, Unión Editorial, Madrid, 1996.

radicar la dignidad del hombre no en su ser constitutivo y en su substancia, sino en su actividad auto-creadora.

Un libro reciente, escrito por A. MacIntyre⁷², defiende cómo el olvido de la filosofía de Tomás de Aquino ha sido determinante en el giro que tomó la filosofía moderna y, como consecuencia, la ética quedó abocada a numerosas aporías. De esta forma se entiende por qué la ética moderna lleva directamente al rigorismo y a la casuística, y además se pierde en intentos fracasados de fundamentar el deber. Para la modernidad, que intenta proceder por derivación lógica a partir de principios, lo primero es la ley, y ésta crea las obligaciones. La Tradición ahonda en la naturaleza humana, a fin de comprender, de forma cada vez más perfecta, cuál es el verdadero bien del hombre.

Cornelio Fabro⁷³ lo expresa certeramente cuando escribe: «el pensamiento moderno, en sus formas más coherentes, al rechazar la metafísica, ha destruido toda moral, ya que la moral exige la distinción absoluta entre el bien y el mal, entre lo verdadero y lo falso; pero esto, a su vez, exige una verdad y una bondad absoluta, que es el Ser Absoluto: Dios». Estamos convencidos que el pensamiento europeo no puede renunciar a la fundamentación antropológico-metafísica de la Bioética. La influencia americana, extraordinariamente pragmática, no debe eliminar la fundamentación tradicional. Nosotros proponemos explicar "el deber ser", es decir la ética, desde el conocimiento auténtico de la realidad del ser, eso obliga a superar la denominada "falacia naturalista" y, para ello, podemos recurrir a diversos pensadores contemporáneos que han reflexionado, con rigor, sobre la filosofía tradicional y los principios éticos intemporales. Merecen ser estudiados con un enorme interés, entre otros, Millán-Puelles, Spaemann, L. Polo, C. Cardona y Tomás Melendo.

Siguiendo la terminología certera de este último, acuñamos la denominación de "humanismo metafísico" para definir, en nuestra opinión, el modelo de fundamentación más riguroso y

72. A. MACINTYRE, *Tres versiones rivales de la ética. Genealogía y Tradición*, Rialp, Madrid, 1992. Comentado por Rafael Serrano en *Aceprensa*, servicio 45/93, de 31 de marzo.

73. C. FABRO, "Breve discorso sulla libertà (Annotaciones su Fichte)", en *Rivista di Filosofia Neoscolastica*, 70 (1978), pp. 267-280.

cabal para la Bioética. Carlos Cardona⁷⁴ ya lo expresaba taxativamente cuando escribía: «no hay más que un modo de fundamentar radicalmente el valor absoluto de la persona: recuperar la metafísica del acto de ser». Para hacerlo, es preciso recurrir a la esencia del hombre, con el propósito de recuperar su auténtico valor, y, sobre él, evaluar la calidad de las opciones éticas privadas o públicas. El hombre debe declararse digno por ser persona, y su categoría deriva de la grandeza del ser que la constituye. El fundamento de este modelo radica, por tanto, en valorar y respetar la categoría que adorna el ser persona como sujeto poseedor de un valor supremo que merece un respeto ilimitado. En esta misma línea de argumentación, Tomás Melendo⁷⁵ explica: «La dignidad de la persona humana no resultará definitivamente fundamentada hasta que se adopte la perspectiva metafísica estricta; ya que buena parte de los atentados prácticos que hoy la amenazan, así como las aporías teóricas en que se ve envuelta, proceden del intento de afirmar esa dignidad, mientras se rechazan frontalmente los cimientos ontológicos en los que de hecho se asienta».

Como era previsible, esta forma de analizar la valoración ética de los actos humanos se ha ido olvidando con la implantación progresiva de teorías relativistas y pragmáticas. Cuando se analiza detenidamente a lo largo del tiempo la evolución del concepto de persona, podemos observar que cuanto mayor ha sido el interés por valorar y mejorar los aspectos sociales, económicos, jurídicos y sanitarios de la comunidad, simultáneamente ha ido disminuyendo el interés acerca de su dimensión ontológica. Esta falta de atención a la auténtica fundamentación explica, en parte, las deficiencias actuales del valor que se le adjudica a la dignidad humana. Este modelo de humanismo metafísico es una variedad de lo que genéricamente se conocen como modelos "personalistas", en contraposición a los conocidos como "utilitaristas". Dentro de la denominación genérica de "personalismo" se pueden diferenciar dos opciones muy diferentes: la corriente de pensamiento que fundamenta sus argumentos en el ser (fundamentación metafísica) y otra que lo hace solamente en

74. C. CARDONA, "Filosofía y cristianismo (En el Centenario de Heidegger)", en *Espíritu*, 39 (1990), pp. 17-18.

75. T. MELENDO, *Conciencia y Profesión en una sociedad pluralista: En la raíz de la deontología médica*, Cátedra García Morente, p. 167.

relación con alguna de sus consecuencias (Inmanencia).

Aparentemente, las diferencias pueden resultar extraordinariamente sutiles, ya que todas coinciden en resaltar la categoría de la persona y, en conjunto, pueden constituir un modelo básico ("personalismo") al coincidir en asignar a la persona una categoría singular. Pero las diferencias no son tan sutiles como puedan parecer, sino bien al contrario. La opción por una u otra alternativa termina por cambiar la valoración ética de los acontecimientos.

La mayoría de los movimientos personalistas tienden a huir de la fundamentación metafísica. Denuncia E. Berti⁷⁶ cómo todos estos pensadores "tiendan a concebir a la persona como actividad, negándole el carácter de substancia" que les corresponde. Por tanto, no es correcto hacer una sola clasificación de personalismos, ya que tienen una fundamentación diferente y valoran los juicios éticos con resultados muy distintos. A su vez, y dentro del grupo de personalismos no metafísicos, existen variedades de pensamiento extraordinariamente diferentes, que oscilan entre polos muy opuestos en relación con la asignación que hacen del valor de la persona. Es el caso de Nietzsche o Heidegger, que llegan a reducir a la persona humana a sus dimensiones técnicas, y, consecuentemente, anulan su categoría en cuanto tal; hasta filósofos que han defendido claras posturas en favor del valor de la persona, como Max Scheler y Jaspers en Alemania; Maritain y Mounier en Francia; y, actualmente, Romano Guardini y Martin Buber en Alemania.

