

Planteamiento general de la bioética

Diego Gracia

INTRODUCCIÓN

El término bioética es un neologismo introducido en el idioma inglés por Potter el año 1970. A partir de entonces ha gozado de general aceptación. Su éxito ha sido proporcional a su propia indefinición. De hecho, cada uno lo ha interpretado a su modo y manera, de acuerdo con su profesión o ideología. Los médicos vieron en él el nuevo rostro de la clásica ética médica o deontología profesional. Los biólogos y ecólogos, por su parte, consideraron que obedecía a la nueva toma de conciencia de las sociedades avanzadas por el futuro de la vida, ante las continuas agresiones al medio ambiente.

Gran parte de la ambigüedad del término bioética se debe a la propia de las palabras que la componen. El término vida es tan amplio, que puede ser interpretado de modos muy distintos, tanto deontológicos («santidad de vida») como teleológicos («calidad de vida»). De ahí que de la bioética se hayan dado también estas distintas versiones. Las éticas de raíz teológica, judías, cristianas y musulmanas, creyeron ver en la nueva palabra la expresión de su criterio de santidad de vida. Y las éticas seculares, sobre todo las utilitaristas, la hicieron sinónima de calidad de vida.

Hay una última fuente de ambigüedad, ya que la propia estructura de la palabra no permite saber si se concede prioridad a la biología sobre la ética o a la ética sobre la biología. En este segundo caso la bioética debería entenderse como «ética de la biología», en tanto que en el primero vendría a significar «biología de la ética». Lo primero es una «eticización de la biología», en tanto que lo segundo es una «biologización de la ética». Esto último es tanto más probable, cuanto que se trata de una disciplina salida de las manos de biólogos y médicos, no de filósofos, y dada a luz en el momento de mayor auge del movimiento sociobiológico, una de cuyas tesis básicas es la determinación genética de las conduc-

tas altruistas y éticas. Así se explica que al término bioética se haya opuesto, cada vez con mayor insistencia, el alternativo de «ética biomédica», donde queda bien claro el valor sustantivo del término ética, y el carácter meramente adjetivo que se conceden a la biología y a la medicina.

A pesar de todo esto, o quizá por ello, la bioética ha ido adquiriendo a lo largo de estos veinte años un importante cuerpo doctrinal, que hace de ella una de las ramas más desarrolladas de la ética. En lo que sigue intentaremos exponer ese cuerpo de modo a la vez sinóptico y completo. En primer lugar analizaremos las razones históricas que explican tanto su nacimiento como su espectacular desarrollo. En segundo, sus características básicas. En tercer lugar, los problemas de bioética sustantiva, es decir, las cuestiones de fundamentación. En cuarto, las de ética procedimental. Y por fin estudiaremos el papel de los comités de ética. Dado que esta exposición no pretende agotar los problemas ni las soluciones, en la bibliografía final se darán las citas que permitan ampliar y completar el panorama ofrecido.

RAZONES HISTÓRICAS DEL NACIMIENTO DE LA BIOÉTICA

Hay cuando menos dos tipos de razones que explican el nacimiento y desarrollo de la bioética en el curso de las dos últimas décadas. Uno primero lo constituyen los avances acaecidos en el campo de la biología molecular y de la ecología humana, y la creciente preocupación por el futuro de la vida sobre nuestro planeta. Otro, la profunda transformación operada en el ámbito de la medicina en los últimos cinco lustros. Los analizaremos sucesivamente.

Las revoluciones biológica y ecológica

La biología y la ecología han conseguido en las últimas décadas tal desarrollo, que para muchos la segunda mitad del siglo XX está siendo la gran era de estas ciencias, del mismo modo que la primera lo fue de la física. El descubrimiento en los años 60 del código genético ha permitido explicar el funcionamiento de lo infinitamente pequeño en el orden de la vida, del mismo modo que las fórmulas de la mecánica cuántica que los físicos pusieron a punto en los años 20 hicieron posible la comprensión de lo infinitamente pequeño en el orden de la materia inerte.

Pero no acaban aquí las semejanzas. Esas dos series de portentosos descubrimientos han ido acompañadas de sendos terribles peligros, capaces de acabar con la vida sobre el planeta. Uno, el peligro nuclear, nos es bien conocido tras todo lo que sobre él se ha dicho y escrito en los últimos cincuenta años. Otro, el peligro ecológico, ha empezado a cobrar importancia social a partir de los años 70. Para comprobar esto último no hay más que recordar tres prestigiosos informes. Uno, el que en 1972 publicó el Club de Roma, y que lleva por título *The Limits*

of Growth. El segundo es el *Informe 2000*, elaborado durante la presidencia de Jimmy Carter. El tercero, en fin, es el que, con el título de *Our Common Future*, hizo público en 1987 la Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo, dependiente de las Naciones Unidas. Todos llegan a la misma conclusión: que el crecimiento tiene límites, traspasados los cuales se pone en grave peligro el futuro de la vida sobre el planeta, y que, por tanto, el desarrollo económico no sólo no va necesariamente acompañado de aumento de la calidad de vida, sino que, muy al contrario, el agotamiento de las materias primas, la contaminación de los mares, la destrucción de los bosques, la alteración de la atmósfera, etc., pueden disminuir drásticamente la calidad de vida de los hombres en las próximas generaciones y comprometen seriamente la viabilidad de la especie humana en un futuro no muy lejano.

