

II. Bioética

Origen y concepto

NACIMIENTO Y DESARROLLO DE LA BIOÉTICA

1. Los antecedentes de la bioética

El término «*bioética*» (del griego *bios*, vida y *ethos*, ética) es un nombre nuevo, utilizado por vez primera por el oncólogo estadounidense *Van Rensselaer Potter* en su libro *Bioética: un puente hacia el futuro* (1971), en el que propone la siguiente definición de su neologismo: «*Puede definirse como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de valores y principios morales*». Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estamos ante un término nuevo para afrontar una realidad ya antigua. Como ha afirmado C. E. Taylor, ninguna profesión ha sido tan consciente como la medicina, desde épocas tan antiguas, de las dimensiones morales implicadas en su ejercicio.

En efecto, la cultura occidental puede presentar el famoso juramento de Hipócrates (siglos VII a.C.) como el primer testimonio de esa conciencia de la medicina sobre las implicaciones éticas de la profesión. El juramento forma parte del llamado *Corpus Hippocraticum* o conjunto de escritos atribuidos al que es calificado, con razón, padre de la medicina. Se considera, sin embargo, que el juramento no tiene como autor a Hipócrates -y ni siquiera representa la forma de entender la praxis médica en la Escuela Hipocrática- sino que procede muy probablemente de círculos neopitagóricos. El juramento tiene dos partes fundamentales: en la primera aborda las obligaciones éticas del médico hacia sus maestros y familiares, mientras que la segunda trata de sus relaciones con el enfermo. Este documento, puesto bajo la autoridad del padre de la medicina, será recogido por la tradición occidental, quitándole su inicial invocación dirigida a los dioses del Olimpo, y constituirá un documento venerable en que se condensan las obligaciones éticas básicas que el médico deberá observar en el ejercicio de su profesión.

Es importante subrayar que otras culturas, aunque no de forma tan precoz, poseen documentos similares, con importantes puntos de contacto con el contenido del juramento hipocrático. Habría que citar aquí el llamado «*Juramento de Iniciación*», Caraka Samhita, del siglo I a.C., procedente de la India; igualmente, debe hacerse referencia a otros dos documentos, que tienen relación con la tradición hipocrática: el *juramento de Asaph*, dentro del mundo judío, probablemente del siglo III-IV d.C., y el *Consejo de un médico*, del siglo X d.C., que procede de la medicina árabe. Dentro de la cultura china se citan *Los cinco mandamientos y las diez exigencias*, de Chen Shih-Kung, médico chino de comienzos del siglo XVII, que constituye la mejor síntesis de ética médica de esta cultura. Se ha afirmado que todos estos documentos tienen cuatro puntos coincidentes: En primer lugar, el primero *non nocere*, «*ante todo, no hacer daño*» -al que más tarde nos referiremos-; la afirmación de la santidad de la vida humana; la necesidad de que el médico alivie el sufrimiento y, finalmente, la santidad de la relación entre el médico y el enfermo (que se refleja, sobre todo, en que el médico no puede desvelar los secretos conocidos en su relación con el enfermo ni aprovecharse sexualmente de él).

La preocupación por los aspectos éticos de la medicina fue objeto de atención por parte de la moral católica, que, en torno al 5º mandamiento, abordó temas especialmente referidos al inicio y final

de la vida. Al surgir en la Edad Media las primeras Escuelas de Medicina se adopta la costumbre, que permanece vigente especialmente en el mundo anglosajón, de que los alumnos, al finalizar los estudios de medicina, profesen solemnemente versiones actualizadas del juramento hipocrático, antes de iniciar el ejercicio de la profesión.

