

Bioética

SELECCIONES



Cenalbe

TÍTULOS DE ESTE NÚMERO

- * Declaración sobre el anteproyecto de “Ley del Aborto”: atentar contra la vida de los que van a nacer, convertido en ‘derecho’
- * Enfrentando el sufrimiento y la muerte para aprender a vivir
- * Aspectos bioéticos y socioeconómicos de la salud
- * Evidencia científica y discurso bioético
- * Los métodos empíricos, ¿una novedad en bioética?
- * Biologización de la ética
- * La dimensión espiritual del ser humano. Indicaciones para los profesionales de la salud mental
- * Fritz Jahr y el Zeitgeist de la bioética
- * Nuevas visiones de la bioética: evaluaciones estadounidenses de la biotecnología roja
- * Revisando el llamado “testamento vital”

17

Bioética

SELECCIONES



Cenalbe

Revista *Selecciones de Bioética*, N° 17 / ISSN: 1657-8856
CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA, CENALBE, BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA, 2011

© Centro Nacional de Bioética, Cenalbe

ALFONSO LLANO ESCOBAR, S. J.

DIRECTOR

DANIEL DOMÍNGUEZ CABAL

COORDINADOR EDITORIAL

COMITÉ EDITORIAL

ALFONSO LLANO ESCOBAR, S. J., CARLOS GAVIRIA NEIRA, GLORIA INÉS PRIETO DE ROMANO, HORACIO MARTÍNEZ HERRERA, JUAN GREGORIO VÉLEZ, MARGARITA SÁNCHEZ MORALES, MARÍA MERCEDES HACKSPIEL ZÁRATE, RAFAEL EDUARDO TORRADO PACHECO, DANIEL DOMÍNGUEZ CABAL.

17

DISEÑO Y PRODUCCIÓN EDITORIAL

CÉSAR TOVAR DE LEÓN
ÉDITER. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS LTDA.
TEL 2329558. BOGOTÁ, D.C.
EMAIL: ctovarleon@yahoo.com.mx

IMPRESIÓN

EDITORIAL GENTE NUEVA LTDA.
EDICIÓN DE 400 EJEMPLARES
DEPÓSITO LEGAL
IMPRESO EN COLOMBIA
PRINTED IN COLOMBIA
BOGOTÁ, D.C., JUNIO DE 2011

INFORMACIÓN

REVISTA PUBLICADA POR EL CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA (CENALBE)

CARRERA 10 N° 65-48, CHAPINERO, BOGOTÁ, D.C., COLOMBIA
TELÉFONOS: (057) 5403993 / 6405011
E-MAIL: CENALBE@JAVERIANA.EDU.CO

PÁGINA WEB: WWW.JAVERIANA.EDU.CO/BIOETICA

LAS OPINIONES EXPRESADAS EN ESTA REVISTA SON DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES.

EL OBJETO DE NUESTRA REVISTA ES LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS DE REVISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE TENGAN QUE VER CON LA BIOÉTICA. NO PUBLICAMOS TRABAJOS ORIGINALES.

c o n t e n i d o

DECLARACIÓN SOBRE EL ANTEPROYECTO DE «LEY DEL ABORTO»: ATENTAR CONTRA LA VIDA DE LOS QUE VAN A NACER, CONVERTIDO EN «DERECHO» CCXIII Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española	BIOLOGIZACIÓN DE LA ÉTICA Alejandro Moreno Lax	54
ENFRENTANDO EL SUFRIMIENTO Y LA MUERTE PARA APRENDER A VIVIR Alejandro Serani Merlo	LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL DEL SER HUMANO. INDICACIONES PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL Joan Ordi Fernández	69
ASPECTOS BIOÉTICOS Y SOCIOECONÓMICOS DE LA SALUD Nilia Victoria Escobar Yéndez, Antonio Oliva Alonso y Zulema Gracia López	FRITZ JAHR Y EL ZEITGEIST DE LA BIOÉTICA Natacha Salomé Lima	80
EVIDENCIA CIENTÍFICA Y DISCURSO BIOÉTICO Luis Miguel Pastor García	NUEVAS VISIONES DE LA BIOÉTICA: EVALUACIONES ESTADOUNIDENSES DE LA BIOTECNOLOGÍA ROJA Camelia Nicoleta Tigau	87
LOS MÉTODOS EMPÍRICOS, ¿UNA NOVEDAD EN BIOÉTICA? Hubert Doucet	REVISANDO EL LLAMADO "TESTAMENTO VITAL" Pau Agulles Simó	95

a nuestros lectores

Les recordamos que el objetivo de nuestra revista es la publicación de artículos seleccionados de revistas internacionales en inglés, francés y español, que tengan que ver con asuntos bioéticos. No publicamos trabajos originales.

El Director



UN NÚMERO MÁS

Sí, en efecto, hoy publicamos, con gran esfuerzo y satisfacción, un número más de nuestra revista *Selecciones de Bioética*.

Seguimos pensando en los lectores potenciales a quienes va dirigida la revista: bioeticistas de Colombia y Latino América a quienes no llegan las múltiples revistas de *Bioética* que se publican periódicamente, y quienes, con la lectura de selectos artículos, se ponen al tanto de los principales temas de la actualidad. He aquí una breve presentación de algunos de ellos.

Empezamos, como siempre, con un documento de excelente calidad. La Declaración de los señores obispos de España sobre el anteproyecto de “Ley de Aborto”: atentar contra la vida de los que van a nacer, convertido en ‘derecho’. Hace pensar.

Alejandro Serani Merlo, escritor y médico chileno, nos ofrece interesantes consideraciones sobre un tema que siempre será de actualidad: El Sufrimiento y la muerte: para aprender a vivir.

Cecilia Nicoleta Tigau, investigadora becaria del Programa de Becas de la UNAM, México, nos escribe un interesante artículo

con el sugerente título: “Nuevas visiones de la bioética: evaluaciones estadounidenses de la biotecnología roja” (biotecnología y el genoma humano): nos guste o no, nos estamos adentrando en la época del control de nuestra propia evolución, lo cual significa la posibilidad de intervenir en las características de la sociedad actual, tanto en lo genético, como para ampliar las posibilidades de vida y evitar enfermedades.

El enorme cambio ocurrido en ciencia y salud durante las últimas décadas nos ha conducido a una reformulación de la ética médica. Quizás a algo más, ya que la *Bioética*, no sólo llena, con méritos, el gran vacío que dejó la ética médica sino que, como método eficiente y novedoso, vale decir, como diálogo interdisciplinario entre las ciencias de la vida y ciencias del espíritu, abre un horizonte no soñado por los eticistas de los últimos tiempos. Así la presentan la Dra. Nilia Victoria Escobar, el Dr. Antonio Oliva Alonso y la Dra. Zulema Gracia López en su estudio titulado: “Aspectos bioéticos y socioeconómicos de la salud”.

Luis Miguel Pastor García, del Departamento de Biología Celular e Histología



de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, España, nos habla, con buen conocimiento de causa, de la “Evidencia científica y el discurso bioético”, estudio que se ocupa de la relación existente entre las ciencias positivas, en concreto las biomedicinas, y la elaboración del discurso bioético.

En la misma línea, Hubert Doucet, fecundo escritor de temas bioéticos, nos llama la atención sobre el hecho de que, a pesar de que varios autores se refieren al llamado giro empírico de la bioética, aludiendo a la frecuencia de estudios recientes sobre el método empírico, dice que se puede afirmar que, desde su comienzo, la bioética se ha ocupado de este tema. Que lo rebatan los entendidos.

Finalmente, recomendamos encarecidamente al artículo denso, filosófico e interesante de Alejandro Moreno Lax,

Biologización de la ética, ya que vale la pena sobradamente dedicarle dos largos ratos, suspendiendo u buen espacio de tiempo entre uno y otro, para dar espacio a su asimilación. Es largo, lo reconocemos; pensamos publicarlo en dos entregas, pero se corría el riesgo de perder la conexión entre la primera y la segunda, dado que nuestra revista aparece cada seis meses. Mejor, usted, estimado lector, haga la separación entre una parte y otra, y el artículo producirá todo el fruto esperado. El profesor Moreno nos habla de tres éticas: la ética de la especie, de J. Habermas, la ética de la liberación, de E. Dussel y la ética de la responsabilidad de H. Jonas. El autor lo hace a fondo y juzga, con bastante fundamento, que su estudio nos lleva a refutar y superar la famosa “falacia naturalista” de Hume. Usted tiene la palabra, estimado (a) lector (a). Y... hasta el próximo número.

ALFONSO LLANO ESCOBAR, S. J.
Director



A u t o r e s

LUIS MIGUEL PASTOR GARCÍA: Catedrático de Biología Celular en la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. Actual director del Departamento de Biología Celular e Histología; editor de la revista *Cuadernos de Bioética*; vicepresidente de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) y presidente de la Sociedad Murciana de Bioética (SMB).

ALEJANDRO MORENO LAX. Licenciado en Filosofía; doctorando en Filosofía en la Universidad de Murcia; investigador-becario del Departamento de Filosofía de la Universidad de Murcia, España.

ALEJANDRO SERANI MERLO. Médico cirujano de la Universidad de Chile, estudios de Filosofía y Ética en el Centre Independent de la Recherche Philosophique (Toulouse, Francia); doctor en Filosofía por la Universidad de Toulouse Le Mirail (Francia); especialista en Neurología y profesor de Bioética

JOAN ORDI FERNÁNDEZ. Doctor en Filosofía; licenciado en Teología; profesor del máster universitario en Bioética del IBB.

NATACHA SALOMÉ LIMA. Psicóloga de la Universidad de Buenos Aires; candidata a doctorado en el Departamento de Psicología,

Ética y Derechos Humanos de la Universidad de Buenos Aires; investigadora del Programa de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Buenos Aires.

PAU AGULLES SIMÓ. Farmacéutico y profesor de Teología Moral de la Pontificia Università della Santa Croce.

CAMELIA NICOLETA TIGAU. Doctora en Ciencias Políticas y Sociales; maestra en Comunicación por la Universidad Nacional Autónoma de México; estudios de licenciatura en Periodismo en las universidades de Bucarest (Rumanía), Utrecht (Holanda) y Aarhus (Dinamarca).

HUBERT DOUCET. Profesor de la Universidad de Montreal desde 1997; director de los programas de Bioética en la misma universidad.

NILIA VICTORIA ESCOBAR YÉNDEZ. Especialista de II Grado en Medicina Interna; profesora titular.

ANTONIO OLIVA ALONSO. Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia, profesor auxiliar.

ZULEMA GRACIA LÓPEZ. Estomatóloga; doctora en Ciencias Filosóficas.



DECLARACIÓN SOBRE EL ANTEPROYECTO DE “LEY DEL ABORTO”: ATENTAR CONTRA LA VIDA DE LOS QUE VAN A NACER, CONVERTIDO EN ‘DERECHO’*

CCXIII COMISIÓN PERMANENTE
DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA

1. Hecho ya público, el pasado 14 de mayo, el denominado “Anteproyecto de Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”, los obispos tenemos el deber de pronunciarnos públicamente sobre sus graves implicaciones morales negativas; porque forma parte esencial de nuestro servicio anunciar el esplendor del Evangelio de la vida, que ilumina la conciencia de los católicos y de todos los que deseen acogerlo en orden a una mejor convivencia en justicia y libertad. Estamos convencidos de que “todo hombre abierto sinceramente a la verdad y al bien, aun entre dificultades e incertidumbres, con la luz de la razón y no sin el influjo de la gracia, puede llegar a descubrir en la ley natural escrita en su corazón (cf. Rom. 2, 14-14) el valor sagrado de la vida humana desde su inicio hasta su término”¹. Por eso, aunque nosotros hablamos desde la fe católica y la experiencia de la Iglesia, nuestras reflexiones se dirigen a todos

y pensamos que podrían ser aceptadas también por muchos que no comparten esa fe, pues giran en torno al derecho a la vida de todo ser humano inocente, un patrimonio común de la razón humana.

2. Los obispos españoles han anunciado el Evangelio de la vida y han denunciado la cultura de la muerte en muchas ocasiones². Con esta nueva declaración deseamos poner de relieve algunos aspectos del Anteproyecto en cuestión que, de llegar a

* Tomado de *Cuadernos de Bioética*. XXI, 2010/2^a

1 Juan Pablo II, Carta encíclica *Evangelium Vitæ*, 2.

2 Cf. LXXXVI Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española, Instrucción pastoral La familia, santuario de la vida y esperanza de la sociedad (27 de abril de 2001); XLII Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española, Instrucción pastoral *Actitudes morales y cristianas ante la despenalización del aborto* (28 de junio de 1985); y las Declaraciones de la Comisión Permanente *La vida y el aborto* (5 de febrero de 1983), *Despenalización del aborto y conciencia moral* (10 de mayo de 1985) y *Sobre la proyectada nueva ‘Ley del aborto’* (22 de septiembre de 1994). Estos y otros documentos se encuentran en la colección Conferencia Episcopal Española, *La vida humana, don precioso de Dios. Documentos sobre la vida 1974-2006*, EDICE, Madrid 2006, así como también en: www.conferenciaepiscopal.es (Colección Documental Informática).

convertirse en Ley, supondrían un serio retroceso en la protección del derecho a la vida de los que van a nacer, un mayor abandono de las madres gestantes y, en definitiva, un daño muy serio para el bien común.

I. LA MERA VOLUNTAD DE LA GESTANTE ANULA EL DERECHO A LA VIDA DEL QUE VA A NACER

En las primeras catorce semanas, la gestante decide sobre la muerte del que va a nacer: la violación del derecho a la vida, tratada como si fuera un derecho.

3. El aspecto tal vez más sombrío del Anteproyecto es su pretensión de calificar el aborto provocado como un derecho que habría de ser protegido por el Estado. He ahí una fuente envenenada de inmoralidad e injusticia que vicia todo el texto.

4. En el artículo 3. 2. “se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida”.

Lamentablemente esta expresión no significa aquí que toda mujer tiene derecho a elegir si quiere o no quiere ser madre; significa, más bien, que tiene derecho a decidir eliminar a su hijo ya concebido. Tal es la lectura que viene exigida por las afirmaciones recogidas en la Exposición de motivos referentes a “los derechos humanos de las mujeres” en el ámbito de la “salud reproductiva” (I) y, en concreto, “al derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo y, en este contexto, a que la decisión última de recurrir o no a un aborto corresponda a la mujer interesada” (II). En consecuencia, el Anteproyecto establece un primer plazo de catorce semanas

dentro del cual la voluntad de la madre se convierte en árbitro absoluto sobre la vida o la muerte del hijo que lleva en sus entrañas (artículo 14: “interrupción del embarazo a petición de la mujer”).

5. Ahora bien, decidir abortar es optar por quitar la vida a un hijo ya concebido y eso sobrepasa con mucho las posibles decisiones sobre el propio cuerpo, sobre la salud de la madre o sobre la elección de la maternidad. Es una decisión sobre un hijo indefenso y totalmente dependiente de quien lo lleva en su seno. Es, según el Concilio Vaticano II, un “crimen abominable”³, “un acto intrínsecamente malo que viola muy gravemente la dignidad de un ser humano inocente, quitándole la vida. Asimismo hiere gravemente la dignidad de quienes lo cometen, dejando profundos traumas psicológicos y morales”⁴.

6. El Estado que otorga la calificación de derecho a algo que, en realidad, es un atentado contra el derecho fundamental a la vida, pervierte el elemental orden de racionalidad que se encuentra en la base de su propia legitimidad. La tutela del bien fundamental de la vida humana y del derecho a vivir forma parte esencial de las obligaciones de la autoridad⁵. “El

3 *Constitución Gaudium et spes*, 51.

4 LXXXVI Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española, Instrucción pastoral *La familia, santuario de la vida y esperanza de la sociedad*, 111.

5 Cf. Benedicto XVI, *Discurso en el Encuentro con las autoridades y el cuerpo diplomático*, Viena, 7 de septiembre de 2007: “El derecho humano fundamental, el presupuesto de todos los demás derechos, es el derecho a la vida misma. Esto vale para la vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. En consecuencia, el aborto no puede ser un derecho humano; es exactamente lo opuesto. Es



derecho a la vida no es una concesión del Estado, es un derecho anterior al Estado mismo y este tiene siempre la obligación de tutelarlos. Tampoco tiene el Estado autoridad para establecer un plazo, dentro de cuyos límites la práctica del aborto dejaría de ser un crimen”⁶.

II. LA SALUD COMO EXCUSA PARA ELIMINAR A LOS QUE VAN A NACER

Hasta la vigésima segunda semana, ambiguas indicaciones médico-sociales: la medicina y la sanidad, falseadas, al servicio de la muerte.

7. El Anteproyecto de Ley presenta el aborto provocado como un derecho que forma parte de un programa de “salud sexual y reproductiva”. La salud, por su parte, es definida, a los efectos de lo dispuesto en esta ley, como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades” (art. 2. a).

8. El Anteproyecto establece que desde la decimo cuarta semana de gestación el aborto ya no sería un derecho absoluto de la madre, puesto que para poder ser realizado sin sanción habrá de existir entonces “riesgo de graves anomalías en el feto” (art. 15, b) o “grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada” (art. 15, a). A tenor de la definición de salud señalada, los facultativos podrán certificar la

existencia de esta indicación médica para el aborto cuando el niño que va a nacer suponga un grave inconveniente para “el completo bienestar físico, mental y social” de la madre. Lo que no se sabe es cuáles serán los criterios que el médico habrá de emplear para poder diagnosticar un grave quebranto de un tal “completo bienestar” eventualmente causado por el que va a nacer. Ante esta indefinición, el segundo plazo, teóricamente ligado a indicaciones médicas, queda también prácticamente asimilado al primero, en el que prima el derecho absoluto de la madre a decidir sobre la vida de su hijo.

9. La inclusión del aborto entre los medios supuestamente necesarios para cuidar la salud es de por sí una grave falsedad. El acto médico se dirige a prevenir la enfermedad o a curarla. Pero el embarazo no será nunca de por sí una enfermedad, aunque pueda conllevar complicaciones de salud, ser inesperado o incluso fruto de la violencia. Por eso, abortar no es nunca curar, es siempre matar. Cosa distinta es que una determinada terapia necesaria lleve consigo un aborto como efecto indirecto no buscado. De ahí que incluir el aborto en la política sanitaria falsee siempre gravemente el acto médico, que queda desnaturalizado cuando es puesto al servicio de la muerte. La falsificación es más sangrante cuando el concepto de salud empleado –aunque sea el de la Organización Mundial de la Salud– se convierte en una excusa para encubrir el deseo particular de no tener un hijo, aun quitándole la vida. En efecto, si salud es “completo bienestar físico, mental y social”, y tal bienestar se considera amenazado por el que va a nacer, éste puede ser tratado como un obstáculo para la calidad

una profunda ‘herida social’ (...). Hago un llamamiento a los líderes políticos para que no permitan que los hijos sean considerados una especie de enfermedad, y para que en vuestro ordenamiento jurídico no sea abolida, en la práctica, la calificación de injusticia atribuida al aborto”.

6 CLX Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española, *Sobre la proyectada nueva “Ley del aborto”*, 6.



de vida, cuya eliminación pasa entonces a ser tenida por lícita.

10. Una auténtica política sanitaria debe tener siempre en cuenta la salud de la madre gestante, pero también la vida y la salud del niño que va a nacer. Por lo demás, la imposición del aborto procurado en el sistema sanitario como prestación asistencial para la salud bio-psico-social de la gestante, a la que ésta tendría un supuesto derecho, lleva consigo la transferencia de la obligatoriedad a los profesionales de la sanidad. De este modo queda abierta la posibilidad de que no se respete a quienes por muy justificados motivos de conciencia se nieguen a realizar abortos, cargándolos arbitrariamente con un supuesto deber e incluso con eventuales sanciones⁷. Es necesario reconocer y agradecer el valor mostrado por tantos ginecólogos y profesionales de la sanidad que, fieles a su vocación y al verdadero sentido de su trabajo, resisten presiones de todo tipo e incluso afrontan ciertas marginaciones con tal de servir siempre a la vida de cada ser humano.

III. SE NIEGA O DEVALÚA AL SER HUMANO PARA INTENTAR JUSTIFICAR SU ELIMINACIÓN

7 Hay que recordar la sentencia del Tribunal Constitucional de 11 de abril de 1985, en la que, tratando precisamente del aborto, afirma del “derecho a la objeción de conciencia que existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la Constitución y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales”.

Frente a la evidencia de que donde hay un cuerpo humano vivo, aunque sea incipiente, hay un ser humano y una dignidad humana inviolable, se establecen plazos de gestación y de presencia humana de los que no es posible dar razón suficiente.

11. Sorprendentemente, el Anteproyecto no explica en ningún momento por qué fragmenta el tiempo de la gestación en tres periodos o plazos pretendidamente determinantes de diferentes tipos de trato del ser humano en gestación. ¿Por qué durante las catorce primeras semanas “prevalece el derecho de autoterminación de las mujeres” y el aborto puede ser realizado por simple petición de la gestante? ¿Por qué se establece un segundo plazo, hasta la semana vigésimo segunda, durante el cual será preciso aducir indicaciones supuestamente médicas? ¿Y por qué las “anomalías fetales incompatibles con la vida” o “una enfermedad extremadamente grave e incurable” del feto (art. 15, c) permitirían el aborto en cualquier momento de la gestación? ¿Por qué no, entonces, en el momento mismo del nacimiento o un minuto después? En vano se buscará una respuesta a estas preguntas, todas ellas de gran calado moral.

12. Se oye decir a veces que durante algún tiempo determinado el ser vivo producto de la fecundación humana no sería un ser humano. Es necesario –no cabe dudar– hacer tan irracional afirmación cuando se quiere justificar o tolerar que la mujer decida sobre la vida de ese ser que lleva en su seno, como si se tratara de un derecho suyo que el Estado debería tutelar y hacer respetar. Porque es muy duro reconocer que el fruto de la fecundación es un



ser humano, distinto de la madre, aunque dependiente de ella, y, al mismo tiempo, afirmar que se le puede quitar la vida simplemente porque así lo decide quien lo gesta. Sería tanto como reconocer que hay un derecho a matar a un inocente. La razón humana se vendría abajo de modo clamoroso y, con ella, el Estado y la autoridad misma que tal cosa reconocieran. Se hace, pues, necesario, afirmar engañosamente que el objeto de la pretendida “decisión sanitaria”, tomada en ejercicio de un supuesto derecho, no sería en realidad un ser humano.

13. Pero “el cuerpo humano, en cuanto elemento constitutivo de la persona humana, es una realidad personal básica, cuya presencia nos permite reconocer la existencia de una persona. La fecundación es precisamente el momento de la aparición de un cuerpo humano distinto del de los progenitores. Ese es, pues, el momento de la aparición de una nueva persona humana (cf. *Evangelium vitæ*, 44-45). El cuerpo, naturalmente, se desarrolla, pero dentro de una continuidad fundamental que no permite calificar de prehumana ni de post-humana ninguna de las fases de su desarrollo. Donde hay un cuerpo humano vivo, hay persona humana y, por tanto, dignidad humana inviolable”⁸.

14. Estos principios antropológicos básicos han sido reconocidos también por la jurisprudencia constitucional de nuestro país⁹.

8 LXXXVI Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española, Instrucción pastoral *La familia, santuario de la vida y esperanza de la sociedad*, 109.

9 El Tribunal Supremo, en sentencia de 5 de abril de 1995, se expresa así: “El concebido tiene un patri-

IV. NO SE APOYA A LA MUJER PARA AHORRARLE EL TRAUMA DEL ABORTO Y SUS GRAVES SECUELAS.

Se facilita a las gestantes la eliminación de sus hijos, en lugar de proteger la maternidad y la familia para evitar que las mujeres se conviertan en víctimas del aborto.

15. El Anteproyecto incorpora una definición de la salud en términos de bienestar psicológico y social que, por desgracia, se orienta más que nada a introducir subrepticamente la llamada “indicación social” para el aborto. Así lo pone también de manifiesto el que se silencien las graves consecuencias psicológicas y morales que el aborto tiene para quienes lo procuran. La inconsecuente apelación a la salud ignora y oculta que las mujeres que abortan se convierten también ellas mismas en víctimas del aborto.

monio genético totalmente diferenciado y propio sistema inmunológico, que puede ser sujeto paciente dentro del útero”, de modo que “negar al embrión o al feto condición humana independiente y alteridad, manteniendo la idea de *mulieris portio*, es desconocer la realidad”. De ahí que “el mismo Código Civil –constata el alto Tribunal– se ve forzado a tener por persona al concebido a todos los efectos favorables (arts. 29 y 30), y no hay nada más beneficioso para el ser humano en gestación que el conservar la integridad física y psíquica”. En otra sentencia anterior, de 11 de abril de 1985, que forma parte del llamado “bloque de constitucionalidad”, el Tribunal Constitucional precisaba: “La vida humana es un devenir, un proceso que comienza con la gestación. Esta ha generado un *tertium* existencialmente distinto de la madre”. Por tanto, el que va a nacer está protegido por la Constitución, lo cual implica para el Estado la obligación “de establecer un sistema legal para la defensa de la vida que suponga la protección efectiva de la misma y que, dado el carácter fundamental de la vida, incluya también, como última garantía, las normas penales”.



16. El Anteproyecto estipula que se entregará a la mujer que solicita abortar una información en sobre cerrado que podrá leer en un plazo máximo de tres días. Sin embargo, ningún proceso médico de consentimiento informado se realiza de un modo tan frío e impersonal. La situación de angustia que empuja a la mayoría de las mujeres que se plantean abortar, más que sobres cerrados reclama corazones abiertos que les presten el apoyo humano que necesitan para no equivocarse quitando la vida a un hijo y destrozando la propia.

17. Las dolorosas secuelas del aborto se intensifican en las personas que no han alcanzado todavía la madurez personal. Facilitar a las adolescentes la decisión de abortar, marginando a sus padres de tal decisión, es propiciar su soledad e indefensión ante un hecho muy nocivo para su salud espiritual y su desarrollo humano. Este proyecto legal no manifiesta interés real por el bien de las mujeres tentadas de abortar y, en particular, de las más jóvenes. Se limita a tratar de despejarles el camino hacia el abismo moral y hacia el síndrome post-aborto.

18. Por otro lado, es llamativa la ausencia total de la figura del padre del niño que va a ser abortado. ¿Por qué se le exime de toda responsabilidad y se le priva de todo derecho? No parece admisible que se margine a los padres en algo tan fundamental como es el nacimiento o la muerte de sus propios hijos.

19. Agradecemos la dedicación de tantas personas que, en un número cada vez mayor de instituciones eclesiales o civiles, se dedican a prestar su apoyo personal a las mujeres gestantes. Es una alegría el tes-

timonio de tantas madres y padres que, gracias a la ayuda recibida, han decidido por fin acoger a sus hijos, reconociendo en ellos un don inestimable que trae luz y sentido a sus vidas. También es laudable el trabajo realizado por las asociaciones de mujeres víctimas del aborto. Es muy valioso su valiente testimonio público, que ayuda a la sociedad a recapacitar sobre un camino ya demasiado largo de sufrimiento para las mujeres. Ellas ponen particularmente de relieve que no es este el tipo de legislación que se necesita para ayudar a las gestantes y para la dignificación de la sociedad. Las mujeres tentadas de abortar o las que ya han pasado por esa tragedia encontrarán siempre en la comunidad católica el hogar de la misericordia y del consuelo. Como madre, la Iglesia comprende sus dificultades y nunca las dejará solas con sus problemas ni con sus culpas.

V. PRIVAR DE LA VIDA A LOS QUE VAN A NACER NO ES ALGO PRIVADO

Se deja al arbitrio individual la vida de los que van a nacer, en vez de reconocerla como un fundamental elemento constitutivo del bien común que merece protección y promoción.

20. El Anteproyecto de Ley presenta el aborto como si fuera un asunto privado ligado prácticamente sólo a la decisión individual de la gestante. La decisión de eliminar una vida humana incipiente es calificada una y otra vez de asunto íntimo suyo en el que nadie podría intervenir: ni el padre del que va a nacer, ni los padres de la menor, ni el Estado.

21. Sin embargo, es claro que no “se puede invocar el derecho a las decisiones ínti-



mas o a la vida privada para privar a otros de la vida”¹⁰. Eliminar una vida humana no es nunca un asunto meramente privado. Por el contrario, se trata de un acto de gran trascendencia pública que afecta grave y directamente al bien común. La vida de cada ser humano es un bien básico, sagrado e intangible; y el derecho a vivir no está a disposición de nadie: no puede ser violado por ningún ciudadano ni por el Estado; menos, si cabe, por aquellos que tienen particulares obligaciones de atención a la vida incipiente de un ser indefenso como son sus padres o los médicos.

22. Se reduce el aborto a mera decisión privada porque se concibe de modo perverso la libertad, como si se tratara de la mera capacidad de decidir cualquier cosa de modo absolutamente desvinculado del entorno humano en el que se mueve el yo solitario que decide. De este modo se fomenta una visión individualista y antisocial de la persona, cuya libertad vendría a coincidir con su capacidad de hacer prevalecer el propio sentir o el propio interés. Pero eso no es libertad. La libertad es, más bien, la capacidad de querer el bien por encima del aparente interés inmediato de quien decide. Porque el bien propio no está desligado del bien del otro y del bien de todos. “Sí, cada hombre es “guarda de su hermano”, porque Dios confía el hombre al hombre”¹¹. Todos sin excepción tenemos el deber de proteger la vida del niño en el seno materno. Para

todos es un bien esa vida incipiente, no sólo para sus padres y su familia.

23. El orden social justo no puede basarse en una concepción individualista de la libertad. La autoridad del Estado dimitte de su obligación básica si da curso legal a la pretendida libertad que se siente autorizada para eliminar vidas humanas inocentes. El Estado no puede erigirse en árbitro sobre la vida humana adoptando medidas legales que toleran o justifican como supuestos derechos acciones individuales que atentan contra el derecho a la vida. Si lo hace, deja de ser garante del bien común en un asunto decisivo.

24. Por el contrario, como garante del bien común, el Estado debe legislar para proteger la vida de todos, en particular de los más indefensos y vulnerables, entre los cuales se hallan sin duda los que van a nacer, así como para establecer políticas de protección y promoción de la maternidad y la paternidad, ayudando de modo eficaz a los padres que experimentan dificultades para acoger a sus hijos; y debe favorecer las iniciativas sociales a este respecto¹².

10 CLX Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española, *Sobre la proyectada nueva “Ley del aborto”*, 8.

11 Juan Pablo II, Carta encíclica *Evangelium vitae*, 19.

12 Todavía hay mucho por hacer en este campo, si se tiene presente que, según datos de 2005, el gasto público de España en la familia está muy por debajo de la media europea, con sólo un 1,2% del PIB, frente al 3,8% de Francia, el 3,0% de Alemania o el 1,7% de Portugal. O que las prestaciones por hijo a cargo se mantienen congeladas desde el año 2000, lo que supone que su porcentaje respecto al salario mínimo interprofesional ha disminuido del 5,71% al 3,92% en 2009. Un retraso y un estancamiento que nos coloca en niveles de protección a la maternidad/paternidad muy por debajo de los alcanzados en otros países de nuestro entorno. Así, por ejemplo, mientras que una familia con tres hijos recibe en Luxemburgo una prestación mensual de 1.492 euros o, en Italia, de 774 euros, en España tan sólo llega a los 72,75 euros.



VI. LA EDUCACIÓN, INSTRUMENTALIZADA TAMBIÉN AL SERVICIO DEL ABORTO

Se comete la injusticia de imponer una determinada educación moral sexual, que, además, por ser abortista y “de género”, tampoco será eficaz ni como verdadera educación ni como camino de prevención del aborto.

25. El Título primero del Anteproyecto de Ley trata fundamentalmente de la promoción de una estrategia de formación en “salud sexual y reproductiva” para todo el sistema educativo y, en particular, para los programas de los estudios relacionados con las ciencias de la salud. Ciertamente –como se afirma en la Exposición de motivos– “el desarrollo de la sexualidad y de la capacidad de procreación está directamente vinculado a la dignidad de la persona”. Pero las directivas de este Anteproyecto no pueden ayudar a una formación de los jóvenes en este campo tan decisivo para su felicidad, porque se mueven en el marco de una ideología contradictoria con la verdad del ser humano y la dignidad de la persona, como es la llamada ideología de género.

26. En efecto, el “enfoque de género” que se preceptúa en el artículo 5, 2a para toda la educación en el ámbito sanitario incorpora conceptos como “opción sexual individual” (art. 5, 1a), “orientación sexual” (art. 5, 2b) o “sexo seguro” (art. 5, 2c). Detrás de tales conceptos se hallan, como es sabido, opciones antropológicas incapaces de enfocar adecuadamente cuestiones de tanta belleza e importancia como las siguientes: el significado básico del cuerpo sexuado para la identidad de la persona, la íntima unión de las dimensiones

unitiva y procreativa del amor conyugal y, en definitiva, la integración moral de la sexualidad y la vocación al amor de todo ser humano¹³.

27. ¡Es fascinante la educación en el amor y para el amor! Alentamos a los padres católicos, a las escuelas a quienes ellos han confiado la educación de sus hijos, a los sacerdotes, catequistas y a todos los agentes de la educación en la múltiple acción pastoral de la Iglesia a empeñarse seriamente en la educación de los jóvenes en este campo tan hermoso e importante de la afectividad y la sexualidad de acuerdo con la visión del ser humano que dimana de una razón iluminada por la fe. A ellos corresponden primordialmente el deber y el derecho de la formación humana integral de la juventud. El Estado “no puede imponer ninguna moral a todos: ni una supuestamente mayoritaria, ni la católica, ni ninguna otra. Vulneraría los derechos de los padres y/o de la escuela libremente elegida por ellos según sus convicciones”¹⁴.

28. La injusta imposición de una determinada concepción del ser humano a toda la sociedad por medio del sistema educativo, inspirado además en modelos antropológicos parciales y poco respetuosos de la verdad del ser humano, no podrá dar frutos buenos. Es necesario permitir y promover que la sociedad desarrolle sus capacidades educativas y morales. Es necesario corregir la deriva que

13 Cf. LXXXVI Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española, Instrucción pastoral *La familia, santuario de la vida y esperanza de la sociedad*, 53-55.

14 CCIV Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española, *La Ley Orgánica de Educación (LOE), los Reales Decretos que la desarrollan y los derechos fundamentales de padres y escuelas*, 10



nos ha conducido a cifras escandalosas de abortos con todo su entorno de fracasos personales.

CONCLUSIÓN: POR EL PUEBLO DE LA VIDA

29. El Evangelio de la vida proclama que cada ser humano que viene a este mundo no es ningún producto del azar ni de las leyes ciegas de la materia, sino un ser único, capaz de conocer y de amar a su Creador, precisamente porque Dios lo ha amado desde siempre por sí mismo. Cada ser humano es, por eso, un don sagrado para sus padres y para toda la sociedad. No ha de ser considerado jamás como un objeto subordinado al deseo de otras personas. Su vida no puede quedar al arbitrio de nadie, y menos del Estado, cuyo cometido más básico es precisamente garantizar el derecho de todos a la vida, como elemento fundamental del bien común.

30. Hablamos precisamente en favor de quienes tienen derecho a nacer y a ser acogidos por sus padres con amor; hablamos en favor de las madres, que tienen derecho a recibir el apoyo social y estatal necesario para evitar convertirse en víctimas del aborto; hablamos en favor de la libertad de los padres y de las escuelas que colaboran con ellos para dar a sus hijos una formación afectiva y sexual de acuerdo con unas convicciones morales que los preparen de verdad para ser padres y acoger el don de la vida; hablamos en favor de una sociedad que tiene derecho a contar con leyes justas que no confundan la injusticia con el derecho¹⁵.

15 Las legislaciones abortistas son un elemento de lo que Julián Marías ha calificado como “sin excep-

31. El Anteproyecto presentado constituye un serio retroceso respecto de la actual legislación despenalizadora, ya de por sí injusta. Por tanto, de acuerdo con la doctrina de la Iglesia, ningún católico coherente con su fe podrá aprobarla ni darle su voto¹⁶. Tampoco debería hacerlo nadie que atienda a los justos imperativos de la razón.

32. Pedimos al Señor y a su Santísima Madre su gracia y su ayuda para el Pueblo de la Vida. Que las comunidades católicas y todos los fieles perseveren en la plegaria, en especial en este año dedicado a la oración por la vida de los que van a nacer.

ción, lo más grave que ha acontecido” en el siglo XX (Diario ABC, 10 de septiembre de 1992); a saber: la aceptación social del aborto. Pero este hecho, igual que ha tenido un comienzo, también puede y debe tener un fin. Conviene recordar a este respecto que el primer país europeo en legalizar el aborto fue la Unión Soviética de Lenin (el 18 de noviembre de 1920). Hitler utilizó el aborto legal como parte de sus políticas racistas (desde 1933) en Alemania y en la Europa sometida, donde el aborto fue legalizado para los no arios, mientras era severamente castigado para los pertenecientes a la “raza de los señores”. Después de la guerra, Stalin forzó legislaciones abortistas en los países sometidos al yugo soviético. Más tarde, también los países occidentales introdujeron legislaciones semejantes bajo la presión de ideologías individualistas y materialistas.

16 Cf. Juan Pablo II, Carta encíclica *Evangelium vitae*, 73: “En el caso, pues, de una ley intrínsecamente injusta, como la que admite el aborto o la eutanasia, nunca es lícito someterse a ella, ni participar en una campaña de opinión a favor de una ley semejante, ni darle el sufragio del propio voto”.



ENFRENTANDO EL SUFRIMIENTO Y LA MUERTE PARA APRENDER A VIVIR*

ALEJANDRO SERANI MERLO

RESUMEN

A partir de la estructura constitutiva y definitoria del ser personal, la enfermedad y la muerte suponen una afrenta y una humillación. Por relación a esta dimensión del ser, enfermar y padecer no resulta natural y es fundamentalmente por eso que se sufre, o por lo que más se sufre. Pero hay algo en lo más profundo del ser que sufre que le dice que no ha sido hecho para eso. Y aunque la enfermedad se presente como un sinsentido antropológico, el sufrimiento no lo es.

Finalmente, frente a la pregunta de qué hacer ante el que padece, citando a C. S. Lewis, se afirma que hay que “estar ahí”, “entender” y “amar”. Como agregaba la Dra. Kübler-Ross: “Todo es soportable cuando hay amor”.

Palabras claves: enfermedad, sufrimiento, ser, sentido, acompañamiento.

Dedico esta conferencia a la memoria de mi madre y de dos tíos cercanos, que ha muerto recientemente y de modo sucesivo, a una edad cercana a los 70 años, la que hoy consideramos como relativamente temprana. Esta experiencia me ha permitido profundizar en el tema de muerte en general y de la muerte en particular.

Hay frases que se dicen simplemente, pero que toma una vida comprender. Más de una vez, en el curso de nuestros estudios o a lo largo de la vida profesional, aquellos que nos dedicamos a la atención de los enfermos habremos escuchado sentenciar:

“Para poder acompañar a bien morir es necesario haber asumido y aquilatado la realidad de la propia muerte”. Las balbucientes reflexiones que en esta conferencia quisiera compartir con ustedes, giran entorno a un intento de profundización en el contenido de esta sentencia.

LA ENFERMEDAD Y LA CONDICIÓN HUMANA

Toda enfermedad humana, cual más cual menos, lleva junto a sí, anejo un sufrimiento. Mayor o menor, agudo o crónico, potencial o actual, consciente, subconsciente o preconsciente, el dolor y el sufrimiento humanos son el precio a pagar por nuestra doble, ambigua, misteriosa y unitaria condición. La de ser, a la vez,

* Tomado de la revista *Vida y Ética*, Año 9, Nº 2., diciembre 2008.

vivientes psico-biológicos y seres espirituales.