Especial atención merece el tema de la ingeniería genética. En las últimas décadas el hombre ha pasado de ser mero espectador pasivo de la evolución biológica, a verse como dueño y señor de ella. Las técnicas de reproducción asistida (IA, FIV, TE, etc.), y sobre todo la posibilidad de manipulación del genoma humano con técnicas como la del ADN recombinante, plantean en toda su crudeza el tema de si todo lo técnicamente correcto es éticamente bueno. Ciertamente esas técnicas no pueden ser condenadas de modo global como inmorales. La medicina conoce hoy unas cuatro mil enfermedades de causa genética, que producen graves trastornos físicos y psíquicos en quienes las padecen, algunos incompatibles con la vida. Parece que, como mínimo, deberían aceptarse como éticas o morales todas aquellas actuaciones en el genoma que tuvieran por objeto corregir eso que, con lenguaje eufemístico, se denominan «errores» congénitos. ¿Pero deben también permitirse las actuaciones en el genoma que no tienen por objeto corregir defectos congénitos sino perfeccionar la naturaleza humana? ¿Quién establece esos cánones de perfección? Esta es, sin duda, una de las razones históricas del surgimiento de la bioética.

La revolución médico-sanitaria

El ejercicio de la medicina siempre ha planteado problemas éticos y exigido del médico una elevada calidad moral, como lo demuestra la ininterrumpida serie de documentos deontológicos que jalonan la historia de la medicina occidental, desde sus inicios en la época hipocrática hasta la actualidad. Sin embargo, en ninguna otra época como en la nuestra se han planteado tantos y tan complejos problemas morales a los médicos, y nunca como ahora se ha requerido una adecuada formación ética de los profesionales sanitarios. Esto explica que la literatura sobre ética médica y clínica haya crecido exponencialmente en los últimos años, dando lugar a la elaboración de un amplio cuerpo de doctrina, hoy indispensable en la formación de un buen profesional sanitario.

Las razones de este cambio son de tres tipos. En primer lugar, la mayor autonomía y capacidad de decisión del enfermo; en segundo, las profundas transfor-

maciones tecnológicas de la práctica médica; y en tercero, el modo como los poderes públicos, en particular el Estado, han diseñado y gestionado la política sanitaria.

La nueva conciencia de la autonomía personal, y el movimiento de emancipación de los pacientes

La relación médico-paciente es tan antigua como la propia medicina. Al menos desde los albores de la medicina occidental, podemos seguir la evolución y los avatares de una y de otra, que por lo demás no son separables. El médico hipocrático consideró un deber moral regirse en el trato con sus enfermos según el llamado hoy «criterio de beneficencia», hasta el punto de que aún hoy se utiliza para definir este principio una fórmula hipocrática, aquella que se encuentra en el libro I de *Epidemias*, y que dice: «Favorecer, o no perjudicar». Los latinos redujeron este principio a una sentencia aún más concisa: *primum non nocere*, en primer lugar no hacer daño. Este ha sido el principio rector de la ética médica a lo largo de los siglos, y este también el criterio que ha presidido siempre la relación de los médicos con los enfermos.

Aún hay que decir algo más, y es que los hipocráticos dieron una interpretación peculiar del principio de beneficencia, que hoy suele conocerse con el nombre de «paternalista». Por paternalismo se entiende el beneficentismo «duro», es decir, el hecho de hacer el bien a otro aun en contra de su voluntad, y en cualquier caso sin contar con ella. El paternalismo consiste en tratar al enfermo del mismo modo que el padre trata al hijo pequeño. La razón última de ello ha estado en la creencia, común a todos los griegos y en general a todos los hombres occidentales, de que el enfermo es no sólo un inválido o incapaz biológico sino también moral. La enfermedad, dicen los textos clásicos con elevada frecuencia, produce dolor, y el dolor enturbia la mente y hace difícil el juicio recto y prudente. Ni el placer ni el dolor son buenos consejeros morales. De ahí que al enfermo haya que tratarlo no sólo como un ser necesitado de ayuda física, sino también moral. Es el médico quien tiene que decidir por el enfermo. La relación médico-enfermo ha de tener, pues, carácter vertical y asimétrico. En ella el médico, como el padre, ha de estar arriba y mandar, en tanto que el enfermo debe colocarse en la posición de hijo, que está debajo y obedece. Recuérdese lo que hasta prácticamente nuestros días se ha venido entendiendo por «buen enfermo», y se verá cómo coincide con aquel que acepta sumiso y de buen grado este rol infantil y pasivo.

Este paradigma no ha cambiado drásticamente hasta el año 1969, fecha de elaboración del primer código de derechos de los enfermos, y con él de la toma de conciencia explícita por parte del enfermo de su condición adulta, y por tanto de su capacidad para tomar las decisiones sobre su propio cuerpo.

Por eso hoy el médico ya no puede decidir por sus enfermos, ni establecer con ellos relaciones de tipo vertical y paternalista. El enfermo es, mientras no se

demuestre lo contrario, un ser adulto y responsable que, salvo excepciones, debe tomar las decisiones sobre su enfermedad. De ahí que el derecho máximo de los nuevos códigos de los enfermos sea el que se conoce con el nombre de «derecho al consentimiento informado». En la relación médico-enfermo el médico tiene la información, pero el enfermo es el depositario de la capacidad de decisión, del consentimiento. Decidiendo, consintiendo, el enfermo sigue actuando como persona adulta y responsable. La función del médico no es expropiar al enfermo sino, muy al contrario, ayudar a apropiársela.