Se ha presentado al médico inglés, Thomas Percival, como padre de la «ética médica», ya que éstas son las dos primeras palabras del larguísimo título de su libro -al estilo de la época- dedicado a ciertos aspectos éticos del ejercicio de la medicina. La obra de Percival, de inicios del siglo XIX, responde, sobre todo, a una situación en que las tensiones entre los médicos, especialmente por motivos de competencia profesional, eran muy intensas. Este aspecto es muy abordado en su obra, por lo que se ha dicho que, más que un texto de ética, se trata de un libro sobre «etiqueta médica», que refleja las actitudes del gentleman por encima de las del médico sensible a la problemática ética.

Durante el siglo XIX comienzan a constituirse las primeras asociaciones o colegios médicos en distintos países en que se subraya el interés por los aspectos éticos de la medicina. Surgen igualmente los primeros códigos deontológicos, que sintetizan, desde los valores inspirados en la ética hipocrática, las obligaciones que los médicos deben observar. Precisamente una de las funciones de los colegios médicos será la de evaluar la ética de los profesionales colegiados en dichas asociaciones. Un punto crítico en esta historia será la época nazi, que llevará a que 23 médicos alemanes se sienten en el banquillo de los acusados del tribunal de Nuremberg, de los que 16 fueron declarados culpables y siete condenados a muerte. Una consecuencia importante de la crisis de la II Guerra Mundial será también la Declaración de Ginebra (1948), en la *Asamblea de la Asociación Médica Mundial*, que significa una actualización de la ética hipocrática después de las brutalidades de aquella conflagración bélica. En la 2ª Asamblea Mundial (1949) se adoptó un *Código Internacional de Ética Médica*, inspirado en la *Declaración de Ginebra* y en los códigos deontológicos de bastantes países.

Con posterioridad a esa fecha, deben señalarse dos líneas importantes. Por una parte y especialmente en el mundo anglosajón, comienzan a aparecer códigos deontológicos referidos a distintas especialidades médicas -en donde hay que situar los códigos de enfermería-. Por otra parte y ante determinados problemas concretos, la propia comunidad médica desarrolla sus propias directrices éticas: por ejemplo, a raíz de las experimentaciones nazis surgirá, inspirándose en la sentencia del tribunal, el Código de Nuremberg, o de forma similar, se definen directrices sobre muerte cerebral ante los primeros trasplantes cardíacos. Desde el campo religioso, específicamente el católico, a finales del siglo XIX comienzan a aparecer las primeras obras monográficas dedicadas a temas de moral médica.

2. El origen del término «bioética»

Como dijimos, Van Rensselaer Potter utilizó en 1971 el neologismo de «*bioética*» en el mismo título de su libro: *Bioética: Un puente hacia el futuro*. Este término se ha ido difundiendo ampliamente en los medios de comunicación, y los que nos dedicamos a esta disciplina cada vez con menor frecuencia nos vemos obligados a dar explicación del significado de este nombre cuando lo tenemos que utilizar. En el caso español nos parece que la declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe, *Donum vitae*, sobre la problemática ética de la procreación asistida humana, a la que los periodistas con frecuencia calificaron como «el documento vaticano de bioética», sirvió para difundir ese neologismo entre nosotros.

Como ha escrito recientemente W. T. Reich, existe una cierta discusión sobre la paternidad de la palabra «*bioética*». Después de un estudio pormenorizado, llega a la conclusión de que fue efectivamente Potter el que primero utilizó el nuevo término, pero que debe reconocerse también a André Hellegers, obstetra holandés que trabajaba en la Universidad de Georgetown, una forma de paternidad en la introducción del neologismo. Unos seis meses después de la aparición del libro de Potter, Hellegers utiliza ese término para dar nombre al centro Joseph and Rose Kennedy Institute for the

Study of Human Reproduction and Bioethics en la citada Universidad de Washington, D. C. Reich afirma que se puede hablar de un bilocated birth de la bioética, en Madison, Wisconsin, y en el centro universitario de los jesuitas en Georgetown.