En efecto, por toda una parte de nosotros mismos, en tanto que organismos psico-biológicos, nos encontramos sumidos a la inexorabilidad de la transformación y el devenir. Nacimiento, crecimiento y muerte, salud y enfermedad, placer y dolor, integridad y desintegración, permanencia y vulnerabilidad, son realidades que nos habitan, nos afectan, nos acechan, nos acosan. Respecto de esta dimensión psico-orgánica de nuestra existencia, el generarse y perecer, el enfermarse, dañarse, deformarse y eventualmente morir, son eventos normales, aun cuando no estén todo el tiempo actualmente presentes en el curso del vivir.

Por otra parte, y en una dimensión más profunda, íntima y propia, habita y subyace el yo personal, sujeto incambiado e incambiante, raíz de nuestra identidad fundamental, sede real, concreta, estable y permanente de las múltiples vicisitudes que me afectan y que me pertenecen. La subjetividad personal, hontanar invisible desde donde surgen y se establecen nuestros vínculos más estables, tanto con las personas como con las cosas; frontera de encuentro del pasado, del presente y del futuro; punto de origen de nuestras más fuertes ansias de trascender y de vivir. “Locus” propio del mérito y del demérito, de la honra y de la dignidad.

Respecto de este estrato basal, constitutivo y definitorio del ser personal, la enfermedad y la muerte suponen una afrenta, una humillación, una violencia, un despojo. “¿Por qué tuvo que tocarme a mí? ¿Por qué así? ¿Por qué a mí y no a otro? ¿Por qué a mí ahora y no más

tarde? ¿Qué hice o qué no hice yo para merecerla o para evitarla?”, se pregunta tantas veces el enfermo o su familia, ora con desesperación y rabia, ora con fatigada y apesadumbrada resignación. Preguntas quizás puramente retóricas, pero quizás no. Preguntas que hace alguien a alguien, pero que no se sabe exactamente a quién. Se hacen porque se intuye que alguien tendría que responder, porque de otro modo ni siquiera se harían. Preguntas que deberían tener respuesta, pero respuesta que tal vez uno no puede y quizás ni quiere saber.

Por relación a esta dimensión del ser, enfermar y padecer no resulta natural. El sufrimiento, la enfermedad y a muerte se presentan como ajenos, como violentos. Y es fundamentalmente por eso que se sufre, o por lo que más se sufre. Por eso también es que los animales –que sí son capaces de miedo, de dolor y de tristeza– en estricto rigor no sufren. Y no es que sufran, pero no se den cuenta, es más bien que por no darse cuenta no sufren. Sólo sufre por ser mortal, un ser que sabe que no lo es, o que al menos no lo es de modo sustantivo y total. Esa conciencia dolorosa y doble, de mortalidad e inmortalidad, es la que se encuentra presente en toda comunidad humana desde los tiempos más remotos. Es desde esa doble, desgarrada y oscura conciencia, desde donde surgen en el albor de la humanidad los enterramientos rituales, los mitos acerca de la otra vida y el comienzo de la reflexión práctica religiosa.

A este respecto resulta pertinente citar aquí brevemente algunas consideraciones filosóficas acerca de los progresos modernos de la paleontología, por parte



de un autor contemporáneo, el filósofo judío-alemán Hans Jonas. Reflexionando acerca de la producción de artefactos, de imágenes y de tumbas por parte de los primeros hombres, Jonas aborda el tema del enterramiento ritual comprendiendo la sepultura o la tumba como “memoria de los difuntos perpetuada en el culto funerario y en otras formas visibles”. Esta actividad, a diferencia de la producción de instrumentos, que responde a una necesidad de utilidad biológica, le aparece al citado autor como todavía más biológicamente inútil que, por ejemplo, la fabricación de imágenes. En efecto, el enterramiento ritual, ligado como está a representaciones de creencias que desafían la apariencia de nuestra finitud, se proyecta más allá de todo lo visible hacia el invisible, y del sensible al supra-sensible. Pensando en el más allá y en el después, el ser humano medita sobre el aquí y el ahora de su existencia; y haciendo eso, medita en definitiva sobre sí mismo.

Consciente de su mortalidad, él no puede vivir en tanto que ser humano sin una comprensión de sí mismo [...] así, de las tumbas surge la metafísica [...] pero también la historia en tanto que memoria del pasado [...].

En el vacío de este abismo abierto en esta confrontación consigo mismo encuentran lugar las más altas exaltaciones y las más profundas depresiones de la experiencia humana. En efecto, el hombre también está abierto a la desesperanza; él sólo puede cometer el acto de suicidio [...].

La sepultura nos dice que aquí un ser sometido a la mortalidad, reflexiona a la vida y a la muerte, desafía el testimonio de sus ojos y eleva el pensamiento al in-

visible poniendo la herramienta y la imagen a su servicio [...].

Física, arte y metafísica, apuntadas desde la noche de los tiempos, por el útil, la imagen y la tumba, son [...] dimensiones originales en la relación del hombre al mundo.

Las herramientas por razones bien comprensibles, nunca faltarán. Pero la imagen y la tumba, una y otra representando un lujo superior del hombre atormentado por la necesidad que la naturaleza le impone, pueden faltar aquí o allá, pero su disposición a realizarlas [...] (estando exigida) por la plenitud de la condición humana, no están completamente ausentes en ninguna cultura.¹

¿UN MAL SIN SENTIDO?

Es justamente en virtud de esa polaridad, pasividad/impasibilidad, mortalidad/inmortalidad, que parece que el hombre está constitutivamente condenado a sufrir. Ambigüedad ontológica que en la prosperidad y en la salud se nos oculta, pero que de pronto clava inopinadamente sus afiladas garras sobre nuestras espaldas, sin quererse desprender. Más allá del dolor que sobreviene, del cansancio, la impotencia y la deformidad, el ser personal sufre moral y psicológicamente por no ser invulnerable, por no ser inmortal. Padecimiento por relación al cual no hay además consuelo suficiente. Hay, en el que sufre, algo en lo más profundo del ser que le dice: “Tú no has sido hecho para esto”.

1 Jonas, Hans, *Outil, image et tombeau*, en Jonas, H., *Évolution et liberté*, Paris, Bibliothèque Rivages, 2000.



Es por ello que ante la pretendida búsqueda del sentido de la enfermedad, quizá lo primero que haya que responder es que la enfermedad humana, en tanto que humana, y afectando por lo tanto a un animal que es persona, no tiene sentido alguno. El sufrimiento puede llegar a tenerlo, pero no lo que lo causa. Se podrán encontrar múltiples y casi infinitos sentidos secundarios a la deformidad, a la invalidez, a la mutilación, al trauma físico y psíquico, y se podrán extraer de ellos inmensos bienes, pero seguirá siempre inmovible que para el ser personal encarnado, para el sujeto personal humano, la enfermedad es primaria y absolutamente un mal sin sentido. En sentido teológico, una desviación del proyecto primitivo.

De esta suerte de absurdo antropológico, toma conciencia dolorosa, por ejemplo, el profesional de la salud que enferma gravemente. Podrá como uno como médico haber estudiado cientos y miles de enfermedades, y tener más que sabido que no podemos sino enfermar; habremos acompañado a cientos de pacientes en su dolencia y en la muerte; y, sin embargo, el día en que todos enfermamos... todo se presenta de un modo completamente diferente. Se trata de “nuestra” enfermedad. Para los demás era posible, probable y natural el enfermar, y quizás podamos pensar lo mismo por relación a nosotros mismos en tanto que somos organismos psico-físicos. Así y todo, el día que corresponde que el mal nos inficione y nos ataque, no podremos sino pensar que preferiríamos mil veces no haber enfermado, que hubiésemos querido que el mal pasara de largo sin percatarse de nuestra existencia, que desearíamos que el mal

nos deje lo más pronto posible y con el mínimo de secuelas, y que ojalá nunca más nos vuelva a visitar. Como si el haber enfermado fuera la consecuencia de que en alguna parte se produjo un fallo o un error. En definitiva, la enfermedad que es natural, normal e incluso probable, parece que no es la mía, más bien parece ser la de los demás.

Contrariamente a lo que uno pudiese pensar, esta curiosa vivencia que se describe, la del sentimiento que mejor nuestra enfermedad le hubiese afectado a otro, a otro innominado y genérico, no es primariamente el producto de una visión egoísta de las cosas. Es más bien una experiencia antropológica, que tiene un fundamento objetivo en la ambigua naturaleza de nuestro ser: un ser que es capaz –como se diría en la jerga filosófica dualista contemporánea– de vivir simultáneamente, en primera y en tercera persona.

Mientras la enfermedad exista en tercera persona, la mía o la del otro, no sufrimos tanto. Cuando se comienza a sufrir porque otro sufre es porque se ha pasado a otro plano, un plano en el que se comienza a ser uno con el otro. Y es este hacerse uno con el otro, que es de suyo imposible en el orden substancial, se lleva a cabo efectivamente en el orden accidental en virtud de esa misteriosa y poderosa capacidad unitiva que se llama amor. Sólo cuando se ama se sufre verdaderamente con el otro.

También es cierto que no es cualquier amor el que une. Solamente el amor personal, en las diversas modalidades y perspectivas que las distintas tradiciones filosóficas y teológicas rea-



listas han conceptualizado: ya sea como amor de donación, amor honesto, amor incondicional, amor de amistad o amor de caridad.

ACOMPañAR AL QUE SUFRE

Si es cierto lo que se ha venido desarrollando hasta aquí, se tendría que decir, en consecuencia, que si la enfermedad vivida en primera persona aparece ante nosotros como un sinsentido o un absurdo, el sufrimiento por su parte no necesariamente lo es. Para un ser al que la enfermedad propia se le aparece como un absurdo, como una afrenta, como una humillación, lo que se sigue naturalmente es el padecer, el sufrir. En principio, el sufrimiento es la lógica y natural respuesta afectiva frente al mal presente en nosotros; o también en otro, al que por el amor me encuentro unido, como si fuese otro yo. Pretender que alguien no sufra frente a algo que se le presenta objetivamente como un mal es una pretensión fuera de lugar, casi obscena. Al que sufre se le acompaña en el sufrir, no se le pide que no sufra.

El novelista y pensador inglés, C. S. Lewis, en esa admirable pieza literaria autobiográfica titulada *Una pena observada*, hace ver lo inadecuado de ciertos modos de consolar, que más que mitigar el dolor resultan irritantes u ofensivos, como por ejemplo: “Sé lo que estás sintiendo”, frente a lo que dan ganas de responder: “¿Qué vas a saber tú si el que está sufriendo soy yo?”. O como cuando la sentencia viene aureolada de un respaldo religioso como por ejemplo: “Tenga fe en Dios”. A lo que darían ganas de responder: “¿De qué me habla? Esto no es un problema de fe o de no fe, se trata de que estoy sufriendo, y de

que además tú no puedes tener la menor idea de aquello de lo que se trata”.

Si la enfermedad es un mal y una afrenta, y el sufrimiento su consecuencia lógica: ¿Qué se puede hacer frente al que sufre? En primer lugar, como dice Lewis, “estar ahí”. No quizás en primera plana, pero estar ahí. No huir, no ocultarse, no negar.

En segundo lugar “entender”. Que no significa sentir lo que el otro siente, sino entender que lo que el otro siente yo no lo puedo sentir, y no se lo puedo ahorrar.

En tercer lugar, por decirlo de alguna manera, porque no es que haya un orden ni tampoco un método: “amar”. Los seres humanos son a muchos títulos indigentes, necesitan alimento, cobijo, abrigo, oxígeno, educación, etc. Pero por sobre todo, el ser persona aspira a ser valorado, apreciado, a ser significativo para alguien. El ser gratuitamente amado asombra, desarma, acompaña, consuela, y es que muchas veces en esos momentos en los que justamente el amor por el otro que sufre se revela, se manifiesta, se fortalece.

La psiquiatra suizo-estadounidense, Elizabeth Kübler-Ross, pionera de los estudios acerca del duelo y del enfrentamiento de la muerte en los pacientes terminales, lo expresaba del siguiente modo: “Nunca he conocido nadie cuya mayor necesidad no sea el amor, el verdadero amor incondicional”.

En virtud de esa real fuerza unitiva del amor, a la que ya se hizo referencia, el sufriente se experimenta unido al que lo acompaña, lo comprende y lo cuida con amor. Unión que no destruye completamente esa suerte de soledad “metafísica”



de cada persona ante sí mismo y ante los demás, pero que alivia de un modo real y eficaz. “Todo es soportable cuando hay amor”, agregaba la Dra. Kübler-Ross. Y por eso concluía: “Una realidad que no se enseña en las facultades de Medicina es que un corazón compasivo puede sanar casi todo. Ser buen médico no tiene nada que ver con anatomía, ni con recetar los medicamentos correctos. El mejor servicio que un médico puede prestar a un enfermo es ser una persona amable, atenta, cariñosa y sensible”.²

EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO

No se puede vivir sin sufrir. Mucho o poco, grande o chico, el sufrimiento es nuestro compañero de ruta. Todo sufrimiento deriva de un mal, pero hay sufrimientos buenos. Sufrir por la injusticia es un signo de rectitud moral, y está objetivamente peor el que no sufre por la injusticia que el que sí lo hace.

El sufrimiento deriva de un mal, pero puede hacer bien. No es bueno por ejemplo que los niños sufran. Una persona que no ha sufrido y que no ha aprendido a enfrentar el sufrimiento en su educación, carece de algo fundamental para la vida. Hay sufrimientos que destruyen y otros que hacen madurar. Lo que destruye no es el sufrimiento *per se*, sino el que se podría llamar sufrimiento absurdo, que es generalmente el que no se entiende, o aquel que nadie nunca debiera tener. Como ya se ha mencionado, el sufrimiento generalmente no es absurdo, es lógico, pero a veces la causa puede ser tan injusta, tan inesperada, tan inconmensurable

que llega a ser dañino o doblemente doloroso. El sufrimiento temprano provocado por el abandono, la violencia, la injusticia, son sufrimientos potencialmente destructores. Ese potencial destructor proviene quizás del percibir que eran evitables y que son provocados justamente por aquellos de quienes se espera acogida, cariño y protección.

Hay sufrimientos que no es lícito infligir a otros, y por el contrario a veces puede ser una obligación enfrentar a otro con realidades que sabe que lo harán sufrir. Hay cosas que un enfermo tiene que saber acerca de su enfermedad y que no se le puede ocultar por temor a hacerlo sufrir. Ciertamente no se trata de dejarlo después solo en su sufrimiento. Si se lo deja solo se lo hace sufrir dos veces.

Hay sufrimientos que nosotros como profesionales de la salud no tenemos el derecho de provocar en nuestros paciente y en sus familiares. El sufrimiento mayor o menor, provocado a los enfermos por ejemplo por el abandono, la falta de información, la impuntualidad evitable, la falta de consideración y a veces hasta la mínima educación, constituyen verdadera negligencia; no negligencia profesional en el sentido usual de violación culpable de la “*lex artis*”, sino negligencia moral. Faltas que quizás en una persona sana no tendrían tanta importancia, pero que tratándose de un enfermo terminal, adquieren una dimensión particularmente ominosa.

Mientras más envejecemos más sufrimos, porque nos damos cuenta de más cosas, y eso no es malo, aunque no sea fácil. Por lo general no apreciamos que alguien decida por nosotros qué es lo que debemos

2 Kübler-Ross, E., *Una vida plena*, Barcelona, Vergara, 2004.



o no debemos sufrir. Como médicos no debemos quitarle importancia al sufrimiento, es parte de nuestra tarea profesional, y enfrentándolo con coraje y con los ojos abiertos nos vamos haciendo más experimentados y más humanos.

Lo contrario del sufrimiento es la alegría y el gozo. Hay personas que no se alegran y no gozan porque no saben sufrir. Sufrir se aprende a gozar, se entiende mejor lo que es la verdadera alegría. Porque como decía el sabio Maraño: “Vivir no es sólo existir, sino sufrir y gozar, saber reír y llorar, y no dormir sin soñar”.

Queridos participantes a este Congreso en general y colegas profesionales de la salud aquí presentes, jóvenes y menos jóvenes, les deseo una vida profesional de grandes alegrías y gozos, pero justamente para ello o debemos esquivar el dolor cuando nos llega o nos corresponde asumirlo. Necesitamos “curtarnos” en el sufrimiento y el dolor. El de ustedes o el de sus enfermos, de los familiares de los

enfermos, y el de aquellos que sin particular competencia profesional los asisten y los acompañan, que también gozan y sufren, y que nos suelen dar muchas veces a nosotros, profesionales de la salud, una cátedra de dolor.

Para terminar quisiera hacer dos citas que condensan mejor lo que haya podido hacer, el mensaje central de esta reflexión. La primera está tomada de la *Carta Encíclica Spe salvi*, de Benedicto XVI: “la grandeza de la humanidad está determinada esencialmente por su relación con el sufrimiento y con el que sufre. Esto es válido tanto para el individuo como para la sociedad. Una sociedad que no logra aceptar a los que sufren y no es capaz de contribuir mediante la compasión a que el sufrimiento sea compartido y sobrellevado también interiormente, es una sociedad cruel e inhumana”.³

La otra cita es de san Juan de la Cruz, y es muy conocida: “En el atardecer de la vida se nos juzgará sobre el amor”.

3 Benedicto XVI, *Carta Encíclica Spe salvi*, 30 de noviembre de 2007, N° 38.



ASPECTOS BIOÉTICOS Y SOCIOECONÓMICOS DE LA SALUD*

NILIA VICTORIA ESCOBAR YÉNDEZ, ANTONIO OLIVA ALONSO
Y ZULEMA GRACIA LÓPEZ

RESUMEN

El enorme cambio ocurrido en ciencia y salud durante las últimas décadas ha conducido a una reformulación de la ética médica. El desarrollo reciente de la Bioética se caracteriza por el intento de conjugar los nuevos hechos propios de las ciencias biológicas con todos los valores, en sus principios, los que a menudo entran en conflicto en la práctica y resolverlos resulta fundamental para el arte de la medicina, en lo cual, además, se halla involucrada la responsabilidad social. En este trabajo se tratan de establecer puntos de encuentro entre bioética y asignación de recursos para la salud o de justicia sanitaria, es decir, entre la ética y la economía, dos disciplinas que –según la creencia contemporánea– viven de espaldas una de otra y, sin embargo, siempre han pertenecido a un mismo terreno, en el marco de una América Latina donde prevalecen los perfiles demográficos del subdesarrollo y la profunda desigualdad que desgarran a la Región. Por otro lado, se muestra que la formación profesional y ética del médico y el dominio de habilidades semiológicas, no reemplazables por la tecnología, aunque sin despreciar la trascendencia de ésta, son decisivas para el ejercicio de una medicina humana, técnica, ética y socialmente eficaz.

Descriptores: salud; bioética, factores socioeconómicos

ABSTRACT

The colossal change in science and health care that has taken place during the last decades has resulted in a reformulation of medical ethics. The recent outgrowth in Bioethics is characterized by the attempt of conjugating the new facts related particularly to the biological sciences with all the values, which often get into contradiction in practice. Besides, their solution –in which social accountability is involved– is essential for the medical sciences. In this work it is reported the common points between bioethics and the allocation of resources for health care; that is to say, the relationship between ethics and economics, two subjects that - according to the contemporary belief - are back to back. However, they have always belonged to the same field in Latin America where the demographic profiles of under development and the stressed inequality that rends the region are predominant. Moreover, it is shown that the doctor's professional and ethical training together with the mastering of semiological abilities –that can not be replaced by technology although its prominence is not to be underestimated– are decisive for the exercise of a human, technical, ethical and socially effective medicine.

Subject headings: health; bioethics; socio-economic factors.

* Tomado de *Medisan*, 1998, 2(3): 36-44.

INTRODUCCIÓN

La economía de la salud surgió en Estados Unidos de Norteamérica como una subdisciplina de la economía, al inicio de la década de los setenta. Su aparición se debe, básicamente, a la necesidad de dar respuesta a dos problemas importantes: la contención de los costos y la equidad, en particular la cobertura incompleta y la eficiencia de los diversos tipos de servicios de salud. ⁽¹⁾

En América Latina, los principales problemas de la organización de los servicios incluyen, además de la limitada cobertura, insuficientes medios para cubrir las demandas sanitarias de la población en términos de accesibilidad, integralidad y calidad, así como asignación y uso inadecuados y poco equitativos de los recursos, que derivan en grandes desperdicios. Así, la crisis que afecta a los países pobres ha alcanzado cifras alarmantes y el informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS muestra que: más de 2.000 millones de personas (40% de la población mundial) viven en la pobreza; otros 1.000 millones de seres humanos sobreviven sin ingresos para satisfacer las necesidades básicas; cientos de millones padecen de malnutrición el más cruento e injusto de todos los padecimientos con que el subdesarrollo atormenta a la mayoría de los latinoamericanos. ^(2, 3, 4)

En la actualidad unos 200 millones de personas de la Región viven en la miseria, lo que determina que se hallen expuestas a un gran número de factores de riesgo, de manera que los grupos sociales más necesitados no tienen otra opción que vivir en cinturones de marginalidad que promueven el aislamiento y la ausencia

de apoyo social, así como la baja autoestima. También se ven forzados a aceptar trabajos con mayor riesgo de contraer enfermedades o de quedar discapacitados, todo lo cual contribuye a aumentar los períodos de desempleo; se promueven comportamientos antisociales que genera todo tipo de violencia. Por tanto, se marcan en el círculo vicioso de la pobreza que engendra más pobreza. ⁽³⁻⁵⁾

Nuestro Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz, expresó en un fragmento de la obra *La crisis económica y social del mundo*.

“En tanto la salud no sea considerada como un derecho fundamental del hombre y un deber de la comunidad, en tanto no se reconozca la responsabilidad del Estado en la atención y cuidado de la salud, en tanto no desaparezcan las desigualdades en la distribución de los recursos para la salud a escala nacional e internacional, en tanto no se luche frontalmente contra la pobreza, el hambre, la ignorancia y la insalubridad, poco será lo que podrá lograrse con el mejoramiento de la salud humana en el mundo subdesarrollado”.

En este trabajo se intenta mostrar la interrelación de los aspectos bioéticos y socioeconómicos de la salud dentro del complejo mundo de hoy, donde en cada país del primer mundo, hay un tercer mundo de desamparados, y en cada uno de los del tercer mundo hay un primer mundo de privilegiados.

DESARROLLO

La Salud Pública en las próximas décadas en América Latina debe descansar sobre dos pilares sólidos: el desarrollo y la equidad.



La promoción y la protección de la salud pueden constituir la única solución posible a las necesidades de salud en las Américas, aunque no sea una solución instantánea; y este reto implica un proceso de transformación política, cultural y social que permita hacer de la salud en sí, no sólo una responsabilidad colectiva, sino una prioridad. Ello trae consigo la generación de una cultura de la salud que garantice la promoción y protección de la vida como valor supremo y que la población pueda acceder a servicios oportunos, equitativos y universalmente disponibles. ^(3, 4)

La búsqueda de la equidad se basa en otorgar a la gente igualdad de oportunidades para alcanzar el máximo potencial individual y colectivo.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la iniquidad se refiere a las diferencias sistemáticas en materia de salud, que no sólo son innecesarias y evitables, sino que son injustas. ^(3, 5, 6)

La economía analiza las distintas alternativas de elección en el nivel individual y social, y estudia el problema de la utilización de exiguos recursos. Así, el racionamiento y la escasez son una realidad, por lo cual, uno de los elementos cruciales para los economistas de la salud es el de la racionalización de los servicios en este sector. ^(1, 7-10)

El término “bioética” es de cuño reciente y lo introdujo el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter (1970-1971), quien argumentó la necesidad de crear una ciencia y un movimiento de científicos en el ámbito mundial para el desarrollo de una investigación multidisciplinaria

que sirviera de puente entre la ética y las ciencias biomédicas. ⁽¹¹⁻¹⁶⁾

En la práctica los principios éticos (beneficencia, no-maleficencia, autonomía, decir la verdad al paciente y justicia) pueden resumirse en tres: beneficencia, autonomía y justicia. Según la beneficencia, que incluye los dos primeros, las ventajas derivadas de la aplicación de una técnica o procedimientos deben ser superiores a sus riesgos, ya que así no habrá conflictos en términos éticos; es decir, va dirigida al deber de contribuir al bienestar del paciente y se basa en prevenir o contrarrestar el mal o daño y en hacer o fomentar el bien.

El principio de autonomía (abarca ésta y el decir la verdad al paciente) indica que hay que respetar la decisión del paciente en cuanto a cantidad y tipo de tratamiento aplicado; o sea, es la capacidad de autogobierno que permite al paciente, en pleno uso de sus facultades, tener el derecho legal y moral de tomar sus propias decisiones y éstas tienen prioridad sobre las del médico y la familia.

El tercer principio es el de justicia, según el cual una actuación no puede considerarse ética si no resulta equitativa, es decir, si no está disponible para todos aquellos que lo necesiten. ^(12, 15, 17)

Cada uno de ellos tiene una significación moral específica. El enfermo actúa guiado por el principio moral de “autonomía”; el médico, por el de “beneficencia”, y la sociedad por el de “justicia”.

Ello demuestra que en la relación médico-paciente siempre se hayan presente estas tres dimensiones y que es bueno que así sea. ^(18, 19)



Cabe destacar que en los últimos años la autonomía ha desplazado a la beneficencia como primer principio de la ética médica, cambiando el centro de la toma de decisiones del médico al paciente y reorientando la relación del médico con éste hacia un acto más abierto y franco, en el que se respeta más la dignidad del paciente como persona; ello es una respuesta a la confluencia de fuerzas socio-políticas, legales y morales, que han influido profundamente en la ética médica.

En el marco de la atención de la salud, justicia generalmente se refiere a lo que los filósofos llaman “justicia distributiva”, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad. ^(20, 21)

El financiamiento de la salud es ahora el meollo de la política sanitaria y el problema de la justicia distributiva -paladín de la bioética de la política sanitaria- es ético y económico, una cuestión de principios y resultados. ^(15, 20, 22-27)

El médico debe saber utilizar con rigor la tecnología, tener buen juicio y decidir apropiadamente, porque así lo exige su posición moral, su ética profesional.

Cuanto más sólidos y profundos sean sus conocimientos de la rama médica que ejerce, y mucho mayor su destreza para ponerla en función, más fácil le será actuar competentemente sobre bases más firmes.

Referirnos a tecnología en cualquier actividad humana representa, en términos generales, hablar de evolución, progreso, transformación positiva, superación; y el propósito ha de ser que ésta se aplique con precisión, oportunidad y eficiencia a

toda persona, grupo humano o población que lo necesite y para lo cual constituye, consecuentemente, un beneficio.

Podemos aceptar que se hace un conveniente empleo de la tecnología cuando en la prevención primaria, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de uno o más pacientes se usan los recursos en forma racional, oportuna y por el tiempo y en las condiciones requeridas; de modo que siempre tendremos que considerar la universalidad de nuestro sistema de salud, su asequibilidad y base comunitaria.

La ética, la economía y la medicina pueden ayudarnos a comprender y resolver los conflictos de interés que pudieran surgir entre médicos, pacientes y sociedad en cuanto a la aplicación de procedimientos clínicos. ^(6, 28, 29)

Así, la práctica de la medicina enfrenta al médico continuamente con dilemas de tipo ético. Muchas decisiones conflictivas obligan al facultativo a hacer juicios de valor, eligiendo un camino que respete las esperanzas y los deseos del enfermo, pero también las directivas de los políticos que, de acuerdo con la meta de salud para todos en el año 2000, favorecen más las inversiones para la sociedad en su conjunto que para el individuo aislado.

Ello implica no sólo una mayor preocupación por la medicina primaria, comunitaria o de familia, sino también por el desarrollo de los adelantos tecnológicos y terapéuticos, así como de la capacitación adecuada del personal de salud que va a manejarlos. Puede tratarse tanto de tratamientos brillantes como los trasplantes, como de diagnósticos obtenidos por medio de costosos métodos de los cuales

los ejemplos más ostensibles son las técnicas de imagen (tomografía computarizada, resonancia magnética, etcétera). Otro ejemplo son los nuevos prototipos de instrumental para la litotripsia biliar y renal. El alto costo de estos medios obliga a utilizarlos de manera selectiva, con indicaciones precisas y rigurosas, y es entonces cuando surge el conflicto de decidir quiénes deben beneficiarse de ellos y quiénes no.

En los últimos años han arreciado las críticas por el uso indebido de esos novedosos procedimientos y la repercusión que esto tiene sobre la relación entre costos y beneficios. Por una parte, las aspiraciones del paciente que desea ser examinado o tratado con la técnica más avanzada, coinciden a menudo con las del médico, quien favorece el desarrollo tecnológico, por lo que su empleo tiende a aumentar de forma indiscriminada, encareciendo la asistencia; por otra parte, los gobiernos se ven a menudo impotentes para frenar esta invasión tecnológica, cuyos éxitos no pueden permitir ser ignorados por la publicidad que los acompaña y porque, a veces, incluso parece involucrar el prestigio nacional. ^(28, 30)

La evaluación sistemática de las prácticas médicas, especialmente las caras o peligrosas, así como de las innovadoras o discutidas, resulta necesaria, y puede mejorar la calidad de la atención al paciente, estimular la utilización de prácticas eficaces, reducir la confianza en las ineficaces, evitar el despilfarro y promover una utilización más racional de los recursos de salud. Por tanto, el costo de la evaluación de las nuevas prácticas debe considerarse como una parte intrínseca del

costo de la asistencia médica, que puede ayudar a reducir los gastos innecesarios y contendrá los costos. Por tanto, la evaluación de la tecnología médica se refiere no sólo a preguntas como “¿cuándo un médico debe pedir una prueba?”, sino también “¿cuándo debe adquirir un hospital un nuevo aparato para hacer una prueba?”. ^(27, 28)

Estas reflexiones no suponen de ninguna manera un rechazo a la tecnología, o incluso, a la investigación: Lo costoso no es la tecnología, sino la considerada superflua, mal utilizada; ésta no debe frenarse, sino racionalizarla, lo mismo debe decirse de la investigación. ^(8, 29)

El papel de la economía de la salud no es gastar menos en ello, sino invertir mejor, es decir, obtener los mayores beneficios sociales con menores costos. ⁽²⁴⁻²⁷⁾

La economía de la salud como ciencia, trata de ofrecer el mayor grado de bienestar posible a partir de los recursos disponibles y esto constituye un objetivo ético, por cuanto se infiere que resulta ético ser eficiente.

Lo más grave radica en que el mismo avance tecnológico repercute en una ampliación y profundización de la brecha que separa, en cuanto a salud, a ricos y pobres. La alta tecnología sirve cada vez más a un menor número de personas y, por consiguiente, el acceso a la salud se vuelve uno de los mayores privilegios de una minoría afortunada que se edifica, dolorosamente, sobre los cadáveres de millones de seres humanos. Se dice que vivimos en la época de los “derechos humanos”, y parece que el más real es el derecho a morir por hambre y enfermedad,



adonde poco o nada importa que una persona muera, y menos aún, si se trata de uno de los tantos miles de desocupados, ya que por cada trabajador que muere hay decenas o centenas de ellos que se disputan el puesto.

Los adelantos científicos y los progresos de la tecnología médica permiten en la actualidad una increíble precisión en el diagnóstico y tratamiento de enfermos hasta hace poco insalvables, lo que garantiza incluso su curación a un alto costo.

Estos son logros que nadie puede objetar. Pero al mismo tiempo, ¿cuántos millones de niños mueren anualmente por causas previsibles a muy bajo costo?; ¿cuántos mueren por sarampión o tosferina, enfermedades que pueden evitarse con una vacunación oportuna?; ¿cuántos mueren por diarrea cuando con saneamiento básico y agua potable se puede evitar ese masivo infanticidio? y, ¿cuántos millones de niños y ancianos mueren por desnutrición en una época histórica de consumismo y derroche?; ¿cómo es posible que se gasten miles de millones de dólares en misiles y otros artefactos de destrucción, mientras que en la mayoría de los países subdesarrollados hay millones de personas que no tienen acceso a un simple analgésico? Esta es la realidad ética de la economía de nuestros tiempos, de la economía de mercado y, frente a esta crisis de la salud, no se aprecia una verdadera solidaridad humana.

Hoy se requieren compromisos más serios y más revestidos de sentido social y de principios de solidaridad humana, es decir, se requiere de un nuevo esfuerzo; quizá más profundo, más revolucionario,

más humanístico con miras a alcanzar la equidad y la justicia en la salud, como lo avizora la OMS en el sencillo lema “salud para todos”, que refleja no sólo el nuevo pensamiento sobre la salud, sino un profundo cambio conceptual desde la ética hipocrática a la de nuestros días.⁽³¹⁻³³⁾

La peculiaridad de la salud como bien social hace de su atención la piedra de toque de la justicia en términos de “mínimos morales”; es decir, una política de salud que concilie la racionalización económica con la racionalidad ética, los criterios deontológicos o de equidad con el “derecho” a la asistencia médica. En definitiva, salud es la justicia que sepamos administrar y, por tanto, ni la ética debe ignorar la economía ni viceversa; aquella sin ésta es vacía, ésta sin aquella es ciega.

“Mínima moralía”, ética económica o economía moral sería la propuesta para el diálogo, hoy insoslayable, entre la economía y la ética médica en el marco de la política sanitaria. Las cuestiones de justicia, eficiencia y equidad en la atención a la salud ya no deben ser exclusivamente relevantes para el personal sanitario que trabaja en el nivel social de la macroasignación de recursos, sino también para el médico de cabecera en la microasignación de éstos, pues la realidad socioeconómica del costo de la salud no se encuentra al margen de la toma de decisiones clínicas.⁽³⁴⁻³⁶⁾

La Economía de la Salud y la Ética Médica aportan elementos que posibilitan tomar decisiones clínicas más científicas y certeras; permiten conciliar la racionalización económica con la racionalidad ética, así como las prioridades epidemiológicas con las económicas, a fin de identificar las



mejores opciones en la asignación de los insuficientes recursos disponibles.

La postura sensible que ocupa el médico en la sociedad no le confiere privilegios, sino una mayor responsabilidad social al preservar la cualidad moral de la relación sanitaria y la integridad de la persona del paciente, además de ser el guardián de los recursos del sector.

La decisión más dramática en el nuevo “Doctor’s Dilema” es la asignación de escasos recursos para el tratamiento médico, tales como la hemodiálisis y los trasplantes de órganos”: ¿Quién debe vivir cuando no todos pueden vivir?”; ¿Por qué la ineficiencia y la falta de equidad en los servicios de salud?”.

La racionalidad bioética debe ser un acicate intelectual y moral para la transformación del sistema, del que no podrán mantenerse al margen la teoría y la práctica de la justicia como nueva filosofía de la salud.

La Bioética es una disciplina en vías de exploración, cuyo discurso –aún insuficientemente estructurado y siempre necesitado de revisión– debe estar tentativamente presente para ayudar a resolver los dilemas éticos que el desarrollo de la ciencia y la tecnología ofrecen en la atención y el cuidado de la vida y la salud. ^(15, 25, 37-42)

Sustenta nuestro enfoque bioético y socioeconómico de la salud un fragmento de la Dra. Josefina Toledo Benedict, en su obra *La ciencia y la técnica en José Martí*, que dice:

“Sólo una formación económico social superior, humana y equitativa es capaz de traducir los adelantos de la ciencia y la

técnica en beneficio material y espiritual de toda la sociedad –no de una parte de ella- y de luchar consecuentemente por la paz como meta natural del hombre.

Y en esa escalada de amor, las fuerzas progresistas de la humanidad otorgarán anuencia definitiva a la pregunta-afirmación de José Martí: ‘Para qué, si no para poner paz entre los hombres, han de ser los adelantos de la ciencia’”.

REFERENCIAS

1. “El estado del arte de la economía de la salud” (editorial). *Bol Redefs*, 1995; 1(2): 1-4.
2. Martín Martín J. “Eficiencia, instituciones y organización sanitaria. Una aproximación económica”. En: *Salud, Mercado y Estado. III jornada Internacional de Economía de la Salud*, 1994: 65-92
3. Restrepo H. E. “Promoción de la salud y equidad: un nuevo concepto para la acción en salud pública”. *Educ Med Salud*, 1995; 29 (1): 76-91.
4. Musgrove P. “La crisis económica y sus repercusiones en la salud y la atención de salud en la América Latina y el Caribe”. En: *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, DC: OPS, 1992: 1098-121 (publicación científica, N° 534).
5. “Economía para el análisis del sector salud” (resumen de investigación). *Bol Redefs* 1995; 1(2): 8-9.
6. Williamson J. W. “Evaluación del juicio clínico del médico”. En: *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, DC: OPS, 1992: 374-81. (Publicación Científica, N° 534)
7. Soberón G. Valdés Olmedo C. “Investigación en políticas y en sistemas de salud: el interés de Funsalud”. En: *Economía y Salud. Documentos para el*



- Análisis y la Convergencia*, N° 1, México: Fundación mexicana para la salud, 1994: 23-39.
8. González Block M. A., Zurita B., Frank J., Franco F., Arredondo A., Oneisser M., Ramírez R. “Demanda y oferta de servicios: obstáculos a la mejoría del sistema de salud en México”. En: *Economía y Salud. Documentos para el Análisis y la Convergencia*, N° 6 México: Fundación mexicana para la salud, 1994: 15-54.
 9. Mushkin S. N. “La salud como inversión”. En: *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, DC: OPS, 1992: 265-88.
 10. Anzola Pérez E. *La atención del adulto mayor: un desafío para los 90. División de promoción y protección de salud*. OPS/OMS, 1994: 7-12 (folleto).
 11. Hans Martin S. “La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación”. *Bol Of Sanit Panam*, 1990, 108 (5-6): 391-8.
 12. Salas Perea R. S. “Principios y enfoques bioéticos en la educación médica cubana”. *Educ Med Super*, 1996, 10 (1): 28-37.
 13. Kotow M. H. “Temas de bioética”. En: *Introducción a la bioética*. 1ª ed., Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1995:81-98. (Colección El Mundo de las Ciencias).
 14. Beca J. P. “Prioridades temáticas de bioética en América Latina y el Caribe”. *Bioética. Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, N° 1, 1ª ed., OPS/OMS, 1995:11-8.
 15. Mainetti J. A. “Bioética: una nueva filosofía de la salud”. En: *Bioética. Temas y perspectivas*. Washington, DC: OPS, 1990: 215-7 (publicación científica, N° 527).
 16. Tealdi J. C. “Qué es la Bioética”. En: *Filosofía y salud. Compilación de temas para la asignatura*. 1ra. Parte. Ministerio de Salud Pública: ISCM de La Habana, 1994:246-9.
 17. Kotow M. H. III. “Fundamentos de Bioética. 1. Aspectos generales”. En: *Introducción a la bioética*. 1ª ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1995: 51-5.
 18. Gracia D. “Theorema. Introducción. La bioética médica”. *Bol Of Sanit Panam*, 1990, 108 (5-6): 374-8.
 19. Piworka de Ana. “Saber bien para hacer bien”. En: *Bioética: temas y perspectivas*. OPS/OMS, 1990:50-5 (publicación científica, N° 527).
 20. Drane J. F. “Comentarios. Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud”. *Bol Of Sanit Panam*, 1990,108 (5-6): 586-90.
 21. Kotow MH. IV. 6. “Bioética y salud pública: Políticas y recursos”. En: *Introducción a la bioética*. Santiago de Cuba: Editorial Universitaria, 1995: 128-35.
 22. Donabedian A., Weelwe J. R., Wyezewianki L. “Calidad, costo y salud: un modelo integrador”. En: *Investigaciones sobre servicios de salud. Una antología*. Washington, DC: OPS, 1992, 809-27 (publicación científica, N° 534).
 23. Nakanishi S., Yamada T., Scott A. K., Yoshikawa A. “Medical expenditures: Uncovering the costs of care”. En: *Japan's Health System: Efficiency and effectiveness in universal care*. New York: Faulkner and Gray, 1993: 63-79.
 24. Gómez Dantés O., Zorrilla P. “La protección del consumidor en el campo de la salud”. En: *Economía y Salud. Documentos para el análisis y la convergencia*. N° 4. México: Fundación mexicana para la salud, 1994: 29-36.
 25. Fulton J. “The role of physicians”. En: *Canada's Health Care System: Bordering on the possible*. New York: Faulkner and Gray, 1993: 65-87.