Los nuevos avances tecnológicos y los límites del principio de beneficencia

Sería superfluo hacer aquí una enumeración de los avances tecnológicos de estos últimos años. Baste analizar un caso concreto, el de las técnicas de soporte vital, que tan drásticamente han transformado las fases finales de la vida de los enfermos. Aún tenemos en nuestra memoria la imagen del médico de nuestra niñez, que ante un enfermo «desahuciado» se retiraba a un segundo o tercer plano, cediendo la delantera al sacerdote y al notario. Hoy no existen desahucios ni enfermos desahuciados. Hay enfermos críticos, enfermos irreversibles, enfermos terminales, pero no enfermos desahuciados. Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) han acabado con ellos. Hace aún pocos años moría en Nueva Jersey Karen Ann Quinlan, la joven norteamericana que conmocionó al mundo permaneciendo diez años en estado vegetativo persistente. El conflicto que en ese caso se produjo entre los médicos que asistían a Karen y los padres de ésta demuestra bien hasta qué punto las nuevas técnicas de soporte vital, y en general la nueva tecnología sanitaria, ha cambiado los moldes tradicionales de la relación médico-paciente.

El principio moral por el que siempre se ha regido el médico en su relación con el paciente ha sido, según hemos dicho, el de beneficencia. El santo y seña de la medicina ha sido siempre hacer todo lo posible en favor del enfermo. Ahora bien, la nueva tecnología ha hecho que empiecen a surgir serias dudas sobre lo que resulta beneficioso para el paciente y lo que no. Hoy es frecuente que los accidentes de circulación dejen a las personas en situación de «muerte cerebral». ¿Es necesario tener encendido el respirador hasta que el corazón les falle? ¿Es preciso reanimar a estos enfermos en caso de parada cardíaca? Todo esto es técnicamente posible, pero cabe preguntarse si es éticamente correcto.

Suele decirse que el médico siempre debe actuar en favor de la vida. Esta frase, como todas las expresiones excesivamente generales y rotundas, puede acabar vengándose de quien la pronuncia. ¿La defensa de la vida debe llevar al médico a no dejar morir en paz a sus pacientes? ¿Es moral el llamado encarnizamiento terapéutico? Es probable que así, firmemente y de modo abstracto, todos respondamos que no. Pero tan claro como esto es que en la práctica las cosas no resultan nada claras. De ahí los conflictos. La nueva tecnología genera un sinnúmero de conflictos, que han cambiado drásticamente la vieja relación médico-paciente.

Los cambios institucionales y políticos, y el problema de la justicia sanitaria

La tercera causa que ha modificado la relación entre el médico y el paciente en estos últimos veinticinco años es de orden político. Hasta finales de los años 60, Europa vivió convencida de que el crecimiento económico no se interrumpiría nunca, y que el Estado benefactor podría y debería proteger a todos los ciudadanos de las contingencias negativas de la vida: paro, vejez, enfermedad, muerte, etc. De ahí la gran expansión de la sanidad pública en la década de los años 60, evidente en España a partir de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 28 de diciembre de 1963, y de su puesta en vigor en 1967.

Quizá conviene recordar las características básicas de este modelo sanitario. Su objetivo era cubrir las contingencias negativas de la vida de las personas. Pero esa cobertura fue siempre completamente distinta en el caso de las personas recuperables para el sistema productivo (jóvenes, enfermos agudos, etc.) que en el de los irrecuperables (enfermos crónicos, ancianos, jubilados, etc.). Esto explica que el sistema sanitario de los años 60 estuviera organizado en torno al enfermo agudo y recuperable, marginando ostensiblemente al crónico e irrecuperable. Aún hay otra característica de este modelo sanitario de los años sesenta, y es que desatendió escandalosamente la asistencia primaria en favor de la hospitalaria. Organizado en torno al enfermo agudo, marginaba tanto la prevención y la asistencia comunitaria, como la atención a los enfermos crónicos e irrecuperables. Después, en los años 70, vino la gran crisis económica, y con ella el final de la ilusión del desarrollo económico ininterrumpido.

Así, pues, cabe decir que el tercer frente de conflictos éticos tiene que ver con el acceso igualitario de todos a los servicios sanitarios, y la distribución equitativa de recursos económicos limitados y escasos. Nuestra época es la primera en la historia que ha intentado universalizar el acceso de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria. Parece que la propia idea de justicia exige asegurar que todos los hombres tengan cubiertas unas necesidades tan básicas como las sanitarias. Ahora bien, ¿qué son necesidades sanitarias? ¿Cómo diferenciar en el ámbito de la salud lo necesario de su superfluo? Los economistas aseguran que en el campo sanitario toda oferta crea su propia demanda, con lo cual el consumo de bienes de salud es en teoría prácticamente ilimitado. ¿Hay obligación moral de cubrir esas necesidades crecientes en virtud del principio de justicia? Dado que en el área sanitaria las necesidades serán siempre superiores a los recursos, ¿qué criterios utilizar para la distribución de recursos escasos?

Nuestra situación

En la relación médico-paciente intervienen siempre tres sujetos, el médico, el enfermo y las llamadas terceras partes, es decir, la sociedad. Hemos visto cómo han cambiado en estos últimos veinticinco años esos tres factores. La consecuencia es clara: la relación médico-paciente también ha cambiado. Ya no es

posible aquella relación antigua, típicamente paternalista y vertical, en la cual el médico mandaba y el enfermo obedecía. Frente al viejo modelo del «yo mando-tú obedeces», ahora ha comenzado a cobrar vigencia otro más horizontal, en el que ambos se tratan como personas adultas y responsables, y por tanto mandan y obedecen. Lo cual no quiere decir que intercambien sus papeles. El médico sigue siendo el que sabe medicina, y con ella intenta ayudar al enfermo. Él hace presente en la relación médico-enfermo un principio ético, que hoy suele conocerse con el nombre de «principio de beneficencia». El enfermo, por su parte, quiere curarse, y por ello acude al médico «autónomamente». El hecho de ponerse en contacto con el médico no le priva, por lo general, de su autonomía, razón por la cual el enfermo aporta a la relación un principio distinto al del médico, el llamado «principio de autonomía». De este modo, la vieja relación «yo mando-tú obedeces» se ha visto sustituida por esta otra: «beneficencia-autonomía». Pensemos en el caso de un testigo de Jehová. Cuando el médico le quiere trasfundir sangre, lo hace en aplicación del principio de beneficencia. Y cuando el enfermo se niega a ello, lo hace desde su principio de autonomía. De ahí surge el conflicto. La nueva relación médico-paciente no hay duda de que es mucho más conflictiva que la anterior, lo cual no quiere decir que sea menos humana. No siempre lo menos conflictivo es lo más humano. La conflictividad es por definición nula en todos los casos en que sólo manda una persona y todos los demás obedecen. Las relaciones humanas basadas en ese principio son las menos conflictivas, pero también las de menor calidad. En este sentido, cabe decir que la relación médico-paciente es hoy de más calidad que en ninguna otra época anterior. A pesar de su conflictividad.