Ese doble lugar del nacimiento de la bioética tiene su especial relevancia por el hecho de que, aunque debe reconocerse a Potter el origen del término, sin embargo dio a aquélla un contenido distinto del que le ha correspondido en su desarrollo ulterior. Para el cancerólogo de Madison, el término «*bioética*» tenía un sentido ambiental y evolucionista: «*Como una nueva disciplina que combina el conocimiento biológico con un conocimiento de los sistemas de valores humanos... Elegí bio para representar el conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivos; y elegí ethics para representar el conocimiento de los sistemas de valores humanos*». Potter aspiraba a *crear una disciplina que fuese como un puente* -término del título de su libro- *entre dos culturas, la de las ciencias y la de las humanidades*, que aparecían en su tiempo ampliamente distanciadas. Su preocupación era la supervivencia tanto de la especie humana como de las culturas creadas por el hombre. Su objetivo era crear un medio ambiente en el que pudiera realizarse una óptima adaptación del ser humano al mismo ambiente. Por eso afirmaba que el objetivo último de la nueva disciplina era «no sólo enriquecer las vidas humanas sino prolongar la supervivencia de la especie humana en una forma aceptable de sociedad». Fue gran mérito de Potter escribir su libro en 1971 -antes, por tanto, de esos dos grandes aldabonazos sobre la crisis medioambiental que fueron la 1 Conferencia Mundial sobre Medio Ambiente, Estocolmo 1972, y el famoso informe Meadows de 1972 sobre «los límites del crecimiento»-. La visión de la bioética que imaginó Potter era antropocéntrica -centrada en la supervivencia humana- más que biocéntrica -en torno a la supervivencia de toda la biosfera-. Éste es, según Reich, «el legado de Potter».

Sin embargo, el ulterior y floreciente desarrollo de la bioética iba a seguir los cauces que provienen del «legado de Hellegers». El obstetra holandés entendió su papel como el de la partera que sacaba a luz la nueva disciplina, no tanto a través de grandes publicaciones, sino estimulando el diálogo mediante conversaciones y escritos. Entendió su misión también como un puente: «una persona puente entre la medicina y la filosofía y la ética», suscitando el interés de los profesionales de la ética en los problemas biológicos. De esta forma creó el primer centro universitario dedicado a esta nueva disciplina. Este «legado de Hellegers» es el que se ha impuesto en los últimos 25 años, viniendo a ser «un revitalizado estudio de la ética médica». Potter expresó su decepción por el curso que ha seguido la bioética; reconoció la importancia de la línea impuesta desde Georgetown, pero afirmó que «mi propia visión de la bioética exige una visión mucho más amplia». Pretendía que la bioética fuese una combinación de conocimiento científico y filosófico y no solamente una rama de la ética aplicada.

3. La reciente historia de la bioética

Para uno de los grandes especialistas estadounidenses en la nueva disciplina, Albert R. Jonsen, la historia de la bioética, desde la perspectiva de su país, se centra en torno a los siguientes hitos.

Probablemente el primer hito para el desarrollo ulterior de la bioética se retrasa hasta finales de 1962, cuando la revista Life Magazin publica un artículo sobre los criterios de selección de los candidatos a los aparatos de hemodiálisis renal recientemente descubiertos. Surge así el Kidney Center's Admission and Policy en Seattle para responder a la pregunta sobre la forma de distribuir ese recurso sanitario, creado un año antes, y para el que había muchos más potenciales receptores. La decisión fue dirigirse a un pequeño grupo de personas, mayoritariamente no médicos, para revisar los dossiers de los posibles candidatos. Para esta toma de decisión se pensó que las personas que habían decidido en el pasado, sin duda los médicos, no eran las más idóneas. Se tuvo la conciencia de que la justicia en la selección no era una destreza médica y que personas profanas lo podían hacer, mejor o

peor, pero sí más libremente y menos condicionadas por los intereses de los propios pacientes. De esta forma se llegó a una solución totalmente nueva: los médicos delegaron en los profanos para que tomaran la decisión: «Una prerrogativa que había sido hasta entonces exclusiva del médico fue delegada en representantes de la comunidad».