Entender las diferencias conceptuales sobre la dignidad humana según la escuela kantiana, precursora del relativismo ético de nuestro tiempo (inmanencia), frente a la concepción metafísica de la excelencia del ser -modelo humanista-, es algo que resulta extraordinariamente importante para alinearse en unas coordenadas antropológicas concretas de la Bioética. Es analizar la simple opción por el yo frente a la metafísica de la persona. Es asentar la máxima cualidad del "ser persona" en su autonomía frente a declarar que la realeza humana tiene su justificación, además de lo anterior, en revelar una excelencia que radica en ser un absoluto⁷⁷. En esta misma línea de argumen-

76. E. BERTI, "Il concetto di persona nella storia del pensiero filosofico", en AA.VV., *Persona e personalismo*, Lanza Padova, p. 64.

77. T. MELENDO, "Metafísica de la dignidad de la persona", en *Anuario Filosó-*

tación, Robert Spaemann⁷⁸ sostiene que la dignidad constituye siempre «la expresión de un descansar-en-sí-mismo, de una independencia interior».

El hombre, analizado en la dimensión cartesiana o kantiana (inmanente), se puede convertir progresivamente y de forma indolora en un elemento más del mundo y llegar a ser despojado de su categoría excepcional, y relativizado en su valoración según convenga a los intereses de la ciencia. El pragmatismo de nuestra cultura puede llegar a transformar la ética en una novedosa filosofía utilitarista. Recientemente, Hugo Tristram Engelhardt, ha publicado un libro denominado *The Foundations of Bioethics*⁷⁹. En él se pretende establecer unos principios aceptables por todos, consensualismo, en cuya base se sitúe un conocimiento «científico», o “progresista”, del hombre. Este autor denomina persona sólo a quien goza de autoconciencia y, gracias a ella, desempeña un papel en el conjunto de la sociedad. El que carece de autoconciencia y de función social, como los no-nacidos, los neonatos, los dementes, los comatosos..., han de ser considerados como simples cosas; por lo que sólo se les atenderá sanitariamente si alguien, por razones científicas razonables, así lo pidiera. Como es lógico, el aborto, el infanticidio, la eutanasia y similares han de ser aceptados universalmente y protegidos por la ley.

La antropología del humanismo metafísico exige entender la dignidad como un atributo universal, independiente de cualquier situación en la que el debate se presente: “Para mí —escribe Gonzalo Herranz⁸⁰— no hay demostración más elocuente de la inevitable futilidad de las antropologías inmanentistas de la dignidad que observar cómo las más elaboradas creaciones del pensamiento secularista se volatilizan cuando son sometidas a la

fico, 27 (1994), pp. 15-34. Melendo describe magistralmente las tres etapas por las que se puede argumentar que la dignidad de la persona equivale a la “bondad superior que corresponde al absoluto”. Todo hombre goza de una suprema excelencia, porque, considerado en sí mismo, constituye un cierto absoluto que obliga a adoptar la actitud de supremo respeto. El hombre es, pues, un “cierto absoluto”. Algo es absoluto cuando de un modo u otro “reposa en sí mismo” y se muestra autárquico, exento. Y todo ello, es índice y raíz de dignidad.

78. R. SPAEMANN, *Lo natural y lo racional*, Rialp, Madrid, 1989, p. 98.

79. H. TRISTRAM ENGELHARDT, *Los fundamentos de la Bioética*, Oxford University Press, Nueva York, trad. española en Paidós, Barcelona, 1995. Cfr. la oportuna reseña de *Aceprensa*, servicio 25/96.

80. G. HERRANZ, *Problemas contemporáneos en Bioética*, Ed. Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, 1990.

prueba de fuego de determinar si todos los seres humanos tienen dignidad: todas terminan por reconocer que hay vidas humanas deficientes en calidad, o incapaces de provocar en los otros una respuesta de acogida o captación, que han de ser relegadas a un estrato de subhumanidad, de indignidad; el pensamiento inmanentista termina siendo intolerante para la vida de calidad empobrecida».

La palabra dignidad significa excelencia, preeminencia. Antonio Orozco⁸¹ la describe así: “digno es aquello por lo que algo destaca entre otros seres, en razón del valor que le es propio. De ahí que hablar de la dignidad de la persona es una redundancia intencionada, para resaltar la especial importancia de un cierto tipo de seres”.

El modelo humanista-metafísico, que aquí defendemos, es la síntesis válida de deontologismo y consecuencialismo. Son dos momentos de un mismo razonamiento: se tienen unos principios para conseguir unos fines bien identificados; pero, en modo alguno, existe contradicción: su aceptación representa una auténtica alternativa que permite resolver la contraposición del modelo utilitarista y el deontológico. El primero violenta con frecuencia la categoría de la persona al analizar preferentemente las consecuencias de los actos; sin tener en cuenta que, cuando nos referimos a las personas, las cantidades pierden todo su valor. Y una sola persona, cualquier persona, desde la concepción hasta la muerte, tiene un atributo singular, el de su dignidad, que la hace merecedora de un respeto reverencial. Con tales criterios, el reino de la cantidad queda superado por el de la cualidad.

El utilitarismo también es criticado acertadamente por Rawls⁸² desde el imperativo categórico kantiano. Lo etiqueta como injusto al aceptar la pérdida de libertad por un bien mayor general que induce a valorar las consecuencias de las decisiones por encima de las motivaciones que las animan. Para la ética de las convicciones o deontologista, como ha quedado dicho, las libertades individuales están por encima de todo, y prima preferentemente a la autonomía del sujeto. A veces, la defensa a ultranza del derecho de privacidad puede terminar en

81. A. OROZCO, *Qué es la persona y cuál su dignidad. Fundamentos antropológicos de ética racional*, Salamanca, 1991, pp. 2-3, en prensa.

82. RAWLS, *Outline of a decision procedure of Ethics*, 1951.

situaciones muy delicadas al analizarla desde una perspectiva ética. El mismo Kant, cuando escribe sobre la dignidad humana, resalta que el hombre no puede ser tratado por ningún hombre, ni por otro, ni siquiera por sí mismo, como un simple instrumento, sino siempre como un fin. De esta manera da a entender la existencia de una responsabilidad personal que debe tenerse en cuenta.

a) Dignidad y Libertad humana

Para el humanismo metafísico y para el deontologismo, la dignidad humana radica en la libertad. Por tanto, entender las diferencias en este concepto es fundamental para comprender en la práctica los modelos de bioética que sustentan.