Pero en la relación médico-paciente no hay sólo dos partes, el médico y el enfermo, ni tampoco sólo dos principios, el de autonomía y el de beneficencia. Hay otra parte, la sociedad, el Estado, y otro principio, el de «justicia». Aun en la consulta más privada, están presentes, aunque sólo sea negativamente, por modo de ausencia, todos los demás hombres. De ahí la pregunta por la justicia de los servicios sanitarios, tan difícil de contestar, tan difícil también de cumplir, y fuente de incontables conflictos. Si la autonomía y la beneficencia generaban muchos conflictos, la entrada en juego del principio de justicia tiene un efecto multiplicador. Esto explica nuestra actual situación. Hay motivos para afirmar que ésta es mucho más conflictiva que ningún otro momento de la historia de la medicina. Pero también me atrevo a decir que es mucho más humana. Esta paradoja está en el origen histórico de la bioética.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA BIOÉTICA

Los códigos deontológicos de la profesión médica, como los de cualquier otra actividad, son declaraciones de principios que los profesionales se comprometen a respetar desde el momento en que entran a formar parte de ese grupo. Esas

declaraciones de principios éticos son necesarias, pero hoy resultan insuficientes. Los problemas éticos han adquirido un volumen y una gravedad tales que necesitan de otros procedimientos de análisis. La bioética está intentando responder a estas necesidades mediante métodos de resolución de problemas éticos que cumplan ciertos requisitos básicos. Estos requisitos, sin los cuales hoy no es posible la bioética, son los siguientes:

Ética civil

La bioética ha de ser, en primer término, una *ética civil* o *secular*, no directamente *religiosa*. Hasta hace relativamente poco tiempo las éticas, sobre todo las profesionales, han tenido carácter directamente confesional y religioso. Hoy esto es imposible, aunque sólo sea porque los países occidentales han perdido la uniformidad de creencias religiosas. De hecho, en las sociedades avanzadas conviven creyentes, agnósticos y ateos, y dentro de cada uno de esos grupos coexisten códigos morales muy distintos. Por otra parte, estas mismas sociedades han elevado a categoría de derecho humano fundamental el respeto a las creencias morales de todos (derecho de libertad de conciencia). Esto no significa que no sea posible un acuerdo moral sobre los mínimos aceptables por y exigibles a todos, que constituya el núcleo de la «ética civil» de la colectividad. Lo que quiere decir es que ese acuerdo habrá de ser racional y no directamente creencial. En el campo específico de la bioética esto significa que aun teniendo todas las personas derecho al escrupuloso respeto de su libertad de conciencia, las instituciones sociales están obligadas a establecer unos mínimos morales exigibles a todos. Éstos ya no podrán fijarse de acuerdo con los mandatos de las morales religiosas, sino desde criterios estrictamente seculares, civiles o racionales. La bioética ha de ser, pues, una moral civil o secular.

Ética pluralista

Ha de ser, además, una *ética pluralista*, es decir, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente conjugarlos en unidad superior. Este procedimiento, que en el orden político ha dado lugar a los usos democráticos y parlamentarios, tiene su propia especificidad en el ámbito de la ética. Por principio cabe decir que una acción es inmoral cuando no resulta universalizable al conjunto de todos los hombres, es decir, cuando el beneficio de algunos se consigue mediante el perjuicio de otros. Esto siempre se debe a que la decisión no ha sido suficientemente «pluralista» o «universal». Si al tomar una decisión moral tuviéramos en cuenta los intereses de la Humanidad entera, no hay duda de que los intereses particulares de las personas concretas se anularían entre sí, y quedaría sólo el interés común, es decir, el bien común. De ahí que el pluralismo no tenga por qué ser un obstáculo para la construcción de una ética, sino más bien su condición de posibilidad. Sólo el pluralismo universal puede dar lugar a una ética verdaderamente humana.

Ética autónoma

La tercera nota que ha de cumplir la bioética actual es la de ser *autónoma*, no *heterónoma*. Se llaman heterónomos los sistemas morales en que las normas le vienen impuestas al individuo desde fuera, en tanto que autónomos son los sistemas contrarios. Las éticas heterónomas son de muy diversos tipos: naturalistas (el criterio de bondad lo constituye el orden de la naturaleza), sociológicas (el criterio de moralidad son las normas y convenciones propias de cada sociedad), teológicas (los criterios son los presentes en los libros revelados), etc. Las éticas autónomas consideran que el criterio de moralidad no puede ser otro que el propio ser humano. Es la razón humana la que se constituye en norma de moralidad, y por ello mismo en tribunal inapelable: eso es lo que se denomina «conciencia» y «voz de la conciencia».