26. Botella J. "Aspectos éticos y sociales de los trasplantes de órganos", En: *Nefrología*, 1994, 14 (Suppl 1): 61-3.
27. Gutiérrez Marlote J. "Implicación de los profesionales sanitarios en el control de gastos". En: *Nefrología*, 1994, 14 (Suppl 1): 118-33.
28. Villardell F. "Problemas éticos de la tecnología médica". *Bol Of Sanit Panam*, 1990, 108(5-6): 399-404.
29. Fineberg H. V., Hiatt H. "Evaluación de las prácticas médicas: argumentos para la valoración de la tecnología". En: *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, DC: OPS, 1992:742-50. (publicación científica, Nº 534).
30. Conde J. "Aspectos económicos y organizativos del tratamiento de la insuficiencia renal crónica". En: *Nefrología*, 1994,14 (Suppl 1): 3-9.
31. Naranjo P. "Del juramento hipocrático a la ética de la salud pública" (editorial). *Educ Med Salud*, 1994, 28(1):3-6.
32. Drane J. E. "Preparación de un programa de bioética de la OPS (conferencia)". En: *Bioética en América Latina y el Caribe*. Seminario Taller Santiago-Chile. Publicación oficial del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe. 1ª ed., Santiago de Chile: Editorial Graphos Comunicaciones, 1995:20-35. (edición periodística Rebeca Uribe Fridman).
33. Drane J. E. "Discursos". En: *Bioética en América Latina y el Caribe. Seminario Taller Santiago-Chile*. Publicación oficial del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe. 1ª ed., Santiago de Chile: Editorial Graphos Comunicaciones, 1995:10-9 (edición periodística Rebeca Uribe Fridman).
34. Rodríguez del Pozo P. "Bioética y asignación de recursos en salud. Bioética". En: *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, Nº 1, 1ª ed., OPS/OMS, 1995:91-106.
35. Tristram Engelhardt H., Cherry M.S. "La bioética: hito de las humanidades médicas. En: *Bioética. Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, Nº 1, 1ª ed. OPS/OMS, 1995:55-64.
36. Pellegrino E. D. "Metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años". En: *Bioética. Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, No. 1, 1ª ed., OPS/OMS, 1995:19-34.
37. Alonso R. "El paciente crónico y su entorno social". En: *Nefrología*, 1994,14 (Suppl 1): 24-6.
38. Gracia D. "¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Mesa Redonda". En: *Bol Of Sanit Panam*, 1990, 108 (5-6): 570-85.
39. Lázaro P. "Evaluación de las tecnologías alternativas para el insuficiente renal crónico: eficiencia, equidad". En: *Nefrología*, 1994, 14 (Suppl 1): 49-60.
40. Herardo L. "La selección del paciente para el tratamiento sustituto de la insuficiencia renal crónica. ¿Es posible?". En: *Nefrología*, 1994, 14 (Suppl 1): 20-3.
41. Temes J. L. Calidad y costo de las técnicas de sustitución. *Nefrología* 1994; 14 (Suppl 1): 10-3.
42. Felipe C., Naya M., Revilla R., Matesanz R. "Impacto económico de la incorporación de nuevos avances biotecnológicos en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica en España". En: *Nefrología*, 1994, 14 (Suppl 1): 111-7.



EVIDENCIA CIENTÍFICA Y DISCURSO BIOÉTICO*

LUIS MIGUEL PASTOR GARCÍA

RESUMEN

El presente artículo pretende estudiar la relación que existe entre las ciencias positivas, en concreto las biomédicas, y la elaboración del discurso bioético. Principalmente se aborda la cuestión de si la bioética requiere del dato biomédico para su adecuada elaboración y hasta que punto ese dato es determinante en el discurso bioético. También se analiza cuales serían los criterios que deberían regir las relaciones entre el ámbito estrictamente biomédico y el bioético. Previamente se realiza un breve estudio sobre la racionalidad científica y el grado de verdad que pueden alcanzar las ciencias empíricas llegando a la conclusión de que para determinarlo es necesario partir de una teoría del conocimiento. Desde lo que hemos denominado realismo gnoseológico, hemos valorado el tipo de racionalidad que poseen las ciencias biomédicas, pasando a proponer después, desde esta racionalidad, la relación que tiene que existir entre la evidencia biomédica y la elaboración de la bioética. Concluimos afirmando que la bioética necesita de la ciencia biomédica para poder desarrollarse adecuadamente como ciencia, pero al mismo tiempo, esto no significa que la bioética se reduzca a la ciencia biomédica o que se derive de ella. En la construcción de la bioética el dato biomédico es necesario pero no suficiente; es condicionante de la solución del problema o conflicto estudiado pero, para solucionarlo, se requiere que éste se integre en un razonamiento de carácter eminentemente ético.

Palabras Claves: evidencia, bioética, verdad, ciencias biomédicas, conocimiento humano.

ABSTRACT

This paper studies the relationship between the positive sciences, in particular the biomedical sciences, and bioethical discourse. Mainly addresses the question of whether bioethics requires adequate biomedical data for their development as science and that importance have such data in bioethical discourse. It also discusses the criteria that should govern relations between bioethics and biomedical fields. Before this is done a brief study of scientific rationality and the degree of truth that can achieve the empirical sciences coming to the conclusion that to determine it is necessary starting from a theory of knowledge. From what we have called epistemological realism we have valued the type of rationality that has biomedical sciences. Then from this rationality we have proposed the relationship that must exist between the scientific evidence and development of bioethics. We conclude that bioethics needs the biomedical sciences to develop properly as a science but at the same time this does not mean that bioethics is reduced to biomedical science or derived from it. In development of bioethics is necessary the data biomedical but not sufficient, it is condition for the solution of problem or conflict studied but requires that this data is integrated into an eminently ethical reasoning.

Key words: evidence, bioethics, truth, biomedical sciences, human knowledge.

* Tomado de la revista *Cuadernos de Bioética*, XX, 2009, 3a.

1. INTRODUCCIÓN

Una de las ideas más extendidas entre los profesionales que se dedican exclusivamente a la bioética o de sus divulgadores es que esta disciplina posee un carácter esencialmente interdisciplinar¹. Ahora bien, esta idea compartida por todos y perteneciente al *corpus* mismo de la bioética tiene que ser explicada no sólo de una manera fáctica sino diríamos de una forma viva o dinámica. Es decir, dando respuestas a preguntas como: ¿cuál es el modo en que las diversas materias que confluyen en la bioética se relacionan entre sí? ¿qué criterio determina, si es que existe, una jerarquía entre las mismas? o ¿cuál es el papel de determinada disciplina dentro de la elaboración del discurso racional de la bioética? En este artículo nos centraremos en esta última pregunta aplicada a un caso como es el de las ciencias biomédicas. En concreto nos interesa determinar si: a) la bioética requiere del dato científico para una adecuada elaboración

de la misma; b) hasta que punto ese dato es determinante en el discurso bioético y c) cuáles serían los criterios que deberían regir las relaciones entre el ámbito estrictamente biomédico y el bioético.

Antes de iniciar el desarrollo de este artículo, considero oportuno poner de manifiesto que el objetivo del mismo no sólo responde a una cuestión meramente académica en el marco de la bioética sino que también responde a un debate que puede observarse en el entorno sociopolítico y al cual no se sustrae la misma investigación biomédica. En estos últimos meses hemos asistido a numerosos debates sociales sobre cuestiones bioéticas en los cuales ha estado implicada la ciencia biomédica, en unos casos para apoyar una determinada posición bioética o en otros su contraria. En esos debates los contrincantes han argüido que el dato científico fundamentaba una determinada posición bioética, en otras ocasiones se sostenía que tal dato era susceptible de variadas interpretaciones o, en otras, de forma más radical, se afirmaba que el mismo estaba siendo manipulado y puesto al servicio de una determinada ideología². Ante esto las

1 Tal afirmación puede encontrarse en muchos manuales de bioética, Cf. Sgreccia E. *Manuale di Bioetica*, Vol I, *Fundamenti ed Etica Biomedica, Vita e Pensiero*, Milan, 1999, 26-30. Algunos autores matizan este carácter interdisciplinar y apuntan que “aunque esta postura es defendible desde un punto de vista práctico, considero que por sí sola no autoriza a conceder a la bioética un estatus epistemológico diverso del de la ética. Pues, de una parte, la concreción de su materia no hace de ella una ciencia diversa ya que también aquí se trata de acciones humanas (por mucho que la materia de estas acciones se circunscriba a un ámbito determinado); y, de otra, su mismo carácter interdisciplinar –que es hasta cierto punto lo más novedoso de la bioética– no constituye tampoco un motivo suficiente para constituir la en una ciencia independiente. Después de todo, la misma interdisciplinariedad podría verse como una ampliación sistemática de la deliberación que ha de preceder a toda decisión éticamente aceptable, cuya aceptabilidad, en todo caso, corresponde examinar a la ética”. González A. M. “Claves éticas para la bioética”. *Cuad. Bioét.* 12, (2001), 305-318.

2 Los ejemplos son múltiples. Hace unos meses el presidente de los Estados Unidos Obama declaraba en contraste con la política de Bush sobre cambio climático y células madre que “Hoy más que nunca, la ciencia tiene la llave para la supervivencia del planeta... el progreso científico se apoya en la evidencia, y los hechos no deben ser nunca retorcidos por razones políticas e ideológicas”. *El Mundo*, 22.XII.2008 pag. 27. También *Lancet*, en un editorial, criticaba a Benedicto XVI por unas palabras –en mi opinión mal interpretadas por esta revista al hacerlo desde una perspectiva meramente científica del problema– que según ellos irían contra la evidencia científica que indica que “the male latex condom is the single, most efficient, available technology to reduce the sexual transmission of HIV”. Es más llegan a afirmar que el «error



Nota 2, viene de la página anterior

was due to ignorance or deliberate attempt to manipulate science to support Catholic ideology is unclear». *Lancet*, 373 (2009), 1054. Por último, en el entorno español, hemos asistido en relación al debate de una nueva ley despenalizadora del aborto a un enfrentamiento entre científicos que muestra a las claras cómo la cuestión sobre el alcance de las ciencias biomédicas en el discurso bioético es un tema actual. Por un lado, un grupo numeroso de científicos de la biología y la medicina junto a expertos de bioética expresaron su opinión sobre esta reforma en la denominada «Declaración de Madrid». En ella recordaban una serie de hechos biológicos relacionados con el cigoto y el embrión afirmando que el aborto es la interrupción de una vida humana. Al poco tiempo otro grupo de científicos elaboró un contra-manifiesto cuyo título: “En contra de la utilización ideológica de los hechos científicos” pone de manifiesto una argumentación muy distinta a las comentadas anteriormente. Si hasta ahora hemos puesto ejemplos de que los datos científicos son importantes en el discurso bioético –y no utilizarlos es ideología– ahora, estos firmantes, indican la neutralidad de los mismos y que utilizarlos es ideologizar la ciencia en cuanto que “el momento en que puede considerarse humano un ser no puede establecerse mediante criterios científicos; el conocimiento científico puede clarificar características funcionales determinadas, pero no puede afirmar o negar si esas características confieren al embrión la condición de ser humano, tal y como se aplica a los individuos desarrollados de la especie humana. Esto entra en el ámbito de las creencias personales, ideológicas o religiosas” por lo que no se debe, según ellos, decir que la ciencia avala que desde la fecundación hay un ser humano. Ante esto comentaba César Nombela Cano: “como científico, me he sentido muy decepcionado por mis colegas, porque les pediría que digan cuando comienza en su opinión, puesto que la ciencia sí nos dice cómo nos hemos desarrollado a través de dos gametos, y cómo es ese proceso. Entonces la ciencia debería decir algo sobre cuando existe el ser humano. Estoy de acuerdo en que concederle valor y derechos es cosa de otro ámbito, pero reclamo que la ciencia nos sirva para objetivar y fundamentar ese ámbito de valores». *La Gaceta*, 8.VI.2009, pag. 28. Como se ve el tema es complicado, y la discusión continúa. Así recientemente la ministra de igualdad del gobierno de España, Bibiana Aído, declaró respecto al no nacido que es “un ser vivo, claro, lo que no podemos hablar es de ser humano porque eso no tiene ninguna base científica”. A esta

preguntas surgen: ¿qué papel tienen los datos o hechos científicos biomédicos en la elaboración de un discurso bioético?, ¿son susceptibles éstos de ser interpretados ideológicamente?, ¿existen datos científicos evidentes y libres de interpretaciones?, ¿ellos, de por sí, son suficientes para resolver dilemas éticos que tiene planteada la biomedicina actual?

Como se ve para contestar estas preguntas se requiere no sólo conocer la naturaleza epistemológica de la bioética, sino también considerar cual es el alcance de verdad que tienen las proposiciones

afirmación contestaba en sentido inverso Nicolás Jouve de la Barreda de la siguiente manera: “la pregunta lógica que como biólogo y genetista me formulo yo es ¿de qué especie cree la Ministra que es ese ser vivo en fase embrionaria? Está claro. En el asunto del aborto no hay conocimientos científicos que valgan. No hay que darle muchas vueltas. No interesan los conocimientos científicos. Molesta la verdad. No quieren ni oírla... y a quienes se la explican les llaman demagogos... y a otra cosa. Sólo importa la ideología... Nosotras parimos, nosotras decidimos, aunque la decisión suponga la eliminación de una vida humana. Realmente la situación es clara. Dado que la ideología empieza donde termina el conocimiento, lo que las palabras de la Ministra significan es que en este asunto nos saltamos lo que dice la ciencia y vamos a lo que importa. Se prescinde del conocimiento y ancha es Castilla. De este modo la vida humana naciente es una idea, un ente desclasificado, algo irreal hasta la 13a semana, porque lo ha dicho el Gobierno de España. Tal falta de rigor científico y de sentido común es un claro exponente de lo que hay detrás de una reforma mayoritariamente indeseada por la sociedad, como lo ha demostrado la reciente encuesta de *Sigma 2*. Lo cierto es que el conocimiento de los hechos aportados por la ciencia es el principal antídoto frente a la ideología. En rigor, desde la perspectiva de la biología, no hay argumentos para discutir la condición de la vida humana con la misma intensidad en todas y cada una de sus etapas. Cada vida humana es una vida única y singular, desde la concepción hasta la muerte, perteneciente a la especie *Homo sapiens*, sin saltos cualitativos”. *ABC*, 20-5-2009.



de la ciencia experimental o, por decirlo de otra forma, qué tipo de racionalidad poseen las ciencias biomédicas. Por lo tanto, conocer el papel de las ciencias biomédicas en el hacer bioético exige saber cual es el modo de conocimiento que nos aportan estas ciencias y cómo éste se puede insertar con otras fuentes de conocimiento como es, en este caso, el propiamente bioético, más cercano al de las ciencias humanas.

2. LA RACIONALIDAD DE LAS CIENCIAS BIOMÉDICAS

2.1 LA RACIONALIDAD DE LAS CIENCIAS POSITIVAS EN LA FILOSOFÍA DE LA CIENCIA CONTEMPORÁNEA

En este apartado como es lógico no se pretende hacer un análisis exhaustivo de algo que es estudiado en profundidad en la filosofía de la ciencia. En esta disciplina se ha discutido durante todo el siglo XX sobre este particular, considerando desde varias perspectivas la racionalidad científica. Los análisis habidos han dejado, en mi opinión, el problema sin resolver, pues, si por un lado, la tendencia positivista – a través de la verificabilidad- ha intentado fortalecer a la ciencia experimental como el único modo de conocer objetivo de la realidad –lo que algunos denominan científismo³– por otro, diversas posiciones

más cercanas a la historia de la ciencia han puesto de manifiesto que, tras el quehacer científico, existe un *humus* social e histórico que lo condiciona, con lo que tras los datos científicos aparentemente neutros, siempre existen interpretaciones

mente diferenciadas de una filosofía cuyo valor se niega porque carecería de rigor, del progreso, de la posibilidad de comprobar experimentalmente sus afirmaciones, y del asentimiento general que se da en las ciencias experimentales. El positivismo es un tipo de científismo en cuanto que concibe a las ciencias experimentales como autosuficientes e ‘incontaminadas’ de vestigios filosóficos, y las considera como modelo de todo conocimiento valido”. Artigas M. *El desafío de la racionalidad*, Eunsa, Pamplona, 1994, 40. Ahora bien, este planteamiento es muy frágil y es evidente que la ciencia busca y alcanza una comprensión de la realidad, como también lo hace la filosofía y lo hace con su propio método y gozando de cierta autonomía, pero no es cierto que se fundamente sólo en los datos de la experiencia. La ciencia no es filosofía pero sus datos son conceptualizados para poder captar la realidad y estos no son simplemente la suma de los mismos. Intentar eliminar todo vestigio metafísico de la ciencia experimental es imposible pues se destruiría ella misma. Como mínimo, quedaría reducida como piensan muchas personas, sean científicas o no, a un preámbulo de la técnica. Las ciencias positivas tendrían un mero valor instrumental serían un conjunto de afirmaciones de las que no podría decirse que fueran verdaderas o falsas, simplemente serían útiles para la técnica. Al final el intento de exaltar a las ciencias experimentales por encima de todo tipo de conocimiento puede conducir –y de hecho se observa en nuestra sociedad– a rebajarlas a un papel secundario en la era tecnológica, donde prima el hacer sobre el conocer. Cfr. Artigas M. *El desafío de la racionalidad*, Eunsa, Pamplona, 1994, 40- 41. Este pensamiento “impone los propios fines sin reconocer el carácter y significado propio del hecho natural, previo a la propia intencionalidad. Así, la aventura del espíritu que culmina en la civilización técnica pretende que la autonomía del hombre dicte un modo de ética que no acepta la valoración de las realidades en juego, como si el mundo natural fuese un mundo irracional, sin significados y sin sentido. Sólo dispondríamos de acuerdos convencionales sobre la oportunidad o no de llevar a cabo un proyecto”. López Moratalla N. *Repensar la ciencia*, Eiusa, Madrid, 2006, 91.

3 Ya hemos comentado en algunos de los ejemplos que hemos puesto sobre la relación ciencia y bioética en nuestra sociedad que esta concepción de la ciencia esta detrás de ellos, sea porque son propiamente científistas o porque derivan de ella. El científismo en un primer momento pretende estudiar el conocimiento científico prescindiendo de presupuestos filosóficos “como si la ciencia experimental pudiera explicarse por sí misma: las ciencias «positivas» serían precisamente unas ciencias completamente autónomas,... perfecta-



subjetivas previas. Junto a esto la posición de Popper y sus seguidores parece intermedia entre ambos extremos, pues nos presenta una ciencia creada con rigor lógico⁴. Ahora bien, al mostrarla siempre inacabada o provisional en sus resultados –una tarea sin término, debida a que toda proposición científica es verdadera sólo mientras no sea falseada– su posición al final apoya la idea de que la racionalidad científica no sólo es limitada si no que no nos permite conocer la realidad tal como es. En síntesis, la filosofía de la ciencia contemporánea al reflexionar sobre la racionalidad de la ciencia experimental la muestra como un conocimiento relativo o nos la muestra dogmáticamente como la única forma de conocimiento verdadero de la realidad.

Este análisis, tan contrapuesto, se hace patente en nuestra sociedad en dos actitudes que simultáneamente podemos observar. Por un lado, la más extendida y popular, es la de la admiración ante todas las afirmaciones que lleven la etiqueta de científicas y, por otro lado, una cierta desconfianza hacia el conocimiento y poder ciego de la ciencia que empuja a muchas personas a una búsqueda de verdad a través de lo irracional o lo esotérico. Llegados a este punto podemos preguntarnos ¿estas explicaciones sobre el conocimiento científico responden a su realidad?; ¿puede ser posible que la filosofía de la ciencia moderna descansa sobre una teoría del conocimiento previa que la hace

balancearse entre los extremos del escepticismo y el puro cientifismo?; ¿cabe otra explicación de la racionalidad científica que nos muestre a ésta de una forma más equilibrada?

Considero que estas preguntas son importantes pues de lo contrario el tema que estamos tratando estaría zanjado. Me explico, si la ciencia experimental y en concreto las biomédicas fueran la única fuente de verdad en el ámbito de la vida y lo demás respecto a ese ámbito fueran sólo opiniones habría que afirmar que la evidencia científica determinaría necesaria y suficientemente el discurso bioético. Al final, los problemas éticos en las ciencias de la vida se reducirían sólo a cuestiones científico-técnicas que se dejarían en manos de los expertos, los cuales dictaminarían sobre su bondad o maldad, o mejor de lo correcto o incorrecto de ellas. Ahora bien, si las ciencias biomédicas aportan siempre conocimientos provisionales que pueden cambiar con el paso del tiempo y cuyo valor de verdad es relativo habría que afirmar que el discurso bioético no puede basarse en esos conocimientos. Podría ser o autónomo de lo que dice la ciencia biomédica, o a lo sumo, podría partir de ella aunque no tendría por qué sentirse determinada por la misma. En suma, los dos ámbitos de conocimiento interactuarían a través de relaciones de dominio o primacía del uno sobre el otro. A mi modo de ver, si esta fuera la relación que existe entre ciencias biomédicas y bioética no estaríamos dando una clara explicación a hechos que para muchos de los bioéticos son evidentes. De un lado, la insuficiencia de la ciencia biomédica, como toda ciencia experimental, para dar respuesta desde sí misma a los interro-

4 Una interesante descripción no sólo histórica sino también conceptual sobre las diversas interpretaciones de la ciencia durante el siglo XX a través de los principales autores que durante ese siglo han elaborado la filosofía de la ciencia puede consultarse en: Artigas M. *El desafío de la racionalidad*, Euns, Pamplona, 1994.



gantes sobre el significado, sentido o fin de sus actividades expresado en el axioma “no todo lo que se puede hacer se debe hacer”. De otro lado, la también insuficiencia de un discurso bioético encerrado en sí mismo y hecho o a espaldas del dato científico o basado en ocasiones en interpretaciones del mismo que lo instrumentalizarían ideológicamente⁵.

5 En la literatura bioética actual existe un debate sobre la importancia que tienen los datos empíricos en la elaboración de la bioética, en lo que se denominaría “ética empírica». También se debate sobre la importancia que pueda tener la denominada medicina de la evidencia en la creación de lo que algunos denominan «ética basada en la evidencia». Según muchos autores la bioética de estos últimos años ha considerado que las ciencias biomédicas llegan al conocimiento de datos y posteriormente la bioética comienza su discurso sobre los valores. De hecho es bastante usual que metodológicamente se traten primero los datos biomédicos y posteriormente venga la discusión bioética. Algunos autores analizando casos concretos relacionados con la información que hay que dar en un consentimiento informado plantean que los datos empíricos extraídos de una medicina basada en la evidencia muestran implícitamente un carácter ético –normatividad implícita le llaman– por lo que no son estrictamente neutros. Según estos autores no existiría un límite claro entre las ciencias descriptivas (biomédicas) y las prescriptivas (ética) y tanto en la elaboración de la ciencia como en la presentación de la evidencia científica existen valores implícitos. Estos autores plantean una nueva interdisciplinariedad en la que tanto los científicos y éticos estén presentes a lo largo de todo el proceso de estudio del problema. Tal modelo metodológico lo denominan “*integrated empirical ethics research*” en relación a otras cuatro posibles maneras de utilizar el dato empírico dentro de la bioética: “*the prescriptive applied ethicists*”, “*the theorists*”, “*the critical applied ethicists*,” and “*the particularists*”. Ahora bien, estos autores no llegan a una teoría general sobre como integrar los datos empíricos con una concepción ética global aunque sugieren caminos en esa dirección que consideran próximos a la ética aristotélica en la que la experiencia es muy importante para el juicio ético. Consideran también muy importante el dialogo con los profesionales que elaboran la ciencia biomédica. Molewijk, B.,

2.2 LA IMPORTANCIA DE UNA TEORÍA DEL CONOCIMIENTO PREVIA: REALISMO GNOSEOLÓGICO

Llegados a este punto pienso que hay que retornar a las últimas preguntas realizadas y contestar, en primer lugar, que sí existe otra forma de entender, desde la perspectiva filosófica, la naturaleza del conocimiento científico. Para ello es necesario basarse en una teoría del conocimiento distinta a la que ha sido utilizada

Stiggelbout, A. M., Otten, W. Dupuis, H. M. and Kievit, J. “Empirical data and moral theory. A plea for integrated empirical ethics”. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7, (2004) 55-69. Molewijk, A. C., Stiggelbout, A. M., Otten, W., Dupuis, H.M. and Kievit, J. “Implicit Normativity in Evidence-Based Medicine: A Plea for Integrated Empirical Ethics Research”. *Health Care Analysis*, 11, (2003), 69-92. Van der Scheer, L. and Widdershoven, G. “Integrated empirical ethics: Loss of normativity?” *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7, (2004), 71-79. Widdershoven, G., Abma, T. and Bert Molewijk, B. “Empirical ethics as dialogical practice”. *Bioethics*, 23 (4), (2009), 236-248. Una crítica de la postura “*Integrated Empirical Ethics*” es realizada recientemente proponiendo la «critical applied ethics revisited» en la que más que buscar una síntesis del dato empírico con el normativo proponen que ambos tengan que estar en tensión y en relación el uno al otro Leget, C., Borry, P. and De Vries, R. “Nobody tosses a dwarf!’ the relation between the empirical and the normative reexamined”. *Bioethics*, 23, (4), 2009, 226-235. Con respecto al uso del termino «ética basada en la evidencia» algún autor lo considera inadecuado en cuanto no es posible delimitar en la ética cual es la que tiene mayor o menor calidad, cosa que si ocurre en la medicina basada en la evidencia. Aun así, se considera importante el uso de los datos de la medicina basada en la evidencia en la discusión bioética. Strech, D. “Evidence-based ethics –What it should be and what it shouldn’t”. *BMC Medical Ethics*, 9 (2008), 16-25. Otros consideran que la necesidad de incluir los datos empíricos nos puede llevar a una manipulación de las normas por un uso inadecuado de la ciencia. Maya J Goldenberg, M.J. “Evidence-based ethics? On evidence-based practice and the ‘empirical turn’ from normative bioethics”. *BMC Medical Ethics*, 6, (2005), 11-20.



en la modernidad. Se trata de partir no de una voluntaria decisión de sospecha sobre la capacidad de conocer la verdad de las cosas por parte de nuestra razón –dudar de la razón siempre como inicio del conocer–, sino más bien de la aceptación intelectual de que nuestra razón conoce esa capacidad como una evidencia que nos es dada en la misma actividad del conocimiento y que nos permite, dicho sea de paso, distinguir, cuando es el caso, la verdad del engaño. Se trata de superar el «cogito» cartesiano sin volver a caer en la tentación –absurda por otra parte– de buscar certeza a nuestro conocimiento a través de una demostración realizada también por nuestra propia razón. Intentarlo es caer o en un círculo cerrado o en una interminable demostración al infinito, en la cual estaríamos siempre buscando la verdad de la verdad⁶. Se trata de asumir que en el origen de nuestra actividad racional hay conocimiento y amor, verdad y libertad, ser medidos por la realidad y elegir ser medidos por ella. Este *realismo gnoseológico* reivindica la opción de la evidencia como punto de partida pues, de lo contrario, nos vemos aboca-

dos a una razón que sólo puede aportarnos conocimientos circunstanciales, fragmentarios e históricos y que es incapaz de dar respuestas a las preguntas últimas sobre la realidad del mundo y del hombre. Se trata pues de rescatar a la razón en su actividad sacándola del pensamiento débil, el cientifismo y del nihilismo a que está abocada, abriéndola no sólo a un conocimiento de hechos sino también de meta-hechos que nos permita el acceso a las verdades últimas de la realidad. Esto supone regenerar la razón, devolverle la integridad perdida en la mutilación que ha sufrido en la modernidad al habersele negado la posibilidad de un pensamiento metafísico verdadero⁷.

6 “El realismo del conocimiento es un punto de partida, no una conclusión. Es un dato básico realista del conocimiento humano, nunca podrá llegar a demostrarse: la demostración de que conocemos la realidad es imposible si no se admite de algún modo que conocemos algunos aspectos de la realidad, con lo que nunca podrá darse una demostración estricta del realismo del conocimiento. Esto no significa que el realismo debe aceptarse ciegamente. Por el contrario, puede mostrarse que es la postura que corresponde a la estructura del conocimiento humano en su correcto funcionamiento, puede además ser defendido frente a las posibles objeciones, y puede mostrarse que su negación conducirá inevitablemente a alguna forma de escepticismo teórico o práctico claramente insostenible”. Artigas M. *El desafío de la racionalidad*, Eunsa, Pamplona, 1994, 14-15.

7 Para muchos el problema actual es que la desconfianza en la razón es tal, en estos momentos, que parte del pensamiento moderno ha caído en los brazos de la voluntad autónoma, degenerando el mismo hacia un nihilismo asfixiante que se apoya en un relativismo que niega cualquier posibilidad de alcanzar la verdad en el conocimiento humano. Tal decisionismo a ultranza se muestra como una opción intelectual que al mismo tiempo que niega la existencia de verdad propone una única verdad que es que no hay verdad. Tal planteamiento denunciado por algunos como la dictadura del relativismo condena a la razón a empequeñecerse con un discurso sin sentido y sin capacidad de abordar las grandes cuestiones que interrogan al hombre desde siempre. Así “(...) el relativismo (...) parece como la única posición a la altura de los tiempos modernos. Se va constituyendo una dictadura del relativismo, que no reconoce nada como definitivo, y que deja como última medida solo el propio yo y sus deseos”. Benedicto XVI “Homilía en la misa ‘pro eligendo pontifice’ (18.4.2005). Esta corriente de pensamiento sería para muchos la continuación obvia de la modernidad, una postmodernidad ya anunciada en Schopenhauer y Nietzsche en el siglo XIX y propuesta por autores del XX como Michel Foucault, Jacques Derrida, Gianni Vattimo y Richard Rorty a los que se suele denominar autores del pensamiento débil. Tal es la situación de la razón postilustrada que hay muchas propuestas para rehabilitarla, incluida también la necesidad de no separarla del influjo de la fe cristiana pues tal acti-



Pero junto a esto este realismo acepta también como consecuencia lógica de la condición contingente del ser humano, una serie de campos, perspectivas y límites a su actividad cognoscitiva. Este *realismo gnoseológico* descubre diversos planos de actividad en la razón, en cuanto se puede aplicar al mundo de lo práctico, de lo técnico, de lo estético o de lo puramente especulativo. Además, por ejemplo, en este último plano, la perspectiva puede presentar variantes diversas, modos formales de acercarse a la misma realidad, siendo el filosófico aquel que lo hace pre-

guntándose por las últimas causas como dirían los clásicos. Todas las perspectivas son un acceso a conocer la realidad, son adecuación de la mente a la cosa pero son conocimientos parciales –aunque no necesariamente falsos– que tienen que ser integrados y enriquecidos por la visión filosófica.

Además, el *realismo gnoseológico* –que no es ingenuo– admite y es consciente de una serie de límites que proceden de un hecho primario: no existe una razón pura humana. Lo que hay son seres personales, sujetos, individuos humanos concretos que razonan. De esta forma, el pensamiento es elaborado por un ser corpóreo-mental, y como tal, dada su naturaleza, esa actividad no es automática; está sujeta a las condiciones del mismo, pues no existe identidad entre el sujeto y su misma razón. Hay, pues, posibilidad de error en la adquisición del conocimiento, éste se tiene que adquirir con trabajo y de forma progresiva en el tiempo. Además, existe siempre un límite, tanto en la propia potencia de la razón, como en la capacidad del sujeto para aunar las diversas perspectivas del conocimiento dentro de cada plano de la misma y de todos los planos que ella tiene entre sí, en un solo tipo de conocimiento de la realidad. Con esta visión que nos da lo que hemos denominado *realismo gnoseológico*, el conocimiento humano se nos muestra con capacidad de alcanzar la verdad aunque sea una meta que se alcance progresivamente, tanto en el tiempo como en el modo, en cuanto supone ir integrando, en muchas ocasiones, verdades parciales, consiguiendo cada vez, más una mayor aproximación a la realidad. Estamos ante una concepción del conocimiento

tud ahonda aun más su situación de debilidad. “La razón, preocupada por su presunta pureza, hace oídos sordos al gran mensaje que le envían la fe cristiana y su sabiduría, se agosta como un árbol cuyas raíces no logran alcanzar ya las aguas que le dieron vida. Pierde la valentía de la verdad y, al perderla, lejos de crecer, se empequeñece. Aplicado a nuestra cultura europea, ello significa que si la razón sólo aspira a autoconstruirse sobre la base del círculo de sus propias argumentaciones y de lo que en cada momento la convence y, preocupada por su laicidad, se desprende de las raíces que le dan vida, en vez de volverse más razonable y pura se descompone y se hace añicos”. Benedicto XVI [Publicación en línea] Mantener despierta la sensibilidad a la verdad. discurso que Benedicto XVI tenía previsto pronunciar en la universidad La Sapienza de Roma el 16-1-2008 http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2008/january/documents/hf_ben-xvi_spe_20080117_la-sapienza_sp.html [Consulta 30.08.2009]. En el ámbito de las ciencias positivas hay también autores que plantean repensar la ciencia ante la actitud escéptica de muchos científicos ante su propio trabajo intelectual “si no hubiera una realidad objetiva –o si habiéndola no es posible verla por la interferencia que suponen las ideas preconcebidas aceptadas, los paradigmas, las visiones compartidas en la cultura dominante en un lugar y en un tiempo–, la ciencia no sería un modo de conocer humano, un camino hacia la verdad. La indeferencia ante esta cuestión manifiesta una crisis mas profunda que hace urgente encontrar modos de repensar la ciencia y poder así situarla en su lugar propio en el conocer del hombre” López Moratalla N. *Repensar la ciencia*, Eiusa, Madrid, 2006, 53.



humano no sólo realista, en cuanto a su capacidad de captar la verdad del mundo, sino también realista pues se trata del conocimiento de un ser que no es omnipotente, lo que hace que su conocimiento sea falible y limitado. Esto comporta por una parte, la aceptación de que existe una evidencia sobre la propia capacidad de verdad del conocimiento que da suficiente certeza para no dudar del mismo en general. Pero al mismo tiempo, por otra parte, se contempla la existencia de grados diferentes de evidencias que conlleva certezas subjetivas variadas. Así, se puede producir una certeza subjetiva muy grande respecto a una proposición y resultar que ésta sea falsa en el ámbito objetivo de la realidad o, a la inversa, que se tenga una certeza muy pequeña sobre algo y que esto sea verdadero en la realidad⁸. Como

se ve este planteamiento no sólo se basa en la aceptación de que el conocimiento humano es capaz de verdad –aunque con dificultades y límites– sino que se basa en la existencia de una realidad que a su vez es cognoscible porque ella misma posee un orden interno⁹.

8 “En último término, la certeza legítima se basa en la evidencia. Existen diversos tipos de evidencia y, desde luego, no siempre será posible llegar a una evidencia suficiente para alcanzar la certeza. Pero es posible llegar a la certeza legítima en muchos casos. Esto no es sino un aspecto del realismo del conocimiento humano... En no pocas ocasiones, y debido a prejuicio racionalista injustificado según el cual solo podría admitirse como conocimiento cierto aquel del cual pudieran proporcionarse demostraciones lógicas estrictas, llega afirmarse que todo conocimiento acerca de hechos es conjetural. En efecto, si se identifica la certeza con la posibilidad de demostrabilidad lógica, es patente que en la experiencia humana de los hechos no podría darse nunca certeza, puesto que nos encontramos, o bien con hechos contingentes (que podrían ser de otro modo), o bien con hechos necesarios pero de los cuales tenemos un conocimiento parcial y fragmentario (por lo que no captamos completamente su necesidad). El prejuicio racionalista surge cuando se pretende que el conocimiento humano debiera ser omnicompreensivo y perfecto; al comprobar que de hecho no lo es, la conclusión escéptica es inevitable si se sigue aceptando la caracterización racionalista del conocimiento humano. Puede afirmarse, por el contrario, que el conocimiento humano suele ser parcial y aproximativo,

pero no por ello es siempre conjetural: es posible alcanzar la certeza de determinados aspectos de la realidad, aun a sabiendas de que nuestro conocimiento es parcial (no hay que identificar ‘parcial’ con ‘erróneo’ o ‘conjetural’”. Artigas M. *El desafío de la racionalidad*, Eunsa, Pamplona, 1994,16.

9 “La actividad científica tiene un sentido claramente realista: sin una referencia a un orden real extramental que se intenta conocer, la ciencia no tendría ningún sentido ni podría existir. Así, toda actividad científica es realista al menos implícitamente” Artigas M. *El desafío de la racionalidad*, Eunsa, Pamplona, 1994,14. “La ciencia positiva no es neutra, ni es un conocimiento objetivo encerrado en sí mismo, ni una búsqueda sin término, porque los hechos naturales tienen un sentido y un significado propio, previo a que el hombre lo busque y lo encuentre. La ciencia, como modo de conocimiento, tiene que dar cuenta de sus certezas no sólo ante el tribunal de la lógica, sino ante el tribunal de la coherencia de lo real”. López Moratalla N. *Repensar la ciencia*, Eunsa, Madrid, 2006, 37-38. “Dicho de otra forma: la coherencia racional del mundo, su consistencia interna son datos metacientíficos que están y estarán siempre en el origen interno de la ciencia” *Ibíd.*, 60. “Lo que existe y no es hechura humana, ese mundo natural previo a la intervención del hombre, tiene un significado en sí mismo y un valor, más allá de la mera utilidad de las diversas formas de vida de la humanidad. Buscar el significado del hecho natural mismo es hacer ciencia positiva; buscar el sentido propio de esa realidad concreta y su sitio propio en la unidad del mundo natural, del mundo que esta ahí. Su significado propio con relación a ese todo que es el universo real, en el que también cada uno de los hombres tenemos sitio propio” *Ibíd.*, 84. “La capacidad de asombro ante la racionalidad y coherencia del mundo natural es, sin duda, motor que impulsa la investigación científica”. *Ibíd.*, 135.



2.3 LA RACIONALIDAD DE LAS CIENCIAS BIOMÉDICAS DESDE EL REALISMO GNOSEOLÓGICO

Dicho todo esto creo que podemos preguntarnos qué tipo de racionalidad es la científica –en nuestro caso particular, la de las ciencias biomédicas– partiendo de la postura realista que brevemente hemos esbozado y que supone, a mi modo de ver, una consideración más equilibrada de la ciencia experimental entre los extremos que suponen el escepticismo o el cientifismo¹⁰.