Para Kant la dignidad queda definida así en el Capítulo III de su *Metafísica de las Costumbres*: "la dignidad personal reside en la autonomía de la voluntad y de la libertad". El deber, según Kant, es «la necesidad de una acción por respeto a la ley»; es decir, el sometimiento a una ley, no por la utilidad o satisfacción que su cumplimiento pueda aportar, sino por respeto a la misma⁸³. La moralidad de los actos está vinculada al deber, aunque no especifica lo que hay que hacer. Es una ética autónoma, en la que el sujeto se da a sí mismo la ley, y él mismo se determina el modo de obrar. Por el contrario, para los filósofos clásicos, sustentadores del humanismo metafísico, la libertad es heterónoma; es decir, recibe la ley desde fuera de la propia razón. Kant entiende que la libertad queda referida a la autonomía de una voluntad erigida en principio, sin principio de sí misma⁸⁴.

Para la filosofía tradicional, la libertad es aquella cualidad humana basada en la capacidad de autoconducirse hacia la plenitud. Por tanto, la libertad no es sólo autonomía, es algo que debe y puede educarse. El verdadero sentido de la libertad es reconocerla como la clave del destino personal del individuo y de las naciones, en la medida en que se establece como un atributo humano que mueve a la voluntad para formar a las personas en llegar a ser aquello que quieren ser. Entre los contemporáneos, Millán-Puelles⁸⁵ ha resumido, de forma excelente, la

83. A. RODRÍGUEZ LUÑO, *Enmanuel Kant: Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, EMESA, Madrid, 1977, p. 173 ss.

84. J. R. AYLLÓN VEGA, *En torno al hombre*, p. 67.

idea de libertad al decir: «la libertad no es sólo un "desde sí", sino sobre todo un "para sí" Y, lo mismo que la libertad, su sujeto. En efecto, al otorgarle el imperio sobre los fines, y al relacionarlo directamente con el Fin último y terminal, la libertad transforma al propio hombre en un fin, en un "para sí", el cual nunca puede ser utilizado como simple medio para otros objetivos. Y, desde este punto de vista, lo convierte en un absoluto; digno y, como quería Kant, no instrumentalizable».

La voluntad, mediante la libertad, mueve, ordena o desordena -y, en consecuencia, puede exaltar o deprimir- todas las energías y facultades del hombre; no sólo los sentidos y las pasiones, sino también la inteligencia y las facultades superiores⁸⁶. La libertad se desarrolla con la voluntad (autoconducirse) y con el cultivo de la inteligencia en la búsqueda de la verdad para alcanzar la plenitud (formación de la conciencia). Su fundamento reside en la existencia de unas referencias objetivas que se oponen al subjetivismo de la ética kantiana.

Aceptar que a través de la libertad el hombre es capaz de dirigirse por sí mismo hacia la perfección, obliga a admitir, con todas sus consecuencias, que la libertad hay que instruirla, formarla, aquilatarla, de manera que se convierta en un proyecto de vida. Su punto de referencia es la conciencia, que debe ser rectamente formada con la inteligencia. La conciencia no puede ser subjetivismo puro: necesita referencias objetivas, por eso, la Bioética es formación en la búsqueda de la verdad auténtica y obliga a todos.

Acceptada la idea de apoyar la dignidad del hombre en la libertad, es evidente que, del mismo modo que hablábamos de lo equívoco del término dignidad, también se puedan constatar importantes diferencias en relación con el de libertad. El modelo de bioética que hemos denominado humanista, reconoce que la libertad humana no queda suficientemente caracterizada simplemente por la posibilidad de optar entre las distintas opciones de una alternativa (autonomía). «Mucho más que esa facultad, como fundamento y término, se encuentra la prerrogativa admirable del hombre para dirigirse a través de semejantes elecciones hacia su propia plenitud y perfección. Por paradójico que

85. A. MILLÁN-PUELLES, *Sobre el hombre y la sociedad*, Rialp, Madrid, 1976.

86. C. FABRO, "Breve discorso sull'libertá (Annotaciones su Fichte)", en *Rivista di Filosofia Neoscolastica*, 70 (1978), pp. 267-280.

parezca, el ser humano es libre, no en virtud de una apatía -indiferencia respecto al bien o el mal-, sino, muy al contrario, a causa de su finalización radical hacia el bien en cuanto tal»⁸⁷.

El animal, a la inversa, se muestra impotente para conocer la razón de bien en sí: sólo el animal carece de toda capacidad de elección, y se dirige, de manera automática, ante la presencia del único bien al que taxativamente le ordena su dotación instintiva.

La categoría ontológica del ser humano nos permite aceptar que está dotado de unos atributos exclusivos diferenciadores del resto de los seres vivos: sólo el hombre puede dirigirse por sí mismo hacia su propia meta, hacia la perfección; el animal carece de estas posibilidades, por lo que su valor ontológico está a una distancia infinitamente infinita por debajo del humano (Pascal).

Estamos llegando a la clave del problema, ya que de los reduccionismos en el concepto de libertad derivan los correspondientes a la idea de persona. Conviene recordar lo que decíamos al comienzo de este escrito cuando proponíamos el viejo axioma ético: el deber ser sigue al ser. Entender a la persona bajo estas dos perspectivas kantiana o humanista, es elegir, dentro de los modelos personalistas fundamentaciones muy diferentes que llevan a juicios éticos muy distintos.

No hay duda de que el progresivo alejamiento de la tesis del humanismo metafísico encumbra a la libertad humana en una máxima categoría, la cual llega a ser fundamento de sí misma, y se transforma, para muchos, en auténtico, único y exclusivo "absoluto", de modo que se confunde lo que es un medio con un fin en sí mismo. Sin embargo, la Bioética debe tener unas referencias para contrastar la bondad de unas conductas. Para ello, hace falta admitir las limitaciones del subjetivismo y del relativismo imperante en nuestra cultura contemporánea, el cual

87. T. MELENDO, y L. MILLÁN-PUELLES, *Dignidad: ¿una palabra vacía?*, Eunsa, 1996, pp. 56-61. El libro dedica el capítulo III a estudiar la relación entre libertad y dignidad humana. Los autores defienden la tesis fundamentada en el hecho de que el hombre puede conocer y querer lo bueno en sí y, en ese sentido, también lo que resulta bueno para otros y, en fin de cuentas, todos los bienes. No se encuentra intrínsecamente determinado por ningún bien finito, particular ni concreto, sino que le es permitido elegir entre los muchos que solicitan su voluntad. Es dueño y responsable de sus actos. Además la persona es única e irrepetible, inconfundible dentro del resto de los seres vivos, por eso es un "cierto absoluto".