Ética racional

De todo esto se desprende que la bioética tiene que ser *racional*. Racional no es sinónimo de racionalista. El racionalismo ha sido una interpretación de la racionalidad que ha pervivido durante muchos siglos en la cultura occidental, pero que hoy resulta por completo inaceptable. La tesis del racionalismo es que la razón puede conocer *a priori* el todo de la realidad, y que por tanto es posible construir un sistema de principios éticos desde el que se deduzcan con precisión matemática todas las consecuencias posibles. Tal fue el sueño de Baruch Espinosa en su *Ethica more geometrico demonstrata*. Al menos desde la época de Gödel sabemos que ni la propia razón matemática tiene capacidad de establecer sistemas completos y autosuficientes, lo cual demuestra que la racionalidad humana tiene siempre un carácter abierto y progrediente, con un momento *a priori* o principialista y otro *a posteriori* o consecuencialista. La razón ética no hace excepción a esta regla, y por tanto ha de desarrollarse siempre a ese doble nivel.

Más allá del convencionalismo

Finalmente, la moderna bioética aspira a ser *universal*, y por tanto a ir más allá de los puros *convencionalismos* morales. Una cosa es que la razón humana no sea absoluta, y otra que no pueda establecer criterios universales, quedándose en el puro convencionalismo. La razón ética, como la razón científica, aspira al establecimiento de leyes universales, aunque siempre abiertas a un proceso de continua revisión.

PROBLEMAS DE FUNDAMENTACIÓN DE LA BIOÉTICA

Todos los sistemas bioéticos intentan cumplir con las cinco condiciones anteriores. A pesar de lo cual, son entre sí muy diferentes. Ello se debe a la diversi-

dad de tradiciones filosóficas y éticas en que se fundan. En este punto es cada vez más sensible la divergencia entre el mundo europeo y el anglosajón. Al menos desde el siglo XVII, la filosofía anglosajona ha tendido al empirismo, a la vez que la europea continental ha sido proclive al racionalismo. Esto tiene importantes consecuencias morales. Las filosofías empiristas suelen ser emotivistas (de ahí la importancia que conceden al principio de autonomía) y consecuencialistas (de donde su atención preferencial al principio de beneficencia). Por el contrario, las filosofías de la Europa continental tienden a ser racionalistas (creen posible establecer principios absolutos, que obliguen moralmente con independencia de la voluntad empírica de los sujetos) y deontologistas (de ahí la importancia que en su tradición tiene la justicia como principio absoluto, previo a cualquier otra consideración moral). Como resultado de todo esto, las éticas anglosajonas suelen ser utilitaristas, en tanto que las centroeuropeas no.

El utilitarismo moral es una creación típicamente anglosajona, gestada en la época que va de Bentham a Stuart Mill. Por supuesto, este utilitarismo que tenía como máxima la consecución del mayor bien para el mayor número, ha dejado paso en la actualidad a otro que, por influencia continental europea, sobre todo de Kant, considera que las normas éticas han de cumplir siempre con el principio de universalización, de modo que el criterio no puede ser ya el del mayor bien para el mayor número, sino el del máximo bien para todos. Pero esta versión del utilitarismo es también anglosajona. El ejemplo más representativo está probablemente en el «prescriptivismo» de Richard Hare, para el que el criterio ético fundamental ha de consistir en «la atribución de igual importancia a los intereses iguales de todos los ocupantes de todos los papeles». Un discípulo de Hare muy influyente hoy en la bioética anglosajona, Peter Singer, ha formulado esto de modo aún más conciso: el principio básico de la ética es el de «igual consideración de los intereses» de todos los implicados.

La influencia de estos planteamientos en la bioética norteamericana ha sido enorme, quizá decisiva. Para comprobarlo basta hojear su libro más representativo, los *Principles of Biomedical Ethics*, de Tom L. Beauchamp y James E. Childress. El hecho de que el primer autor se confiese utilitarista de regla y el segundo sea deontologista, es un buen ejemplo del pluralismo moral de nuestra sociedad. Lo cual, dicen, no es óbice para que lleguen a acuerdos comunes en cuestiones concretas. Personas de muy distinta formación filosófica pueden aceptar, según ellos, un conjunto de principios éticos comunes, que ellos reducen a cuatro: autonomía, no-maleficencia, beneficencia y justicia. Estos cuatro principios son fácilmente aceptables por todos los miembros de una comunidad plural y civilizada, y pueden considerarse, por ello, como «deberes *prima facie*». Cuando no entran en conflicto entre sí, obligan moralmente. En caso de conflicto, habrá que ver cuál tiene prioridad sobre los demás en cada situación concreta, lo que en última instancia dependerá siempre de las consecuencias. De ahí que en el sistema de Beauchamp y Childress éstas sean las que acaban decidiendo en un sentido o en otro. Por eso su sistema es a la postre consecuencialista.

Cabe afirmar, por ello, que el entramado teórico más importante de la bioética norteamericana es claramente utilitarista. Beauchamp y Childress parten del criterio utilitarista de que la obligación moral básica es lograr el mayor bien posible para todos, o al menos para la mayoría. Esto es lo que entienden por «principio de beneficencia»: evitar el mal posible (principio de no-maleficencia) y promover el bien. Pero sucede que el bien no es independiente de la autonomía de las personas, ya que unas consideran bueno lo que para otras es malo, y todas coinciden en afirmar que la realización del bien ha de contar con la aceptación de aquél a quien se hace. Por tanto, el principio de beneficencia es inseparable de otro, el «principio de autonomía». No hay beneficencia sin autonomía. Finalmente, es preciso establecer un tercer principio, el llamado «principio de justicia», a fin de reducir las desigualdades que generan (o que no evitan) los dos principios anteriores. La justicia tiene, pues, un carácter sólo compensatorio.