Siguiendo los planteamientos expuestos, los conocimientos de las ciencias biomédicas en un momento determinado de su desarrollo histórico contienen proposiciones con diverso nivel de evidencia y de certeza. Ahora bien, esto no significa que todo sea provisional o conjetural en las mismas. Es cierto que muchos conocimientos biomédicos no son definitivos, pues estos pueden hacer referencia a aspectos en los cuales se está comenzando a explorar la realidad. Es también cierto que, nuevos conocimientos pueden replantear los hechos previamente conocidos, pero en la mayoría de las ocasiones más que replantear los hechos lo que ocurre es la necesidad de reformar o rectificar interpretaciones de esos hechos. Al igual que ocurre en el conocimiento humano general, el biomédico posee también

enfoques o perspectivas diferentes y niveles de especulación variados. La realidad de la vida, por ejemplo, puede abordarse con un enfoque empírico desde diversas perspectivas: bioquímica, fisiológica, histológica o celular y los resultados obtenidos pueden ser simplemente proposiciones sencillas de hechos que den lugar a conceptos biológicos básicos o proposiciones que conjuguen esos conceptos dando lugar a una reflexión biológica que puede alcanzar, en las cotas más altas, un perfil que podemos denominar metabiológico. Es cierto que desde el inicio hemos utilizado ideas procedentes de otras ciencias, incluso de orden filosófico, pero es evidente que a medida que nos alejamos de los conceptos iniciales, los razonamientos se distancian de los mismos y esto puede requerir otros nuevos datos que confirmen nuestro razonamiento biológico y le doten de más evidencia. Es más, cuando nuestro razonamiento biológico alcance alturas cada vez más cercanas a lo que hemos denominado pensamiento metabiológico –metabiología– el peso de los conceptos y proposiciones no estrictamente biológicos puede ser mayor en ese razonamiento. En síntesis, la ciencia biomédica posee conocimientos verdaderos y estables junto a otros que tienen alto grado de evidencia y otros que muestran una gran provisionalidad, debido a la insuficiente evidencia o al alto grado de especulación que se ha realizado para obtenerlos sin la experiencia necesaria para verificarlos¹¹. También podemos añadir

10 También esta postura ha sido definida como realismo científico, cuando hablamos dentro del ámbito de las ciencias positivas, considerándolo como un realismo moderado, realismo porque se sostiene que la ciencia proporciona conocimientos auténticos de la realidad y moderado porque esos conocimientos no son simples fotografías de la realidad. Cfr. Artigas M. “Realismo Científico”. En: *Ciencia y Religión: Conceptos fundamentales*, Eunsa, Pamplona, 2007, 321-332.

11 Este sería el terreno de las teorías tan necesarias para hacer avanzar el conocimiento científico: “pienso que la labor del científico no se agota en ser capaz de establecer hechos demostrables donde sólo hay especulación. La ciencia tiene en su haber, y es su gloria, la capacidad de mirar lo que



que existe un conjunto de ideas relativas a lo que hemos denominado metabiología que no sólo depende en su verdad, estrictamente, de los resultados obtenidos en el ámbito de la biomedicina, sino también de otros como la filosofía de la naturaleza, la antropología o la ética. Estos conocimientos metabiológicos tienen un alto valor, pues son consecuencia de una labor de integración, pero pueden mostrar dos limitaciones. Por un lado, la dificultad de nuestra razón para unir completamente en síntesis los conocimientos obtenidos desde diversas perspectivas por ella misma y, por otro, la posibilidad de que los datos biomédicos sean interpretados de forma ideológica¹². Esta última posibilidad puede ser intencional –haciendo decir al dato lo que no dice o sólo utilizando parte de los datos a sabiendas– pero también puede suceder que el mismo dato sea incompleto y parezca avalar una determinada postura. Esta posibilidad nos lleva a recordar un hecho antes comentado: que la obtención de un conocimiento biomédico verdadero está sujeto no sólo al tiempo sino también a la integración de nuevos datos que pueden modificar la imagen de la realidad estudia-

da. Al igual que ocurre con un puzzle, la imagen final es más fielmente percibida a medida que tenemos más fichas bien encajadas y las posibilidades de que sea otra la imagen final va siendo menor. Esto nos tiene que llevar a afirmar que dentro de la racionalidad científica –en este caso biomédica– es necesario, tener una prudencia exquisita para evaluar adecuadamente el grado de evidencia y de certeza subjetiva que tienen los conceptos, proposiciones o razonamientos que obtenemos en nuestra investigación. Tal prudencia exige, desde el punto de vista negativo, un espíritu crítico importante que contraste los datos biomédicos obtenidos en la literatura sobre un determinado tema de estudio, para discernir los falsos o incompletamente verificados y, desde el punto de vista positivo, una valoración global sobre el grado de profundidad que dicho conocimiento tiene sobre la realidad estudiada¹³. Por último, no podemos olvidar que los datos biomédicos alcanzan a mostrarnos la realidad desde perspectivas concretas y, si es cierto que no hay que caer en el cientifismo, viendo la realidad –en este caso, sobre todo, el hombre viviente– sólo a través de esas ciencias y negando que exista otra posibilidad de conocimiento fuera de ellas, es también cierto que desde los datos biomédicos por sí mismos, no se puede alcanzar de forma directa y conclusiva conocimientos que pertenecen a otras perspectivas como son

no se ve sin más, y mirando, ser capaz de preguntar y preguntarse el porqué. El arte de confeccionar una teoría tiene algo del arte de la literatura, del oficio de contar historias” López Moratalla N. *Repensar la ciencia*, Eunsa, Madrid, 2006, 67-68.

- 12 Podemos afirmar que las reflexiones metabiológicas son necesarias para la ciencia en cuanto “al lenguaje de la ciencia positiva no le basta la gramática de los hechos, precisamente porque los hechos son neutros. Todos estamos de acuerdo en que los científicos han de hacer lo posible por evitar que los resultados de sus investigaciones estén prede-terminados por su aceptación de una determinada convicción moral, ideológica o religiosa. Más aún en que han de evitar que ocurran intencionadas falsificaciones en función de los intereses de algunos”. López Moratalla N. *Repensar la ciencia*, Eunsa, Madrid, 2006, 96.

- 13 En esta línea y, completando lo que decíamos más arriba, es muy loable y necesaria la tarea de los meta-análisis que purifiquen dentro de la literatura científica aquella que tenga un carácter probatorio basado en la evidencia no sólo en la práctica clínica de la medicina sino también en la de la investigación básica. Sackett D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., Richardson, W. S. “Evidence based medicine: what it is and what it isn’t”. *BMJ*, 312, (7023), (1996), 71-72.



las de la filosofía de la naturaleza, de la antropología o de la ética.

Está claro que no hay que partir de una falsedad respecto a la realidad biomédica cuando elaboremos un pensamiento metabiológico de carácter antropológico o ético. Es decir, las proposiciones biomédicas verdaderas son una condición necesaria para ese pensamiento. Pero hay que decir también que no es suficiente sólo con ellas para elaborarlo. La verdad de la metabiología o la antropología o la ética no está simplemente precontenida en las proposiciones biomédicas. Esta verdad exige ciertamente una reflexión no contradictoria con sus datos pero tiene también su autonomía y su propia fuente de conocimientos.

3. LA EVIDENCIA CIENTÍFICA BIOMÉDICA Y LA BIOÉTICA

De todo lo dicho anteriormente considero que puede realizarse un pensamiento y extraer algunas conclusiones sobre cuál debe ser la relación que tiene que existir entre las ciencias biomédicas y la bioética. Ahora bien, por motivos de exposición, pienso que es mejor, sintetizarlo y enunciarlo en forma de unas recomendaciones, que paso a indicar a continuación:

a) Cualquier cuestión bioética tiene que partir o tener en su horizonte reflexivo las verdades biomédicas relacionadas con el tema que se está tratando. No se puede elaborar un discurso de espaldas a ellas. Éste tiene que partir de ahí para integrarlas o, si es el caso, criticarlas. Partir de ellas, como hemos comentado antes, no significará que nuestro discurso bioético sea simplemente una consecuencia de lo obteni-

do en las ciencias biomédicas pero sí que, en muchas ocasiones, delimitará muy bien el problema a tratar, eliminando malentendidos o falsas disyuntivas y, en otras ocasiones, nos abocará en una determinada dirección o, por lo menos, nos indicará qué posibilidades son contrarias a esos datos. En ésta última situación, mantener un discurso bioético opuesto a la evidencia científica –que como sabemos puede variar con el tiempo en función de nuevos datos o teorías– requiere hacer ver que sólo es aparente tal contradicción o demostrar que los datos aportados por la ciencia son todavía provisionales o que están abiertos a diversas posibles interpretaciones¹⁴.

b) En cualquiera de estos casos, como paso previo es necesario un profundo estudio *actualizado* de la bibliografía biomédica, tanto respecto a los datos

14 Está claro que las ciencias biomédicas no tiene una visión completa de la realidad de la vida humana “que con los métodos de la biología no somos capaces de dar cuenta cabal de todo lo que hay en cada ser humano; de su inteligencia, sus sentimientos, su aspiración de inmortalidad, su búsqueda irrenunciable de sentido. Pero la biología sí puede darnos una imagen, aunque parcial, cada vez mas exacta” por lo tanto no se trata de “hacer pasar por plenaria y total esa imagen parcial, sino de buscar la plenitud abriéndose a las otras formas de conocimiento”; por lo que “toda argumentación bioética exige descubrir el significado natural del hecho biológico y para ello el valor de esa realidad en relación con el hombre, que es la referencia por ser la persona humana un valor en sí mismo y por sí mismo... superar la tentación de verlo como un hecho aislado y encerrado en sí mismo “aunque la ciencia en cuanto tal no es autónoma plenamente para alcanzarlas cuestiones de sentido. Su sitio propio en el camino hacia el conocimiento verdadero requiere la apertura a otras palabras humanas. Sin esto la ciencia no es más que balbuceo de niño”. López Moratalla N. *Repensar la ciencia*, Eunsa, Madrid, 2006, 101.



más relevantes del tema que vamos abordar, como del grado de evidencia de los mismos, así como de la hondura con que una determinada faceta de la realidad biomédica es conocida. Para esto último, también será de interés saber cuáles son los interrogantes que aún existen entre los científicos sobre el particular y el grado de aceptación de esos datos entre ellos. Así mismo, esta tarea habrá que realizarla también, sobre las teorías biomédicas existentes respecto a la realidad estudiada, para conocer si estamos ante un cuerpo teórico coherente y bien afianzado o sólo ante incipientes interpretaciones que tienen por objeto hacer avanzar la investigación en este campo. Como se ve, durante este laboratorio estudio,¹⁵ es necesario cultivar una honradez extrema para evitar comportamientos que no sean muy bioéticos¹⁶. Esto supone esforzarse para que los datos e interpretaciones sean actuales, que estén obtenidos en fuentes de reconocido prestigio biomédico y sean lo más abundantes posibles. Hay pues que actuar con rigor profesional, de manera concienzuda y evitando toda forma de hacer bioética que se aproxime a un cierto amateurismo. Pero jun-

to a esto, también se encuentra entre los comportamientos no bioéticos el de manipular la ciencia por motivos ideológicos para realizar desde ella una apología de nuestras posturas previas respecto al tema, es decir; hacer ideología socapa de ciencia.

- c) Durante todo nuestro discurso bioético es imposible que podamos tener una postura neutra, que nos lleve a abandonar nuestros principios, convicciones, dudas, creencias o increencias, pero siempre tenemos que investigar con honradez profesional, comprometidos con la verdad, sin traicionarla. De esta manera, dentro de las limitaciones ligadas a nuestra condición humana, hay que evitar de forma intencional el uso limitado de una parte determinada de la información científica. No podemos, a sabiendas, hurtar a nuestra investigación y a los destinatarios de la misma aquellos datos que pueden debilitar nuestras posiciones bioéticas o contradecirlas. Es cierto que no todos los datos tienen igual importancia, pero el tener que elegir determinada información para nuestras investigaciones tiene que ser compatible con ser selectivos pero no de forma sesgada. Junto a esto, hay que ser muy honrados para no hacer decir a la ciencia más cosas de las que realmente dice. No podemos hacer que la ciencia diga o no diga lo que a nosotros nos convenga. Esto exige delimitar, como comentamos anteriormente, el tipo de proposición que estamos utilizando y el valor de evidencia de la misma dentro del contexto biomédico. No son lo mismo los puros hechos o las puras teorías científicas, que el pensamiento metabiológico. Como es lógico, y como ya indicamos antes, a medida

15 Este trabajo no podemos decir simplemente que es anterior al bioético propiamente dicho como si el discurso bioético fuera realizado en dos fases yuxtapuestas, siendo la primera meramente de carácter preparatorio. Desde el principio hasta el final, el discurso forma una unidad aunque en un momento sea más necesario profundizar en las proposiciones científicas y en otro, en las propiamente filosóficas, de tal manera que al final todo el trabajo realizado sea propiamente interdisciplinar.

16 Estamos ante lo que podríamos denominar bioética de la investigación bioética que en última instancia es simplemente la ética de cualquier quehacer intelectual.



que nos alejemos del dato biomédico y entremos, por ejemplo, en terrenos eminentemente metabiológicos, el grado de interpretación es mayor y, como tal, es muy posible que en ese discurso entren otras verdades procedentes de otras ciencias o hasta convicciones, creencias o increencias personales. Así pues, hay que ser cautos y evitar dogmatizar en el ámbito bioético apelando a que la ciencia biomédica ha dictaminado ya la solución a tal o cual problema o conflicto bioético. Pero al mismo tiempo, tampoco podemos ocultar datos de la ciencia que sean necesarios para el discurso bioético, sabiendo, como dijimos anteriormente, que éstos sólo como mucho nos pueden abocar en una determinada dirección y que la solución final al problema o conflicto tendrá un marcado carácter ético aunque en su interior se asuma el *bios* implicado en el mismo¹⁷. Evidentemente la tentación es fuerte. Aún hoy en día, en nuestra sociedad las ciencias positivas tienen el predicamento de ser lo objetivo por antonomasia, por lo que tenerlas a nuestro lado, puede ser garantía de éxito en la defensa de nuestra concreta posición bioética. Por esto hay que ser muy respetuosos con la ciencia biomédica para que ésta no se convierta en una novia que es pretendida por todos y que va de aquí para allá, o en un arma arrojadiza en un campo de batalla donde se pretende dirimir cuestiones

que pertenecen a otros ámbitos del conocimiento. En síntesis, hay que ser sinceros en el uso de la ciencia biomédica en bioética, afirmando, no ocultando ni desfigurando, en la medida de nuestras posibilidades, lo que dice ella y no lo que a nosotros nos gustaría sobre una determinada cuestión. Esta es, a mí entender, la mejor manera de servir tanto a la misma ciencia como ayudar a que avance la bioética.

4. A MODO DE CONCLUSIÓN

Al inicio de este trabajo se indicaron una serie de cuestiones que se pretendía tratar. Evidentemente nuestro discurso es limitado, discutible y susceptible a ser mejorado, pero desde las tesis que hemos vertido en él, considero que podemos afirmar que la bioética necesita de la ciencia biomédica para poder desarrollarse adecuadamente como ciencia. Sin ella la bioética corre el riesgo de naufragar en ese intento, convirtiéndose en un discurso cada vez más alejado de la realidad o en un pensamiento con pies de barro. Al mismo tiempo, esto no significa que la bioética se reduzca a la ciencia biomédica o que se derive de ella. La bioética como ciencia interdisciplinaria requiere de principios de otras ciencias, no sólo de las biomédicas. Pero además tiene sus propios principios, así como un carácter preponderantemente ético dentro de su interdisciplinaria. Según esto, en su núcleo más profundo, la bioética es una disciplina que versa y posee constitutivamente lo

17 Es más, en muchas ocasiones el puro dato biomédico quedara enriquecido con una nueva perspectiva y, al mismo tiempo, éste de forma refleja dará mas fuerza a las afirmaciones estrictamente bioéticas, de tal forma que la ciencia biomédica no quedará encerrada es sí misma sino que se abrirá a lo que la realidad nos dice, siendo ella misma también parte de esa misma realidad que nos interpela.

18 En la interdisciplinaria tiene que existir una comunicabilidad entre las diversas disciplinas sin que se anulen unas a otras. Se trata de armonizar –que no sumar– teniendo en cuenta que lo que buscamos es una comprensión más profunda y



biomédico, pero donde la perspectiva de estudio que la define es principalmente la de carácter ético¹⁸. Así pues, como ya dijimos, el dato biomédico es necesario al discurso bioético pero no suficiente, es condicionante de la solución del problema o conflicto estudiado pero, para resolverlo, se requiere que los hechos biomédicos se integren en un razonamiento de carácter eminentemente ético. Este discurso, teniendo como trasfondo la unidad del saber, deberá mantener además un difícil equilibrio que salvaguarde la unidad respetando, al mismo tiempo, la diferencia entre los distintos saberes, y evitará caer en la separación de los mismos o en la disolución de ellos entre sí.

Por último, opino que es conveniente finalizar con un corolario de todo lo que hemos dicho. Si las ciencias biomédicas tienen un papel importante en la elaboración de la

bioética, el estudio de las mismas se hace necesario a cualquiera que la cultive. Desde hace muchos años se ha hablado de dos culturas separadas y hasta poseedoras de lenguajes propios como son la humanística y la científica¹⁹. Pues bien, pienso que la superación de esa dialéctica sólo se producirá ir produciendo si existe un mayor número de personas que trabajen en los dos ámbitos y con ambos lenguajes o registros. Ahora bien, la integración a alcanzar sólo será posible si junto a científicos que cultiven las humanidades haya cada vez más humanistas que se adentren en el mundo científico experimental. Un mundo que puede parecerles aparentemente muy inaccesible o excesivamente concreto, pero que encierra en su interior nuevas posibilidades de síntesis brillantes y enriquecedoras, tanto para ellos como para toda la humanidad.

global del objeto de estudio: un intento de captar la unidad de sentido que hay en la realidad pero consciente de la limitación humana para alcanzar al mismo tiempo y a la vez todas las dimensiones y perspectivas existentes en ella.

19 Es ya clásica la argumentación sobre este particular iniciada por Snow en una conferencia y desarrollada después en varios libros. Cf. Snow, C. P. *Las dos culturas y un segundo enfoque*. Alianza Editorial, Madrid, 1987.



LOS MÉTODOS EMPÍRICOS, ¿UNA NOVEDAD EN BIOÉTICA?*

HUBERT DOUCET

TRADUCCIÓN DEL FRANCÉS: CHANTAL ARISTIZÁBAL TOBLER

RESUMEN

En los últimos años, varios autores se han referido al llamado “giro empírico” de la bioética. Sin embargo, se puede afirmar que, desde su nacimiento, la bioética ha tenido esta preocupación. Si bien el desarrollo de la ciencia constituye el primer motivo para el surgimiento de la bioética, el segundo se debe a que este desarrollo motiva la llegada de nuevos jugadores al campo y, para enfrentar estos nuevos desafíos, se ha apelado a la interdisciplinariedad. Es posible identificar dos dificultades para la consideración de las dimensiones empíricas en bioética: por una parte, los conflictos de poder entre las disciplinas y, por otra parte, la reducción, durante un decenio, de la ética biomédica al principialismo como enfoque particularmente fácil de utilizar por profesionales de la salud enfrentados a dilemas y problemas. En este contexto, la interdisciplinariedad puede parecer una carga. A pesar de estas dificultades, la intención siempre ha estado presente, aunque a veces ha sido poco visible y más bien silenciosa. En estos últimos años, el giro empírico retoma fuerza y se deben tener en cuenta dos elementos importantes: el rumbo sobre el sentido de la bioética y el necesario diálogo interdisciplinario.

Palabras claves: bioética, ética aplicada, interdisciplinariedad, giro empírico, principialismo.

RÉSUMÉ

Les dernières années, plusieurs auteurs ont fait référence au “tournant empirique” de la bioéthique. Néanmoins, on peut affirmer que, dès sa naissance, la bioéthique était animée d’une telle préoccupation. Si le développement de la science constitue le premier motif à la source de la bioéthique, le deuxième motif tient au fait que ce développement entraîne l’arrivée de nouveaux joueurs sur le terrain et la réponse qui est alors donnée est celle de l’interdisciplinarité. On peut identifier deux grandes difficultés à l’égard des dimensions empiriques en bioéthique: la première est reliée aux conflits de pouvoir entre les disciplines et la seconde raison me paraît liée à la réduction de l’éthique biomédicale au principisme comme une approche particulièrement facile à utiliser pour des praticiens aux prises avec des dilemmes et des problèmes. Dans un tel contexte, l’interdisciplinarité apparaît plutôt un poids. Malgré ces difficultés, la visée est toujours demeurée présente, bien que parfois peu visible et plutôt silencieuse. Ces années-ci, le tournant empirique reprend de la force et il faut tenir compte de deux éléments importants: garder le cap sur le sens de la bioéthique et le nécessaire dialogue interdisciplinaire.

Mots clé: bioéthique, éthique appliquée, interdisciplinarité, tournant empirique, principisme.

* Tomado de la *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 3, Nº 2, diciembre 2008.

INTRODUCCIÓN

En un interesante artículo publicado en 2005 en la revista *Bioethics*, Pascal Borry, Paul Schotsmans y Kris Dierickx señalaban que la bioética estaba tomando un giro empírico¹. Numerosos artículos, recientemente publicados, van en este sentido y dan cuenta de este movimiento a favor de conceder mayor atención a las dimensiones empíricas de los análisis éticos.

Sin negar su afirmación, yo quisiera mostrar, en primera instancia, que, desde su nacimiento, la bioética ha tenido esta preocupación. Treinta o cuarenta años más tarde, se pasaría de las palabras a los actos. En la segunda parte de mi reflexión, intentaré mostrar las tensiones que, en el curso de estos años, han hecho difícil la realización del enfoque inicial. Por último, haré algunas observaciones sobre los retos planteados por este “giro empírico”.

1. RENOVAR LA REFLEXIÓN MORAL

El nacimiento de la bioética está marcado por la voluntad de renovar los enfoques de la reflexión moral para que puedan aclarar los desafíos del presente. Con frecuencia, al narrar la historia de la bioética, se hace remontar su nacimiento al famoso artículo publicado por Beecher en 1966². El autor mostraba, con el gran apoyo de ejemplos, los escándalos que había desencadenado la voluntad de

éxito de la ciencia norteamericana. Aunque esta interpretación sea cierta, sigue siendo incompleta. En efecto, también existía el sentimiento crítico acerca de la tecnociencia que volcaba la humanidad hacia otro mundo. Se comenzaba a preguntarse, de una parte, acerca de la conversión de la ciencia en una vasta empresa comercial que manipulaba individuos y sociedad y, de otra parte, si podía ser portadora de efectos perversos para el futuro. Los debates de tipo ambiental eran numerosos: radiaciones, DDT, productos cancerígenos³. La bioética se inscribe en esta dinámica.

Si bien el desarrollo de la ciencia constituye el primer motivo para el surgimiento de la bioética, el segundo se debe a que este desarrollo motiva la llegada de nuevos jugadores al campo. Así como en el sector de atención en salud el hecho es plenamente reconocido con los equipos multidisciplinarios, lo mismo sucede del lado de los investigadores, en donde los especialistas en investigación se multiplican. La investigación se convierte en un trabajo de equipo. Estos nuevos actores, tanto en las prácticas de atención como en investigación, no quieren ser excluidos de los debates, quieren participar en las deliberaciones.

Por último, a finales de los años 1960 y a comienzos de los años 1970, emerge una nueva cultura: el cuestionamiento de las autoridades y la afirmación de los derechos de los individuos. Es importante recordar la importancia que tuvo en esta época el movimiento de los derechos civiles en Estados Unidos (lucha de los

1 Borry, Pascal; Schotsmans, Paul; Dierickx, Kris. “The Birth of the Empirical Turn in Bioethics”. En: *Bioethics*, 2005, vol. 19, Nº 1, p. 49-71.

2 Beecher, Henry, K. “Ethics and Clinical Research”. En: *The New England Journal of Medicine*, 1966, Nº 274, p. 1354-1360.

3 Fagot-Largeault, Anne. *L'homme bio-éthique*. Paris. Maloine, 1985.



afroamericanos, oposición a la guerra de Vietnam). Los expertos y las autoridades son cuestionados: sólo persiguen sus propios intereses. Desde este punto de vista, 1968 representa un año de bisagra.

¿Cómo enfrentar estos nuevos desafíos? La respuesta es la de la interdisciplinariedad, ya que esta permite ampliar e integrar los nuevos datos. En un artículo reciente (marzo de 2007), Albert Jonsen sostiene que las dimensiones empíricas del análisis fueron parte natural de la bioética naciente. Al hablar de Hans Jonas, Paul Ramsey y de James Gustafson, autores que no suelen asociarse con el giro empírico en bioética, Jonsen escribe:

Estos, y otros autores, inventaron argumentos; es decir, exploraron el escenario empírico del problema, examinaron diversos valores pertinentes al problema, moldearon definiciones, recurrieron a analogías, conceptualizaron líneas alternativas de razonamiento y las evaluaron críticamente⁴.

La dimensión empírica del análisis ético es un dato esencial para el origen de la bioética. La novedad misma de las situaciones de las cuales se toma conciencia exige comprender lo que ocurre. Y el hecho de que fueran los científicos, investigadores y médicos universitarios quienes giraran hacia colegas de las ciencias humanas, principalmente teólogos y filósofos, indica también que no esperaban respuestas ya listas, querían dialogar a partir de los datos que se aportaban.

2. UNA EMPRESA DIFÍCIL

¿Por qué la dimensión empírica parece tan reciente en bioética? Quisiera destacar dos razones. La primera, se relaciona con los conflictos de poder entre las disciplinas. El debate sobre la ética aplicada en Estados Unidos constituye, sin duda, el mejor ejemplo. Al revisar los debates norteamericanos sobre la cuestión, uno se da cuenta que hubo diferentes maneras de comprender el uso de la expresión. Yo creo que, actualmente, la expresión tiene un sentido generalmente aceptado. Tom Beauchamp la define así:

La expresión 'ética aplicada' se usa ahora para referirse ampliamente a cualquier uso de métodos de razonamiento para examinar críticamente las decisiones morales prácticas y para tratar, fundamentalmente, los problemas morales en las profesiones, la tecnología, la política pública, etcétera⁵.

La expresión corresponde ahora a lo que llamamos a veces las éticas sectoriales. Este sentido de ética aplicada, cada vez más reconocido, tiene poco que ver con nuestro asunto. Otro sentido, ampliamente utilizado en ética médica, se acerca más a nuestra problemática. Aquí, la ética aplicada consiste en aplicar los principios morales, en particular los de Kant o de Mill, a los problemas morales que se plantean en medicina. Beauchamp y Childress, en las dos primeras ediciones de *Principles of Biomedical Ethics*, definían así la bioética:

La aplicación de las teorías, principios y reglas éticas generales a los problemas

4 Jonsen, Albert. "How to Appropriate Appropriately". En: *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2007, vol. 17, N^o 1, p. 51.

5 Beauchamp, Tom L. "History and Theory of 'Applied Ethics'". En: *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2007, vol. 17, N^o 1, p. 56.



*de la práctica terapéutica, la prestación de la atención en salud y la investigación médica y biológica.*⁶

En las siguientes ediciones, los autores cambiaron un poco su definición:

*El término “ética aplicada” se refiere al uso de teoría ética y métodos de análisis para examinar problemas morales en las profesiones, tecnología, políticas públicas, entre otros. Con frecuencia no hay una aplicación sencilla de la teoría a los juicios particulares en estos contextos*⁷.

El cambio de perspectiva es impresionante; hasta el punto de que, hoy en día, Beauchamp⁸ reniega de su primera definición y critica a quienes identifican la bioética con esta interpretación de la ética aplicada. Aunque Beauchamp haya cambiado de dirección, la primera definición ha tenido una influencia importante en la bioética. Inicialmente, la ética aplicada constituye un sector de la filosofía o de la teología. Edmund Pellegrino⁹, quien privilegiaba una interdisciplinariedad basada en las humanidades, en el sentido clásico del término (historia, filosofía, sociología, letras, etc.), sostiene que los filósofos prefirieron este sentido pues temían que la llegada de nuevos actores al campo de la ética privada a la filosofía de su papel promotor. El filósofo Samuel Gorovitz¹⁰, en un texto de

1986, afirmaba que la crítica a la bioética, planteada por las sociólogas Renée Fox y Judith Swazey, expresaba el desprecio ante la subordinación de las ciencias sociales a la filosofía en ética aplicada. La filosofía debía asumir la función directora y las otras disciplinas servían para apoyarla en su trabajo. Cuando el conjunto de las disciplinas participantes son complementarias a la disciplina maestra, ¿se puede aun hablar de interdisciplinariedad y qué interés pueden tener las otras disciplinas en este contexto?

La segunda razón me parece relacionada con la reducción de la ética biomédica al principialismo, durante un decenio (1980-1990). Cuando hablo de principialismo no me refiero tanto al enfoque de Beauchamp y Childress sino, sobre todo, a su aplicación y a la rigidez con que se hizo. A pesar de todas las críticas dirigidas a las primeras ediciones de *Principles of Biomedical Ethics*, se debe reconocer que estos autores desarrollaron una metodología que recurría a una argumentación que merece respeto. Las ediciones posteriores de su texto mostraron, por cierto, que allí había más de lo que afirmaban los críticos. Sin embargo, el principialismo no es sólo el texto de Beauchamp y Childress, aunque se haya inspirado en gran medida en las primeras ediciones de *Principles of Biomedical Ethics*. El principialismo también se convirtió en un enfoque simplificado que recurría a algunos principios y reglas de aplicación, enfoque particularmente fácil de utilizar por profesionales de la salud enfrentados a dilemas y problemas. De cierta manera, corresponde a la forma de trabajar de médicos y científicos que necesitan respuestas rápidas y claras. En este contexto, una interdiscipli-

6 Beauchamp, Tom L. et Childress, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1979. vii-viii. 1983. ix, x.

7 Beauchamp, op. cit., p. 9.

8 Beauchamp, op. cit., p. 56.

9 Pellegrino, Edmund D. “Bioethics as an Interdisciplinary Enterprise: Where Does Ethics Fit in the Mosaic of Disciplines?”. En: R. A. Carson et C. R. Burns (ed.), *Philosophy of Medicine and Bioethics*. Dordrecht: Kluwer Academic Press, 1997, p. 1-23.

10 Gorovitz, Samuel. “Baiting Bioethics”. En: *Ethics*, 1986, N° 96, p. 356.



nariedad que apela a diversas disciplinas, puede parecer una carga. Una ética aplicada en el primer sentido de Beauchamp y Childress (1979 y 1983) es conveniente y explica el éxito de este enfoque en los medios de la medicina y de la investigación.

Al mismo tiempo que, en los años 1980, se imponía la ética aplicada y el principia- lismo, se suscitaban críticas fuertes con respecto a estas interpretaciones. En bio- ética siempre ha existido la preocupación de partir de lo empírico. Muy pronto, desde el final de la participación en la Comi- sión sobre la investigación, Albert Jonsen colocaba a la casuística a la orden del día. Para esta escuela, “una buena ética siem- pre está inmersa en la realidad impura de los casos”¹¹. El caso, la situación concreta, se convertía, de algún modo, en nuestro maestro. Esta ética tenía la preocupa- ción de escuchar la realidad. Una obser- vación similar se impone a propósito de la narrativa en bioética. Puesto que ha sido construida alrededor de principios objetivos, la bioética ha actuado como si fuera política y culturalmente neutra. Los defensores de la ética narrativa quieren reanudar con la vida moral concreta; es decir, encontrar un sentido a las situacio- nes humanas particulares. Esta ética que busca encontrar la descripción viviente de la vida moral de los individuos no puede más que acoger el giro empírico en bio- ética.

Estas reflexiones muestran las dificulta- des encontradas por la bioética para rea- lizar la intención que la animaba desde el inicio. A pesar de estas dificultades,

la intención siempre ha estado presente, aunque a veces ha sido poco visible y más bien silenciosa. En estos últimos años, el giro empírico retoma fuerza. ¿Debemos alegrarnos? Llego a mi tercera y última parte.

3. DESAFÍOS DEL GIRO EMPÍRICO

El contexto actual de la bioética hace ineludible el giro empírico. La reflexión ética con miras a orientar la toma de de- cisiones sólo se puede hacer si desarro- llamos una comprensión de conjunto del contexto dado. La ética sola, alejada de las fuentes constituidas por las múltiples disciplinas que aclaran la acción humana, es impotente para desempeñar el papel que le corresponde: “aspirar a la vida buena con y para el prójimo en socieda- des justas”, para retomar las palabras de Paul Ricœur en sí mismo como otro. Sólo se podrá lograr con el encuentro de las di- versas disciplinas sociales y humanas. En este sentido, se impone un giro empírico.

Pero, ¿de qué giro se trata? ¿Se trata de tomar los resultados de los estudios de otras disciplinas y aplicarlos a la situación examinada? o ¿Se trata de tomar presta- dos uno y otro método utilizados en cien- cias sociales (cualitativo o cuantitativo) y aplicarlos a asuntos de orden ético, como, por ejemplo, indagar uno mismo sobre la práctica de los médicos en lo que se refie- re al consentimiento informado o sobre el papel que los padres quisieran tener en las decisiones acerca de sus recién nacidos? Con las dos opciones, se corre el riesgo de dejar de lado las riquezas de esas dis- ciplinas y de esos métodos porque no se comprenda bien la dinámica interna ni las exigencias propias. Si sólo se busca acu-

11 Arras, John D. “Getting Down to Cases: The Re- vival of Casuistry in Bioethics”. En: *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1990, N° 16, p. 32.



mular datos, estas preguntas interesantes serían, sin duda, asumidas mejor por, digamos, los sociólogos, quienes irían más lejos con su interpretación que los bioeticistas que utilicen estos métodos.

Para evitar estas dificultades, ¿sería conveniente practicar el trabajo bioético a partir de equipos interdisciplinarios en vez de individuos que se hacen interdisciplinarios, es decir que practican diversas metodologías y disciplinas? De hecho, el trabajo en equipos multidisciplinarios o interdisciplinarios constituye una necesidad en bioética debido a la complejidad de los problemas a miradas múltiples; los problemas de la sociedad no se plantean en silos disciplinarios.

¿Esto significa que cada quien debe atenerse rígidamente a su disciplina y no puede tomar prestados de otras disciplinas enfoques metodológicos que puedan enriquecer su propia tarea de reflexión? Responder que se debe restringir a los métodos de la propia disciplina me parece ignorar que las fronteras entre las disciplinas se han vuelto tenues y porosas; los mismos métodos se pueden encontrar en diferentes saberes. Lo mismo ocurre en bioética y con mayor razón puesto que no es una disciplina, sino más bien una práctica en el sentido de una praxis. La bioética no busca aplicar los datos de una disciplina sino, más bien, reflexionar sobre las condiciones necesarias para una buena decisión¹².

La definición que Jeremy Sugarman, médico y filósofo de la Universidad de Duke,

propone para la bioética empírica me parece un poco corta:

*La investigación empírica en bioética puede definirse como la aplicación de los métodos de investigación en ciencias sociales (tales como antropología, epidemiología, psicología y sociología) al examen directo de asuntos en bioética*¹³

Se impone una definición más sustanciosa pues el recurso a enfoques metodológicos diversos, prestados de disciplinas que no se conocen desde el interior, tiene el riesgo de proporcionar resultados de muy mala calidad y poco críticos. A fin de cuentas, esta forma de proceder no respetaría la disciplina a la cual se apela ni a la cual se exporta la metodología. Entonces, ¿cómo hacer para evitar, en este giro empírico, una repetición de la ética aplicada en el primer sentido del término, es decir una ética empírica aplicada?

Para responder a esta pregunta, quisiera mencionar dos puntos: mantener el rumbo sobre el sentido de la bioética y el necesario diálogo interdisciplinario. Lo que especifica a la bioética no depende de su utilización de los métodos empíricos o de otros, sino de su objetivo de llegar a tomas de decisiones de orden ético en un campo particular de nuestra vida colectiva. No es sociología ni antropología, no está relacionada con una disciplina particular, no es tampoco una disciplina en el sentido clásico del término; es, sobre todo, una práctica¹⁴. En este sentido, los especialistas en bioética y los que se forman

12 Andre, Judith. *Bioethics as Practice*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2002. p. 182-190.

13 Sugarman, Jeremy. "The Future of Empirical Research in Bioethics". En: *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 2004, N° 32, p. 226-231.

14 Doucet, Hubert. "La bioéthique, discipline ou pratique?". En: UNE, Thiaw-Po, dir. *Questions d'éthique contemporaine*. Paris: Stock, 2006, p. 466-490.



en ella deben mantener el rumbo hacia el objetivo de la bioética. Los métodos que practican están al servicio del objetivo. Es necesario regresar, sin cesar, al sentido mismo del trabajo de la bioética.

El otro elemento que deseo mencionar se refiere al diálogo interdisciplinario. Al practicar este diálogo, se llega poco a poco a ver mejor y a profundizar en las modalidades de trabajo de los diversos participantes en el diálogo. El mejor conocimiento del trabajo de estas disciplinas conduce a una conciencia más viva de que sería inaceptable utilizar de manera superficial los modos de trabajo de estas disciplinas. Si se decide recurrir a enfoques practicados por otras disciplinas, se debe hacer con mucha rigurosidad.

Quisiera terminar citando el caso de Norman Daniels. Recuerdo haber escuchado a este filósofo, quien se interesa particularmente por la cuestión de un sistema de salud justo en el contexto de las inequidades en salud en los Estados Unidos, afirmar que tuvo que dedicar años al estudio del fenómeno de las inequidades en salud. El afirmaba que sólo después de haberse sumergido en este universo, que no era el de su disciplina de origen, pudo comenzar a abordar con seriedad la problemática de un sistema de salud justo. Su historia nos debe servir de ejemplo en el contexto del giro empírico en bioética.

BIBLIOGRAFÍA

- Andre, Judith. *Bioethics as Practice*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2002.
- Arras, John D. "Getting Down to Cases: 'The Revival of Casuistry in Bioethics'". *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1990, N° 16.
- Beauchamp, Tom L. et Childress, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1979, 1983, 1989.
- Beauchamp, Tom L. "History and Theory of 'Applied Ethics'". *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2007, Vol. 17, N° 1.
- Beecher, Henry, K. "Ethics and Clinical Research". *The New England Journal of Medicine*, 1966, N° 274.
- Borry, Pascal, Schotsmans, Paul et Dierickx, Kris. "The Birth of the Empirical Turn in Bioethics". *Bioethics*, 2005, N° 19.
- Doucet, Hubert. "La bioéthique, discipline ou pratique?". En: une, Thiaw-Po, dir., *Questions d'éthique contemporaine*. Paris: Stock, 2006.
- Fagot-Largeault, Anne. *L'homme bio-éthique*. Paris: Maloine, 1985.
- Gorovitz, Samuel. "Baiting Bioethics". *Ethics*, 1986, N° 96.
- Jonsen, Albert. "How to Appropriate Appropriately". *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2007, N° 17.
- Pellegrino, Edmund D. "Bioethics as an Interdisciplinary Enterprise: Where Does Ethics Fit in the Mosaic of Disciplines?". En: R. A. Carson et C. R. Burns (ed.), *Philosophy of Medicine and Bioethics*. Dordrecht: Kluwer Academic Press, 1997.
- Sugarman, Jeremy. "The Future of Empirical Research in Bioethics". *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2004, N° 32.