apuesta descaradamente por la seguridad de que el mero hecho de escoger una acción en libertad la convierte en correcta desde el punto de vista ético. "Tenemos libertad para decidir o escoger lo que vamos a hacer. Pero no somos libres para hacer que cualquier cosa que elijamos sea buena", afirma Germain Grisez⁸⁸.

b) Realismo o utopía

Sin embargo, el pensamiento moderno critica estas ideas como utópicas⁸⁹ y vinculadas exclusivamente con una moral religiosa, que solo incumbe, de manera particular, al creyente, pero que no afecta al resto de las personas. No hay duda de que, para poder desarrollar unos buenos argumentos éticos, con coherencia, éstos deben estar incluidos dentro de un proyecto biográfico determinado, y ello induce y anima a la búsqueda de la verdad acerca de las cuestiones básicas de nuestra existencia. La respuesta más habitual a estos temas suele encontrarse en la religión. Como explica Germain Grisez⁹⁰, "la religión es la armonía con la fuente más que humana de significado y valor". Las personas que desean vivir una vida buena desde la perspectiva ética, tienden, de forma espontánea, a buscar la verdad acerca de la cuestión religiosa. No se trata sólo de analizar si alguna de la religiones coincide con nuestros puntos de vista o si nos parecen más o menos agradables, se trata de saber cuál ofrece mayor credibilidad para vivir en armonía y en paz con uno mismo y con los demás. Este compromiso exige estudio, análisis y, en definitiva formación. Sin embargo, resulta paradójico el desfase de inversión formativa que se produce cuando se compara el tiempo que se dedica a la instrucción profesional y el que se invierte en formación humanística, y, dentro de ella, al estudio de la respuesta religiosa. Es lógico que si uno encuentra razones para creer y argumentos para la esperanza, hay que aceptarlos y comprometerse con ellos para dar coherencia a la vida de manera responsable. Por tanto, no es indiferente el pun-

88. G. GRISEZ y R. SHAW, *Ser Persona, Curso de Ética*, p. 70.

89. Cfr. A. MILLÁN-PUELLES, *Ética y Realismo*, pp. 28-29. Cuando habla el autor de una ética realista, quiere decir que es una ética practicable, que las normas que en ella se proponen son normas, no utópicas. El mismo autor argumenta la tesis con todo rigor en *Teoría del objeto puro*, Rialp, Madrid, 1990.

90. G. GRISEZ y R. SHAW, *op. cit.*, p. 75.

to de vista religioso que se adopte, ya que todo aquel que acepte un compromiso de manera seria e intente cumplir con él fielmente sufrirá una profunda influencia para el resto de su vida.

Las personas honestas que no suscriben una religión tradicional, miran en general ciertos rasgos del propio mundo como la fuente más-que-humana de significado y valor. Éste es el caso, por ejemplo, de los marxistas cuando se refieren a la dialéctica de la historia, o al liberalismo economicista de occidente respecto al inevitable dinamismo del progreso. Dichas visiones, a pesar de presentarse como agnósticas o incluso ateas, tienen algo de "religiosas", ya que todas tratan, en definitiva, de buscar objetivos éticos dirigidos a promocionar el bien. Por eso, en cualquier caso, requieren respeto y tolerancia; ya que, en el fondo, son distintas orientaciones; pero todas están dirigidas hacia un principio de ética natural, que trata de ser universal, al defender, por encima de todo, el respeto a las personas. Diego Gracia⁹¹ lo enuncia del siguiente modo: para que una acción pueda ser considerada moral o correcta, tiene que ser universalizable, de modo que no vaya contra el respeto debido a todas y cada una de las personas. El mismo autor insiste en que no es sólo procedimental, sino sustantivo; es decir, cargado de contenido ontológico o metafísico, aunque diferente al que aquí se describe.

c) Replanteamiento de los principios de la Bioética

La valoración de la dignidad personal con la categoría ontológica contenida en el modelo que se defiende, obliga a replantearse los principios de la Bioética con una perspectiva diferente.

Con esta categoría del ser persona, el trato que exige cualquier sujeto es el de ser respetado de manera ilimitada. Lo más apropiado en términos prácticos para caracterizar esa relación, es "querer su bien" (Beneficencia). Lo que Aristóteles⁹² definía en la Retórica como amor: "querer el bien para el otro en cuanto otro". Así entendido, con este sentido recio y desinteresado, el amor se aleja radicalmente de las ideas triviales y banales con las que nuestra cultura, con frecuencia, prostituye este término.

91. D. GRACIA, *op. cit.*, p. 132.

92. ARISTÓTELES, *Retórica*, 2,4,80b.

Sobre esta base, se puede argumentar un principio universal respaldado por la ética natural que tiene categoría de principio intemporal: toda persona, por su categoría ontológica, es merecedora de un amor y respeto reverencial independientemente de sus circunstancias particulares. Me refiero naturalmente al amor de benevolencia que se opone al utilitarismo y a cualquier tipo de instrumentalización. Como todos los principios de ética natural, con vocación universal, éste puede parecer abstractos y utópico pero en la práctica debe y puede ser aplicado a cada caso concreto y en todas las situaciones posibles. "La prudencia es la virtud de aplicar bien los principios morales universales a los casos concretos. El prudencialismo es la única moral de situación admisible⁹³. Esto no es un paternalismo trasnochado, es justamente adjudicar a las personas aquello que ellas merecen por su categoría humana.

Nuestra civilización ha entendido correctamente el mensaje kantiano de evitar la instrumentalización o manipulación; sin embargo, Kant no interpreta correctamente el respeto que toda persona merece. Según él, la persona en sí misma nunca debe ser tratada como un mero objeto de placer; pero en realidad la persona, por su dignidad, exige eso y mucho más: exige la afirmación como persona misma, cuya dimensión más adecuada es siempre el amor⁹⁴. Carlos Cardona⁹⁵ lo ha dicho de manera inequívoca: «El hombre terminativa y perfectamente hombre, es amor, y, si no es amor, no es hombre; es hombre frustrado, autorreducido a cosa». Con esta idea, el principio de Beneficencia, toma un sentido renovado, que marca la nobleza de nuestra profesión médica, al expresar, de la manera más cabal, la actitud de "philia" que debe presidir la relación medico-paciente. Así se entiende la forma excelente con la que Tomás Melendo⁹⁶ define a la persona «como principio y como término, como sujeto y objeto, de amor». Y Jaime Bofill⁹⁷ la define como «un ser capaz de amar y ser amado con amor de amistad».