Este es el esquema canónico de la bioética norteamericana, el que más ha influido en todo su desarrollo posterior. Como luego veremos con mayor detención, en él se concede absoluta prioridad, como es normal en una ética teleologista, al binomio autonomía-beneficencia. Los fines han de ser siempre los más beneficiosos posibles, y quienes tienen que reconocerlos como tales son los propios interesados.

La tradición continental europea se identifica difícilmente con estos planteamientos. La filosofía europea ha creído por lo general posible hallar principios absolutos en que fundamentar la moral. El ejemplo más claro de esto es el imperativo categórico kantiano. Él nos manda tratar a todos los seres humanos como fines en sí mismos, no como medios, y a la Humanidad como reino de los fines. Ahora bien, si esto es así, entonces hay unas «obligaciones absolutas», previas a la autonomía empírica de las personas. Estas obligaciones absolutas son las que derivan del imperativo categórico, y pueden sintetizarse en dos principios: el de no-maleficencia (que ahora es un principio absoluto, y no la parte negativa del principio de beneficencia) y el de justicia (que tampoco tiene por objeto compensar de algún modo las desigualdades empíricas, sino cumplir con la obligación de tratar a todos por igual).

En la literatura ética actual, este problema de si hay principios éticos absolutos, por tanto previos a la autonomía empírica de las personas, se conoce con el nombre de debate de la «ética mínima». La cuestión surgió en Alemania en los años del III Reich. Entonces la autonomía de la inmensa mayoría del pueblo alemán optó por un modelo de sociedad que a otros les pareció sencillamente inmoral. De acuerdo con el binomio autonomía-beneficencia, no parece que se le pudieran poner objeciones. Sin embargo, Theodor W. Adorno pudo escribir un librito titulado *Minima moralia*, en el que abogaba por un nivel mínimo de moralidad, por debajo del cual lo que reina es la inmoralidad, por más que lo acepte todo el mundo. Este es un tema muy europeo, quizá por la propia historia de nuestros últimos cien años. Los mínimos morales están constituidos, en mi opinión, por los principios de no-maleficencia y de justicia. El primero surge de la aplica-

ción de la ley general de que todos somos iguales y merecemos igual consideración y respeto al orden de la vida biológica, y el segundo, el de justicia, al de la vida social. Cuando se discrimina a los hombres en su vida social, no tratándoles con igual consideración y respeto, decimos que se comete una injusticia, y cuando la discriminación o el daño se realiza en el orden de la vida biológica, y no en el de la social, decimos que se conculca el principio de no-maleficencia. Ambos son expresión del principio general de que todos los hombres somos básicamente iguales y merecemos igual consideración y respeto. Este principio es tan básico en la vida en sociedad, que los demás pueden obligarnos a que lo cumplamos aun en contra de nuestra voluntad. Tal es la razón de ser del Derecho Penal, en el caso del principio de no-maleficencia, y del Derecho Civil y Político, en el de justicia. En tal sentido, cabe decir que esos dos principios obligan, con independencia de la voluntad de las personas.

En eso se diferencian de los otros dos principios bioéticos, el de autonomía y el de beneficencia. Por autonomía se entiende en bioética la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción. Naturalmente, los principios de no-maleficencia y de justicia son de algún modo independientes del de autonomía y jerárquicamente superiores a él, ya que obligan aun en contra de la voluntad de las personas. Entre aquéllos y éste hay la misma diferencia que entre el bien común y el bien particular. Yo puedo, debo y tengo que perseguir mi bien particular, pero también tengo obligación, en caso de conflicto, de anteponer el bien común al propio bien particular. Los principios universales o de bien común, como son el de no-maleficencia y el de justicia, tienen prioridad sobre el principio particular de autonomía. Esto es algo que parece evidente, y que en cualquier caso está en la base de toda la ética y el derecho occidentales. No parece fácil cuestionarlo de raíz. Por otra parte, el principio de beneficencia es inseparable del de autonomía, como ya barruntaron Beauchamp y Childress. Lo beneficioso lo es siempre para mí y en esta situación concreta, razón por la cual es incomprensible separado de la autonomía. No se puede hacer el bien a otro en contra de su voluntad, aunque sí estamos obligados a no hacerle mal (no-maleficencia). Por tanto, cabe decir que entre autonomía y beneficencia hay una relación similar a la que antes establecimos entre no-maleficencia y justicia. Poner sangre a un testigo de Jehová no es un acto de beneficencia, precisamente porque va en contra del propio sistema de valores del individuo; es decir, porque se opone al proyecto de ideal y perfección que se ha trazado en la vida. La beneficencia depende siempre del propio sistema de valores y tiene por ello un carácter a la postre subjetivo, a diferencia de lo que sucede con los principios de no-maleficencia y justicia.

Si esto es así, entonces hemos de afirmar que los cuatro principios se ordenan en dos niveles jerárquicos, que podemos denominar, respectivamente, nivel 1 y nivel 2. El primero, el nivel 1, está constituido por los principios de no-maleficencia y de justicia, y el nivel 2 por los de autonomía y beneficencia. El primero es el propio de la «ética de mínimos», y el segundo es el de la «ética de máximos». A los mínimos morales se nos puede obligar desde fuera, en tanto que la

ética de máximos depende siempre del propio sistema de valores, es decir, del propio ideal de perfección y felicidad que nos hayamos marcado. Una es la ética del «deber» y otra la ética de la «felicidad». También cabe decir que el primer nivel es el propio de lo «correcto» (o incorrecto), en tanto que el segundo es el propio de lo «bueno» (o malo). Por eso el primero es el propio del Derecho, y el segundo el específico de la Moral.