Un segundo momento importante en la naciente historia de la bioética fue la publicación en el *New England Journal of Medicine* (1966) de un trabajo, firmado por Beecher, en que recogía 22 artículos publicados en revistas científicas y que eran objetables desde el punto de vista ético. La historia de los experimentos humanos realizados sin cumplir las más elementales exigencias éticas tenía un precedente brutal: las experiencias realizadas por los médicos nazis en los campos de concentración alemanes. Sin embargo, lo que indicaba ahora el estudio de Beecher es que podía llegarse a abusos similares, no por la maldad que se enseñoreó en la época del nacionalsocialismo, sino por la misma naturaleza de la ciencia biomédica, que exige constantemente a los científicos eficacia, productividad y originalidad. Los internos de los campos de concentración eran ahora personas pertenecientes a los grupos vulnerables. Uno de los ensayos, criticados por Beecher, consistió en la inoculación del virus de la hepatitis a niños afectados por deficiencia mental en un centro de Willowbrook...

Cuatro años más tarde, el Senador Edward Kennedy sacaba a la luz el brutal experimento de Tuskegee, Alabama, en que se negó el tratamiento con antibióticos a individuos de raza negra afectados por la sífilis, para poder estudiar el curso de esta enfermedad. La opinión pública quedó profundamente afectada por estos hechos y se abrió paso a la llamada Comisión Nacional. (1974-1978), que marcó las directrices que deben presidir la experimentación en seres humanos, con un especial énfasis en el respeto a los miembros de los grupos vulnerables. El *Informe Belmont*, que recoge las deliberaciones de la Comisión sobre este tema, tendrá una enorme importancia en el ulterior desarrollo de la bioética, como subrayaremos más adelante.

Un año más tarde, el 3 de diciembre de 1967, el Dr. Christian Barnard realizaba en el hospital Groot Schur de Ciudad del Cabo el primer trasplante cardíaco. Este hecho causó un enorme impacto mundial en una sociedad que se acercaba a los grandes cambios culturales que se avecinaban en los próximos meses. El trasplante de corazón no sólo suscitó la degradación a mero músculo cardíaco de un órgano al que se le había dado una gran importancia cultural, sino que suscitaba serios interrogantes éticos acerca del consentimiento del donante y, sobre todo, acerca de la determinación de su muerte. Precisamente la Harvard Medical School, presidida por el antes citado Beecher, marcaba poco después unas directrices que iban a tener una gran relevancia en los años posteriores. La Comisión que propuso esas directrices contaba con la presencia de un teólogo: ya se percibió, por tanto, que se estaba ante una problemática que desbordaba a los propios especialistas médicos.

Otro nuevo paso en la historia de la bioética tiene lugar en 1975 en torno al famoso caso de Karen A. Quinlan, la joven norteamericana en estado de coma -como consecuencia de la ingestión simultánea de alcohol y barbitúricos- y cuyos padres adoptivos, católicos practicantes asesorados por su párroco, ante el pronóstico de irreversibilidad de su hija para una vida consciente, pidieron a la dirección del hospital que se le desconectase el respirador que la mantenía en vida. Esto dio origen a un polémico proceso legal en que, finalmente, el Tribunal Supremo del Estado de Nueva Jersey, en una sentencia histórica de 1976, reconoció a la joven «el derecho a morir en paz y con dignidad». El caso Quinlan abrió una gran discusión en torno al final de la vida y comenzaron a difundirse los testamentos vitales, las llamadas «órdenes de no resucitar», las primeras legislaciones sobre las directivas anticipadas...

Todo ello hizo que comenzase a penetrar con fuerza en el discurso bioético el concepto de «calidad de vida». Poco después, en 1981, surge el gran debate en torno a Baby Doe, un neonato afectado por el síndrome de Down y que padecía una atresia esofágica que exigía una urgente intervención quirúrgica que le fue denegada en un hospital de Bloomington, Indiana. Surgen así las llamadas «regulaciones Baby Doe», que suscitaron una intensa polémica en Estados Unidos y que hoy exigirían, si se repitiese el caso de Bloomington, la necesidad de hacer al niño la operación quirúrgica.