93. A. MILLÁN-PUELLES, *Ética y realismo*, pp. 85-86.

94. JUAN PABLO II, *Cruzando el umbral de la esperanza*, 1995.

95. C. CARDONA, *Metafísica del bien y del mal*, Eunsa, Pamplona, 1987, p. 101.

96. T. MELENDO, *Fecundación "in vitro" y dignidad humana*, Casals, Barcelona, 1987, pp. 34 ss. Al estudio y amplio comentario de esta descripción remitimos al lector al libro del mismo autor *Ocho lecciones sobre el amor humano*, Rialp, Madrid, 1993.

97. J. BOFILL, "Autoridad, jerarquía, individuo", en *Obra Filosófica*, Ariel, Barcelona, 1967, p. 19.

La Autonomía debe ser sustituida por la Libertad en su concepto ontológico auténtico, que es aquel que supera la simple limitación de contemplarla como una posibilidad de elegir entre diferentes opciones. Hemos dicho, siguiendo la escuela aristotélica, que la esencia de la libertad, como exclusiva cualidad humana, está definida por la capacidad de autoconducirse hacia la plenitud como persona. Por eso, siendo el bien el objeto propio de la voluntad, no hay contradicción entre ser libre y no poder elegir el mal. Es posible usar esta libertad bien o mal, pero no es posible eludirla. Usarla bien (correctamente) significa escoger de modo que progresivamente nos vayamos abriendo a una mayor realización de lo que significa ser personas. Usarla incorrectamente significa escoger un modo que impide el desarrollo y destruye finalmente la capacidad de crecimiento.

Por todo ello, se puede concluir que la plenitud, a la que tiende la libertad desde la capacidad de autoconducirse, está vinculada al amor. El amor es lo que auténticamente perfecciona, por lo que la libertad en definitiva se consagra como un medio para la perfección, es decir, como un instrumento para el amor; de forma que el acto supremo de la libertad humana es siempre el amor.

En relación con los Principios de No-Maleficencia y Justicia, la mayoría de los autores coinciden en adjudicar a su cumplimiento una máxima prioridad, ya que sus objetivos están orientados a preservar el bien común frente al bien particular. Es verdad que el efecto de la Autonomía y de la Beneficencia es singular y concreto; por tanto, es acertado razonar que en caso de conflicto hay que anteponer el bien común al propio bien particular. Pero esta forma de argumentar no debe minimizar el interés por el cumplimiento de los otros principios, hasta el punto de defender que unos son de carácter obligatorio (No-Maleficencia y Justicia), y otros -la Autonomía y la Beneficencia- lo son con carácter voluntario. La corriente ética más prevalente en la actualidad defiende dos etapas en el compromiso ético: una etapa ética que obliga, y otra etapa que perfecciona. Jürgen Habermas llama al primer nivel "de autonomía", y al segundo "de autorealización"; Toulmin califica al primero de "disciplinario", y al segundo de "no disciplinario". Sin embargo,

nosotros discrepamos, ya que entender la dignidad humana como hemos descrito, exige aceptar que la lucha por la perfección es obligatoria. Por tanto, no da igual estancarse en una ética de mínimos que luchar por la plenitud. Eso sería una afrenta y una quiebra a la categoría que toda persona está llamada a ser.

Esto obliga a enseñar a las persona a reflexionar sobre el porqué de la maldad o bondad de los actos y a comprender que la ética es objetiva y no arbitraria. Carlos Cardona⁹⁸ lo expresa de manera concisa: «Hay que hablar del bien y del mal, como bueno o malo en sí mismo». Tomás Melendo⁹⁹ completa esta idea al recomendar a los educadores que ayuden a entender el sentido actual y teleológico de los acontecimientos, y «que entiendan no ya lo que pasará después, al final, sino lo que le está pasando ya, cuando hace el bien o cuando hace el mal. El hombre bueno que hace el bien, se está haciendo más bueno cuando hace el bien: va adquiriendo hábitos, capacidades, virtualidad, se está convirtiendo en un hombre íntegro, en una auténtica "buena persona" en el buen sentido de la palabra que diría Machado».

Sin duda, estamos viviendo un tiempo de grandes contradicciones, en el que existe un gran confusionismo en todo lo que concierne a los temas inmateriales. Por eso, es difícil popularizar ideas sobre la dignidad humana y la libertad, cuando éstas se asientan en argumentos que obligan a las personas a salirse de la rutina de los automatismos de nuestros comportamientos y exigen igualmente reflexionar en una dimensión totalmente diferente a la habitual del ambiente "cientificista", para entrar en la realidades ontológicas del ser persona. No hay duda sobre la vinculación estrecha de nuestra profesión con el mundo de las humanidades. Aquellos médicos que olviden esta realidad están desorientando sus actos. Aunque se pueda ser médico sin ocuparse de estas cuestiones. Pero entonces sucede lo que decía Paul Dubois: «el médico se diferencia del veterinario sólo en una cosa: en la clientela».

Todas estas reflexiones son el resultado de un análisis personal sobre la dimensión ética de nuestra maravillosa profesión médica. Probablemente, en una sociedad tan plural como

98. C. CARDONA, *Ética del quehacer educativo*, Rialp, Madrid, 1990, p. 27.

99. T. MELENDO, *Amor, Fecundidad y Felicidad Conyugal*, Loma, México, 1996, p. 163.

la nuestra, puede haber alguien que no comparta las argumentaciones aquí esbozadas. A ellos, especialmente, les pido comprensión, y, sobre todo, tolerancia. Al resto, a los que comparten la base del contenido de este discurso, les ánimo a profundizar en el tema y a fortalecer esta antropología de la ética, y recordarles lo que escribe Levinas en la obra *Umanesimo dell'altro uomo*: "*Ser yo significa no poder sustraerme a la responsabilidad, como si todo el edificio de la creación descansara sobre mis hombros*". He dicho.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN

del

ILMO. SR. DON RAMÓN GÁLVEZ VARGAS



MÁLAGA
1996

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina
Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades
Ilustrísimos Señores Académicos
Señoras y Señores:

He sido nominado por la Junta de Gobierno de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Granada para contestar al Discurso de ingreso del Ilustrísimo Sr. D. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas.