Esta teoría de los dos niveles tiene la ventaja de recoger la sabiduría de siglos, y evitar extremismos doctrinarios. Estos extremismos han consistido siempre en la identificación de los dos niveles, y por tanto en la anulación de la diferencia entre ellos. Un extremismo, el propio de todos los totalitarismos políticos, consiste en negar el nivel 2, convirtiendo todo en obligaciones de nivel 1. Todos tienen que ser felices por decreto y compartir el mismo ideal de perfección y felicidad. Este ha sido el sino de todas las utopías. Y siempre ha sucedido que la negación del nivel 2 ha llevado a la degradación moral de las personas y de la misma sociedad.

El extremismo opuesto es el de negar el nivel 1, convirtiendo todo en nivel 2. Este ha sido siempre la utopía liberal extrema y libertaria. Tampoco esto es posible. Es preciso respetar los dos niveles, y conceder a cada uno su parte. La ética clásica distinguió siempre entre dos tipos de deberes, los llamados de obligación perfecta o de justicia, y los de obligación imperfecta o caridad. Ambos son un ejemplo clásico de la teoría de los niveles.

CUESTIONES DE PROCEDIMIENTO

Sería ingenuo pensar que con un sistema de principios, sea éste el que fuere, se pueden solucionar *a priori* todos los problemas morales. Los principios han de ser por definición generales, y los conflictos éticos son concretos, particulares. Esto hace que siempre se haya considerado necesario establecer en el proceso de razonamiento ético un segundo momento, distinto del de los puros principios. Si éste es racional y *a priori*, el momento de particularidad se caracteriza por ser experiencial y *a posteriori*. Siempre ha habido que admitir ese segundo momento, que Aristóteles denominó *phrónesis*, prudencia, y que siempre se ha caracterizado por tener en cuenta las consecuencias del acto o de la decisión. Por esto cabe decir que el razonamiento moral consta siempre de dos pasos, uno principialista, deontológico y *a priori*, y otro consecuencialista, teleológico y *a posteriori*. El primero sirve para establecer las «normas», y el segundo las «excepciones» a la norma.

Un ejemplo característico de esto lo tenemos en el tema de la mentira. En principio siempre hay que decir la verdad, pues de no hacerlo así estaríamos incumpliendo la norma de tratar a todos con igual consideración y respeto, y por tanto estaríamos obrando injusta y maleficientemente. A pesar de lo cual, todos somos conscientes de que no siempre podemos decir la verdad. Hay circunstancias que

nos obligan a no decir toda la verdad, y a veces hasta a mentir. Este es el caso de la clásicamente conocida como «mentira piadosa». La mentira piadosa no puede justificarse más que como una «excepción» a la norma, impuesta por las circunstancias. Creemos que en esa situación concreta los males que se seguirían de decir la verdad son tales, que se impone hacer una excepción. La excepción la justificamos en el mismo principio de siempre, el de que todos los hombres merecen igual consideración y respeto. Lo que sucede es que en esa situación concreta pensamos que el decir la verdad no es tratar a esa persona con consideración y respeto, y que por lo tanto el principio general de la moralidad nos permite saltar por encima de la norma, que en ese caso no es adecuada o correcta.

Este momento tiene una enorme importancia en bioética. No en vano esta es una disciplina nacida para resolver situaciones particulares, y por tanto con vocación de convertirse en un procedimiento de toma de decisiones. Por todo lo ya dicho, considero que ese procedimiento debe constar de varios pasos, que esquemáticamente pueden representarse así:

- I. *El sistema de referencia moral*
 - Premisa ontológica: el hombre es persona, y en tanto que tal tiene dignidad y no precio.
 - Premisa ética: en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

- II. *El momento deontológico del juicio moral*
 - Nivel 1: no-maleficencia y justicia.
 - Nivel 2: autonomía y beneficencia.

- III. *El momento teleológico del juicio moral*
 - Evaluación de las consecuencias objetivas o de nivel 1.
 - Evaluación de las consecuencias subjetivas o de nivel 2.

- IV. *El juicio moral*
 - Contraste del caso con la «regla» tal como se encuentra expresada en el punto II.
 - Evaluación de las consecuencias del acto, para ver si es necesario hacer una «excepción» a la regla, de acuerdo con el paso III.
 - Contraste de la decisión tomada con el sistema de referencia (paso I). Toma de decisión final.

LOS COMITÉS DE ÉTICA

La bioética ha puesto de moda el recurso a la toma de decisiones en forma de comités. El procedimiento no es nuevo, y tuvo su origen en las asambleas políti-

cas. Lo que no se había utilizado nunca era como método específico de la toma de decisiones morales.

Las razones del recurso a los comités son siempre de carácter consecuencialista. Para evaluar las consecuencias es preciso tener en cuenta las perspectivas de todos los implicados, o al menos del mayor número de ellos. Esto lo hace siempre mucho mejor un comité representativo de los diferentes tipos de personas implicadas, que un solo sujeto. En el caso de la práctica médica esto es evidente: el juicio sobre una situación concreta es más correcto cuando no sólo tiene en cuenta la perspectiva del médico, sino también las propias del personal de enfermería, de los familiares, del propio enfermo, etc. Todas esas son perspectivas fundamentales para evaluar las consecuencias de los actos y la multitud de intereses individuales implicados en ellos. Cuando quien decide es una sola persona, existe siempre el peligro de que sus intereses particulares acaben sobreponiéndose a los intereses de los demás.

De lo anterior se deduce que los comités son de gran ayuda para evaluar las «consecuencias» previsibles de los hechos o de los actos. Su importancia se considerará tanto mayor cuanto más papel se hagan jugar a las consecuencias en el razonamiento moral. Así, en las éticas consecuencialistas, el papel del comité es fundamental, ya que sólo en él es posible articular los intereses reales o virtuales de todos los afectados por la decisión. En el sistema de Beauchamp y Childress, de hecho, la jerarquización de los principios *prima facie* ha de efectuarse siempre a la vista de la situación concreta, y previa ponderación de las consecuencias. Quien mejor puede hacer esto no hay duda que es un comité, y tal es la razón de que en la bioética norteamericana se haya convertido en el procedimiento más usual de toma de decisiones.