Al comienzo de los años 80, la bioética está fuertemente consolidada en Estados Unidos y se extiende por otros muchos países. Un porcentaje importante de los hospitales estadounidenses tienen ya sus propios comités asistenciales de ética -hoy es una exigencia ineludible para la acreditación de un hospital en Estados Unidos-. La enseñanza de la bioética se extiende por las Escuelas de Medicina y se crea un gran número de centros especializados por todo el extenso territorio estadounidense; las publicaciones sobre esta disciplina se han hecho desbordantes y difícilmente abarcables.

Quiero acabar este apartado, en el que he seguido los principales hitos marcados por Jonsen, con tres referencias adicionales, también muy importantes: la creación en 1969 del Hastings Center y la posterior aparición de su revista en 1973, actualmente con 12.000 suscriptores, el Hastings Center Report, en cuyo primer número D. Callahan, uno de los más prestigiosos bioeticistas de aquel país, publicó un artículo en que se recogía el término de «bioética». En segundo lugar, la publicación en 1978 de la *Encyclopedia of Bioethics*, una obra monumental, de consulta básica para esta temática, y en la que su autor, el antes citado Reich, optó finalmente por la utilización del término de «bioética» en el título. Y, finalmente, la decisión de la Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos de asumir en 1974 este término como encabezamiento de toda esa amplia literatura que ya entonces se estaba difundiendo.

4. Las Cartas de los Derechos de los Enfermos

Enfermos de los hospitales privados estadounidenses, 1972. Este documento, que será imitado por otros países -y que en el nuestro tendrá su repercusión en la propia Ley de Sanidad-, diseña un marco de relación entre los profesionales de la salud y los enfermos, que modifica de forma muy importante al que provenía de la ética hipocrática. Esta Carta afirma, especialmente, cuatro derechos fundamentales del enfermo: a la vida, a la asistencia sanitaria, a la información y a una muerte digna.

Inspirándose en este documento, surgen en los distintos países las Cartas de los Derechos de los Enfermos, que significan algo tan trascendente -y al mismo tiempo tan obvio- como la introducción en el ejercicio de la profesión sanitaria de un tipo de relación más horizontal y paritaria entre los que tienen conocimientos médicos o de enfermería y el ser humano, afectado por el trance siempre difícil de la enfermedad. Afirman algo tan evidente como que el hospital funcione con leyes similares a las del resto de la sociedad y que se concedan al paciente los mismos derechos que nadie le discutiría en su vida normal. El pilar básico de las Cartas es el concepto de «consentimiento informado»: el reconocimiento de que cuanto se haga con el enfermo debe realizarse después de que éste haya prestado su permiso o asentimiento. No se trata, por otra parte, de cualquier tipo de consentimiento, sino que deberá preceder una información completa y comprensible del diagnóstico, pronóstico y tratamientos alternativos existentes, además de la constatación de la verdadera decisión libre del enfermo.

El excelente estudio de Jonsen no cita un hito que, a nuestro parecer, va a tener una gran relevancia en el ulterior desarrollo de la bioética. También en Estados Unidos se aprueba por vez primera un documento que tendrá una pronta e importante repercusión, tanto en la bioética como en la praxis sanitaria: la Carta de los Derechos de los enfermos.