El honor que se me hace al encomendarme tan grata misión es causa de múltiples satisfacciones. Por una parte, he sido designado cuando hay compañeros con mayor antigüedad, capacitación y conocimiento para contestar al tema elegido. En segundo lugar, mi agradecimiento y gozo aumentan cuando creo que la única razón que existe para la elección es haber tenido en cuenta la vieja amistad y el fraternal cariño que me une al nuevo Académico. Pero el motivo de principal satisfacción es la ocasión que se me da de intentar glosar, probablemente sin conseguirlo, las grandes virtudes del Profesor Fernández-Crehuet: sus condiciones humanas, inteligencia, gran capacidad de trabajo, dominio de la docencia, la ciencia y la investigación. La oportunidad que se me brinda al hablar de Joaquín como hombre, amigo, profesor, investigador y futuro Académico sería por sí sola causa suficiente para estar altamente agradecido a esta Real Corporación.

Nace Joaquín como cuarto-quinto hijo de una familia de raíces Jienenses y Cordobesas. Aunque todos pensemos que el ape-

Ilido Fernández-Crehuet es y siempre ha sido de Granada, D. Rafael tuvo su origen en tierras de Linares y D^a Amparo en Priego de Córdoba. Y nace en un lugar del más puro granadino, la Carrera de la Virgen. Al crecer la familia se traslada al Paseo del Salón, y más tarde a Pedro Antonio de Alarcón, en la zona próxima al no menos granadino barrio Fígaros. Fue allí donde, en el seno de una familia cristiana, sanitaria, y sobre todo feliz, se desarrolla la infancia y adolescencia de nuestro compañero. Estoy convencido de que las circunstancias ambientales y familiares no sólo fueron definiendo el carácter y personalidad de Joaquín, sino que también tuvieron una influencia decisiva en su futuro profesional. Si contemplamos con un perfil retrospectivo las probabilidades iniciales que tenía de convertirse en especialista en salud pública y profesor, resulta evidente que éstas eran máximas. D. Rafael era un magnífico médico, el pediatra patriarcal y humano de varias generaciones de granadinos; uno de los mejores sanitarios de esta ciudad y un buen profesor. D^a Amparo, la mejor colaboradora de D. Rafael, y a la muerte de él, devota cuidadora y directora del clan, continuó su contribución a la formación humana, y me atrevería a decir que hasta a la profesional, de sus hijos. El gran amor de sus padres por sus conciudadanos se manifiesta claramente en el hecho de que 6 de sus 12 hijos son sanitarios, es más, 3 de ellos son Profesores de Salud Pública. No se les transmitió sólo el deseo de ayudar a la comunidad, sino la necesidad de enseñar a los demás a hacerlo. Joaquín ciertamente fuiste un niño feliz, no podía ser de otra manera dada la envidiable y magnífica familia en la que creciste.

En este núcleo Joaquín crece siendo enseñado por sus padres y hermanos mayores y enseñando a los más pequeños, intercambiando humanidad y conocimientos, y disfrutando afectos y cariños comunes. Estudia el Bachillerato en los Escolapios y empieza la licenciatura en la Facultad de Medicina, donde va conociendo y compartiendo maestros inolvidables con los que le precedimos. Se licencia con un brillantísimo expediente en 1972, momento en que inicia su andadura profesional. El Joaquín que yo conozco y por el que no me hace falta preguntar.

Mi relación con el Profesor Fernández-Crehuet viene de tan lejos que tengo la sensación de que ha existido siempre. Aunque

sólo, y son muchos, sean 25 años, debemos haber cumplido o estar a punto de hacerlo nuestras bodas de plata. Andaba él en sus primeros cursos de Bachillerato cuando terminaba yo la Licenciatura. Entonces conocí a su padre, D. Rafael, del que aprendí los fundamentos de la puericultura, y quién despertó en mí la que ya sería mi continua y permanente afición y obsesión, la práctica de la Salud Pública. No es de extrañar pues, que teniendo un iniciador y maestro común coincidamos en afanes y compartamos intereses científicos, tanto empíricos como prácticos. Nuestros amigos y maestros fueron coincidiendo reiteradamente. Al final de su licenciatura aprende sus primeras lecciones de sanidad de campo, en Almería y Granada, con Tomás Sánchez Mariscal. Se incorpora al inicio al equipo del Profesor Piédrola Angulo, recién llegado este a Granada, siendo más antiguo en el grupo que yo mismo, y a través de él recibe, de forma indirecta, aunque luego lo haría también directamente, enseñanza de las mismas fuentes que yo había compartido años antes, de nuestro maestro, D. Gonzalo Piédrola Gil. Creo que conocí a Joaquín en un curso de la Escuela Nacional de Sanidad, en 1972. Ya existían lazos de afecto y relación previos, conocía a su hermano Rafael y a su padre. Desde finales del año 1973 tengo una ininterrumpida relación con él, tanto profesional como personal, que siempre ha sido grata, enriquecedora y fructífera, y que dura hasta el momento actual. Hemos trabajado juntos en Sanidad, en la Cátedra y en el Hospital. Hasta que se marchó de Granada nuestra relación en cualquiera de los campos fue intensa y continua, no puedo concebir mi actividad profesional durante aquellos años sin tener al lado a Joaquín, consultándole sobre cualquier asunto que por su gravedad o complejidad requiriese de consenso o intercambio de conocimientos.

Durante este tiempo, además de trabajo hemos vivido juntos momentos de máxima felicidad y tristeza. El júbilo de sus éxitos profesionales, la intensidad de la espera de una votación, con toda la familia reunida en el vestíbulo de la Facultad de Medicina de Madrid, y la posterior alegría familiar, con la que me identifiqué plenamente, al hacerse público el resultado que después de la brillante oposición todos esperábamos. Aquellos momentos dramáticos, de tensión, no pueden ser descritos, mucho menos plasmados en una cuartilla; en aquel entonces conocí en

toda su dimensión el carácter de piña, cuerpo único, que formaba el clan familiar de los Fernández-Crehuet. Hubo momentos tristes que superar, en el dolor, que no en el recuerdo, como la muerte de D. Rafael y la de Tomás, y los muy felices de sus avatares familiares. En ocasiones, cuando hablo de Joaquín me confundo e inconscientemente paso a hacerlo de mí; la simpatía, el verdadero cariño con el que yo me he sentido tratado por él y su familia, y al que correspondo en la misma intensidad, aunque no siempre sea capaz de exteriorizarlo de forma adecuada.