BIOLOGIZACIÓN DE LA ÉTICA*

ALEJANDRO MORENO LAX

RESUMEN

Existen tres éticas que se presentan a sí mismas como condición de posibilidad de toda ética posible, siguiendo un fundamento material de tipo biológico. Este argumento de contenido (y no lógico-formal) supone una refutación de la falacia naturalista que la filosofía analítica atribuye a Hume, en los tres ámbitos de la experiencia ética humana: el cuerpo, la sociedad y la naturaleza. Estas son: la ética de la especie [J. Habermas], la ética de la liberación [E. Dussel] y la ética de la responsabilidad [H. Jonas]. Este argumento material es un fundamento filosófico a considerar por tres tipos de éticas aplicadas: la bioética médica, la ética del desarrollo y la ética medioambiental.

Palabras clave: ética material, falacia naturalista, especie, liberación y responsabilidad.

ABSTRACT

Three ethics exist as a condition of possibility of any possible ethics, following a material and biological foundation. This content argument (not logical-formal) supposes a refutation of the naturalistic fallacy that the analytical philosophy attributes to Hume, in three areas of the ethical human experience: body, society and nature. These are: the ethics of the species [J. Habermas], the ethics of liberation [E. Dussel] and the ethics of the responsibility [H. Jonas]. This material argument is a philosophical foundation to considering for three types of applied ethics: medical bioethics, development ethics and environmental ethics.

Keywords: material ethics, naturalistic fallacy, species, liberation and responsibility.

1. INTRODUCCIÓN

Este artículo pretende advertir acerca de las contradicciones fundamentales en las que puede incurrir toda ética posible cuando ésta no es pensada desde un fundamento material de tipo biológico. Por lo menos así lo reflejan las tres éticas que pretendemos articular en las siguientes líneas: *la ética de la especie, la ética de la liberación*

y la ética de la responsabilidad, las cuales corresponden, respectivamente, a Jürgen Habermas, Enrique Dussel y Hans Jonas. Se trata de tres éticas diferentes que se presentan a sí mismas como condición de posibilidad de toda ética posible; como mínimo, de toda ética conocida hasta ahora que no quiera entrar en contradicción consigo misma.

Este fundamento biológico vuelve a cobrar importancia para la filosofía en la medida en que la vida en sus múltiples expresiones padece serias amenazas que

* Tomado de la *Revista Cuadernos de Bioética*, XXI, 2010/1^a.

atentan incluso contra su estatuto ontológico tradicional, como es el caso de las nuevas tecnologías eugenésicas. Recurrimos al argumento de tres éticas distintas con el fin metodológico de respetar el principio antropológico introducido por Kant y seguido por tantos otros autores [Weber, Habermas, etc.], el cual establece tres esferas universales de la acción humana: las relaciones de un sujeto consigo mismo, las relaciones de uno o unos sujetos con otro u otros y, por último, las relaciones de los seres humanos con el resto de seres vivos. Dicho de otra forma: el cuerpo, la sociedad y la naturaleza. Siguiendo a Kant en su *Antropología*, estas tres esferas de acción corresponden a tres preguntas antropológicas fundamentales: “¿qué me cabe esperar?”, “¿qué debo hacer?” y “¿qué puedo conocer?”; la primera correspondería con nuestra aptitud subjetiva para actuar conforme a fines existenciales, la segunda con nuestra aptitud intersubjetiva para el deber con los otros y la tercera con nuestra aptitud objetiva para relacionarnos con los fenómenos de la experiencia.

Pero, ¿cómo articular tres éticas que denotan tres ámbitos distintos de la realidad? Partiendo del argumento de la falacia naturalista que, a partir de la filosofía analítica, se le atribuye a Hume en su *Tratado de la naturaleza humana*, veremos que estas tres éticas remiten a un fundamento material (de contenido, y no formal) y biológico, en la medida en que todas ellas suponen una refutación, explícita o implícita, del argumento de dicha falacia: la supuesta imposibilidad de derivar juicios de valor a partir de juicios de existencia, o lo que es lo mismo, la ilegitimidad de fundamentar normas éticas a partir de los fenómenos de

la experiencia. En las tres éticas que vamos a tratar de articular veremos que este tránsito entre los fenómenos y el intelecto, entre el *ser empírico* y el *deber-ser ético* sí es posible, no desde un punto de vista lógico-racional, pero sí desde un punto de vista fenomenológico-material.

2. LA ÉTICA DE LA ESPECIE DE JÜRGEN HABERMAS

2.1 INTRODUCCIÓN

La vida intelectual de Habermas ha estado ligada siempre a su teoría de la comunicación y sus repercusiones en la ética del discurso construida junto a K. O. Apel. A pesar de ello, en sus últimos años se ha dado un cambio drástico en sus reflexiones morales, sobre todo a partir de la polémica sostenida con Peter Sloterdijk y su libro *Normas para el parque humano*. Frente a las ilimitadas posibilidades que ofrece la nueva biotecnología para la transformación genética del indómito ser humano de Sloterdijk, Habermas reacciona con su libro *El futuro de la naturaleza humana* con un discurso de demarcación entre la eugenesia positiva y la eugenesia negativa, entre las modificaciones genéticas con fines perfectivos y las modificaciones genéticas con fines preventivos.

En este discurso, el filósofo alemán aboga por la defensa y la legitimidad de la eugenesia preventiva, cuyos fines no van más allá de interrumpir enfermedades hereditarias o malformaciones en el feto pero, muy al contrario, excluye todo derecho a una eugenesia liberal con fines de perfección y mejora, al servicio de los caprichos paternos respecto del diseño genético de su futuro hijo. La razón está en que la descendencia que nazca de este modo puede no sentirse



reconocida a sí misma cuando comprende que es un producto elegido por los padres. Al saberse a sí mismo como un sujeto cuyas facultades han sido elegidas intencionadamente por otras personas, cabe el riesgo de que tal sujeto no se sienta conforme con tales elecciones y, por tanto, también se sienta ajeno a su proyecto existencial y, en general, a todo proyecto antropológico de tipo kantiano. Un sujeto cuyas habilidades y defectos no sean *naturales* sino elegidos *por otros* puede no sentirse como un ser humano autónomo en cuanto a su libertad personal para juzgar y su igualdad respecto a otras personas para elegir y decidir colectivamente. En definitiva, lo que nos quiere decir Habermas es que permitir una eugenesia liberal pondría en cuestión tanto los fundamentos del existencialismo como el fundamento ilustrado de la autonomía que está en la base de su ética del discurso.

2.2 LOS CONCEPTOS DE *KÖRPER* Y *LEIB* PARA UNA ÉTICA AUTÓNOMA DE LA ESPECIE

La dificultad del problema que plantea Habermas está en demarcar claramente la frontera entre lo natural y lo artificial, entre prevenir y perfeccionar, entre humanidad y biotecnología. Para ello hecha mano de la distinción sobre el concepto de cuerpo que existe en el alemán:

*La distinción fenomenológica de Helmuth Plessner entre 'ser cuerpo' [Leib] y 'tener cuerpo' [Körper] adquiere una sorprendente actualidad: se desvanece la frontera entre la naturaleza que «somos» y la dotación orgánica que nos «damos».*¹

A lo largo de su argumentación, Habermas intenta dotar al concepto de *Körper* de una indisponibilidad natural, un ser, capaz de subsumir su mera existencia empírica en lo que denomina *Leib*:

*Una persona sólo 'tiene' o 'posee' su cuerpo [Körper] si –en el transcurso de su vida– 'es' este cuerpo como cuerpo [Leib].*²

Por un lado, el concepto de *Leib* apela a nuestra biografía personal que nos damos autónomamente a lo largo de nuestra vida [en el sentido del existencialismo de Kierkegaard]. Por otro lado, el concepto de *Körper* apela a nuestra corporalidad viva en tanto que objeto susceptible de intervenciones biogenéticas. Una vez aclarada esta distinción, Habermas nos plantea la disyuntiva entre una ética de la especie autónoma o una ética de la especie heterónoma, lo cual dependerá de la decisión disyuntiva entre una corporalidad humana como ser indisponible o como posesión manipulable. Así lo expresa:

*Ahora depende de la autocomprensión de estos sujetos cómo quieran aprovechar el alcance de los nuevos espacios de decisión: autónomamente, según consideraciones normativas que afectan a la formación democrática de la voluntad, o arbitrariamente, de acuerdo con preferencias subjetivas que puedan satisfacerse en el mercado.*³

La primera, ajustada a los límites de la eugenesia preventiva, es coherente con los fundamentos de su ética del discurso. En este caso, la aceptación de Habermas de este tipo de prácticas se debe a su único fin preventivo, el cual nunca pondría

1 Habermas, J., *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?* Paidós, Barcelona, 2002, p. 24.

2 Ibid, p. 72.

3 Ibid, p. 24.



en peligro el orden de la naturaleza humana [*Körper* subsumido a *Leib*]. Definir el marco de esta naturaleza ha sido un problema clásico del historicismo alemán, pero desde la perspectiva de la acción comunicativa habermasiana podemos entender tal naturaleza como la capacidad de un individuo para hablar y actuar con autonomía. Habermas sólo está en condiciones de aceptar únicamente una eugenesia con fines preventivos que no altere tales premisas. Un individuo con malformaciones genéticas puede verse incapacitado para participar dentro de un procedimiento de validez discursiva, por lo que utilizar las técnicas eugenésicas con fines preventivos no haría más que restablecer las condiciones necesarias para una pragmática comunicativa. Sólo por este motivo quedaría justificada la decisión anticipada de los padres de intervenir sobre un mapa genético perturbado:

*La presunción de consenso convierte lo efectuado egocéntricamente en acción comunicativa.*⁴

La intervención genética está justificada en la medida en que permite al individuo poseer las condiciones existenciales necesarias para construir una biografía autónoma, lo cual significa ser dueño del destino de uno mismo y poder tener la capacidad de reflexión y elección suficiente como para alcanzar el proyecto de vida deseado.

La segunda ética que coteja Habermas consistiría en una ética de la especie heterónoma, pues aceptaría la posibilidad de diseñar el aparato genético del feto que está por nacer y, por tanto, la posibilidad

de decidir qué tipo de especie genética deseamos para las generaciones futuras. En esta segunda ética de la especie el concepto de *Körper* se independiza de *Leib*, a modo de objeto biotécnico, como híbrido entre ser humano y máquina, lo cual pone en tela de juicio hasta qué punto se podría considerar a ésta segunda como una ética:

*Con las intervenciones genéticas sobre humanos, el dominio de la naturaleza se convierte en un acto de autoinversión de poderes que modifica nuestra autocomprensión ética de la especie y podría afectar a condiciones necesarias para una guía autónoma de la vida y una comprensión universalista de la moral.*⁵

Aceptar una ética de la especie heterónoma implica el incumplimiento de dos reglas formales del discurso: por un lado, la falta de libertad ante la preselección de las dotaciones personales y, por otro lado, la conciencia de sentirse desigual ante el resto de seres resultantes de la indisponibilidad del nacimiento natural. Afecta, por tanto, a la individuación y a la socialización. Ambos incumplimientos bloquean la posibilidad de la ética del discurso tan meditada por Habermas a lo largo de su obra:

Esta contingencia insignificante se revela –en el momento en que es dominada– como un presupuesto necesario para el poder ser sí mismo y para la naturaleza fundamentalmente igualitaria de nuestras relaciones interpersonales⁶. [...] Cuando uno toma por otro una decisión irreversible que afecta profundamente la disposición orgánica de éste, se restringe la

⁴ *Ibid*, p. 74.

⁵ *Ibid*, p. 68.

⁶ *Ibid*, p. 25.



*simetría de la responsabilidad existente entre personas libres e iguales.*⁷

Podemos comprender que la asimetría existente en el proceso de elección del material genético del niño es radicalmente inválida. El sujeto paciente de dicha elección no puede participar del proceso de discusión de una tal elección, y lo que es peor, no puede desprenderse de las consecuencias de dicha elección ni siquiera en su etapa hacia la madurez personal.

Habermas se decanta por un concepto de especie [*Gattung*] de carácter autónomo, conforme a una ingeniería genética que no va más allá de la prevención de enfermedades y conforme a la naturaleza humana⁸; en definitiva, una ética de la especie que es *condición de posibilidad de la ética del discurso*. De este modo, la trayectoria intelectual de Habermas da un giro muy importante, en la medida en que transita de una ética formal que denomina “ética del discurso” a una ética material que denomina “ética autónoma de la especie”⁹.

7 Ibid, p. 26.

8 Para comprender esto es importante la distinción que señala Roberto Guzmán Zurriarán en el texto de Habermas entre la indisponibilidad y la inviolabilidad del feto que está por nacer. Inviolable corresponde al conjunto de derechos que pertenecen a toda persona que ha nacido, pero no a la vida prenatal. Ésta última, sin ser inviolable [argumento de tipo metafísico o religioso], sí es indisponible por razones que afectan a nuestra sensibilidad moral y que señalamos en el epígrafe 2.3. El artículo que acabo de mencionar es: Guzmán, R., “El concepto de vida prepersonal en *El futuro de la naturaleza humana*”, de J. Habermas, *Cuadernos de Bioética*, N° 56, (2005), pp. 43-50.

9 Esta tesis la he tratado de demostrar en mi artículo Moreno, A., «Jürgen Habermas: de la ética del discurso a la ética de la especie», *Dikaiosyne* 19, 2007, pp. 61-77 y en “Tópicos”. *Revista de Filosofía*, 35, 2008, pp. 93-112.

2.3 SER Y DEBER-SER COMO ÉTICA MATERIAL DE LA ESPECIE

Ya hemos visto que, para expresar el giro material de su nueva ética, Habermas se refiere al concepto biográfico de Leib que subsume la mera corporalidad biológica entendida como *Körper*, a fin de advertirnos acerca de una posible quiebra de la ética del discurso si no atendemos antes a una ética autónoma de la especie. De este modo, Habermas defiende mediante el concepto de *Leib* una idea de la naturaleza humana como disposición autónoma de un aparato genético elegido aleatoriamente por la naturaleza del nacimiento. Este concepto de *Leib*, fundado en una *concepción material del ser* [la especie humana tal y como la conocemos], remite al genoma de un ser vivo, dice Habermas, y se corresponde con la elección de una ética autónoma de la especie. *Leib* apela a la indisponibilidad genética del cuerpo natural [y no a su inviolabilidad]; de no hacerlo nos veríamos relegados a “la sumisión del cuerpo y la vida a la biotécnica”¹⁰.

Pero no sólo eso. Elegir una ética autónoma de la especie no resulta simplemente de una decisión racional sometida a una discusión del mejor argumento, sino que, más allá, está condicionada por nuestra propia sensibilidad moral. Frente al formalismo tradicional del pensamiento habermasiano, encontramos en *El futuro de la naturaleza humana* una argumentación a favor de la ética autónoma de la especie a partir de otro fundamento material, la propia sensibilidad moral. Y es así porque el incumplimiento de una ética autónoma de la especie “hiere nuestros

10 Ibid, p. 77.



sentimientos morales”¹¹, porque “no obtenemos inmediatamente un argumento moral contundente pero sí una orientación mediada por la ética de la especie que aconseja la cautela y la abstención”¹², porque “la afectividad de las reacciones no expresa tanto la indignación moral como la repulsión ante algo obsceno”¹³, porque “nuestras concepciones de [...] la vida humana prepersonal forman, por decirlo así, un entorno ético estabilizador para la moral racional de los sujetos de derechos humanos”¹⁴, porque “parece que muchos de nosotros tenemos la intuición de querer *inclinarse la balanza* a favor de la vida humana”¹⁵, por “el escrúpulo comparativamente arcaico que sentimos ante la investigación consumidora de embriones”¹⁶, por “la sensación de que no podemos instrumentalizar el embrión”¹⁷, por “el ‘impulso’ de preferir una existencia digna de seres humanos”¹⁸.

Así pues, reducir *Leib* a *Körper*, esto es, traspasar la frontera de la eugenesia negativa hacia la eugenesia positiva conlleva un conflicto entre el entendimiento y la sensibilidad; es más, implicaría llevar a la moral a su propia contradicción, pues una ética heterónoma de la especie puede inhibir nuestra propia sensibilidad moral. De este modo, el *ser* en el sentido de *Körper* implica también un *deber-ser* [refutación de la falacia naturalista, implícita en el argumento de Habermas] que es el de la *ética autónoma de la especie*. No alte-

rar nuestros genes con fines de mejora es una decisión libre y autónoma [ética del discurso] que podemos tomar siempre y cuando dispongamos de un organismo vivo cuyo aparato genético no sufra más eugenesia que la preventiva, una disposición que convierte en deber [ética autónoma de la especie] nuestras propias afecciones morales [refutación de la falacia naturalista]. De lo contrario, aceptar la eugenesia liberal es una decisión moral contradictoria con la misma moral, en la medida en que puede poner fin a nuestra propia capacidad para la sensibilidad moral y para decidir con autonomía.

3. LA ÉTICA DE LA LIBERACIÓN DE ENRIQUE DUSSEL

3.1 INTRODUCCIÓN

La ética de la liberación es también una ética que busca un fundamento biológico, tal y como expresa su propio autor, Enrique Dussel. Reflexionar acerca de la filosofía de la liberación ha sido el tema de toda su obra intelectual, muy situada en el contexto latinoamericano de las injusticias sociales pero con pretensiones de universalidad. A partir del fenómeno de la pobreza y la exclusión Dussel va a construir una enorme obra filosófica que gira en torno a los conceptos de opresión y liberación, reflejando el eterno conflicto existente entre unas personas con otras, entre unos colectivos frente a otros. Con estos dos conceptos consigue generalizar la multiplicidad de relaciones conflictivas existentes: entre el sexo masculino con el femenino [machismo], entre unos países sobre otros [colonialismo], entre una clase política y sus ciudadanos [despotismo], entre una visión de la cultura sobre otras posibles [eurocentrismo], etc.

11 Ibid, p. 26.

12 Ibid, p. 45.

13 Ibid, p. 58.

14 Ibid, p. 92.

15 Ibid, p. 93.

16 Ibid, p. 93.

17 Ibid, p. 95.

18 Ibid, p. 99.



Se trata de una disputa interminable, que se renueva y transforma generando nuevas tipologías de conflictos. Esta relación interesa a nuestro autor por la capacidad que tiene de generar *víctimas* y toda forma de exclusión dentro de un sistema social determinado. Víctima no es sólo una persona empobrecida, sino también toda forma de realidad encubierta por un poder capaz de dominar, de oprimir, de ocultar, de hacer olvidar, etc. Para lo que nos interesa, Dussel publica su *Ética de la liberación en la edad de la globalización y la exclusión* en 1998, tratando de reflexionar sobre una arquitectónica del fenómeno ético de la liberación a partir de una reflexión sobre el concepto de *vida*, el cual toma de las neurociencias. Indudablemente, el contexto histórico del que arranca el libro es el de un mundo global cada vez más desigual e injusto, perpetrado por el sistema neoliberal del capitalismo financiero, la expansión de las corporaciones multinacionales y sus tres instituciones fuertes: el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial del Comercio. Los avances tecnocientíficos de la telemática y los fenómenos de acumulación minoritaria y de desposesión mayoritaria se muestran estrechamente ligados en este sistema, si bien nuestro autor no entra a desarrollar este argumento.

Desde este panorama Dussel escribe una ética de la liberación que es una ética con un fundamento material y biológico, pues, siguiendo a Dussel, sin un contexto ético donde sea posible la producción, la reproducción y el desarrollo de las capacidades vitales [contexto que afecta negativamente a la mayoría de habitantes del planeta], sería ilusorio reflexionar sobre

otra serie de éticas ya asumidas: la ética del discurso, la ética de las convicciones, el utilitarismo, etc.

3.2 EL CONCEPTO DE VIDA PARA UNA ÉTICA DE LA LIBERACIÓN

En la década de 1990 Dussel lee a neurocientíficos como Gerald Edelman y Humberto Maturana. Estudia los procesos orgánicos auto-referenciales a partir de los cuales comienza a hablar del cerebro como el primer legislador ético. Se trata del procedimiento *autorregulado* del sistema nervioso en sus funciones más primitivas: la percepción de estímulos y la selección de aquellos que de algún modo funcionan como mediación para producir y reproducir la vida del organismo. Esta función originaria del cerebro se conserva en sus estadios más complejos de funcionamiento: afección y evaluación de estímulos, categorización conceptual de las percepciones, formación como sistema lingüístico y autoconciencia. En todas estas funciones neuronales encontramos una constante que nunca varía: la búsqueda de aquellas mediaciones, de aquellos modos de la realidad que permitan la conservación del organismo y su crecimiento. Se trata de una función preconscious y prelingüística que está presente en cualquier ser humano, independientemente de la cultura a la que pertenezca, independientemente del tiempo histórico en el que viva.

El fenómeno de la supervivencia en vida es una ley cerebral anterior a cualquier reflexión ética. Dice Dussel que “el cerebro es el órgano directamente responsable del ‘seguir-viviendo’, como reproducción y desarrollo de la vida humana del organismo, de la corporalidad comunitaria e



histórica del sujeto ético [pues] el sistema nervioso cerebral actúa por selección, a partir de un criterio universal de dar permanencia, reproducir, desarrollar, hacer crecer la vida del sujeto humano, y esto desde el nivel vegetativo hasta el cultural o ético más heroico o sublime”¹⁹.

La vida no es un proceso mecánico de lucha entre especies [Darwin], ni tampoco un principio de autorrealización estética de voluntad de poder [Nietzsche]. La ética de la liberación de Dussel, que, como dice su autor, es una ética de la vida, tan sólo es posible entre sus dos límites extremos: la negación del suicida respecto del *más acá* de la vida y la especulación de la religión sobre el *más allá* de la vida. Decir ser humano es decir vida, pues ésta es su forma de realidad. Por ello, la *condición de posibilidad* de toda mediación en la realidad es la vida, pues para que exista un ser tiene que existir como estar, como vida, y todo lo que esté fuera de ella no es vida ni ética.

El concepto de vida en Dussel ha de entenderse como el *modo de realidad* del ser humano [por contraposición a un mineral inerte, un objeto fabricado, etc.], entendido como corporalidad perceptiva, sensible y necesitada que pertenece a un sujeto ético consciente, libre y responsable de sí, que busca su propia *conservación, reproducción y crecimiento*. Bien es cierto que se refiere básicamente al ser humano. Como establece el propio Dussel, se trata de “la vida humana como modo de realidad del sujeto ético [...] que da el contenido a todas sus acciones, que determina el orden racional y también el orden de

las necesidades, pulsiones y deseos, que constituye el marco dentro del cual se fijan fines. Los ‘fines’ son [...] ‘colocados’ a partir de las exigencias de la vida humana. Esto es, el ser humano en cuanto viviente constituye la realidad como objetiva [...] en la medida exacta en que la determina como mediación de vida humana”²⁰.

Sin vida no es posible la ética [ni la realidad ni la objetividad], luego toda forma de muerte [suicidio, hambre, represión, discriminación, etc.] es una *contradicción performativa* para la ética [en un sentido material, dice, no lógico, como ocurre con Apel], en la medida en que niega su propio fundamento: la vida. Asistimos a una relación de correlación entre realidad, vida y verdad de carácter material y universal. A partir de estas premisas podemos formular la definición de Dussel sobre la *eticidad de la vida*:

*Principio de la obligación de producir, reproducir y desarrollar la vida humana concreta de cada sujeto ético en comunidad. Este principio tiene pretensión de universalidad. Se realiza a través de las culturas y las motiva por dentro, lo mismo que a los valores o las diversas maneras de cumplir la «vida buena», la felicidad, etc. Pero todas estas instancias no son nunca el principio universal de la vida humana. El principio las penetra a todas y las mueve a su auto-realización, pues toda norma, acción, microestructura, institución o eticidad cultural tienen siempre y necesariamente como contenido último algún momento de la producción, reproducción y desarrollo de la vida humana en concreto.*²¹

19 Dussel, E., *Ética de la liberación en la edad de la globalización y la exclusión*, Trotta, Madrid, 1998, § 60.

20 Ibid, § 100.

21 Ibid, § 57.



3.3 SER Y DEBER-SER COMO ÉTICA DE LA LIBERACIÓN

En el apartado anterior hemos demostrado el carácter material (de contenido) de tipo biológico en la ética de Dussel a partir de su perspectiva neurocientífica del concepto de vida. Hemos hablado, pues, de una ética de la vida como fundamento del ser sin la cual toda ética posible incurre en una contradicción material. Ahora corresponde hablar del problema del *deber-ser* y su refutación de la falacia naturalista, el cual corresponde al fenómeno propio de la liberación. Como ya quedó insinuado anteriormente, Dussel trata de demostrar la continuidad existente entre los procesos auto-referenciales del sistema nervioso [supervivencia, reproducción] y los fenómenos propiamente conscientes [categorización, autoconciencia, desarrollo de las capacidades]. Por tanto, el *ser* neurológico del viviente humano se corresponde con el *deber-ser* ético de conservarlo y expandirlo. Ética es esto, decidir la manera en que un sujeto va a continuar en vida. Lo que distingue al ser humano del resto de seres vivos es su capacidad para desarrollar mecanismos neurológicos complejos que le permiten tomar conciencia de sus propias acciones y representárselas como posibilidades para la conservación y el crecimiento de la vida. De este modo, cabría decir que la ética no es un invento humano, tampoco una ficción, sino un resultado del mismo proceso evolutivo que ha derivado en formas complejas de autoconciencia y responsabilidad ajenas al resto de la cadena biológica.

El deber-ser consiste entonces en la responsabilidad consciente por la vida de uno mismo, la cual es extensiva a la coresponsabilidad por el resto de seres

humanos, un fenómeno que Dussel argumenta siguiendo la fenomenología de la alteridad de Lévinas. Y es ahora cuando se trata específicamente de la ética de la liberación, pues el momento consciente de la responsabilidad [que, siguiendo a Lévinas, es también pulsional²²], nos exige identificar los fenómenos de exclusión y victimación que oprimen a uno mismo así como a la comunidad de seres humanos que nos rodea. Si anteriormente vimos que la ética de la especie de Habermas remitía al cuerpo individual, ahora veremos que la ética de la liberación de Dussel remite a las relaciones entre colectivos, pueblos y sociedades.

Dice Dussel que la liberación de los fenómenos de opresión es un deber-ser consciente en correspondencia con fenómenos pulsionales ligados al ser de la vida. Es el momento de la *concienciación intersubjetiva* para emprender una *praxis de liberación*, lo que Dussel denomina *acción crítica* respecto del sistema que genera víctimas y opresión. Sólo ahora es cuando Dussel acepta la validez de otras éticas, especialmente la racionalidad comunicativa de la ética del discurso, pues todas ellas están sujetas al fenómeno humano de la vida. Dice al respecto:

La posibilidad de fundamentar desde el criterio material [de la producción, reproducción y desarrollo de la vida humana] una exigencia, una obligación o

22 En *Totalité et infini*, Lévinas establece que: “La voluntad es libre de asumir esta responsabilidad en el sentido que quiera, pero no es libre de rechazarla, no es libre de ignorar el mundo sentido donde la mirada del otro le ha introducido. Es en la acogida de la mirada donde la voluntad se abre a la razón”. En: Lévinas, E., *Totalité et infini*, Librairie Générale Française, París, 2003, p. 241.



un deber-ser propiamente ético. Se trata del 'pasaje' del mero criterio descriptivo [el 'ser' en sentido concreto y material, como vida humana] al propiamente dicho principio ético material normativo de la ética [el 'deber-ser'], que no se sitúa lógicamente en el mismo nivel abstracto o formal de la llamada 'falacia naturalista', porque en ese caso sería una deducción imposible o indebida. En efecto, la llamada falacia naturalista define como erróneo el deducir de un criterio formal medio-fin descriptivo [que sería para Weber, y tantos otros, el único tipo de 'juicio de hecho'] una exigencia o principio material normativo de la ética [que sería un 'juicio de valor']. Ese tipo de deducción es imposible lógicamente. Nosotros [...] nos situaremos en el ámbito de un tipo particular de juicios de hecho [referentes a la vida humana en concreto y como ejercicio de la razón práctico-material].²³

Como hemos podido comprobar, un juicio de valor referido a una acción con arreglo a la conservación y expansión de la vida no procede de una mera deducción lógica, sino de una evolución del sistema nervioso animal que permite al ser humano ser consciente de sus actos y autoconsciente de la responsabilidad ética que conlleva actuar conforme a la vida. Se trata de un estadio superior de nuestra complejidad cerebral, nunca de una inferencia formal:

Con la neuro-biología actual, afirmamos que, en efecto, la evolución produce las condiciones cerebrales para que pueda darse la posibilidad de fundamentar dialéctica y materialmente el fenómeno ético [que se establece en el nivel de las funciones "mentales superiores" del cerebro, en procesos lingüísticos y culturales bien determinados y desde un principio ma-

terial universal]²⁴ [...] Dicho 'deber-ser' tiene una estructura estrictamente ética [por ser un sistema evaluativo cerebral humano], ya que ha sido formado con la participación simultánea de las funciones superiores 'mentales', que ha subsumido el sistema evaluativo puramente 'animal' [estimulico o instintivo específico] en el sistema humano en general, y, en concreto, de valores ético-culturales en particular, que están a la base de las emociones, sentimientos, conciencia moral y voliciones autoconscientes, lingüísticas y responsables [sin dejar de tener siempre una implantación cerebral].²⁵

El mismo Dussel nos resume el principio de la vida como solución a la falacia naturalista:

La producción, reproducción y desarrollo de la vida de cada sujeto humano es ella misma un hecho [sobre el que pueden efectuarse 'juicios de hecho' o 'enunciados descriptivos'; no meramente de la razón analítico-formal o instrumental], que se 'impone' a la propia voluntad al orden pulsional de la humanidad como género, de la comunidad y a cada sujeto ético] por su inevitable constitución autorreflexiva. No sólo se da espontáneamente la vida humana, sino que se nos impone a nosotros mismos como una 'obligación' su conservación y desarrollo. Es decir, sobre el 'hay vida humana' se puede 'fundamentar' [racional, práctico-material y reflexivamente] el deber-ser ético [que puede emitirse como 'enunciado normativo' o 'juicios éticos de realidad'], con pretensión de verdad, como exigencias deónticas de producir, reproducir y desarrollar la misma vida del sujeto ético. Desde el ser-viviente del sujeto humano se puede fundamentar

23 Ibid, § 107.

24 Ibid, § 72.

25 Ibid, § 73.



*la exigencia del deber-vivir de la propia vida, y esto porque la vida humana es reflexiva y autorresponsable, contando con su voluntad autónoma y solidaria para poder sobrevivir.*²⁶

4. HANS JONAS Y LA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD

4.1 INTRODUCCIÓN

Hans Jonas también construyó una ética fuertemente biologicada, o fundada en presupuestos biológicos, aunque nunca utilizó esta expresión. Para comprender el fundamento material de su filosofía así como su crítica a la falacia naturalista, nos valdremos principalmente de sus obras *El principio vida. Hacia una biología filosófica* y *El principio responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, las cuales representan, respectivamente, una teoría del ser y una teoría del deber-ser. De hecho, valga señalar que Jonas es el autor que más espacio dedica a la crítica de la falacia naturalista de Hume²⁷.

La importancia de la filosofía de Jonas está en que, con el fin de la II Guerra Mundial y con la expansión del desarrollo tecnológico industrial y comercial, además de la llegada de las telecomunicaciones y la ingeniería genética, el concepto clásico de acción humana y la reflexión ética que tradicionalmente le acompaña sufre un giro de dimensiones todavía incalculables. Primero en Canadá y posteriormente en EE.UU., Jonas pudo experimentar en dos

de las sociedades más desarrolladas del momento los efectos perversos que pueden desprenderse de acciones realizadas por un agente bienintencionado. De este modo, sólo los desastres sufridos por una sociedad cultivada en un régimen capaz de convertir la muerte en un suceso cotidiano (como es el caso de la Alemania nazi donde él vivió), así como el impacto de las nuevas tecnología en un mundo cada vez más globalizado y consumidor, mueven al filósofo judío hacia un campo de reflexiones donde la vida juega un papel decisivo.

Cabe señalar que la filosofía de Jonas representa la tercera esfera de acción que nos falta por atender en este artículo: las relaciones de los seres humanos con el resto de seres vivos. La civilización tecnológica que describe Jonas se caracteriza por su capacidad depredadora de recursos naturales, de contaminación del medio ambiente, de erradicación de especies vivas, de destrucción de ecosistemas, etc.; en definitiva, por las relaciones contradictorias que se producen simultáneamente entre los avances tecnocientíficos para mejorar la calidad de vida y la extensión de las amenazas contra la vida en su sentido más genérico. Veremos cómo el concepto de responsabilidad mueve al filósofo a defender una ética sin la cual no es posible otra forma de ética, pues si desaparece nuestro atributo humano de la responsabilidad desaparece también la ética propiamente dicha.

4.2 EL CONCEPTO FENOMENOLÓGICO DE LA VIDA

Para este epígrafe es fundamental el libro *El principio vida*, que consiste básicamente en una refutación del dualismo que atraviesa toda la historia de la filo-

26 Ibid, § 110.

27 Nuestro autor establece una discusión explícita con Hume en: Jonas, H., *El principio vida. Hacia una biología filosófica*, Trotta, Madrid, 2000, p. 43 y ss., así como también, de manera más implícita, en la página 193 y ss.



sofía, donde clásicas parejas de opuestos conceptuales como libertad-necesidad o cuerpo/alma trataron de ser enfrentadas y que, desde la perspectiva de Jonas, no son más que aspectos sintéticos de un mismo fenómeno: la vida. Se trata de una *fundamentación ontológica del ser* mediante el concepto biológico de la vida.

El principal interlocutor de Jonas en este libro es Descartes y su dualismo filosófico, pues sólo a través de él se entiende la formación de dos corrientes que el autor refuta: el espiritualismo y el materialismo. Si bien la primera sostiene la tesis de que puede haber espíritu sin materia, donde esa misma materia se limitaría a una representación mental más de cuantas se manifiestan al intelecto humano, la segunda corriente, al contrario, expresa que las ideas de nuestra inteligencia no son más que el resultado de conexiones eléctrico-neuronales que resultan de nuestro ser corporal. Frente a esta tesis, Jonas aboga por la mayor credibilidad que aporta la tesis del materialismo frente al idealismo, a la cual despoja de su supuesto mecanicismo ciego para contemplarla desde la perspectiva del finalismo aristotélico. Lo propio de los seres vivos es que se mueven *por sí mismos* conforme al cumplimiento de unos fines inscritos en su misma esencia. Se trata de unos fines hacia los cuales todos los seres vivos manifiestan una tendencia, un interés y una motivación que ponen en marcha su actividad y su esfuerzo vital.

De todos los fines que cabe imaginar, podemos señalar la existencia de un fin originario capaz de convocar a todos los seres vivos: el interés mismo por la *vida*. Por muy sencilla que sea la estructura de un organismo, lo cierto es que en sus ac-

ciones siempre encontraremos una motivación primera: la aspiración de seguir conservando la vida en su continuidad. No es concebible la existencia de un organismo que no esté interesado en conservarse como ser vivo:

*Este individuo ontológico, su existencia en cada instante, su duración y su mismidad en la duración, son por tanto esencialmente su propia función, su propio interés, su propia actividad continua*²⁸.

Cabe afirmar la existencia de un fundamento ontológico en todo el reino de lo vivo, siendo dicho fundamento esencialmente *biológico* dado que la vida como organismo sensible se manifiesta siempre interesada por la permanencia de la vida, independientemente de las mediaciones que utilice para lograr dicha permanencia:

*El hecho de 'ser' adquiere un sentido determinado: caracterizado intimísimamente por la amenaza de su negación, el ser tiene que afirmarse, y para un ser que tiene que afirmarse la existencia toma el carácter de un interés o un propósito. La posibilidad de no ser es tan constitutiva para la vida que su ser propio es esencialmente un mantenerse suspendido sobre ese abismo, un continuo moverse por su borde. Es así como el ser, en lugar de un estado dado, se ha convertido en una posibilidad perdida una y otra vez, que hay que estar recuperando incesantemente de manos de su contrario, el no ser, siempre presente, que acabará engulléndole inevitablemente.*²⁹

De este modo, la refutación del dualismo cartesiano se expresa a partir de una fenomenología de las capacidades vitales,

28 Ibid, p. 123.

29 Ibid, p. 17.



cuyo desarrollo representa una continuidad de lo vivo y se expresa como expansión de la libertad, siendo su forma más originaria el metabolismo, el intercambio discontinuo de materia con el exterior:

*Si el 'espíritu' está prefigurado en lo orgánico desde el principio, también lo está la libertad. Y afirmamos de hecho que ya el metabolismo, el estrato básico de toda existencia orgánica, delata libertad, incluso que es la primera forma de libertad.*³⁰

El fundamento teleológico de la vida tiene intereses insaciables. Se trata de mantener la vida, sí, pero siempre en una actitud de expansión de todas aquellas posibilidades en que dicha vida pueda expresarse. A esto le llama Jonas libertad, la cual está condenada a ser cada vez más precaria y frágil, a la vez que libre, desde el metabolismo de los organismos unicelulares hasta las formas espirituales del ser humano. En el fondo, estamos ante la tesis de todo el libro:

*Que lo orgánico prefigura lo espiritual ya en sus estructuras inferiores, y que el espíritu sigue siendo parte de lo orgánico incluso en sus más altas manifestaciones.*³¹

De hecho, con la aparición de la reflexión, Jonas pone fin a “la gradación de las capacidades naturales con las que los organismos hacen frente a las pretensiones del mundo según están equipados en cada caso: metabolismo, sensación, movimiento, emociones, percepción, imaginación, espíritu”³². Es por ello que la *ontología de Jonas es una biología*, pues su reflexión sobre el ser está fundamentada bajo el concepto material de la vida, una

vida que une a todos los seres vivos por perseguir el mismo fin, que consiste en su conservación como vida y la realización de todas sus facultades, las cuales aumentan y se enriquecen conforme la vida de los organismos es más frágil, siendo, pues, el ser humano el ser vivo más frágil, complejo y libre de cuantos existen.