En otros modelos, como el aquí propuesto, el papel de las consecuencias es menor, ya que sólo sirven para hacer excepciones a los principios. Aun así, constituyen un momento irrenunciable de todo razonamiento moral. De ahí que también en este caso la función del comité sea muy importante. No la consideramos decisiva, porque los principios están de alguna manera por encima del comité. Si un comité decidiera algo claramente contrario a los principios, y sobre todo contrario al principio general de igual consideración y respeto de las personas, no hay duda de que su decisión sería antiética o inmoral. El comité es un procedimiento, nada más.

Los comités han tenido un rápido desarrollo en las últimas décadas, especialmente en medicina, bajo la forma de Comités Éticos de Investigación Clínica (CEICs) y Comités Institucionales de Ética (CIEs). Estos últimos están compuestos por representantes de los diferentes estamentos sanitarios y por algunos miembros de la comunidad. La función de tales comités, que por lo general tienen carácter consultivo, no decisorio, es mediar en los conflictos éticos y ayudar a la toma de decisiones en aquellos casos en que se le pide ayuda o consejo. La razón de que no estén compuestos sólo por médicos, ni sólo por personal sanitario, sino que incluyan también a representantes de los usuarios, es porque, según hemos dicho,

las decisiones éticas sólo son correctas si tienen en cuenta los puntos de vista de todos, y no sólo de algunos. No hay duda de que, en principio, los comités abiertos y plurales son más adecuados para tomar decisiones éticas que los que no lo son. Por eso el problema de los CIEs no es que sean plurales, sino el que no lo sean suficientemente. Por muy amplios que se hagan, nunca podrán estar compuestos más que por un pequeño grupo de personas. De ahí el peligro de que éstas actúen teniendo en cuenta sólo los intereses de unos pocos (los grupos que directamente representan), y no los intereses de todos (de acuerdo con los principios de no-maleficencia y justicia). Para evitar esto, es necesario que los CIEs procedan siempre de forma metódica en el análisis de los casos; por ejemplo, utilizando el procedimiento que hemos propuesto más arriba. No hay duda de que si lo hacen así, sus decisiones serán correctas y buenas; es decir, éticas. Lo cual servirá para varias cosas. En primer lugar, para educar al personal sanitario en la toma de decisiones morales. En segundo, para evitar que los conflictos sigan agrandándose y acaben ante los tribunales de justicia. En tercero, para proteger a los sanitarios, caso de que al final lleguen al juzgado. Cuando un CIE, tras madura reflexión y teniendo en cuenta las diferentes perspectivas de los hechos, ha tomado una decisión, es muy difícil que el juez no la asuma como propia.

BIBLIOGRAFÍA

Documentación y bibliografía:

Desde el año 1975, el Kennedy Institute of Ethics se ha convertido en centro de referencia de bioética de la National Library of Medicine. Dentro de los bancos de datos de ésta incluidos en el sistema Medlars, el Kennedy Institute ha desarrollado uno conocido con el nombre de *Bioethicstline*, que es accesible *on line*, o también mediante los volúmenes que publica anualmente, con el nombre de *Bibliography of Bioethics*, editados por LeRoy Walters, Tamar Joy Kahn, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington, D.C. 20057.

Diccionarios y enciclopedias:

Dunstan AR, Wellborn RB, editores. *Dictionary of Medical Ethics*. Nueva York: Cross Road; 1981.

Reich W, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. 2ª ed. Nueva York: Simon and Shuster Macmillan; 1995.

Revistas:

Bioethics. Cuatrimestral. Dirigida por P. Singer y H. Kuhse. Oxford: Basil Blackwell.

Hastings Center Report. Bimestral. Briarcliff Manor, NY: Hastings Center.

Journal International de Bioethique. Trimestral. Lyon: A. Lacassagne.

Journal of Medical Ethics. Trimestral. Londres: Institute of Medical Ethics, Tavistock House.

Journal of Medicine and Philosophy. Trimestral. Dirigido por H. T. Engelhardt Jr. y E. Pellegrino.

Dordrecht, Kluwer.

LRA: Review of Human Subject Research Issues in Law and Medicine. Bimestral. Briarcliff Manor, NY: Hastings Center.
Theoretical Medicine. Cuatrimestral. Dirigida por D. Thomasma. Dordrecht: Kluwer.

Libros:

Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York; 1979. (Hay trad. esp.: Principios de ética médica. Barcelona: Masson; 1999.)
Beauchamp TL, McCullough LB. *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos*. Barcelona: Labor; 1987.
Gafo J, editor. *Dilemas éticos de la medicina actual*. 5 vols. Madrid; 1986-1991.
Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema; 1989.
Gracia D. *Introducción a la bioética*. Bogotá: El Búho; 1991.
Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema; 1991.
Häring B. *Moral y medicina. Ética médica y sus problemas actuales*. 3.ª ed., Madrid: PS; 1977.
Kieffer GH. *Bioética*. Madrid: Alhambra Longman; 1983.
Martín Mateo R. *Bioética y derecho*. Barcelona: Ariel; 1987.
Sporken P. *Medicina y ética en discusión*. 2.ª ed. Estella: Verbo Divino; 1982.
Varga AC. *Bioética*. Bogotá; 1988.
Vidal M. *Bioética. Estudios de bioética racional*. Madrid: Tecnos; 1989.