Los sentimientos y afectos que he compartido con el nuevo Académico solamente pueden comprenderse desde el más alto y noble sentido que en máximo grado adquiere la relación amistosa, en ocasiones por encima de los lazos familiares. Puedo decir, sin temor a equivocarme, que Joaquín es y ha sido uno de los más queridos miembros de mi familia.

Hablar de los méritos del Profesor Fernández-Crehuet obliga necesariamente a dos principios contrapuestos: diversificar y sintetizar. Para dar una perspectiva real de su trayectoria es preciso clasificarlos en sus distintas actividades: asistenciales, docentes e investigadoras. Sólo así se podrá lograr poner cierto orden en tan abundante curriculum, pero al mismo tiempo es condición ineludible el ser muy selectivo, para no hacer un prolijo catálogo de actividades, todas ellas dignas de mención.

La actividad profesional del nuevo Académico en su ya dilatada carrera, el próximo año hará 25 desde su comienzo, ha estado dedicada siempre al cuidado de la salud, a la salud pública y a la medicina preventiva, en cualquiera de sus múltiples vertientes. Posee una sólida formación en esta disciplina, fundada sobre el estudio diario y completada con estancias y cursos en distintos centros extranjeros: Marsella, Rouen, París, y en los más prestigiosos centros y servicios nacionales; es diplomado en sanidad y oficial sanitario, revalida sus conocimientos tras dura preparación y obtención de todos los títulos de la especialidad, y de las entonces difíciles y prestigiosas oposiciones de Sanidad Nacional. Pero cuando certifica realmente su formación es en el día a día, con la praxis de un buen hacer sanitario. Iniciado en el campo de la epidemiología continúa como bacteriólogo, pasa por la Jefatura de inspección sanitaria, actúa como preventivista en el Hospital Clínico de San Cecilio y es Jefe de Promoción y

Programación de Salud de la Provincia de Granada hasta su excedencia voluntaria. Jefe de Servicio del Hospital Clínico de Málaga y por convenio asesor jefe de Medicina Preventiva de distintos hospitales. Como pueden apreciar ha pasado por todas las escalas de la profesión sanitaria, no nos cabe duda de su gran capacidad de gestión, hemos sido testigo directo de los frutos de su trabajo durante muchos años. Y su indiscutible calidad como gestor ni se ha agotado ni ha llegado a su techo, sino que continúa vertiéndola espléndidamente con su pertenencia o presidencia de las distintas comisiones de control de calidad de los centros en que trabaja.

El segundo capítulo en el que destacan sus actividades profesionales es el docente. Tiene Joaquín ese don especial que sólo es otorgado a muy pocos elegidos. Es capaz de hablar del tema más complejo con claridad meridiana. Todavía recuerdo, cuando le oí por primera vez una clase a un grupo de alumnos, el comentario que hice a Gonzalo Piédrola: ¡Este se entrenaba de chava! Pero con ser un docente fácil no deja de ser serio y meticulado. ¡Quién no conoce sus carpetas!, en las que tiene actualizadas todas y cada una de sus lecciones. Como profesor ha impartido cursos sanitarios de todo tipo y nivel. En Medicina, Enfermería, Farmacia, Biológicas, Ciencias de la Educación, Colegios Mayores, Colegios Profesionales, Cursos de Postgrado, Actualización Profesional, Programas de Doctorado, etc. Ha desempeñado todos los puestos que en su época existían en la carrera docente: ayudante de clases prácticas, encargado de curso, adjunto interino, adjunto numerario por oposición nacional, Catedrático por oposición, el más joven con diferencia en su momento, Catedrático por concurso de méritos. Todos y cada uno de los puestos posibles del escalafón. Y en todos ellos, como los verdaderos maestros, creando escuela y haciéndose querer por sus alumnos y discípulos hasta constituir el importante grupo de trabajo que dirige en el momento actual.

Como investigador el Profesor Fernández-Crehuet empieza su formación siendo todavía alumno de la Facultad de Medicina, dirigido por D. Eduardo Suárez Peregrín, para seguidamente continuarla con el Profesor Piédrola Angulo en el trabajo de su Tesis Doctoral. Su actividad investigadora ha sido incesante, intensa y fructífera hasta el momento actual, y queda plasmada

en sus más de 25 tesinas de licenciatura dirigidas, así como igual número de tesis doctorales. Fruto de esta gran labor son los más de 75 trabajos que ha publicado en revistas nacionales e internacionales de alto impacto científico, los más de 30 capítulos de libros que ha escrito hasta la fecha, y su participación en un gran número de ponencias, comunicaciones y conferencias en reuniones científicas.

No necesita el nuevo Académico avales o certificaciones de su buen hacer profesional o científico, pero yo podría firmarlos sin necesidad de consultar ningún listado ni bibliografía. Conozco la actividad sanitaria de Joaquín porque la he vivido en buena parte, y he conocido el resto de primera mano.

Hemos comentado el ambiente juvenil en el que Joaquín cristaliza su personalidad, encuentra su vocación e inicia su carrera profesional, el sólido entorno en el que crece. Su nueva familia, formada por él, con el riesgo del acierto o el fracaso, le proporciona un presente no menos dichoso, en el que continúa forjando sus éxitos y logros día a día.

Se dice que cuando un hombre triunfa lo hace porque tiene a su lado una mujer que se lo permite. Joaquín se enamora muy joven, y hace una perfecta elección. En Motril inicia su amor por María José, que posteriormente ha ido incrementándose ininterrumpidamente. No podemos concebir a Joaquín sin tener a María José al lado, él ha realizado la labor exitosa, triunfadora, ha recogido los merecidos éxitos, pero ella ha puesto la parte difícil del trabajo paciente, callado, estimulador, admiración hacia él y sana ambición familiar; ha dedicado su vida a eliminarle obstáculos y facilitarle el camino, para que alcance con menor dificultad la meta. María José ha acompañado a Joaquín en primera fila en todos sus momentos difíciles: oposiciones, traslados, etc. Ella fue la primera mujer de nuestro grupo que se negó a aceptar que en los momentos difíciles, de aquellas reñidas oposiciones, solo los hombres debían estar presentes. Joaquín insistió en que a él, en esos momentos de máxima tensión, le resultaba imprescindible la presencia de ella. Y María José quiso ser soldado de primera línea, para aportar la tranquilidad y el afecto necesarios. Ha sido mujer enamorada y madre amantísima de los cinco mayores éxitos del Profesor, sus cinco hijos:

Maché, Joaquín, Carolina, Ana y Lourdes, trabajadora incansable que sacrifica su realización profesional al bienestar de sus hijos y su marido, para que éste se dedique en exclusiva a su carrera y a su actividades sociales y culturales, si bien en este último campo no le deja trabajar solo, sino que participa activamente con él.