4.3 EL DEBER-SER COMO ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD

Ahora nos falta por determinar la teoría del deber-ser que complementa Jonas a su teoría del ser y que, por tanto, refuta el argumento de la falacia naturalista de Hume. Si en el apartado anterior la visión biológica del ser humano era la del ser vivo más evolucionado [por sus facultades para pensar y actuar] así como el más libre [por su mayor independencia respecto del medio], ahora se trata de ver tal humanidad como un compuesto ético de poder y responsabilidad. La importancia de escribir una ética se debe a las amenazas del nuevo paradigma tecnocientífico en el que vivimos actualmente, un paradigma encerrado en la paradoja siguiente: mayores avances tecnocientíficos y mayores progresos materiales para el bienestar de la vida vienen siempre acompañados de una amenaza creciente sobre la misma vida. Frente a las éticas clásicas, que conciben la acción humana desde la temporalidad del presente y la proximidad espacial entre el sujeto agente y el sujeto paciente y, además, atienden siempre al perfeccionamiento del ser, Jonas advierte que las consecuencias de las acciones en la sociedad global, que están siempre condicionadas por la tecnociencia, se pierden en una espiral de efectos cuyo control escapa a su agente produc-

30 Ibid, p. 15.

31 Ibid, p. 13.

32 Ibid, p. 19.



tor, pudiendo ser devastadores en un futuro. A Jonas le preocupa una *ética de la conservación del ser*. Así como el consumo de determinados recursos en un lugar determinado puede devastar simultáneamente a seres vivos de otras áreas geográficas del planeta, también puede afectar a las sucesivas generaciones humanas que vengan en el futuro. Así resume Jonas su imperativo ético:

*Un imperativo que se adecuara al nuevo tipo de acciones humanas y estuviera dirigido al nuevo tipo de sujetos de la acción diría algo así como: "Obra de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica en la Tierra".*³³

Esta teoría de la acción exige un principio de responsabilidad dentro de las facultades que le ha otorgado la naturaleza al ser vivo más complejo y libre de cuantos existen, el ser humano. El *deber-ser ético* de la responsabilidad procede del *ser biológico* del sentimiento de la responsabilidad que se expresa en las relaciones paterno-filiales:

*Manifestación de un deber en el ser, haciendo de ella no sólo la primera empíricamente y la más manifiesta intuitivamente, sino también el paradigma más perfecto en cuanto a su contenido, literalmente el prototipo de un objeto de la responsabilidad.*³⁴

Esta importante tesis de la *continuidad entre el ser y el deber-ser* la expresa de otra manera:

*En el ser del hombre existente está contenido de manera totalmente concreta un deber; su calidad de sujeto capaz de causas lleva consigo por sí misma una obligatoriedad objetiva en la forma de responsabilidad externa. Con ello el hombre no es todavía moral, pero es un ser moral, es decir, un ser que puede ser moral o inmoral.*³⁵

La responsabilidad es una evidencia objetiva, tanto más cuanto mayor sea el poder de nuestras acciones sobre el conjunto de los seres vivos. De ahí la necesidad de un principio de responsabilidad para las amenazas de la civilización tecnocientífica actual. Una ética que no contemple este principio de responsabilidad incurriría en una contradicción:

*La presencia del hombre en el mundo era un dato primero del cual par tía cualquier idea de obligación en el comportamiento humano. Ahora esa presencia misma se ha convertido en objeto de obligación: de la obligación de garantizar en el futuro la premisa primera de toda obligación, esto es, justamente la existencia de candidatos a un universo moral en el mundo físico. Y esto implica, entre otras cosas, conservar este mundo físico de tal modo que las condiciones para tal existencia permanezcan intactas, lo que significa protegerlo, en su vulnerabilidad, contra cualquier amenaza que ponga en peligro esas condiciones.*³⁶

De este modo, volvemos a encontrarnos con una ética fundada sobre presupuestos materiales y biológicos, y que se presenta como condición de posibilidad de toda ética posible, refiriéndose esta vez a las relaciones del ser humano con el resto de

33 Jonas, H., *El principio responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Herder, Barcelona, 1995, p. 40.

34 *Ibid.*, p. 217.

35 *Ibid.*, p. 173.

36 *Ibid.*, p. 38.



seres vivos. Es también, como ya vimos, una ética material que trata de refutar la tesis de la falacia naturalista a través de, en primer lugar, una crítica al dualismo de la filosofía moderna [discutiendo concretamente con Descartes y Hume], en segundo lugar, a través de un fundamento ontológico que es biológico: ser es ser vivo en todas sus manifestaciones, desde el metabolismo hasta el pensamiento; y en tercer lugar, un fundamento ético basado en la responsabilidad: la responsabilidad como un *fenómeno* más del ser humano [ser] que se convierte en *imperativo* ético [deber-ser] cuando dicho ser humano, y el fenómeno de lo vivo en general, está en peligro.

5. CONCLUSIÓN

En este artículo hemos recorrido tres éticas de hondo calado biológico que se presentan a sí mismas como condición de posibilidad de toda ética posible. Hemos tratado de demostrar que las tres guardan una enorme correspondencia. Como ya vimos, todas ellas encuentran en determinados fenómenos biológicos [el cuerpo de la especie, la autoconservación del cerebro, la fenomenología de la vida] el fundamento ontológico con el que articulan posteriormente su programa ético, bien sea la autonomía de la especie humana, la liberación de los fenómenos de opresión o la responsabilidad por unas acciones, las nuestras, cuyos efectos son impredecibles. De esta manera, todas ellas tratan de *fundamentar el deber-ser ético en el ser biológico*, lo cual significa una refutación de la falacia naturalista de Hume [por lo menos tal y como expresa este argumento la filosofía analítica]. Este debate está

implícito en *El futuro de la naturaleza humana* de Habermas, pero explícito en la filosofía de Jonas y Dussel.

Además, estas tres éticas son irreducibles y se complementan entre sí, en la medida en que cada una representa a su manera cada una de las tres esferas de la acción humana elaboradas por la tradición kantiana: las relaciones del sujeto consigo mismo [ética autónoma de la especie], las relaciones de uno o unos sujetos con otros [ética de la liberación] y las relaciones de los seres humanos con el resto de seres vivos [ética de la responsabilidad].

De este modo, tenemos formulada la hipótesis de una ética biologizada que presenta tres perspectivas complementarias que plantea las siguientes preguntas: si el mundo contemporáneo lo contemplaba Foucault desde el paradigma de la biopolítica, ¿requiere esta biopolítica del complemento de una bioética planetaria [o ética de la vida] que contemple estas tres dimensiones de la experiencia humana? ¿Representan la ética autónoma de la especie, la ética de la liberación y la ética de la responsabilidad un fundamento filosófico para tres éticas aplicadas como son la bioética, las éticas del desarrollo y la ética medioambiental? Y por último, ¿es lícito defender una ética de la vida mediante el profundo calado ontológico con el que aquí se ha presentado? Ésta última pregunta corresponde a una reflexión sobre la legitimidad del concepto de naturaleza humana que aquí suscitamos y que, a su vez, corresponde con la pregunta kantiana que engloba las tres preguntas del inicio de este artículo, “¿qué es el ser humano?”.



LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL DEL SER HUMANO. INDICACIONES PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL*

JOAN ORDI FERNÁNDEZ

RESUMEN

Determinar en qué consiste la dimensión espiritual del ser humano constituye uno de los desafíos fundamentales tanto para el pensamiento filosófico y religioso como para la vida cotidiana si se vive con sentido humano. El problema se vuelve más agudo aún por el hecho de que, en la historia de las ideas, se han producido diversas interpretaciones de dicha dimensión. Como quiera que algunas de ellas han dejado una huella profunda en la forma occidental de entender la vida, el artículo analiza cuatro y extrae algunas indicaciones humanistas que sean útiles para la praxis médica y sanitaria en el ámbito de la salud mental.

Palabras clave: alma, creaturalidad, espiritualidad, yo, posmodernidad, sujeto.

ABSTRACT

Establishing the spiritual dimension of the human beings is one of the main challenges for the philosophical and religious thinking and the everyday life experience in a human way. The problem becomes worse for the fact that in the history of ideas there have been different interpretations of this dimension. Since some of them have deeply marked the way of understanding life in the West, the article analyses four of them and extracts humanistic instructions for the medical and health praxis in the field of mental health.

Keywords: soul, creaturality, spirituality, me, postmodernity, subject..

Este artículo nos pide dos cosas: a) precisar en qué consiste la dimensión profunda y ulterior del ser humano que va más allá de su naturaleza biopsíquica y la complementa; y, b) hacerlo presentando las concepciones más relevantes de la dimensión espiritual del ser humano que se han producido en la his-

toria. Ahora bien, es evidente que llevar a cabo esta tarea de exponer cómo se ha entendido la dimensión espiritual del ser humano en la historia requeriría todo un curso académico. Por eso, nos vemos obligados a limitar y delimitar drásticamente la exposición, reduciéndola a cuatro momentos históricos y sin podernos detener, obviamente, en autores particulares. Hemos escogido el pensamiento griego clásico, la concepción cristiana, el sujeto de la

1 Tomado de *Bioética & Debate*, 2010; 16(59): 12-17.

modernidad y la disolución del sujeto en la actualidad. Paralelamente, nos permitiremos ir ofreciendo una lectura personal del aprendizaje que podemos extraer de cada periodo en términos de espiritualidad. Nos interesa ir viendo cómo estas concepciones de la dimensión espiritual del ser humano pueden orientar la práctica de una espiritualidad humana y cristiana que guíe la atención médica y sanitaria de enfermos psiquiátricos.

EL MUNDO GRIEGO CLÁSICO

En el mundo griego clásico, la dimensión espiritual del ser humano se denomina *Ψυχή*, o sea, *alma* o principio sustancial de vida del cuerpo y principio de actividad del psiquismo, fuente de conocimiento y a la vez destello de divinidad. Diferentes hechos culturales y religiosos van predisponiendo a los griegos a creer que el ser humano está dotado de alma: a) el culto de los muertos, que implicaba la creencias que, después de morir, aún perdura un principio no corpóreo de la persona, que se separa del cuerpo y tiene una existencia posterior influida por los vivos; b) la utilización que Homero hizo del término *psique*, que entendía como un soplo de vida que abandona el cuerpo después de morir para ir al hades; c) la religión griega clásica, que dotaba a los dioses de inmortalidad, mientras hacía esencialmente mortales a los hombres, pero que, a través del orfismo, afirmaba que en el hombre hay un ser espiritual que se independiza del cuerpo, de manera que es posible la comunicación con otros espíritus a través del éxtasis practicado en las bacanales en honor a Dionisio; esta religiosidad dionisiaca cree que en la persona hay algo divino que está atado al cuerpo como prisión del alma.

Platón atribuye, así, tres grandes funciones al alma: a) el conocimiento intelectual o sabidurías opuesto al conocimiento sensible, que ordena la vida hacia la verdadera esencia de las cosas o *ideas*; b) el ánimo o fuerza que impulsa las acciones humanas, especialmente aquellas que son necesarias para remontar hacia el mundo de las ideas, los conceptos puros donde se encuentra la verdad, y c) el impulso que atrae hacia el placer y la satisfacción, pero que debe ser moderado o temperado para que no restemos prisioneros de este mundo material que obnubila nuestra mente. Estas tres funciones corresponden a tres partes del alma: la racional o intelectual, la irascible o sensitiva y la concupiscible o apetitiva. Y el ser humano debe buscar el equilibrio entre estas tres partes, una integración medida de las tres dimensiones, hecha de sabiduría teórica y práctica, con el fin de que la salud del alma, vivida a través de la salud de la mente y la salud del cuerpo, nos permita conseguir el bien, y con él, la felicidad que es digna de todo ser humano, que nunca es meramente psicológica, sino también ética e intelectual.

Es necesario que el personal médico y sanitario del mundo de la psiquiatría y de la psicología desarrolle una fina sensibilidad humana para conectar empáticamente con el mundo interior, propio y personal, del paciente.

¿Qué enseñanza nos aporta la concepción griega de la dimensión espiritual del ser humano? En primer lugar, cabe destacar el papel de la inferencia lógica de las facultades superiores, que constituyen el mundo de las capacitaciones permanentes de la persona. Los griegos buscaban siempre un principio de explicación de la constitución propia del ser humano e



infería la existencia de facultades típicamente humanas a partir de la observación consciente de la manera habitual de pensar, sentir, actuar, sufrir y reaccionar como sujetos espirituales que llevan una vida psicofísica. Esta inferencia también constituye una práctica médica habitual e indispensable: lo que preocupa e interesa a los profesionales de la salud psíquica es tener acceso a la comprensión del mundo interior de la persona y el funcionamiento de las facultades superiores, para poder incidir positivamente en los desequilibrios internos que se expresan en la conducta externa y en las ideas y creencias que son fuente de angustia para el paciente. De aquí se sigue, pues, una indicación deontológica: es necesario que el personal médico y sanitario del mundo de la psiquiatría y de la psicología desarrolle una fina sensibilidad humana para conectar empáticamente con el mundo interior, propio y personal, del paciente. Sin teorizarlo de manera filosóficamente técnica, la persona se sabe sujeto espiritual, o sea, intuye que es persona en un sentido que va más allá de su naturaleza psicobiológica. Los profesionales deben respetar profundamente esta vivencia o intuición de un fondo espiritual como sustrato del psiquismo del ser humano. Y lo deben respetar también en el caso de que el paciente negara esta dimensión espiritual interpretando la vida humana en un sentido materialista y ateo o agnóstico, ya que una cosa es la teoría que defendemos y otra bien diferente la vivencia que tenemos de la existencia.

Los profesionales deben respetar profundamente esta vivencia o intuición de un fondo espiritual como sustrato del psiquismo del ser humano.

EL CRISTIANISMO

La segunda concepción de la dimensión espiritual del ser humano que queremos destacar en el conjunto de la historia de las ideas es la que defiende el cristianismo. Aquí se debe hacer una advertencia bien clara: lo que hay de específico en la antropología cristiana no es la afirmación de que el ser humano tiene o, mejor dicho, es alma. Esta tesis ya se encuentra, como hemos visto, en la cultura griega clásica y, en una versión general e imprecisa, constituye un patrimonio universal de la antigüedad. Propiamente, el cristianismo sitúa la dimensión espiritual del ser humano en una triple condición: la de ser creado, la de ser amado por Dios sin limitaciones y la de ser encaminado a una vida de servicio a la verdad, del sentido y de la plenitud. Desarrollar cada uno de estos tres aspectos del dogma cristiano antropológico requeriría muchas páginas. Sean suficientes las siguientes indicaciones un poco telegráficas.

La creaturalidad hace que el ser humano sea un ser espiritual. *Creaturalidad* quiere decir que el ser humano existe porque Dios lo ha amado, y no por una simple casualidad de la evolución biológica. *Creaturalidad* quiere decir que la casualidad evolutiva de la materia responde, en el fondo, a un proyecto de comunicación de amor y de vida que tiene su origen en la eternidad y que apunta a la plenitud en la eternidad. *Creaturalidad* quiere decir que tanto la materia como el ser humano se sostienen en Dios, tanto por lo que respecta al ser, como al sentido y a la verdad. La creación no es un acto puntual que da inicio a la gran maquinaria del cosmos, ni se puede identificar simplemente con el



Big Bang, ya que más que un acto físico de producción es una voluntad constante de amor y de vida que hace nacer aquello que es digno de ser amado: el ser humano, y promueve su crecimiento. Para proceder radicalmente de Dios y descansar totalmente en Dios, la vida humana es espiritual, ya que sólo un ser de naturaleza espiritual puede estar a la altura de una relación con Dios como fuente de amor, de conocimiento, de libertad y de vida.

El cristianismo sitúa la dimensión espiritual del ser humano en una triple condición: la de ser creado, la de ser amado por Dios sin limitaciones y la de ser encaminado a una vida de servicio a la verdad, del sentido y de la plenitud.

Justamente porque estamos llamados a este diálogo humanizador con Dios, somos un sujeto espiritual, o sea, tenemos alma. En este punto, el cristianismo debe más a la antropología bíblica que a la griega. Para la *Biblia*, cuerpo y alma no son simplemente dos componentes, uno material y otro espiritual, del ser humano, sino que siempre se trata de su totalidad. La *Biblia* carece de antropología griega, por ello, siempre se termina por forzarla demasiado. Para la *Biblia*, el ser humano muestra ser espíritu en el cuerpo mismo, ya que el cuerpo humano siempre es un cuerpo *personalizado*, el cuerpo de una persona, la persona en tanto que se nos hace física y psíquicamente accesible. El cuerpo está empapado del espíritu. Es imposible mirar el cuerpo desnudo de un hombre o una mujer sin sentir la presencia interpeladora de una persona que trasciende su cuerpo. La obscenidad y la pornografía consisten precisamente en prescindir de la persona a la hora de considerar y de tratar el cuerpo. Y al re-

vés: para la *Biblia*, es imposible definir la dimensión espiritual del ser humano sin hablar de la corporalidad, relación con los otros, lenguaje, símbolos y comunidad humana. No existe el espíritu que no tenga una esencial dimensión corporal. Es cierto que la dimensión más interior del ser humano es su conciencia, el núcleo de su persona, el mundo interior de sus convicciones, sentimientos, deseos y proyectos. Ahora bien, nada de todo esto es real sin la medicación de la esencial vinculación del ser humano a la materia, a los otros, a la historia, a la cultura del grupo social, a la especie biológica como tal, en general, a la construcción de la vida material y a la supervivencia en el tiempo y en el espacio. Para decirlo sintéticamente, somos corporalmente espirituales y espiritualmente corporales. Para el cristianismo, ambos aspectos no se confunden, son distinguibles, pero no resultan separables.

Somos corporalmente espirituales y espiritualmente corporales. Para el cristianismo, ambos aspectos no se confunden, son distinguibles, pero no resultan separables.

Por esto, se comprende que la antropología cristiana, basándose en la fe que confiesa Jesucristo como el Hijo de Dios, prometa la plenitud de la existencia humana en la totalidad de sus dimensiones constitutivas, excepto aquello que la deshumaniza y que no puede ser integrado de ninguna manera en la plenitud escatológica: el mal. Para el cristianismo, el ser humano es espiritual en tanto que sujeto de esperanza: el motor de su vida se encuentra en la secreta o reconocida esperanza de que la vida humana puede caminar con confianza hacia la plenitud, el sentido y la verdad definitivos. Para el



cristianismo, no se puede iniciar este camino de esperanza, que puede sostener toda una vida, sin tener fe en Dios viviente que ama y comparte el sufrimiento humano. No tener fe en Dios significa buscar la posibilidad de verdad, sentido y plenitud escatológicos en otra fuente que parezca garantizarla mejor que Dios, o bien renunciar a una verdad, un sentido y una plenitud que puedan ir más allá de lo que racionalmente podemos esperar de la ciencia y de la razón humana. El cristianismo comprende estas decisiones y opciones personales que no están orientadas hacia Dios (ateísmo, agnosticismo e indiferencia religiosa), pero no puede dejar de creer que sólo Dios es digno de una confianza ilimitada que sea verdaderamente escatológica, o sea, que apunte a una plenitud definitiva y que no sea meramente el resultado previsible de una vida cerrada en los límites de la materia y de este mundo.

Dicho esto, que obviamente es muy sintético, ¿qué enseñanzas nos aporta la concepción cristiana de la dimensión espiritual del ser humano? Teniendo a la vista la práctica médica y sanitaria con pacientes psiquiátricos, posiblemente se podrían indicar los aspectos siguientes: Las ideas religiosas tienen la función de totalizar la vida de una persona. No se trata de unas creencias más cercanas a otras; la persona que es mínimamente creyente, que ama lo que Dios ama y que espera en una plenitud de sentido y de vida que empieza con el compromiso a favor de los otros no considera su fe como un añadido más a su existencia, como un elemento compensatorio de su egoísmo. Para él y ella, la experiencia religiosa no consiste en un acto puntual de fe, ni en un simple conjunto

de creencias sobre Dios y sobre el ser humano. Todo esto es demasiado abstracto y poco vital. Sobre todo, siente que toda su persona –corporalidad, conciencia, libertad, pensamiento, afectos y relación con los otros– se encuentra iluminada, amada, perdonada y aceptada de manera global, y a la vez orientada en totalidad hacia el Dios de Jesucristo que ama y que lo envía a amar a los otros.

Para el cristianismo, el ser humano es espiritual en tanto que sujeto de esperanza: el motor de su vida se encuentra en la secreta o reconocida esperanza de que la vida humana puede caminar con confianza hacia la plenitud, el sentido y la verdad definitivos.

Esta vivencia espiritual totalizadora es, para el cristianismo, la actualización religiosa de la dimensión espiritual constitutiva del ser humano. No hay fe si toda persona no está siempre en camino hacia el Dios que se hace accesible en la humanidad de los otros, sobre todo en la humanidad de los más sufrientes. Por esto, resulta comprensible que los profesionales médicos y sanitarios del mundo de la psiquiatría y de la psicología, sin son cristianos o tienen una fe próxima al cristianismo, se sientan llamados a hacer de la profesión médica y sanitaria una prolongación y una actualización creativa del ministerio de Jesucristo: acercar el amor incomprensible de Dios a los perdedores de la sociedad, a los que no escriben páginas gloriosas en la historia de la humanidad, a los que sufren a causa de graves enfermedades psíquicas que los incapacitan para tener una identidad personal satisfactoria y feliz.

Vemos, por segunda vez, que definir en qué consiste la dimensión espiritual del



ser humano nos lleva a entender y vivir la vida personal y la profesión sanitaria de una manera bien concreta. La filosofía, la religión y la espiritualidad no son meramente teorías conceptuales, sino el intento de formular con palabras aquello en lo cual el ser humano se juega el sentido de la felicidad en este mundo.

LA MODERNIDAD

La tercera concepción de la dimensión espiritual del ser humano que vale la pena destacar es la característica de la modernidad, que se inició en el siglo XVII con la filosofía y la forma práctica de vida de René Descartes (1596-1650).

Este filósofo francés estableció un criterio riguroso de demarcación entre la materia y el ser humano, y entre ambos y Dios. La materia, la designó como extensión desprovista de cualquier conciencia o pensamiento, y falta de actividad por ella misma, ya que el movimiento y la energía que muestra tener le fueron dados por Dios en un actor creador. Comparado con esta masa inerte de simple extensión física que es la materia, el ser humano se caracteriza por pensar, por tener ideas, sentimientos y afecciones, por ser consciente de sus actividades psíquicas y de su propia existencia e identidad, y por no ocupar ningún lugar físico en el mundo, ya que propiamente el ser humano es una sustancia pensante, no un cuerpo sino un *cogito* (“pienso, tengo estados de conciencia cognitivos y efectivos”), un centro de actividad mental que se asegura la existencia en este mundo –esto sí– en tanto que vinculado a un cuerpo. Ambas sustancias, no obstante, son finitas: la material porque la exten-

sión la limita por todos lados y porque una extensión ilimitada no equivale nunca a infinito supramaterial; y la pensante, porque la mente humana no tiene la espontaneidad y la creatividad originarias de la mente divina, que es totalmente ilimitada en su poder y completamente incondicionada en su obrar. Sólo Dios, pues, es la sustancia infinita, el sentido de omnipotente, omnisciente y absolutamente independiente.

El sueño de una completa independización del ser humano respecto a cualquier vínculo constituye sobre todo una pesadilla.

Ahora bien, estos atributos divinos funcionan, para Descartes, como el motivo o móvil de la secreta envidia de Dios que el ser humano siente. Cabe entender, en efecto, que la modernidad de Descartes rompe explícitamente, como programa filosófico, con toda la herencia del pasado (tradicción cultural y filosófica que se remonta a Platón y Aristóteles), con toda la autoridad institucionalizada (iglesias cristianas y príncipes políticos) y con toda dependencia de teorías veneradas a lo largo de los siglos, pero que no se basan ni en la observación sistemática de los fenómenos ni en la experimentación guiadas por principios racionales. Esta triple rotura tiene como finalidad colocar al ser humano en la posición de quien se basta a sí mismo, desvinculado como queda de todo nexo de dependencia y sumisión, puesto que es finito, pero no posee la libertad total, el poder omnímodo y el saber absoluto de Dios. Ahora bien, justamente por esto envidia a Dios y, en los límites de su poder finito, le imita tanto como puede, ya que cree que la dimensión espiritual de su ser humano se manifiesta más claramente



cuando se da más autoconciencia, libertad y pleno control racional de todo lo que le rodea y de todo lo que le pasa en el interior de su psiquismo sin materia, pero con pasiones. Con esta auto posición, el sujeto de la modernidad se encuentra a pocos milímetros de la paranoia de quitar el sitio a Dios, desgranándose paradójicamente en su humanidad, como de hecho hemos visto y constatando históricamente en las dinámicas e ideologías totalitarias, absolutistas y delirantes de los siglos XIX y XX.

Concebida así la dimensión espiritual del ser humano, cabe preguntarse, como sujeto autónomo, recluso en sí mismo y autosuficiente, ¿qué podemos aprender para la práctica médica y sanitaria en el mundo de la psiquiatría? La gravedad de las enfermedades de tratamiento psicológico y psiquiátrico intenso, y a veces de por vida, muestra, en negativo, que el sueño de una completa independización del ser humano respecto a cualquier vínculo constituye sobre todo una pesadilla. Muchos casos de enfermedades psíquicas acaban mostrando el rostro de una pérdida grave de contacto sustancial con la realidad objetiva. Contrariamente a lo que tiende a pensar la modernidad, la dimensión espiritual del ser humano no se encuentra en la autonomía desvinculada, sino en un esfuerzo equilibrado, y siempre reintentándolo de nuevo, de humanizar los lazos que llenan de sustancia nuestro ser: la vinculación al cosmos a través de nuestro organismo biopsíquico, en cuya escucha podemos encontrar una fuente de serenidad y de gozo interior; la vinculación a un contexto familiar acogedor y confiado en que la persona se sienta amada incondicionalmente y estimulada a

desarrollar una identidad madura; la vinculación a la tradición y la historia común de un pueblo o nación que nos constituye en nuestra identidad colectiva y que hace posible compartir valores, ideales y metas comunes; y la vinculación a tradiciones de pensamiento, de creación artística, de investigación científica, de compromiso social y de experiencia religiosa que nos proyecta hacia el futuro desde el bagaje de un pasado ya experimentado, analizado, decantado, valorado en la justa medida que la distancia facilita.

Paradójicamente, es, gracias a estas vinculaciones, por lo que acabamos adquiriendo una autonomía verdaderamente humana. Por esto, parece recomendable que, en la práctica médica y sanitaria de terapia psiquiátrica y psicológica, y en general de acompañamiento humano, tomemos los vínculos naturales del ser humano como referencia, como objetivos y como indicadores y a la vez estímulos de la salud mental para los pacientes. Se debe continuar haciendo todo lo posible para que los enfermos mentales restablezcan estos vínculos significativos, tanto cognitivamente como afectivamente, con los elementos esenciales de nuestra compleja realidad humana, que es espiritual y material al mismo tiempo. El sujeto de la modernidad desconfió radicalmente de la tradición. En su momento histórico, esta postura podía estar justificada después de los abusos institucionales de la Iglesia católica y del poder político medieval. Hoy, más bien, nos amenaza el peligro de una supuesta autonomía personal que, en realidad, muestra mucha soledad y frustración, mucho sufrimiento interior, mal disimulado con muchas ocupaciones exteriores.



ÉPOCA POSTMODERNA

Esta observación nos permite pasar a la última –la cuarta– concepción de la dimensión del ser humano que hemos escogido para comentar. Aquí se trata de una posición atribuible a una cierta mentalidad ambiental, que ha sido producto de aquella modernidad desplegada en la historia hasta nuestros días. Es la manera de pensar y de sentir de la *época posmoderna*. Es evidente que también nosotros vivimos bajo la influencia de esta concepción del ser humano que predomina en el presente. ¿En qué consiste? ¿Cómo la podríamos definir? ¿Y qué tiene que ver con la modernidad? Intentemos aproximar una respuesta a estas preguntas que nos sirva en términos de espiritualidad vivida en el mundo de la salud mental.

La postmodernidad ha llevado a su radicalidad la desconfianza iniciada por la modernidad. En un primer momento, la tradición cristiana medieval, que era una simbiosis de filosofía, *Biblia* y política papal e imperial, acabó en descrédito y fue paulatinamente sustituida por una ciencia empírica y matemática, una filosofía elaborada según el modelo de la geometría y de las ciencias de la naturaleza, y una mentalidad pragmática y racionalista que tendía a ver en la religión la expresión de sentimientos, valores e ideales humanos. Las metafísicas del pasado, como la de Platón y Aristóteles, y las síntesis medievales entre fe y filosofía, como la de Santo Tomás de Aquino, fueron objeto de desconfianza y abandonadas por la nueva filosofía de la conciencia que instauró Descartes. La verdad se va transformando así en certeza subjetiva para la conciencia, en lugar de ser la estructura de las cosas en sí captada en enunciados. Toda la mo-

dernidad vive de este desplazamiento del punto de partida, que abandona la actitud de obediencia a la realidad exterior para hacer del *cogito* la medida de la verdad. La dimensión espiritual del ser humano pasa a ser ahora la misma racionalidad del sujeto que desacraliza el mundo.

El origen de la llamada postmodernidad, época historicista que es la nuestra y que se caracteriza por una radical desconfianza hacia una supuesta razón humana objetiva y universal. Por esto, tendemos a elaborar una concepción relativista de todo: nada tiene un valor absoluto, sino que creemos que todo es relativo.

En un segundo momento, que empieza hacia la mitad del siglo XIX y se extiende por todo el siglo XX, la actitud de desconfianza ya se ha enquistado en la forma práctica de vivir del hombre moderno y se ha convertido en la actitud mental predominante a la hora de pensar, de valorar y de decidir. Ahora bien, esta desconfianza se radicaliza hasta el punto de recaer sobre ella misma. Y así aparece, en la primera mitad del siglo XX, una duda escéptica sobre la misma pretensión de objetividad universal de la razón ilustrada. Por ejemplo, la filosofía conocida como *historicismo* puso de moda la tesis según la cual todo lo que hace el ser humano está inevitablemente condicionado por la mentalidad, los valores, los conocimientos y los prejuicios de la época histórica en que se produce. Toda creación es hija de su tiempo. Y por esto, la concepción ilustrada de la razón tampoco se escapa al condicionamiento histórico de la salida de la época medieval y del inicio de la matematización de la física en los siglos XVII y XVIII. No hay nada de objetivo y universal o intemporal: todo es producto



cultural de una época histórica determinada. Aquí se encuentra, propiamente, el origen de la llamada *posmodernidad*, época historicista que es la nuestra y que se caracteriza por una radical desconfianza hacia una supuesta razón humana objetiva y universal. Por esto, tendemos a elaborar una concepción relativista de todo: nada tiene un valor absoluto, sino que creemos que todo es relativo a unas circunstancias y a un contexto concreto; ninguna teoría filosófica puede explicar toda la complejidad humana; la especialización científica ya no nos permite conseguir una visión completa del mundo o cosmovisión; las religiones no gozan del prestigio de la verdad, sino que sirven a título individual y a menudo se reducen a técnicas de meditación para controlar el estrés, las emociones y los problemas de la vida; la ética ha perdido el referente de unos valores normativos que nos obligaban a auto superarnos y se han convertido en códigos de conducta que la persona decide tener según sus gustos y puntos de vista subjetivos; las relaciones humana parecen estar marcadas por la expectativa de obtener alguna ventaja personal, más que por el deseo de hacer un bien a otro. Y así sucesivamente.

A todo esto, debe añadirse la conciencia de que por encima de todos actúan estructuras dinámicas y poderes que no podemos controlar de ninguna manera. Por ejemplo, la economía es una estructura de mercado mundial que impone sus leyes de explotación y beneficios sobre todos los países del mundo; la política es el juego del poder que se debe conseguir y administrar en beneficio del propio partido o de determinados grupos financieros o empresariales; la tecnología se aplica a

todos los ámbitos de la vida y se encuentra en un proceso de revolución incesante y acelerado que transforma radicalmente nuestra manera de relacionarnos con el mundo y contribuye a mantener una mentalidad pragmática, instrumental, funcional. Economía, política y tecnología son tres ejemplos de dinámicas que se nos imponen, invaden nuestra vida y determinan nuestra manera de sentir el mundo, de interpretar la vida, de entendernos a nosotros mismos. Al fin y al cabo, acabamos teniendo la sensación de que, fuera del ámbito secreto de nuestra identidad personal, que bien poco interesa a los otros, no somos más que masas inapreciables en manos de dinámicas y poderes sociales enormes e insuperables, invencibles. Valgan dos ejemplos: podemos decidir vivir en un piso modesto, pero en seguida comprendemos que no es esto lo que frena la especulación inmobiliaria, sino la crisis económica del sector. Podemos apagar todos los aparatos eléctricos de casa cuando no los utilizamos, pero en seguida nos damos cuenta de que no es esto lo que dreña la contaminación y explotación insostenible del medio ambiente, sino la decisión de una multinacional de cambiar la ubicación de sus empresas. Y así podríamos poner miles de ejemplos parecidos.

Nos acompaña, pues, de manera soterrada, la impresión de que no somos los verdaderos sujetos de nuestra historia. Somos piezas de poderes estructurales de alcance supranacional. El destino ha tomado el rostro de los megapoderes que dominan la historia humana. Y así, no nos creemos portadores de una dimensión espiritual constitutiva. Hay demasiadas cosas materiales y muy poderosas en



nuestro entorno, creadas por el ser humano mismo, pero dotadas de una eficacia que se come todo el protagonismo personal. Se ha producido lo que los estudiosos de las culturas llaman “la disolución del sujeto en la posmodernidad”, que es nuestro tiempo. Ahora bien, cuando la persona no se siente protagonista de su propia biografía, las posibilidades de una espiritualidad en el sentido fuerte de la palabra se reducen mucho. La espiritualidad creyente es la existencia humana vivida desde la verdad divina, reconociendo un sentido objetivo y una exigencia ética humanizadora en el mundo de los valores, y buscando una plenitud humana a través del amor a los otros, del servicio profesional y de la lucha por la justicia. *Espiritualidad* quiere decir ejercicio constante y práctica incesante, en las circunstancias más cotidianas de la vida, de un abandonarse a la verdad, el sentido y la promesa de plenitud que sale a nuestro encuentro en la profesión, en la vida de familia, en la relación diaria con la gente y en los hechos, dinámicas y tendencias de nuestro planeta. Es *espiritual* la persona que reconoce profundidad y densidad humana, o sea, condición de sujeto, allí donde aparentemente sólo hay casos particulares de leyes generales, es decir, un enfermo psiquiátrico más que ha sido víctima de la mala construcción de la personalidad a que nos lleva esta sociedad desequilibrada. Ahora bien, ¿cómo podemos ser espirituales y ayudar espiritualmente a los otros, si nuestro sujeto amenaza con disolverse en tantos mecanismos, estructuras dinámicas y furzas impersonales que nos superan? Es necesario una toma de conciencia más clara que en el pasado de la esencial dimensión espiritual de la persona: ¡la humanidad se juega la propia

felicidad! Y también se debe valorar más que nunca el trabajo en equipo como una gran oportunidad de general experiencias de humanidad contra los poderes ambientales.

Se debe volver a edificar contextos humanos donde sea posible descubrir que somos sujetos con la posibilidad de dar sentido humanos a nuestras vidas y de hacer algo porque la vida de los otros tenga sentido.

CONCLUSIÓN

En conclusión, la antropología filosófica griega, que contiene el modelo clásico de humanismo; la concepción cristiana del ser humano, que nos enseña a amar el mundo y los otros como Dios los ama en Jesucristo y el descubrimiento del sujeto autoconsciente de la modernidad, que nos estimula a ser verdaderos actores de nuestra historia en libertad y responsabilidad, puede darnos pistas para ejercer la profesión médica y sanitaria con el gozo de contribuir a mejorar la calidad de vida mental de los pacientes desde una espiritualidad bien encarnada en el mundo. Y encarnada sobretodo en el momento posmoderno actual, en que mucha gente presenta síntomas claros de crisis de convicciones, de ideales y de valores, se siente profundamente sola y angustiada, y no ha podido construir un mundo interior capaz de ofrecer un mínimo de felicidad personal que responda la pregunta ¿cuál es mi papel en este mundo?

Nuestra época ha relativizado muchas cosas inútiles del pasado. Nos hemos liberado de falsos absolutos que debajo del paraguas de la religión, en el fondo, con-



tribuyen a no pocos desequilibrios y sufrimientos mentales. Esta es, a mi juicio, la cara más positiva de nuestra posmodernidad desencantada. Ahora toca pasar a la fase constructiva. Se debe volver a edifi-

car contextos humanos donde sea posible descubrir que somos sujetos con la posibilidad de dar sentido humano a nuestras vidas y de hacer algo porque la vida de los otros tenga sentido.

FRITZ JAHR Y EL ZEITGEIST DE LA BIOÉTICA*

NATACHA SALOMÉ LIMA

RESUMEN

Entre 1927 y 1934, Fritz Jahr, pastor protestante, filósofo y educador alemán publicó una serie de artículos en los cuales introdujo por primera vez el concepto de Bioética. Lo hizo de manera visionaria y en interlocución con la ciencia, la filosofía y el arte de su tiempo (Theodor Fechner, Rudolf Eiler, Friedrich Ernst, Daniel Schleiermacher, Arthur Schopenhauer, Richard Wagner, entre otros). Propuso así una reformulación del imperativo kantiano en términos de “imperativo bioético”, el cual presenta tres líneas de interés para el desarrollo contemporáneo: 1) el planteo de premisas éticas para la experimentación con animales, 2) la inclusión de la agenda ecológica en las preocupaciones bioéticas, 3) el nacimiento de la bioética ligada a las grandes transformaciones científicas, filosóficas, estéticas y políticas de fines del Siglo XIX y del primer tercio del Siglo XX.

Palabras clave: Bioética, Fritz Jahr, Kant, Zeitgeist

ABSTRACT

Between 1927 and 1934, Fritz Jahr, a protestant pastor, German philosopher and teacher published a number of articles in which he introduced, for the first time, the concept of bioethics. He did this in a visionary way and in dialogue with science, philosophy, and the art of his time (Theodor Fechner, Rudolf Eiler, Friedrich Ernst, Daniel Schleiermacher, Arthur Schopenhauer, and Richard Wagner, among others.) He proposed a reshaping of the Kantian imperative in terms of the “bioethical imperative,” which introduced three lines of interest to the contemporary development: 1) set the outlines of ethical premises in animal research, 2) included the ecological agenda in bioethical concerns, 3) established the birth of bioethics related to major scientific, philosophical, aesthetic and political transformations of the latest nineteenth century and the beginning of the twentieth century.

Keywords: Bioethics, Fritz Jahr, Kant, Zeitgeist

* Tomado de “Aesthetika International Journal on Subjectivity, Politics and the Arts Revista Internacional sobre Subjetividad”, *Política y Arte*, Vol. 5, (1), setiembre 2009.

*Zeitgeist es una expresión alemana que significa “el espíritu (Geist) del tiempo (Zeit)” y que denota el clima intelectual y cultural de una era. El término se refiere a los caracteres distintivos de las personas, que se extienden por una o más generaciones a pesar de las diferencias de edad y el entorno socio-económico, manteniendo una visión global que prevalece para ese particular período. En el pensamiento hegeliano, Zeitgeist es la experiencia de un clima cultural dominante que define una era en la progresión dialéctica de una persona o del mundo entero.*¹

Como lo consigna Fernando Lolas Stepke (2007, 2008), tradicionalmente el origen de la bioética ha sido fechado en 1970, a partir de la publicación de la obra de Van Rensselaer Potter, *Bioethics: Bridge to the Future* y la fundación un año más tarde del *Instituto Kennedy de Ética* en la Universidad de Georgetown por André Hellegers, con el apoyo del Sargento Shriver y la propia familia Kennedy.

Investigaciones recientes realizadas por Hans-Martin Sass, revelan sin embargo que tanto el término como el concepto se remontan a 1927, cuando *Fritz Jahr*, un pastor protestante, filósofo y educador en Halle an der Saale (Alemania), publicó un artículo titulado “*Bio-Ethik: Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze*” (Bio-ética: una perspectiva sobre la relación ética de los seres humanos con los animales y las plantas). En dicho artículo, Jahr proponía ya un “imperativo bioético”, extendiendo el imperativo moral kantiano a todas las formas de vida (Sass, 2008, Lolas Stepke, 2007, 2008).

Este descubrimiento tiene gran importancia, ya que establece una filiación del concepto de bioética ligada a la tradición filosófica europea y al debate de entre-guerras. Como veremos, a un *Zeitgeist* diferente y claramente suplementario del imperante en los años setenta.

Tres ejes del artículo pionero de Jahr merecen ser destacados: 1. el planteo de premisas éticas para la experimentación con animales, 2. la inclusión de la agenda ecológica en las preocupaciones bioéticas, 3. el nacimiento de la bioética ligada a las grandes transformaciones científicas, filosóficas, estéticas y políticas de fines del siglo XIX y del primer tercio del siglo XX.