Como colaborador y compañero que he sido de Joaquín tengo que darte las gracias por tu ayuda, siempre has conseguido que trabajar con vosotros haya sido fácil y agradable. Hemos encontrado en tí la amiga, colaboradora, madre de familia ideal, por ello nos congratulamos y felicitamos al nuevo Académico. Formas parte de una generación de mujeres sacrificadas al servicio de su familia y de los demás, tus triunfos se recogen a través del éxito de otros, pero yo creo que hoy por propios méritos ingresas con él en esta Real Corporación, pues gran parte de los logros incluidos en el curriculum se deben a tu inestimable ayuda. ¡Enhorabuena y bienvenida a esta casa!

El nuevo Académico ha pronunciado un Discurso de ingreso profundo, documentado y meditado sobre "HUMANISMO Y BIOÉTICA". Ha planteado con rigor científico las dos dimensiones obligadas de cualquier acto relacionado con la vida. La vertiente técnico-profesional, y de forma inseparable, el aspecto bioético, que se dan conjuntamente en todo acto médico. Problemas de bioética se pueden plantear en cualquier momento de una actuación sanitaria. Puede haberlos cuando el parlamento de un país se ocupa de legislar un determinado aspecto, al desarrollarse por los profesionales esta norma en la práctica diaria, al priorizar por el ejecutivo el gasto sanitario en un presupuesto, al resolver en la práctica médica por la dirección de un Centro o Área la planificación y ejecución de los distintos servicios, al admitir nuevos avances o técnicas, etc. Los problemas más frecuentes son los de confidencialidad, secreto médico, consentimiento del paciente, gestión de listas de espera, problemas asociados a la masificación de la asistencia, utilización adecuada de los medios, evaluación del paciente para su ingreso y asistencia en unidades de cuidados intensivos, criterios de aplicación de trasplantes, aparición de sucesos adversos en la asistencia, etc. La bioética afecta a la economía sanitaria y al enfoque técnico, no solo de cualquier política de gestión o aplicación a nivel de

macroindicadores, sino lo que es más importante, en el reparto de prioridades y recursos en la práctica médica diaria.

El Profesor Fernández-Crehuet nos ha demostrado, que tras una profunda revisión bibliográfica, muchas horas de trabajo y meditación sobre el tema, llega a madurar su propia concepción. Lo que le ha permitido no solo ofrecernos los distintos términos u opiniones de esta difícil disciplina, en la que confluyen la filosofía y el método analítico, sino trasladarnos el convencimiento de que conoce profundamente los distintos aspectos de la bioética, a la que aporta su propia visión personal. Estudia y define distintas ideas como relativismo, subjetivismo, pragmatismo y tolerancia. Valora las concepciones y opiniones de diversos autores al respecto, descarta y acepta, en todo o en parte, lo que a su juicio es válido de estas distintas teorías o corrientes de pensamiento. Repasa los antecedentes históricos de la bioética, durante su desarrollo en Estados Unidos y Europa, las asociaciones internacionales, nacional, de la que es presidente, y regionales, los centros de estudio e investigación, así como las revistas especializadas en el tema. A continuación profundiza en los fundamentos filosóficos y médicos de esta disciplina.

Cita los diferentes modelos para centrarse en el estudio de los llamados modelos utilitaristas y los personalistas. De este último grupo estudia los dos principales: ética de los principios y ética trascendente, por los que parece decantarse personalmente.

En su Discurso, el Profesor Fernández-Crehuet analiza los principios básicos de la bioética: beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia; a continuación trata de resolver los contenciosos que pueden plantearse en ocasiones entre ellos. Definiendo la necesidad, no siempre fácil, de priorización de los mismos. Completa la revisión con el estudio de los códigos de ética y deontología, los acuerdos internacionales al respecto, la doctrina legal española, enmarcada en la constitución, las sentencias del Tribunal Constitucional, opiniones de expertos al respecto, el nuevo y el antiguo Código Penal.

Dedica la última parte de su texto a un intento personal y científico de resolución del problema de antropología al servicio de la bioética: "El Humanismo Metafísico". En estas últimas páginas del Discurso, antes de oírle, pienso que pondrá el mayor

énfasis, pues de forma secuencial, en un planteamiento analítico, siguiendo un método, ha ido comprometiéndose en la defensa de lo que, según hemos captado, debe ser a su juicio la idea prioritaria de la bioética: el basar las decisiones siempre en el respeto a la libertad y la dignidad humana. Tras estudiar el realismo o utopía de estas ideas termina replanteando los principios de la moderna bioética. Podremos estar de acuerdo o diferir en algunos aspectos de las opiniones del Profesor Fernández-Crehuet, pero hay que admitir sin discusión que ha planteado en profundidad, con una revisión bibliográfica exhaustiva, con seriedad científica y método analítico adecuado, un difícil tema, que nos encontramos en la práctica diaria de cualquier actividad relacionada con la salud.

Quiero finalizar felicitando a Joaquín y a su familia por lo que para él supone el día de hoy. Día en el que la alegría que todos sentimos nos hace tener la falsa sensación de que ha llegado a la cúspide de su carrera profesional y científica, a una edad sorprendentemente temprana, circunstancia que marca la vida profesional de las personas excepcionales. Nada más lejos de la realidad. Sólo has llegado a una parada intermedia, para proseguir a partir de aquí consiguiendo triunfos personales y logros científicos, en tu bien hacer del día a día, que estoy seguro cada vez serán más altos, importantes y plenos. Me congratulo de ser tu compañero en esta corporación, y felicito a la Real Academia por contar desde hoy con un miembro de tan alta capacitación humana y científica, que enriquece no sólo a la sección de Higiene y Medicina Social, sino a toda ella. Bienvenido, y muchas gracias.

SE TERMINÓ DE IMPRIMIR
ESTE LIBRO
EL DÍA 21 DE NOVIEMBRE DE 1996
FESTIVIDAD DE LA
PRESENTACIÓN DE NTRA. SRA.
EN LOS TALLERES DE GRÁFICAS URANIA
AVDA. JUAN XXIII, 35
MÁLAGA