EL “IMPERATIVO BIOÉTICO” DE FRITZ JAHR

En su artículo de 1927, Jahr adelanta una definición y un concepto de “bioética” que él entiende resultante de distintas fuentes científicas, filosóficas y estéticas. Por un lado, la referencia, si bien breve, a Wilhem Wundt y su creación del primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig. Por otro, el pensamiento de Theodor Fechner y Rudolf Eiler en torno al concepto de “bio-psiquis”, del cual Jahr desprende, como un paso necesario, la formulación de una “bio-ética”. Finalmente, las referencias filosófico-estéticas a autores emblemáticos del romanticismo europeo de mediados del siglo XIX, como Friedrich Ernst, Daniel Schleiermacher, Arthur Schopenhauer y Richard Wagner.

En esta última línea, es interesante que la referencia a Wagner sea a partir de su ópera *Parsifal*, cuyo primer acto presenta la escena conmovedora del asesinato del cisne a manos del muchacho que

1 Extractado de Wikipedia <http://es.wikipedia.org/wiki/Zeitgeist>.



luego devendrá Parsifal para redimir a los hombres de su pecado original. Así lo presenta Wagner a través del parlamento de Gurnemanz:

*¡Acto sin precedentes!
¿Y has podido matar, aquí, en el bosque sagrado,
cuando todo a tu alrededor es paz y tranquilidad? (...)
El fiel cisne, ¿qué te había hecho?
Sólo iba volando en busca de su compañera
para cruzar juntos el lago,
y así bendecir noblemente sus aguas.
¿Cómo es que no te asombraste?
Tú, como un simple muchacho, sólo pensaste en tu arco mortífero.
Nosotros le amábamos: ahora ¿qué es él para ti?
¡Mira, mira aquí! Aquí lo heriste,
por aquí le caía la sangre, su ala cae como muerta,
sus plumas del color de la nieve, se han teñido de oscuro, su mirada está vacía.
¡mira cómo nos mira!
¿Eres consciente del pecado que has cometido?*

Tanto el pasaje como el desenlace de la ópera tuvieron sin duda una fuerte influencia en Jahr a la hora de formular sus recomendaciones sobre el trato que deben recibir los animales, especialmente cuando éstos son objeto de investigaciones científicas. (Lolas Stepke, 2008). Esa mirada inerte del cisne nos interpela no sólo en relación a los animales sino en torno a lo que en ellos podemos percibir de la condición humana:

Si tenemos un corazón sensible hacia los animales, no vamos a negarle nuestra compasión y cuidados a seres humanos que sufren. Aquellos que poseen un amor lo suficientemente grande para

trascender los límites de lo humano, y encuentran la santidad en la criatura más miserable, van a reconocer y apreciar la santidad también en el más pobre de sus hermanos, y no van a reducirla a una clase social, a un grupo de interés, a un partido. Por otro lado, la insensibilidad y crueldad hacia los animales es evidencia de un carácter también cruel que podría tornarse peligroso para el propio ambiente humano. (Jahr 1928b, p. 100).

Se ve cómo la inspiración estética –el argumento de una ópera– va promoviendo en Jahr una reflexión sobre la relación entre el ser humano y el resto de las especies que pueblan la tierra. Este sólo ejemplo sirve a los fines de hacer evidente la riqueza de las fuentes culturales en la fundación del concepto de bioética. Al mismo tiempo, muestra a Jahr como un pionero de la utilización de referencias audiovisuales para la didáctica de la bioética, tendencia en boga actualmente.²

De acuerdo a la puntuación de Sass, Fritz Jahr establece, entre 1927 y 1934, cuatro líneas de argumentación como sostén de la identidad profesional de la bioética: 1. la bioética es una disciplina académica nueva y necesaria, 2. la bioética debe ser pensada en relación a la actitud moral, la convicción y conducta deseables, 3. La bioética reconoce y respeta todas las formas de vida e interacciones con la naturaleza y la cultura, y 4. la bioética

2 Ver Cattorini, Paolo, *Bioetica e Cinema*, Franco Angelli, Milano, 2006 y más recientemente Michel Fariña, J., “A Model for Teaching Bioethics and Human Rights Through Cinema and Popular TV Series: A Methodological Approach”. *Counselling Psychology Quarterly, Special Issue: Models of Mental Health and Human Rights: in celebration of the 60th Anniversary of the United Nations Declaration of Human Rights for All*. Co-Editors: Judy Kuriansky and Waseem Alladin. Vol. 22, Nº 1, pp. 105-117.



ha legitimado obligaciones en el entorno profesional, en relación a la esfera pública, la educación, la consultoría, la moral pública y la cultura en general.

De manera más desagregada, y siempre siguiendo la lectura de Sass, podríamos establecer que Jahr desarrolla su visión de la bioética como una disciplina, un principio y una virtud. Partiendo de las formulaciones de Kant, pero extendiendo el Imperativo Categórico a un Imperativo Bioético más abarcador, se abren distintas líneas:

El imperativo bioético guía las actitudes y responsabilidades éticas y culturales en las ciencias de la vida a través de todas las formas vivientes. Este principio está en interlocución con el imperativo kantiano –lo que Kant nombraba en 1788 como carácter sagrado de la ley moral, fundamento de su imperativo categórico–. El “carácter sagrado de la vida” es para Jahr el fundamento del imperativo bioético propuesto en 1927.

El imperativo bioético tiene su basamento en distinto tipo de evidencia, entre ellas la evidencia histórica, destacando que “la compasión es un fenómeno empírico demostrado del alma humana” (Jahr, 1928). La estrecha conexión entre la protección de los animales y la ética se basa, en esencia, en el hecho de que tenemos no solamente obligaciones morales hacia los demás seres humanos, sino también hacia los animales –incluso hacia las plantas– y sólo así podemos hablar expresamente de bioética.

El imperativo bioético fortalece y complementa el reconocimiento moral y las obli-

gaciones hacia los demás seres humanos, en referencia al contexto kantiano y debe ser seguido con respeto a la cultura humana, y las obligaciones morales mutuas entre seres humanos (Jahr, 1928).

El imperativo bioético debe reconocer, fortalecer y cultivar la lucha por la vida en sus diferentes formas, en el medio ambiente natural y cultural. En palabras del propio Jahr:

[Desafortunadamente] toda nuestra vida y actividades políticas, en los negocios, en la oficina y en el laboratorio, en el taller y en los campos de siembra, no está basada en el amor, sino en la competencia con los otros. Muy a menudo no somos conscientes de esta disputa, siempre y cuando procedamos sin odio y de un modo justo, legal y deseable. Asimismo, como no podemos evitar las disputas con otros seres humanos, no podemos evitar tampoco la lucha por la vida con otros seres vivientes. Sin embargo, no quisiéramos perder de vista, como punto de orientación, el ideal de responsabilidad ni por los primeros y ni por los últimos.

Para Fritz Jahr la bioética y la ética ambiental, la ética corporativa e institucional, la ética social e incluso “sexual”, deben seguir los mismos principios y valores de la *responsabilidad* (Jahr, 1928). Se trata, como se ve, de un intento por organizar un sistema conceptual que dé cuenta de la complejidad.

El imperativo bioético supone la compasión, el amor y la solidaridad para con todas las formas vivientes como principio basado en contenidos y valores, a diferencia de la “regla de oro” del imperativo categórico kantiano, cuyo carácter es estrictamente formal.



Para Jahr la máxima kantiana “obra de modo tal que tu acción se convierta en una máxima universal” provee una indicación formal para una “buena acción”. Pero sugiere que el motivo que aliente tal principio podría ser de carácter egoísta, una suerte de contrato mutuo del tipo: “si no me haces nada a mi, entonces yo no te haré nada a ti”. Darle contenido al principio bioético resuelve a su entender la cuestión, como se verá más claramente en el punto siguiente:

El imperativo bioético incluye obligaciones para con nuestro propio cuerpo y alma como seres humanos (Jahr, 1934).

¿Cómo entiende Jahr que debemos cumplir con el quinto mandamiento –“no matarás”? En su concepción, esta premisa supone el cuidado de los semejantes, pero a partir de la responsabilidad por el propio cuerpo. Recordemos que el decenio 1920-1930 fue un período muy turbulento, que incluyó cambios en la moral tradicional y en las actitudes y normas culturales. Es allí donde Jahr introduce la cuestión de cómo el daño a uno mismo recae sobre el conjunto: la comunidad, la descendencia –adelantando de paso la agenda de la responsabilidad sobre las generaciones futuras (Unesco, 2005). De este modo, el grado de responsabilidad sobre la salud de cada quién tiene implicaciones en el ámbito público. Estas reflexiones conducen a Jahr a una reescritura del quinto mandamiento bajo el marco del *imperativo bioético*.

Otro punto importante abordado por Jahr es el de la reciprocidad entre humanos, propio del imperativo kantiano, pero estableciendo que si bien no se puede esperar la reciprocidad en otras criaturas no hu-

manas ello no significa que no se las tenga en cuenta. Podemos pensar que tanto Jahr como Kant comparten el concepto de que ética y bioética son categóricas, en tanto no dependen de la reciprocidad.

ACTUALIDAD DE LOS PLANTEOS DE JAHR

Estos avances nos permiten entender algunos puntos de encuentro entre Jahr (1927), Van Rensselaer Potter y André Hellegers (1970). Un argumento de peso en Fritz Jahr es que el nuevo conocimiento científico, requiere una nueva moral y un replanteo cultural; Potter y Hellegers consideran a su vez que “la nueva evidencia científica requiere nuevas prioridades en la investigación ética, como así también modificaciones y mejoras en nuestra actitud personal y profesional” (Potter, 1970).

Otro punto de encuentro podemos situarlo en la referencia a la enseñanza de la ética profesional. Cabe aclarar, sin embargo, que el concepto de bioética en Jahr posee una visión más amplia que la de Potter y Hellegers, dado que incluye esencialmente todas las formas de vida. Asimismo, tiene en cuenta importantes cuestiones institucionales, como las que articulan la bioética con los medios de comunicación:

Si ustedes acuerdan con que los medios de comunicación están para modelar la opinión pública, o al menos poseen una fuerte influencia sobre ella, entonces desde una perspectiva ética se convierte en una obligación e contribuir al desarrollo de actitudes y convicciones de acuerdo al mejor conocimiento y conciencia que uno puede aportar. (Jahr 1928a, pp. 149f).



De esta forma, Jahr les recuerda a sus colegas eticistas que publicar en los medios masivos de comunicación requiere otras técnicas y métodos que publicar textos académicos:

La prensa diaria aporta de tanto en tanto contribuciones, que pueden ser claramente reconocidas como éticas, las cuales no son muy extensas y están escritas de forma novelada, para que puedan resultar de interés y de fácil comprensión para los legos; desde este punto de vista la importancia de una prensa ética, incluyendo sus aspectos sociales y sexuales, no debería ser subestimada. (Jahr 1928a, p. 150).

En la misma línea, introduce un tema de candente actualidad cuando se pregunta:

¿Podríamos pedirle a una joven, que ha quedado embarazada contra su voluntad por un violador; que dé a luz a un niño, al que nada la une, y que además podría poseer características que sólo le traerían tristeza y dolor? Aquí, uno tiene que juzgar con mucho cuidado lo que entiende por “responsabilidad” en el sentido más amplio del término” (Jahr 1928a, p. 149).

Como se puede ver, una consideración aguda respecto de un tema altamente controvertido. Si bien el artículo no avanza sobre la noción de responsabilidad en juego, abre el tema para consideraciones sumamente interesantes.

No olvidemos que Jahr era miembro del movimiento de reforma pedagógica, en cuyo marco publica un provocador artículo titulado: “¿Dictado de actitudes o libertad de pensamiento?”. Adelanta allí lo que él llama “democratización de la convicción” es decir, el reemplazo del antiguo estilo moralizante por debates que respeten los valores y virtudes individua-

les, como así también la interpretación y aplicación de los principios y virtudes tradicionales en el contexto de un entorno pluralista y cambiante. Las primeras siete de sus diez postulados versan:

1. No enseñar una ética subjetiva inflexible y rígida 2. Evitar estrictamente camuflar opiniones preconcebidas bajo el velo de la así llamada objetividad y del mal uso de la enseñanza interactiva. 3. Metodológicamente no es lícito presentar solamente hechos deseables, suprimiendo o negando aquellos que no lo son, o transformándolos a voluntad. 4. Reconocer siempre la diversidad de convicciones y actitudes. 5. Presentar estas convicciones y actitudes diversas, incluyendo siempre sus beneficios y sus errores, que deben ser presentadas de manera justa y sin prejuicios. 6. Presentar una opinión personal debe suponer siempre no imponer obligaciones a los demás, también uno debe recordar presentar los puntos débiles de la propia perspectiva. 7. En lugar de la manipulación tendenciosa de actitudes, se les debe proporcionar a los alumnos todas las oportunidades para desarrollar sus propios pensamientos e ideas, esto es facilitándoles materiales objetivos para que puedan desarrollar más adelante sus propias perspectivas” (Jahr 1930, p. 201f).

CONCLUSIÓN

El Zeitgeist de Fritz Jahr, es decir el trasfondo teológico y filosófico, como así también el espíritu estético y científico de su época, resultan decisivos en el concepto de bioética que acuña. El mismo resulta, retrospectivamente, un suplemento respecto del contexto médico y biológico en que se inscribe su renacimiento en la década del 70. Una articulación entre el desarrollo



científico-tecnológico del Siglo XXI y las clásicas categorías ético filosóficas se hace hoy más necesaria que nunca. La investigación sobre la obra de Jahr resulta un camino importante en esta búsqueda.

BIBLIOGRAFÍA

- Jahr, Fritz (1927) *Bio-Ethik: Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze*. Kosmos: Handweiser für Naturfreunde 24 (1): 2-4. [Bio-ética: una perspectiva sobre la relación ética de los seres humanos con los animales y las plantas]
- Jahr, Fritz (1928a). *Soziale und sexuelle Ethik in der Tageszeitung. Ethik: Sexual- und Gesellschaftsethik: Organ des "Ethikbundes"*. 4 (10/11): 149-50. [Perspectiva ética de la sociedad y la sexualidad en los medios]
- Jahr, Fritz (1928b). *Tierschutz und Ethik in ihren Beziehungen zueinander. Ethik: Sexual- und Gesellschaftsethik: Organ des "Ethikbundes"*. 4 (6/7): 100-102. [La íntima relación entre la ética y el cuidado de los animales]
- Jahr, Fritz (1934). *Drei Studien zum 5. Gebot. Ethik: Sexual- und Gesellschaftsethik* 11: 183-87. [Tres estudios sobre el 5to. Mandamiento]
- Lolas, Fernando (2008). "Bioethics and animal research. A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr". *Biol. Res.* 41: 119-123.
- Sass, Hans-Martin (2007). *Fritz Jahr's bioethischer Imperativ. 80 Jahre Bioethik in Deutschland von 1927 bis 2007*. Bochum: Zentrum für medizinische Ethik, Medizinethische Materialien Heft 175.
- Sass, Hans-Martin (2008). "Fritz Jahr's 1927 Concept of Bioethics". *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol. 17, Nº 4, 279-295.

ANEXO

Bibliografía completa de Fritz Jahr 1927-1934 según la recopilación de Hans-Martin Saas (2007).

- Jahr, Fritz. (1927) *Bio-Ethik: Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze*. Kosmos: Handweiser für Naturfreunde, 24 (1): 2-4.
- (1928a). *Soziale und sexuelle Ethik in der Tageszeitung. Ethik: Sexual- und Gesellschaftsethik: Organ des "Ethikbundes"*, 4 (10/11): 149-50.
- (1928b). *Tierschutz und Ethik in ihren Beziehungen zueinander. Ethik: Sexual- und Gesellschaftsethik: Organ des "Ethikbundes"*, 4 (6/7): 100-102.
- (1928c). *Wege zum sexuellen Ethos. Ethik: Sexual- und Gesellschaftsethik: Organ des "Ethikbundes"*, 4 (10/11): 161-63.
- (1929). *Zwei ethische Grundprobleme in ihrem Gegensatz und in ihrer Vereinigung im sozialen Leben. Ethik: Sexual- und Gesellschaftsethik*, 6: 341-46.
- (1930). *Gesinnungsdiktatur oder Gedankenfreiheit? Gedanken über eine liberale Gestaltung des Gesinnungsunterrichts. Die neue Erziehung: Monatsschrift für entschiedene Schulreform und Freiheitliche Schulpolitik*, 12: 200-202.
- (1934a). *Drei Studien zum 5. Gebot. Ethik: Sexual- und Gesellschaftsethik*, 11: 183-87.
- (1934b). *Jenseitsglaube und Ethik im Christentum. Ethik: Sexual- und Gesellschaftsethik*, 11: 217-18.
- (1934c). *Zweifel an Jesus? Eine Betrachtung nach Richard Wagner's "Parsifal."* *Ethik: Sexual- und Gesellschaftsethik*, 11: 363-64.
- (1938). *Drei Abschnitte des Lebens nach 2. Korinther. Nach dem Gesetz und Zeugnis. Monatsschrift des Bibelbundes*, 38: 182-88.



NUEVAS VISIONES DE LA BIOÉTICA: EVALUACIONES ESTADOUNIDENSES DE LA BIOTECNOLOGÍA ROJA*

CAMELIA NICOLETA TIGAU

RESUMEN

El autor presenta una sucinta biografía de Van Rensselaer Potter como científico y padre de la bioética. Hace referencia a los autores que más influyeron en su pensamiento como Margaret Mead, Aldo Leopold, Peter Whitehouse, Hans Küng y Haykai Sakamoto y precisa los conceptos que Potter toma de ellos.

Presenta la evolución del pensamiento potteriano el cual se inicia como una bioética de la supervivencia o bioética puente para pasar a una bioética global o bioética profunda. Finalmente, indica las razones del distanciamiento de la bioética clínica del pensamiento original de Potter y el regreso de la bioética al legado original.

ABSTRACT

The author presents a concise biography of Van Rensselaer Potter as scientist and father of Bioethics. Some of the authors that influenced his thinking are mentioned such as Margaret Mead, Aldo Leopold, Peter Whitehouse, Hans Küng and Haykai Sakamoto. In addition some of the principles that Potter borrow from them are specified.

Evolution of Potter thinking that begins as a Bioethics of Survival and a Bridge kind of Bioethics is described to transit to a Global Bioethics or Deep Bioethics. Finally, the paper indicates some reasons of Potter distancing with Clinical Bioethics and the return of Bioethics to its original legacy.

Nos guste o no, desde finales del siglo XX se preveía que en unos pocos años tendremos el poder de controlar nuestra propia evolución, lo que significa intervenir en las características de la sociedad actual, tanto en lo genético como para ampliar las posibilidades de vida y evitar las enfermeda-

des a toda costa. Hoy, inventos como el huevo de gallina enriquecido con genes humanos para tratar el cáncer o la leche que contiene anticuerpos monoclonales producidos en el laboratorio para prevenir la artritis son señales de cambios radicales en la industria farmacéutica y la medicina.¹

* Tomado de la *Revista Norteamérica*. Año 3, número 1, enero-junio de 2008.

1 Instituto Roslin, "Productos introducidos al mercado", en www.roslin.ac.uk/, consultado el 20 de marzo de 2008.

El nuevo mundo gira en torno a la biotecnología y al avance tecnológico en una manipulación a gran escala. Los experimentos genéticos con animales y el genoma humano avanzan rápidamente, transformándose en un juego de evolución en el que se rediseña la vida misma.

Los resultados de la ingeniería genética se pueden dividir en cuatro ámbitos principales: *a*) la medicina y el genoma humano (biotecnología roja); *b*) la agricultura (biotecnología verde); *c*) la industria química (biotecnología blanca o gris); y *d*) áreas acuáticas (biotecnología azul). Los avances en estos cuatro ámbitos pueden generar complicaciones en materia ética, política y social. Si en el caso de la biotecnología verde (ya sea con plantas o animales), la opción de eliminar el producto/organismo obtenido en caso de fallo es una opción aceptada, en los trabajos de la biotecnología roja (humana) esto atenta contra la vida humana; por lo tanto, el avance biotecnológico no está libre de dudas en cuanto a sus efectos a gran escala y largo plazo, a la vez que abre inmensas posibilidades a la vida.

A la par de los descubrimientos biotecnológicos surge la biopolítica (Hayes, 2007), con un lenguaje que incluye términos como la clonación², la criónica³, el dopaje genético (utilizado en el deporte), la

- 2 La clonación consiste en una combinación de dos nuevas técnicas. Primero, se crían células de un adulto o un embrión en un frasco, en tales condiciones que se estimula su división y se les aumenta el número. Después se las inserta en un huevo cuyo núcleo ha sido quitado y se implanta este nuevo embrión en un útero. Los humanos serán objeto de diseño consciente.
- 3 La criónica es el congelamiento de un cuerpo o de la cabeza con la esperanza de que la persona sea reanimada en el futuro.

terapia de genes⁴, la nanotecnología, el síndrome de hiperestimulación ovariana, la selección sexual, las células madre⁵, la biología sintética⁶, los transgénicos u “organismos genéticamente modificados”⁷, la genómica⁸ y el mapeo genético⁹.

Frente a este nuevo contexto, es imperativo que las ciencias sociales y las humanidades estén listas para captar los cambios ocasionados por los avances tecnológicos, médicos e informáticos, especialmente en cuanto a la biotecnología roja se refiere. Dentro de las múltiples corrientes existentes, caben destacar el reduccionismo ambiental/ biológico, que trata de explicar la realidad social en términos de un principio único; la eugenesia; la bioética; y la evaluación de resultados de la ingeniería genética a pequeña, mediana y gran escala. En todos estos ámbitos, la bibliografía estadounidense propone amplias opciones de análisis.

La revisión de la perspectiva estadounidense ofrece claves importantes para interpretar las nuevas corrientes que acompañan los nuevos descubrimientos de la modificación genética, siendo Norteamérica una de las regiones en donde más se ha concentrado el sector empresarial y de

- 4 La terapia de genes consiste en curar una enfermedad, introduciendo un gen correctivo.
- 5 Las células madres son células capaces de producir tejidos con propósitos médicos, aunque también se utilizan para procedimientos de enriquecimiento fuera de la medicina.
- 6 La biología sintética es la construcción de nuevas partes biológicas u organismos.
- 7 Los transgénicos son organismos que tienen información genética de otra especie.
- 8 La genómica es el uso sistemático de información de genomas en conjunto con datos experimentales que respondan a preguntas de la biología.
- 9 El mapeo genético consiste en identificar la ubicación de los genes en cierta población.



investigación en biotecnología. Según las estadísticas de la OCDE, en el 2003 Estados Unidos era el país con más compañías que actuaban en el campo (2.196); Canadá, el séptimo con 490 empresas. Asimismo, Estados Unidos es el país que más invierte en la investigación en biotecnología (14.232 millones de dólares), seguido por Alemania (1.347 millones de dólares), Francia (1.342 millones de dólares) y Canadá (1.194 millones). Siendo tal la inversión, cabe preguntarse si la reflexión en las ciencias sociales corresponde al desarrollo industrial de la biotecnología.

A diferencia de otros estados del arte de la sociología ambiental y médica, en este caso se dejarán a un lado los aspectos más conocidos y debatidos de los alimentos transgénicos para concentrarse en lo más preocupante: las aplicaciones médicas de la biotecnología. Para efectos del presente apunte bibliográfico se retoman tres obras de relevancia teórica y temporal (novedades editoriales) que recuperan la discusión ética en materia de las aplicaciones de la biotecnología a la medicina, considerando tanto los aspectos farmacéuticos como los genéticos. Se trata de una serie de estudios de caso de la medicina realizados en varios países, incluido Estados Unidos (De Vries et ál., eds., 2007), para después contraponer estas perspectivas a la ofrecida por otra obra colectiva editada por el Centro de Estudios Estratégicos e Investigación de los Emiratos Árabes (The Emirates Center for Strategic Studies and Research, 2004); al final, se presentan una síntesis teórica de la eugenesia (Glad, 2008) y una discusión sociológica de la modificación genética, aspectos que se sitúan más en el ámbito de la reflexión prospectiva.

ENFOQUES MICRO: REPORTES MÉDICO-SOCIALES

La primera aportación que reconstruye la difícil relación entre la bioética y las ciencias sociales es el libro editado por Raymond de Vries (Programa de Bioética de la Escuela de Medicina, Universidad de Michigan); Leigh Turner (Unidad de Ética Biomédica, Universidad McGill-Montreal); Kristina Orfali (Departamento de Pediatría, Universidad de Columbia) y Charles L. Bosk (Departamento de Sociología, Universidad de Pensilvania).

La obra desarrolla una temática variada: los procesos clínicos y la bioética; el cuidado de pacientes con apoyo de la biomédica; la sociología médica; la posibilidad de elección de sexo; el contexto financiero de la toma de decisiones en la biomedicina médica; la eutanasia; la religión y la bioética; la biopolítica y la donación de sangre. Después de un artículo general de presentación (“Social Science and Bioethics: The Way Forward”), se exponen estudios de caso realizados en Estados Unidos, Reino Unido, Israel, Suecia, Países Bajos, Irlanda, Nepal.

Entre éstos, el capítulo de Jill A. Fisher (“Coordinating Ethical Clinical Trials: The Role of Research Coordinators in the Contract Research Industry”, pp. 13-29) abunda en los procesos de prueba de nuevos medicamentos y vincula la investigación en la industria farmacéutica con la medicina. El reclutamiento de voluntarios dispuestos a probar medicamentos nuevos ha dado lugar a una industria particular. Las compañías involucradas en la comprobación de medicinas tienen perfiles variados que responden al mercado: algunas contratan e investigan a través



de sitios de Internet; otras ofrecen infraestructura y servicios de contratación de intermediarios encargados de encontrar los voluntarios dispuestos a arriesgar su salud. De esta manera, las compañías farmacéuticas pueden aumentar sus bancos de información genética, guardando datos que esperan podrían ser de alguna utilidad en el futuro.

La contribución de Jill Fisher (Programa de Estudios Feministas y de Género, Universidad del Estado de Arizona) capta estos cambios de organización de la industria farmacéutica que surgen de la manera en la que se obtiene la información. Se trata de un estudio de caso llevado a cabo en institutos de salud del suroeste de Estados Unidos, basado en información de fuente directa, obtenida en entrevistas con coordinadores de la industria médica y de algunas ONG que trabajan en el área. Los coordinadores entienden la ética como vehículo a través del cual reinsertan el cuidado personalizado al contexto de investigación. Las circunstancias se refieren a la comprobación de medicamentos para tratar enfermedades como las alergias, la depresión, la irritabilidad, la pérdida de peso, el sida y el cáncer.

Fisher centra su análisis en el papel de los coordinadores de investigación en la industria de los procesos clínicos en Estados Unidos, destacando los aspectos éticos, es decir, se problematizan los conflictos éticos que surgen entre las necesidades de investigación y el cuidado de los pacientes, tratando de obtener conclusiones más amplias que permitan una actualización teórica de la bioética, un campo aún en construcción.

La mayoría de los coordinadores de experimentos son mujeres encargadas de informar a los pacientes sobre las pruebas, de convencerlos a acceder a las pruebas. Muchos de los coordinadores subestiman las implicaciones éticas de su trabajo y su relación con los pacientes, así como su papel clave en el reclutamiento de voluntarios. Muchas enfermeras encuentran difícil administrar medicamentos solamente para verificar su eficacia, olvidándose de la salud del paciente. Algunas prefieren renunciar a su trabajo que administrar un medicamento sabiendo que hará más daño que bien al enfermo. Si se investiga, no se puede cuidar al mismo tiempo.

Los coordinadores de estudios experimentan conflictos éticos en la elección de los pacientes para la comprobación de los medicamentos. El estudio de caso mencionado demuestra que la negociación de la ética es un asunto cotidiano en los trabajos de la industria farmacéutica y genera dilemas que podrían proveer información práctica necesaria para establecer normas en la bioética. De esta forma, el artículo nos introduce al mundo de la experiencia concreta para después reflexionar acerca de cuál es el papel de la bioética y hasta dónde se puede experimentar con vidas humanas.

Al igual que la contribución anterior, el capítulo de Easter et ál. (“The Many Meanings of Care in Clinical Research”, pp. 30-47) versa sobre los problemas éticos vinculados con las pruebas de medicamentos derivados de la biotecnología. Las preguntas de investigación y los resultados son muy similares, por lo que la perspectiva es en cierta medida redundante.



Esencialmente, Michele M. Easter, del Departamento de Medicina Social de la Universidad de North Carolina, en Chapel Hill, desarrolla el tema ético en la medicina de frontera, recogiendo los resultados de un proyecto de investigación de su Universidad y el Instituto de Investigación sobre el Genoma Humano de Estados Unidos. Las diferencias residen en el método: esta vez las entrevistas con los agentes que aplican las pruebas biomédicas se llevaron a cabo por teléfono, de forma semiestructurada, con resultados tanto cualitativos como cuantitativos. Para algunos pacientes, la investigación es sinónimo del descuido de las enfermeras. Para otros, los investigadores complementan el papel de las enfermeras y hasta proveen mejor cuidado.

MEDICINA Y SOCIEDAD

A pesar de lo detallado y específico de los variados capítulos del libro de De Vries *et al.*, *The View from Here*, la obra no logra una visión coherente de los problemas éticos que surgen debido a las aplicaciones de la biotecnología a la medicina. En este caso, el detalle va en contra de la profundidad y le falta generalización ética y teórica.

En este contexto, cabe recordar un texto menos nuevo pero más actual, *Biotechnology and the Future of Society*, libro editado en el 2004 por el Centro de Estudios Estratégicos e Investigación de los Emiratos Árabes, que recoge las ponencias presentadas en una conferencia con el mismo nombre en Abu Dhabi, en 2003. Las ponencias y capítulos del libro también destacan el momento clave de implementación de la biotecnología en

pequeña escala, con énfasis en el campo de la medicina. De esta forma, el conjunto ofrece un enfoque complementario a los estudios micro y señala la necesidad de que la discusión sobre la biotecnología salga del ámbito académico y traspase a lo social para ser juzgada y comprobada.

El ejercicio global de prospectiva muestra los dilemas éticos en cuanto a lo que la alta tecnología puede proporcionar en el campo de la medicina. En la misma obra editada en Abu Dhabi, Gregoy Stock (Universidad de California, *Biotechnology and the Future of Medicine*, p. 219) aprecia que las pruebas verdaderas vendrán de la manera en cómo la biotecnología roja cambia la estructura fundamental de la medicina, al borrar los límites entre terapia y enriquecimiento, prevención y tratamiento, necesidad y deseo; asimismo, al cambiar en la relación médico-paciente, nuestra manera de percibirnos y la trayectoria de la vida misma.

LA EUGENESIA Y SUS CONSECUENCIAS EN LA VIDA HUMANA

Ahora bien, las aplicaciones de la ingeniería genética en el campo de la biotecnología roja y la medicina reviven el debate sobre la eugenesia, olvidado después de los intentos de purificación étnica implementados como parte de las dos guerras mundiales.

El nuevo libro de John Glad (2008), *Future Human Evolution. Eugenics in the Twenty-First Century*, vuelve a problematizar la eugenesia con base en los avances de la biotecnología. El autor, exprofesor de la Universidad de Chicago y autor de otros veinte títulos, integra la presente



obra a un proyecto más amplio cuya meta es analizar los derechos humanos de futuras generaciones.

Glad profundiza en las tres principales corrientes de la eugenesia: la positiva, la negativa y la ingeniería genética, comparando y ofreciendo un amplio campo de observación para sus implicaciones en cuanto a la biotecnología roja se refiere. La eugenesia positiva enfatiza el incremento de la fertilidad de la población con más ventajas genéticas. Esto incluye estímulos políticos y financieros, análisis demográficos dirigidos, fertilización *in vitro*, trasplantes de óvulos, clonación. De hecho, los países pronacimiento, que desean incrementar sus tasas de natalidad, están involucrados en formas moderadas de eugenesia positiva.

De forma aparentemente contraria, la eugenesia negativa se enfoca en disminuir la fertilidad entre la población con menos ventajas genéticas, lo que incluye la planeación familiar, la asesoría genética, los abortos, la esterilización y otros métodos de planificación. Por ejemplo, se prevé que las personas de ingresos mínimos tengan estos servicios gratis.

Por último, la tecnoeugenesia, derivada de los avances en la ingeniería genética, implica la intervención activa en la línea genética, sin necesariamente estimular o reprobar la reproducción de ciertos individuos. Esto permite que la población tenga hijos, sin que se transmitan los problemas genéticos como antecedentes de vida. La tecnoeugenesia implica la división de clase y hasta la discriminación de los enfermos o predispuestos a una enfermedad; por lo que mientras el discurso de la ingeniería genética haga énfasis en

evitar la enfermedad, la opinión pública estará a su favor (Athanasiou y Darnovsky, 2002).

Glad (2008: 28) ubica el problema en cómo una sociedad (eugenesia social) o un individuo (eugenesia personal) pueden decidir qué características pasar o no a sus hijos. ¿Puede la sociedad influir o regular las decisiones de eugenesia individual o personal? Las bases racionales de esta selección parecen confusas, aprecia el autor, ya que puede propiciar una guerra de características, un antagonismo con los derechos humanos y con la procuración de la igualdad social.

Algunos partidarios de la eugenesia la ven como parte de una política ambientalista, que podría contemplar: la provisión de recursos naturales; un medio ambiente limpio; una población humana no más grande de lo que el planeta pueda sustentar de manera confortable; una población sana, altruista e inteligente (Glad, 2008: 36) Desde esta perspectiva, se quiere crear una sociedad no consumista, no depredadora. La cultura y la ciencia serían objetivos en sí, no solamente medios para lograr ciertos fines materiales.

Desde una perspectiva parecida a la tecnoeugenesia, el transhumanismo promueve el enriquecimiento de las habilidades físicas y cognitivas, y trascender ciertos aspectos de la condición humana, como el envejecimiento y la muerte. Los transhumanistas argumentan que la humanidad está a punto de ser liberada de su biología. Al contrario, los bioconservadores como Fukuyama argumentan que el transhumanismo es la ideología más peligrosa de nuestro tiempo.



Para otros futurólogos, el poder de cambiar el futuro de la raza humana es más aterrador que las armas de destrucción masiva: es un arma de creación en masa (Wagner: 2003). Si un país comienza a alterar los genes de los embriones, será tentador que otros lo hagan también. Un dictador podría cambiar los genes de la gente para someterla o para que tenga cierto comportamiento. Al recordar que el *test in vitro* era considerado ciencia ficción hace unas décadas, las perspectivas de modificación genética en gran escala ya no parecen tan lejanas.

Deneen (2007) se pregunta si acaso no estamos cambiando la naturaleza de la misma naturaleza al modificar los genes de los seres vivos añadiendo genes de otras especies para mejorarlas (olfato de perro, vista de águila, etc.) Si la gente normal tiene 46 cromosomas, los enriquecidos tendrían 48. El microbiólogo Silver (2007) cree que hacia el 2010 ya será posible asegurarse de que los niños no serán gordos o alcohólicos y hacia el 2050 se podría generar resistencia al sida o escoger el color de ojos o piel y hasta seleccionar los genes del niño de un catálogo.

A la larga, se llegarían a crear “quimeras”, es decir, cuerpos que contienen tanto células naturales como modificadas o llegar a lograr la clonación. Hayes (2007) señala que la clonación replantea las mismas relaciones de parentesco. Si yo estoy clonado, ¿qué será mi hijo?: ¿mi hijo o mi hermano? Sería una nueva categoría: mi clon. Acceder a la clonación implica dividir el mundo entre “enriquecidos genéticamente” y “naturales”. Al final, se trata de destruir lo que da sentido a la vida humana, crear una era posthumana.

Algunos estudios de futurología señalan la posibilidad de que se llegue a una etapa de “contingencia biotecnológica”.

LA BIOÉTICA COMO META

Los estudios antes analizados tienen en común una perspectiva evaluatoria, es decir, toman en cuenta los resultados de la biotecnología haciendo un ejercicio de futurología que permite analizar las medidas políticas que se requieran tomar en el presente para evitar la pérdida de control de ciertos descubrimientos científicos. Asimismo, muestran la necesidad de interdisciplinariedad para captar las implicaciones a largo plazo de la biotecnología.

Según Ballesteros y Aparisi (2004), la función fundamental de la ética medioambiental radica en que el hombre cobre conciencia de que debe proteger la naturaleza para protegerse a sí mismo respecto de sí mismo. “Nos encontramos ante un modo de hacer ciencia que persigue, intensamente, superar las barreras naturales, intentando conseguir la liberación del ser humano frente a lo dado y en definitiva, la disolución de lo natural” (Ballesteros y Aparisi, 2004: 197) Esto permite rediseñar la naturaleza y crear nuevas especies más rentables.

Para las ciencias sociales, resulta trascendente estudiar las implicaciones políticas, económicas, culturales y éticas de tales transformaciones, que otorgan un papel central a las instituciones científicas en las políticas públicas. De esta forma, la ciencia actúa tanto como actor material (autor del avance tecnológico) como discursivo, al ubicarse como actor político en



las relaciones internacionales. El debate ético sobre la biotecnología impone planteamientos sobre el papel de la ciencia en la sociedad, al tiempo que puede ser considerado como ejercicio de futurología, ya que sólo los resultados a largo plazo de la biotecnología podrían probar su eficacia y/o los daños de su implantación en gran escala.

BIBLIOGRAFÍA

- Athanasios, Tom and Marcy Darnovsky (2002). "The Genome as Commons", *Worldwatch*, Center for Genetics and Society, <http://biopoliticaltimes.org/article.php-id=1948>, consultado el 1 de septiembre de 2007.
- Ballesteros, Jesús y Ángela Aparisi, eds. (2004). *Biotecnología, dignidad y derecho: bases para un diálogo*, Pamplona, Universidad de Navarra.
- De Vries, Raymond, Leigh Turner, Kristina Orfali y Charles L. Bosk, eds. (2007). *The View from Here. Bioethics and the Social Sciences*, Gran Bretaña, Blackwell.
- Deneen, Sally (2007). "Designer People", Center for Genetics and Society, disponible en www.geneticsandsociety.org, consultada el 21 de agosto de 2007.
- Glad, John (2008). *Future Human Evolution. Eugenics in the Twenty-First Century*, Pensilvania, Hermitage.
- Hayes, Richard (2007). "Our Biopolitical Future. Four Scenarios", *World Watch Magazine*, Center for Genetics and Society, marzo-abril, www.worldwatch.org, consultada el 21 de enero de 2008.
- Silver, Lee M. (2007). *Challenging Nature: The Clash Between Biotechnology and Spirituality*, Gran Bretaña, Harper Perennial.
- The Emirates Center for Strategic Studies and Research (2004). *Biotechnology and the Future of Society. Challenges and Opportunities*, Gran Bretaña, Ithaca Press.
- Wagner, Caroline (2003) "The Weapons of Mass Creation", *Los Angeles Times*, 13 de febrero.



REVISANDO EL LLAMADO “TESTAMENTO VITAL”*

PAU AGULLES SIMÓ

RESUMEN

Casos como el de Terry Schiavo o Eluana Englaro han dado que hablar a todos los niveles. Como punto de unión encontramos el hecho de que –al margen de los motivos que se han aducido y de los medios que se han puesto para poner fin a sus vidas– en ambos casos se ha decidido *por ellas* el destino de su vida, lo cual ha encendido polémicos debates, en la opinión pública y en los mundos jurídico, político, médico y ético-especulativo. Esto ha llevado a mucha gente a preguntarse: ¿no se habría llegado a mejor puerto si se hubiera conocido a ciencia cierta la voluntad de estas dos personas, de haber previsto la situación en la que se encontraban? La figura del llamado *Testamento Biológico* parece una buena solución para resolver casos como éstos. Pero, en los años en que ha tratado de implantarse esta medida, han visto la luz grandes cuestiones éticas en torno al fin de la vida: ¿todo es disponible en mi vida, también cuándo y cómo muero?; ¿la persona que goza de buena salud está en condiciones de discernir, autónomamente, acerca de cómo querría ser tratada en un eventual estado de incapacidad comunicativa, en un futuro incierto?; ¿el ciudadano corriente es capaz de hacerse cargo de la multiplicidad de tratamientos-diagnósticos-pronósticos que brinda la vasta ciencia médica?; ¿es lo mismo renunciar a un complicado tratamiento que a la nutrición e hidratación artificiales? Este artículo afronta todos estos argumentos, ofreciendo los *pros* y los *contras* del llamado *Testamento Biológico*.

Palabras clave: testamento biológico, testamento vital, voluntades anticipadas, directrices anticipadas, instrucciones previas, planificación anticipada.

ABSTRACT

Cases like those of Terry Schiavo or Eluana Englaro have given rise to a lot of discussions at all levels. What both of them have in common is that, beyond the reasons given for terminating their lives and the methods used to achieve it, their destiny was *not* decided *by them*. This has resulted in a lot of heated debates in the public sphere as well as in the juridical, political, medical and speculative-ethical fields. Many people have been led to ask themselves: “Wouldn’t a better solution have been found if the desire of both persons had been known without any shadow of doubt, in the case that they had foreseen the situation in which they eventually found themselves in?”. The concept of the so-called *Living Will* appears to be a good solution for such cases. However, in the years in which attempts have been made to introduce this into practice, important ethical questions regarding end- of-life situations have come up: Can everything in my life, including when and how I die, be part of a legacy?

* Tomado de *Cuadernos de Bioética*. XXI, 2010/2a.

Is a person who enjoys good health in a position to autonomously determine how he would like to be treated if, in an uncertain future, he ends up in a situation where he is incapable of communicating his wishes? Is the ordinary citizen capable of domineering the multiplicity of treatments, diagnosis and prognosis which medical science has to offer? Is it the same thing to forego a complicated treatment as to renounce artificial feeding and hydration? This article examines all these arguments, offering at the same time the case for and the case against the so-called *Living Will*.

Key words: living will, advance directives, advance decisions, patient self-determination.

1. UNA DEFINICIÓN

En el ámbito sanitario de las sociedades occidentales se ha ido introduciendo con creciente fuerza el *principio de autonomía* del paciente¹. Esto ha llevado, entre otras cosas, a que éste pueda constituirse en parte activa, junto con el médico, en la toma de decisiones sobre el tratamiento que le va a ser aplicado estando enfermo. Sin embargo, no siempre es posible llevar a cabo tal decisión. Los accidentes graves imprevistos, la incapacidad mental sobrevenida o cualquier otra eventualidad que remueva la capacidad de razonar autónomamente del paciente imposibilitarán la apelación a su voluntad. Cuando se presenta esta dificultad, las alternativas que se ofrecen al personal sanitario son las siguientes²:

1. La consulta a los familiares, tutores o representantes legales del paciente³.
2. La apelación a un comité profesional.
3. La consideración de la voluntad del paciente manifestada previamente a la pérdida de la capacidad de razonar.

Precisamente en esta tercera posibilidad se sitúa el fenómeno en estudio, que puede recibir múltiples nombres: *planificación anticipada de atención, directrices anticipadas de actuación o de tratamiento, instrucciones previas, testamento biológico o de vida o vital, carta de autodeterminación...* y en inglés se suele llamar *living will* o *advance directives*. Aunque en el lenguaje común se usa el término *testamento*, es preferible llamarlo con el nombre de *planificación anticipada* o *directrices anticipadas*, porque en sentido estricto no se trata de un *testamento*. El *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española* define el testamento como la «declaración

1 Cfr., entre otros, Beauchamp, T. L., Childress, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, 2008; Childress, J. F., "The Place of Autonomy in Bioethics". *Hastings Center Report*, 20/1 (1990), 12-17; Leone, S., "Quale equilibrio tra medico e paziente?". En: Sanna, I., *Dignità umana e dibattito bioetico*, Studium, Roma, 2009, 128-132.

2 Cfr. Tomás y Garrido, G.M., *Cuestiones actuales de bioética*, Eunsa, Barañain, 2006, 125.

3 Cfr. Zweibel, N. R., Cassell, C. K., "Treatment Choices at the End of Life: A Comparison of Decisions by Older Patients and Their Physician-Selected Proxies". *The Gerontologist*, 29, 5 (1989), 615-621; Ouslander, J. G., Tymchuk, A. J., Rahbar, B., "Health Care Decisions among Elderly Long-term Care Residents and Their Potential Proxies". *Archives of Internal Medicine*, 149/6 (1989), 1367-1372.



que de su última voluntad hace alguien, disponiendo de bienes y de asuntos que le atañen para después de su muerte»⁴. En el caso de las *directrices anticipadas de tratamiento*, no se dispone de bienes, sino del modo de tratar la propia persona, siendo asimismo evidente que no se dispone para después de la muerte sino aún en vida, y no necesariamente establece una *última* voluntad.

Podríamos definir las *directrices anticipadas* como una declaración escrita, firmada por una persona en plena posesión de las facultades mentales, en la presencia de algún testigo y bajo la eventual intervención de un notario⁵, en la que se especifican las condiciones en las que esta persona deberá ser tratada o no tratada, si alguna vez se encontrase en la imposibilidad de decidir sobre su propia salud, por el sobrevenir de un estado de incapacidad intelectual debido a enfermedad, accidente o vejez. Esta declaración puede ser inscrita en un registro creado con este propósito. Podrá asimismo contener un poder sanitario en el cual el firmante

de este documento nombra a un representante legal en materia de tratamientos médicos, encargado de velar por su cumplimiento y de tomar decisiones en su lugar, en previsión de una eventualidad no contemplada en el testamento escrito.

En el Derecho Internacional se suelen encuadrar en el Art. 9 del *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina*, donde se señala que se deben tomar en consideración «los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad»⁶. Las *directrices anticipadas* tienen su origen en los Estados Unidos, tras la aprobación de la llamada *Patient Self-Determination Act*, a raíz del conocido caso de Nancy Cruzan: en noviembre de 1990 el Tribunal Supremo de los Estados Unidos reconoció el derecho de los pacientes competentes a rechazar un tratamiento médico no deseado y fijó un procedimiento para la toma de decisiones por parte de los representantes de los pacientes no competentes.

En su inicio, el impulso de instaurar en el Derecho la posibilidad de confeccionar las *directrices anticipadas*, surgió como un instrumento de protección del paciente frente al *ensañamiento* o *encarnizamiento terapéutico*⁷. Éste consiste en retrasar

4 Voz “Testamento” [Publicación en línea], en <<http://buscon.rae.es/draeI/>> (correspondiente a la 22a edición) [Consulta: 27-1-2010].

5 La conveniencia de que participe o no un notario en el proceso es una cuestión sometida a debate en nuestros días. En cualquier caso, dada la trascendencia a efectos civiles que puede alcanzar una disposición como ésta –no hay más que examinar, entre otras, las cuestiones de herencias–, no es indiferente la presencia del notario u otra autoridad oficial, que se constituirá en garantía de libertad en la decisión tomada. En este sentido se pueden considerar como seriamente cuestionables algunas iniciativas como la recientemente popularizada de colgar en “youtube” las propias *directrices anticipadas* (como botón de muestra, se puede visitar la publicación en línea <<http://blog.panorama.it/italia/2009/02/09/il-testamento-biologico-e-un-video-su-youtube-o-una-nota-su-facebook/>> [Consulta: 17-12-2009]).

6 Convenio elaborado por el Consejo de Europa y abierto el 4 de abril de 1997, a la firma de sus 40 países miembros más Estados Unidos, Canadá, Japón, Australia y la Santa Sede.

7 Algunos análisis sobre el concepto de *ensañamiento* o *encarnizamiento terapéutico* se pueden consultar, entre otros, en Di Pietro, M. L., Spagnolo,



el advenimiento de la muerte por todos los medios, incluso desproporcionados y extraordinarios, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos y penalidades añadidos. El ensañamiento terapéutico supone el uso de terapias inútiles o ineficaces en la relación entre el riesgo y el beneficio y de cara a la curación del enfermo. Las características que permiten identificar el ensañamiento son: la inutilidad desde el punto de vista terapéutico; la desproporción de los medios con respecto al resultado; las penalidades que se imponen al enfermo, como ulteriores sufrimientos y humillación en su dignidad⁸. Es lógico que ante esta posibilidad se haya reclamado el *derecho* a una cierta autonomía del paciente, que justifica la posibilidad de que rechace un tratamiento –y el correlativo *deber* del médico de aceptar esa decisión–. Esta autonomía aplicada a la toma de decisiones en materia médica se ha *ampliado* en el tiempo, materializándose en un documento que refleja una voluntad que se proyecta hacia el futuro.

2. ¿TODO EN ESTA VIDA ES DISPONIBLE?

Las *directrices anticipadas* abren el camino a grandes debates bioéticos en materia de cuidados y tratamientos, de la sacralidad

de la vida y su indisponibilidad⁹. Pero por limitaciones de espacio no me detendré a estudiar cada una de esas cuestiones, sino que me atenderé a exponer, a grandes trazos, las líneas básicas.

Como premisa importante hay que decir que no se debería percibir la *planificación anticipada* como una manifestación de pretendida *omnipotencia* del hombre, que afirmaríala con ella un poder absoluto sobre su vida y sobre su muerte, acelerándola o retrasándola a su antojo. La salud es un bien –aunque no absoluto–; por tanto en principio hay obligación ética de curarse y dejarse curar¹⁰, y tal obligación tiene que medirse en la situación concreta. Por ello, ante la posibilidad de expresar la propia voluntad por cuanto se refiere a los tratamientos que se quieren recibir –o a los límites que se les pretende dar–, habrá que tener en cuenta que:

1. No se debería disponer ningún procedimiento para acelerar la muerte de modo *directo* o *intencionado*. Se tendría que evitar toda forma de eutanasia¹¹. El *suicidio* difícilmente puede ser

9 Se pueden consultar, para una aproximación al debate acerca de este argumento, la obra de Robert L. Barry, *The sanctity of human life and its protection*, University Press of America, Maryland, 2002 (sobre todo la tercera parte, 91ss.), y la más precoz de Bruno Magliona, *Un percorso comune. Sacralità e qualità della vita umana nella riflessione bioetica*, Giuffrè, Milano, 1996; más específico es el estudio de Pessina, A., “Dignità e indegnità dell'uomo: il tempo della malattia”. En: Sanna, I., *Dignità umana e dibattito bioetico*, op. cit., 109-124.

10 Cfr. Pellegrino, E. D., Thomasma, D.C., *For the Patient's Good*, Oxford University Press, New York, Oxford, 1988.

11 El debate en este tema está encendido a todos los niveles –social, político y especulativo–, y las posiciones son muchas veces más ideológicas que científicas. No pocos entes públicos se han expresado con claridad contra la eutanasia: cfr., por

A. G., voz “Over-treatment”. En: Zucchi, P. (Ed.), *Compendio di Semantica del Dolore*, Vol. 2, Istituto per lo studio e la terapia del dolore, Firenze, 1992, 129-130; Iceta, M., voz “Obstinación terapéutica”. En: Simón Vázquez, C. (Dir.), *Diccionario de Bioética*, Monte Carmelo, Burgos, 2006, 533-537; Navarini, C., “Eutanasia e accanimento terapeutico”. *I Quaderni di Scienza e Vita*, 1 (dic. 2006), 35-43.

8 Cfr. Lucas, R., *Explicame la bioética*, Palabra, Madrid, 2005, 179.



considerado un bien para el paciente. La vida en general, y por lo tanto también la vida *enferma* –nadie en su sano juicio considera *menos hombre* al enfermo–, es un don para el paciente y para sus familiares y cuidadores, y posee en sí misma una dignidad que la hace siempre objeto del máximo respeto.

2. Se deberían evitar también los medios *desproporcionados* o fútiles, que en determinados casos podrían derivar en enseañamiento terapéutico, atormentando innecesariamente al enfermo y tal vez ofendiendo su dignidad.
3. Pedir no ser sometido a determinadas intervenciones médicas o solicitar ser sometido a otras puede ser un derecho perfectamente legítimo del paciente. La renuncia a ciertos tratamientos no tiene por qué equivaler al suicidio o a la eutanasia; a menudo manifestará, en cambio, la aceptación de la condición humana frente a la muerte: por eso es importante distinguir la intencionalidad propia de una omisión que busca directamente la muerte, de aquélla que supone la aceptación del advenimiento natural del fin de la vida.
4. No se debería renunciar a los medios *ordinarios* y *proporcionados* que se dirijan a dar al enfermo un sustento vital básico, consuelo físico y psicológico. En estos casos el acto médico tendría que ser legitimado por el bien del paciente, y no por su voluntad. Respecto a estas terminologías cabría empre-

der una larga reflexión¹², pero me limitaré a afirmar tres cosas:

- a. Por un lado vale la pena aclarar que afirmar que un medio es proporcionado o desproporcionado no es totalmente equivalente a decir que es ordinario o extraordinario.
- b. Por otro lado hay que decir que, a pesar de todo, ambos criterios deben tener en cuenta factores tanto *externos* al paciente (sociales, culturales, posibilidades sanitarias del Estado o circunscripción en que se encuentra, tipo de terapia en juego, dificultades y riesgos que comporta, etc.), como *internos* (condiciones y fuerzas físicas y morales, capacidad del sujeto para soportar el sufrimiento, situación económica o familiar, etc.).
- c. Por último, y como consecuencia de la afirmación anterior, hay que reconocer la dificultad que existe en la determinación del *límite* entre el medio ordinario y extraordinario, proporcionado y desproporcionado: dependen de cada paciente en

ejemplo, British Medical Association, «End-of-life decisions. Views of the BMA, August 2009» [Publicación en línea]: <http://www.bma.org.uk/images/endlifedecisionsaug2009_tcm41-190116.pdf> [Consulta: 25-1-2010].

12 Aunque un estudio quizá paradigmático y completo es el de M. Calipari, *Cuarse y hacerse curar*, Editorial de la Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, 2007, este amplio debate queda reflejado en numerosos artículos de revistas científicas que cubren un amplio rango en el tiempo: cfr. Kelly, G., “The Duty of Using Artificial Means of Preserving Life”. *Theological Studies* 11 (jun. 1950), 203-220; Connery, J., “The Ethical Standards for Withholding/Withdrawing Nutrition and Hydration”. *Issues in Law and Medicine*, 2 (sep. 1986), 87-97; Mullooly, J. P., “Ordinary/Extraordinary Means and Euthanasia”. *Linacre Quarterly*, 54 (may 1987), 50-57; Flynn, E. P., *Issues in Medical Ethics*, Sheed & Ward, Kansas, 1997, sobre todo 137-139.



cada situación¹³, y es papel del médico, en diálogo con el paciente –si es posible– y con sus familiares o representantes el discernimiento en cada caso concreto.

5. Por todo ello, se puede afirmar que en principio pueden considerarse irrenunciables la alimentación e hidratación del enfermo, la *ayuda* a la respiración¹⁴, el suministro de analgésicos, las curas mínimas, la higiene, cambios posturales, etc. Estos cuidados están destinados a la digna supervivencia, y no a la curación, quedando claro que no son un modo de alargarle amargamente la vida, sino una forma humana y digna de respetarlo como persona. Por cuanto se refiere a la *alimentación* e *hidratación*, no pasa inadvertida la cuestión acerca la necesidad de definir y delimitar bien los conceptos de *cuidado* (o *sustento vital básico*) y *tratamiento*¹⁵. La consideración o no de la hidratación y nutrición artificiales como *cuidados* puede tener, entre otras, repercusiones jurídicas de magnitud nada indiferente. Así, si se estimasen como *tratamiento*, cuando el paciente ejercitara la toma de decisiones acerca

de medios que quiere o no que se le apliquen, serían objeto de libre disposición y por ende renunciables; en este caso, además, una ley que las exigiese sería contraria a muchas de las *Cartas Magnas*, que establecen –confirmando lo dicho– que nadie puede ser obligado a un determinado *tratamiento*¹⁶. Pero si en cambio afirmamos que se trata de *cuidados mínimos* de sustento vital, como lo es la comida y la bebida en cualquier persona, no sólo no serán objeto de disposición por parte del paciente, como tampoco lo es su vida –en sentido absoluto–, sino que deberán considerarse verdaderos derechos humanos, y por tanto medios de mantenimiento irrenunciables¹⁷. Por lo tanto, el texto de las Constituciones, en sus distintas formulaciones, lo que protege es el derecho de la persona a ser bien cuidada y al consentimiento informado sobre los tratamientos posibles para una cierta patología, así como el derecho a escoger entre distintas formas terapéuticas, pero no un *derecho a disponer la propia muerte*. A eso se llegaría cuando se suspendiera

13 Cfr. Kirkpatrick, J., Beasley, K., Caplan, A., “Death Is Just Not What It Used To Be”. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 19 (2010), 11-12.

14 Entendemos por ayuda a la respiración los procedimientos clínicos dirigidos a mejorar la capacidad ventilatoria del paciente que ya la posee autónomamente. Esto es, no incluye la sustitución de la función respiratoria, que merece un espacio distinto en la reflexión ética.

15 Se puede consultar al respecto Heaney, S.J., “You Can’t Be Poorer Than Dead”: Difficulties in Recognizing Artificial Nutrition and Hydration as Medical Treatments”. *Linacre Quarterly*, 61 (may 1994), 77-87; Annas, G., “Do Feeding Tubes Have More Rights Than Patients?”. *Hastings Center Report*, 16 (feb. 1986), 26-28.

16 Cfr., por ejemplo, el Art. 32 de la Costituzione Italiana; en la Constitución Española no se hace mención explícita, aunque la jurisprudencia suele tratar este argumento a partir del Art. 16, en el que se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades. Para el caso en Estados Unidos me remito al ya mencionado Patient Self-Determination Act de 1990.

17 No me resisto a reconocer las dificultades que plantean en el Derecho estas cuestiones de límites. Éstas quedan bien expuestas en Casini, M., “Il testamento biologico e rinuncia anticipata a vivere: aspetti giuridici”. *I Quaderni di Scienza e Vita*, 1 (dic. 2006), 94-97; Pessina, A., *Eutanasia. Della morte e di altre cose*, Cantagalli, Siena, 2007, capítulo 3 (que lleva por título precisamente Il diritto di rifiutare i trattamenti).



la hidratación y la alimentación en una enfermedad¹⁸.

3. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS DIRECTRICES ANTICIPADAS

Las *directrices anticipadas de tratamiento* plantean algunos problemas, que no quiero dejar de lado. Pasemos a reseñarlos.

1. En primer lugar es importante señalar que el *derecho a la autodeterminación* del paciente, siendo en sí mismo bueno y un logro de la civilización moderna, sin embargo no se puede percibir como un derecho *absoluto*. No debería haber motivos para desconfiar en la

competencia profesional del médico que se hará cargo de la situación de un paciente, en el momento en el que éste se encuentre en una situación grave y no pueda dar un consentimiento informado acerca de los medios terapéuticos que le puedan ser aplicados. La situación de discapacidad intelectual del enfermo se encuadra del modo más adecuado y realista en un sistema basado en la confianza en las relaciones entre éste, el médico o el sistema sanitario que lo acoge y su ambiente familiar. En este contexto surgen naturales los fundamentos del verdadero principio del respeto al *derecho de autodeterminación*¹⁹, a saber:

- a. La doble obligación del médico: por un lado, de aceptar el rechazo al tratamiento, aunque sea beneficioso y, por el otro, de no hacer al paciente lo que este último crea indeseable o lesivo, *por justos motivos*.
- b. El derecho del médico, frente a una exacerbada pretensión de autonomía, de no administrar un tratamiento que *desde su ciencia y experiencia* considera perjudicial o desproporcionado.

Se instaura así una *alianza terapéutica*²⁰ y no una infundada oposición de intereses, en la que cada una de las personas implicadas debe aprender a “dejar de lado” una parte de su autonomía: de parte del médico, deberá aceptar la historia del paciente, su forma de ser y su vivencia; de

18 Soy bien consciente de que la alimentación e hidratación del paciente no son obligaciones absolutas. Es evidente que llega un momento, cuando el paciente entra en agonía y en trance inmediato de muerte, en el que se deben suspender todos los cuidados y tratamientos: no tendría sentido obsitarse en hidratar al que está a punto de morir. Pero también es evidente que en este caso el enfermo, se alimente o no, muere a causa de una enfermedad (tumor, infarto, etc.), y no por inanición o deshidratación. En el Derecho italiano la obligación en principio a la nutrición e hidratación queda evidenciado en la publicación en línea del Comitato Nazionale per la Bioetica, “L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente”, de 30 de septiembre de 2005: <www.governo.it/bioetica/testi/PEG.pdf> [Consulta: 26-1-2010]. Otro tema que no escapa a consideración es la modalidad mediante la que se suministra la nutrición-hidratación artificiales. La nutrición parenteral total, por ejemplo, aunque ciertamente es un modo de proporcionar el alimento necesario al paciente, por su complejidad técnica y clínica tiene, a la vez que una serie de indicaciones, no pocas contraindicaciones, de modo que pueden ser considerados, en ciertos casos, equivalentes a un verdadero tratamiento, o como mínimo un medio no imponible a todos los pacientes en todas las condiciones. A pesar de todo, el hecho de no poder suministrarla no es consecuencia de querer que el paciente muera de desnutrición, sino simple evidencia de que hay situaciones clínicas que emperan con la administración de estos medios.

19 Derecho que queda reflejado, por ejemplo, en el Artículo 10 de la Ley Orgánica 3/1986 General de Sanidad [española] de 14 de abril 1986.

20 Cfr. Pessina, A., *Eutanasia. Della morte e di altre cose*, op. cit., 42; Leone, S., “Quale equilibrio tra medico e paziente?”, op. cit., 132-133.



parte del paciente, aceptará la competencia científica del médico²¹. Así se puede llegar a soluciones comunes, tanto para cuestiones sencillas e inmediatas como para complicadas *futuribles*.

2. Un verdadero problema, relacionado con el anterior, se dará en el caso de que la *planificación anticipada* sea de carácter vinculante para el médico, anulando así toda su iniciativa –que resulta de capital importancia en el discernimiento en materia clínica–. Hay formas de *directrices* que son el fruto de una reflexión autónoma y subjetiva de la sola persona interesada, bastando para su validez su declaración y firma, al margen de si en su disposición ha contado con algún asesoramiento médico o legal. En estas *directrices* a menudo simplemente se habla de lo que no se conoce, y fácilmente se cae en el error²². La calidad de la percepción acerca del *bien* del paciente que subyace en unas *directrices anticipadas* determinadas de este modo rara vez será mayor a la del conocimiento del médico que se tenga que encargar en su momento de ejecutarlas, por su autoridad y competencia profesional.

No está de más traer a colación, a este respecto, el problema de la *desprofesionalización* del estamento médico²³. Como consecuencia inevitable de una falta de competencia e interés en el profesional, se podría considerar la aparición de las *planificaciones anticipadas* como una ocasión para que el médico dejara cómodamente de lado sus conocimientos científicos y hasta el dictado de su conciencia, escudándose en que debe “limitarse a hacer lo que dicen las *directrices*”. Quedarían percibidas como una “capa técnica”²⁴ o un “protocolo de actuación” más, que se añadiría al proceso, ya previamente muy tecnificado, de la toma de decisiones.

Pero la realidad puede resultar también muy distinta. La experiencia de la práctica clínica ordinaria demuestra y acepta que los médicos a menudo se sienten con el derecho –o incluso en la obligación– de pasar por alto las *directrices anticipadas*²⁵, por distintos motivos: porque los contenidos de tal documento eran vagos y difíciles de aplicar a la situación clínica concreta²⁶; porque se juzgaba a los pacientes en una situación clínica objetiva muy esperanzadora, y el médico se sentía

21 Cfr. Lamb, D., *L'etica alle frontiere della vita: eutanasia e accanimento terapeutico*, Il Mulino, Bologna, 1998, 137.

22 Por ejemplo, un paciente puede estar exigiendo que, “si se queda en coma”, se le trate de una determinada manera, sin saber que su disposición dificultará sobremanera el trabajo del médico, por no tener en cuenta, entre otros datos médicos, que hay varios grados de coma, con pronósticos muy diversos. Se está coaccionando y dificultando el trabajo del médico. Cfr. Coppola, K. M., Danks, J. H., Ditto, P. H., Smucker, W. D., “Perceived benefits and burdens of life-sustaining treatments: differences among elderly adults, physicians, and young adults”. *Journal of Ethics, Law, and Aging*, 4/1 (1998), 3-13.

23 Cfr. Haug, M.R., “A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization”. *The Milbank Quarterly*, 66/Suppl.2 (1988), 48-56; Pereira Gray, D., “Deprofessionalising doctors?”. *British Medical Journal*, 324 (2002), 627-628.

24 Cfr. Ibeas, J.E., voz “Testamentos vitales”. En: Simón Vázquez, C. (Dir.), *Diccionario de Bioética*, op. cit., 709.

25 Cfr. Fagerlin, A., Schneider, E., “Enough. The Failure of the Living Will”. *Hastings Center Report*, March-April(2004), 36-37.

26 Estos autores traen acertadamente a colación la célebre afirmación de Oliver Wendell Holmes, Jr.: “General propositions do not decide concrete cases” (*Lochner v. New York* N, 198 U.S. 45, 76 (1905), en Fagerlin, A., Schneider, E., *Enough. The Failure of the Living Will*, op. cit., 35).



llamado a actuar; porque los representantes asignados o no estaban disponibles, o bien eran ineficaces en sus juicios, se dejaban llevar por lo que *ellos* desearían y no *su representado*, o se veían arrastrados por intereses personales.

3. Otra cuestión problemática relacionada con las *planificaciones anticipadas*, y muy conectada con la expuesta en el número precedente, es la *frecuente falta de objetividad*. Ésta es intrínsecamente *inevitable*, porque el mismo concepto de *planificación anticipada* incluye la lejanía en el tiempo de la situación que se pretende prever. El contenido de este documento se aplicará en circunstancias totalmente diversas de las que existían en el momento de la firma, con lo cual difícilmente se podrá *adivinar*:

a. Las fuerzas físicas y morales del enfermo, su disposición frente a la vida, al sufrimiento y a la enfermedad en el momento en que las *directrices* tengan que ser aplicadas. Los pacientes, en general, prefieren no hablar de la muerte y de la discapacidad, y cuando lo hacen en un estado de salud o de lucidez aceptables no suelen predecir con claridad sus deseos de cara al futuro, siendo así que a menudo las opiniones y convicciones cambian con el tiempo²⁷.

27 Se ha demostrado que afirmaciones que afloran con gran facilidad en momentos de buena salud, tipo “si me quedo parapléjico, prefiero morirme”, de verse verificada la infausta situación, se ven contundentemente revocadas, demostrando el paciente, la mayoría de las veces, un gran amor por su vida y un agudo sentido de su indisponibilidad. Por ejemplo, el deseo de recibir medios de sustento vital desciende significativamente durante el primer período de tiempo que sigue a la hospita-

La predicción de la apreciación futura de hechos futuros presenta grandes dificultades.

b. El desarrollo terapéutico y clínico, en el tiempo que transcurre desde la redacción y firma de las *directrices anticipadas* hasta el momento en que deberán ser aplicadas. Es posible que un medio que, en el momento de la confección del documento, no existe o se percibe como extraordinario o desproporcionado, en general o para una persona determinada –por su elevado coste, los riesgos o sufrimientos que comporta, etc.–, en el momento de aplicarlo sea ya –por el mismo progreso de la ciencia– ordinario o proporcionado, por ser más sencillo, barato, etc., o simplemente por haber cambiado.

Avala este hecho que mucha gente opte sin más por la asignación de un *representante*: para los pacientes dejar las decisiones en manos de personas significativas aporta una sensación de control mayor a la que proporciona la propia autónoma toma de decisiones²⁸. Incluso los pacien-

lización –debido a la caída de ánimo que causa la situación de internación–, pero pasados 3-6 meses, los pacientes agradecen que les hayan sido administrados estos medios y desean seguir adelante (cfr. Danis, M. et al., “Stability of Choices about Life-Sustaining Treatments”. *Annals of Internal Medicine*, 120/7 (1994), 567-573).

28 Cfr. Terry, P.B., Vettese, M., Song J. et al., “End-of-Life Medical Decision Making: When Patients and Surrogates Disagree”. *Journal of Clinical Ethics*, 10/4(1999), 286-93; Roe, M., Goldstein, M.K., Massey, K., Pascoe, D., “Durable Power of Attorney for Health Care”. *Archives of Internal Medicine*, 152/2(1992), 292-296; Cox, D.M., Sachs, G.A., “Advance Directives and the Self-Determination Act”. *Clinics in Geriatric Medicine*, 10 (Aug.-3/1994), 431-43.



tes llamados a decidir contemporáneamente a la enfermedad que los aflige se encuentran fuertemente intimidados por las dificultades que tal decisión conlleva: cuánto más costará establecer preferencias para un futuro inespecífico, relacionado con enfermedades inidentificables y con tratamientos impredecibles. Esto explica que, de hecho, en los Estados en los que está vigente, muy poca gente se atreve a elaborar una *planificación anticipada*²⁹.

4. Queda por tanto patente la dificultad de redactar unas *directrices anticipadas de tratamiento* que mantengan su vigencia en el tiempo y no planteen problemas a la hora de ser aplicadas: no hay más que examinar el grave compromiso que se generará en su *interpretación*, en los siguientes casos:

- a. Si éstas son demasiado pormenorizadas, se plantearán dificultades en el caso de que el sujeto entre en un estado patológico *similar*, pero no *idéntico*, a aquellos descritos en su documento: el médico podría encontrarse en una situación de incertidumbre, y podrían asimismo entablarse graves discusiones y querellas legales entre éste y los representantes del paciente.
- b. Si, por el contrario, se opta por unas *directrices anticipadas* en las que se establezcan líneas demasiado generales de actuación, el problema se desplazará al momento de

la interpretación de la voluntad *real* del paciente.

5. Se ha planteado la eventual necesidad de instaurar este procedimiento como medida de protección frente al *ensañamiento terapéutico*: los que lo propugnan afirman que no está positivamente penado por la ley, y que por lo tanto un paciente incapacitado intelectualmente para el consentimiento informado quedaría desprotegido ante las pretensiones de un médico o protocolo clínico que tomaran esta deriva. Se trata de un error sobre el que vale la pena estar prevenidos. Si bien es cierto que en muchos ordenamientos no hay una ley que prohíbe el *ensañamiento terapéutico*, un examen atento revela que éste habitualmente se contempla en los distintos *Códigos Deontológicos* médicos: en ellos se establece claramente que el médico tiene el deber de no acudir a terapias que hagan sufrir inútilmente al paciente o que supongan una carga desproporcionada para las condiciones en las que se encuentra³⁰.

29 Por ejemplo, en los EE.UU., después de más de 15 años de constantes campañas de formación y promoción social, sólo un 18% de la población adulta las dispone (cfr. Fagerlin, A., Schneider, E., *Enough. The Failure of the Living Will*, op. cit., 32).

30 Podemos ofrecer como botón de muestra el *Codice di Deontologia Medica* italiano, que se define a sí mismo como “un corpus de reglas de autodisciplina, predeterminadas por la Profesión, vinculantes para los inscritos a la orden [de los médicos], y que por tanto deben adecuar su conducta personal a ellas» [traducción propia]. En el Art. 16 se dice que el médico debe abstenerse de la obstinación en tratamientos diagnósticos y terapéuticos de los que no se pueda esperar con fundamento un beneficio para la salud del enfermo y/o una mejora de su calidad de vida; en el Art. 39, sobre la asistencia al enfermo con mal pronóstico, se dispone que «en caso de enfermedades de pronóstico infausto o llegadas a su fase terminal, el médico debe dirigir su actuación a los actos y comportamientos adecuados para ahorrar sufrimientos psico-físicos inútiles, y suministrar al enfermo los tratamientos apropiados para la tutela, por cuanto sea posible,



6. Por último, aunque parezca una cuestión colateral, no se puede olvidar que, al menos por el momento, muchas de las personas y asociaciones que abogan por una legalización de las *planificaciones anticipadas* lo hacen, entre otros motivos concomitantes, con una *mentalidad claramente eutanásica*. Se patrocinan de modo vehemente como una maniobra para conseguir el instrumento que permitirá ir abriendo camino a un cierto soporte jurídico para la legalización de la eutanasia³¹.

de la calidad de vida y de la dignidad de la persona. En el caso de verse comprometido el estado de conciencia, el médico debe proseguir en la terapia de sustento vital mientras se considere razonablemente útil, evitando toda forma de ensañamiento terapéutico”. El *Código Deontológico Médico Español* a su vez establece que “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).

- 31 Cfr., por ejemplo, Pessina, A., “Direttive anticipate”. *I Quaderni di Scienza e Vita*, 1 (dic. 2006), 74. Es gráfico el hecho de que la primera declaración del living will en Estados Unidos de América fue la presentada nada menos que por el Euthanasia Education Council en 1972. En este mismo país, O. R. Russell afirma, en su obra *Freedom to Die* de 1977, que el primer paso hacia la legalización de la eutanasia debe ser la creación de una fundación, la Euthanasia Educational Fund, con la misión de recaudar fondos que permitan la financiación de la distribución masiva de modelos del living will (cfr. Ortega Larrea, I., *Eutanasia: Ética y Ley frente a frente*, Tesis de Doctorado defendida en la Pontificia Università della Santa Croce, Roma, 1996, 85-87. M. Warnock sostiene, siguiendo la línea señalada, que una persona que sufre demencia senil tiene el deber de morir (cfr. [Publicación en línea]: <<http://spuc-director.blogspot.com/2008/09/baroness-warnock-and-duty-to-die.html>>, [Consulta: 16 -1-2010]). Subraya que una persona en estas condiciones está despilfarrando su propia vida y la de sus familiares, así como los recursos nacionales

A esto se añade que la posibilidad legal de pedir la propia muerte, en el caso de dejar de *ser útil o productivo* para la sociedad, provoca en las personas mayores y en los pacientes graves o terminales un sentimiento de culpa o de malentendido egoísmo –por obstinarse en vivir y seguir siendo una carga para la sociedad–, que puede llevarlos a sentirse obligados a pedir la eutanasia. Ésta sigue penada en la mayoría de los ordenamientos jurídicos, pero la instauración de las *directrices anticipadas* ofrecería un medio de presión para despenalizarla o incluso legalizarla. De modo que, aunque no está claro que una cosa lleve a la otra, como consecuencia de la entrada en vigor de las *directrices anticipadas* se podría instaurar una cierta *pendiente resbaladiza* hacia la eutanasia.

Muchas veces, cuando un paciente pide la suspensión de los cuidados, en realidad lo que está pidiendo es que los que lo rodean acudan en su ayuda en las trágicas circunstancias en las que se encuentra. Esto nos debería hacer reflexionar, para poner los medios a un nivel *previo*, como por ejemplo conjurar al Estado a un compromiso para que el Sistema Sanitario Nacional garantice adecuados servicios y cuidados paliativos, asistencia domiciliar a los pacientes incompetentes, así como

para la salud. Según esta lógica, cuando una persona se encontrara en la tesitura de redactar unas planificaciones anticipadas, cómo no va a afrontar la eventualidad de una discapacidad análoga a la presentada con cierto sentimiento pro-eutanásico? Y es que la intención normal de una persona que se abandona en las manos del médico es que la curen: y así al contrario, los que pretenden situarse por encima de cualquier criterio médico-clínico a menudo es para exigir que no les curen (cfr. Di Pietro, M. L., “Tra testamenti di vita e direttive anticipate: considerazioni bioetiche”. *I Quaderni di Scienza e Vita*, 1 (dic. 2006), 81).



los servicios dirigidos a sostener las familias que tienen a su cargo enfermos crónicos en situaciones de fuerte invalidez.

4. CONCLUSIÓN

En virtud de todo lo expuesto queda patente que no se puede dar un juicio ético *de carácter general* acerca de las *directrices anticipadas de tratamiento*. En sentido positivo, se puede considerar que cobran relieve en el contexto de la sociedad pluralista en la que vivimos. En ella convergen convicciones y opiniones muy variadas acerca del sentido y la dignidad de la vida, del sufrimiento y la enfermedad. Esta diversidad cobra fuerza cuando se tienen que poner de acuerdo distintos pareceres, con distintas competencias, en un momento en el que el sujeto se encuentra en una situación clínica y vital delicada.

Podrían así quedar legítimamente enmarcadas en el proceso por el cual un sujeto delibera, junto con familiares y profesionales sanitarios, sobre lo que el futuro puede deparar, sobre cómo quiere que sus creencias y convicciones guíen las decisiones —cuando aparezcan problemas médicos críticos inesperados y bruscos— y sobre cómo se podrían aliviar algunas preocupaciones relacionadas con cuestiones económicas, familiares, espirituales, religiosas y otras que preocupan gravemente a los pacientes moribundos y a sus seres queridos.

Éstas deberían quedar orientadas a testificar, *necesariamente a grandes trazos*³², las preferencias o convicciones más ín-

timas del paciente, marcando una línea que, dando espacio a una *verdadera alianza terapéutica* entre el médico competente, los familiares y/o los eventuales representantes, no deberá ser trasgredida. En el año 2000 la Conferencia Episcopal Española presentó un modelo que creo que merece ser tenido en cuenta, puesto que es conciso, escueto, claro, y respeta de modo equilibrado los roles de las distintas personas implicadas en el cuidado del testamentario. Dice así:

A mi familia, a mi médico, a mi sacerdote, a mi notario: Si me llega el momento en que no pueda expresar mi voluntad acerca de los tratamientos médicos que se me vayan a aplicar, deseo y pido que esta Declaración sea considerada como expresión formal de mi voluntad, asumida de forma consciente, responsable y libre, y que sea respetada como si se tratara de un testamento.

Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios.

Por ello, yo, el que suscribe (nombre y apellidos) pido que si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se me aplique la eutanasia activa, ni que se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos. Pido igualmente ayuda para asumir cristiana y humana-

32 Esto es así por lo que hemos podido constatar sobre la dificultad de la concreción hasta los mínimos detalles de los futuribles. Si se elaboran en el contexto señalado de confianza y cordialidad con el entorno sanitario y familiar, la generalidad en la

expresión no debería suponer graves problemas de interpretación.



mente mi propia muerte. Deseo poder prepararme para este acontecimiento final de mi existencia, en paz, con la compañía de mis seres queridos y el consuelo de mi fe cristiana. Suscribo esta Declaración después de una madura reflexión. Y pido que los que tengáis que cuidarme respetéis mi voluntad. Soy consciente de que os pido una grave y difícil responsabilidad. Precisamente para compartirla con vosotros y para atenuaros cualquier sentimiento de culpa, he redactado y firmo esta declaración.

Firma: _____

(Firma también del eventual Notario y/o testigos: _____)

Fecha: _____.

A pesar de todo, han quedado también patentes los inconvenientes que suscitan las *directrices anticipadas*, algunos de ellos

graves y difícilmente salvables: por la imposibilidad de prever con certeza el futuro; por las dificultades de interpretación; por atar de manos, en la toma de decisiones, a personas que podrían resultar más competentes para ello; por la posibilidad de abrir las puertas a la eutanasia. Esto lleva a considerar si no vale más la pena simplemente optar por abandonarse en manos de las personas queridas, que en principio tomarán, junto con el personal sanitario de confianza, las mejores decisiones para el propio bien, si se diera el caso descrito.

Por todo lo dicho, es evidente que hay que ser cautos en la emisión de un juicio acerca de la conveniencia de que éstas sean instauradas en los distintos ordenamientos y, de serlo, acerca de la modalidad y las posibilidades.