En realidad estas Cartas significan una modificación del marco de relación entre los profesionales de la salud y los enfermos. Como escribía el médico E. Schwenninger, al aludir a su relación con el enfermo, «*soy un hombre que está a solas con otro hombre, como en una isla desierta*». Así podía surgir una situación favorable para relaciones impositivas y autoritarias; la que media entre el poderoso y el desposeído. La línea, inspirada en la ética hipocrática, tendía a convertir al enfermo en un menor de edad, al que se le mantenía al margen incluso de informaciones muy pequeñas. En el fondo se delineaba una «imagen-robot» del buen enfermo, como aquel que se ponía confiadamente en las manos bienhechoras del médico, que no pregunta ni protesta, en un rol pasivo y

bastante infantil. Así se opera un fenómeno de regresión desde pautas adultas a otras infantiles, que conllevan la pérdida de la capacidad de decisión por parte del enfermo.

Se consideraba que los profesionales de la salud son los que poseen tanto las virtudes éticas como los conocimientos que ayudarían al paciente a superar su enfermedad. Este marco tenía el grave peligro de quitar el protagonismo a aquel que está especialmente implicado por el desarrollo de la enfermedad, para convertirle en una especie de «comparsa», de «menor de edad», dependiente de la poderosa medicina que le llevaría a la curación. Como escribe Veatch, el reconocimiento de los derechos de los enfermos «es totalmente ajeno a la ética médica hipocrática tradicional». Precisamente, la gran crítica hecha contra el marco de relación «hipocrático» es su paternalismo -que es correlativo al infantilismo que se ha inducido en el enfermo-. La relación entre el profesional de la salud y el enfermo se convertía en una relación vertical, la de un padre poderoso y bondadoso hacia un hijo, menor de edad, que gozaba de la beneficencia paterna.

Las Cartas han tenido, a pesar de que no se aplican en algunos países con toda su fuerza, un gran impacto. Es importante subrayar que el médico tiene una normativa propia, la que proviene de los códigos deontológicos, que le son obligatorios, pudiéndosele imponer sanciones en caso de no cumplimiento. Estos códigos tienen un carácter corporativista y, por tanto, protegen más al médico que al paciente y están, además, impregnados de la mentalidad paternalista. En este contexto, las Cartas parecen equilibrar esa situación, marcando unos «derechos de los enfermos», y consiguen compensar el desequilibrio existente en el orden del derecho subjetivo y privado que se aplicaba a la relación médico-enfermo.

NATURALEZA Y ÁREAS DE CONOCIMIENTO DE LA BIOÉTICA

Después de haber hablado del nacimiento y desarrollo de la bioética veamos ahora de su naturaleza y objeto de estudio. Dos aspectos nada fáciles de determinar, pero cuya importancia es epistemológicamente capital por estar en juego el trato que se haya de dar a la vida humana. ¿Cómo ha de ser estudiada y tratada la vida con vistas a la promoción de la supervivencia y calidad de la vida humana?. Ésta es la cuestión de fondo sobre la que nos vamos a ocupar basado en razones objetivas libremente expresadas al margen de posiciones tomadas por razón de intereses de prestigio científico, rentabilidad económica, de escuela o de peleas ideológicas, políticas o religiosas.

1. La bioética global de Potter

Como ya sabemos, el acuñador indiscutible del término fue Van Rensselaer Potter con la intención explícita de dar nombre a una nueva disciplina intelectual con vistas a estructurar y promover nuevos paradigmas en la comprensión de los modelos epistemológicos de la ética médica de su tiempo, englobando como campo propio de estudio las cuestiones de la deontología médica y ambiental en el sentido más amplio de la palabra. La bioética imaginada por Potter está marcada por una visión globalizadora de los problemas de la vida que abarca a la ecología y a todo lo que se refiere a nuestras relaciones con el medio ambiente amenazado.

Este proyecto lo inició en 1970 y lo ratificó en 1971. El propio Potter ha confesado que se inspiró en el ecologista americano Aldo Leopold, el cual estaba preocupado por la ética del equilibrio de nuestro ecosistema. En el respeto de ese equilibrio nos estaríamos jugando el futuro de la humanidad.

Esta ética ecológica constituye para Potter un campo de nuevas obligaciones, normas de conducta y leyes públicas. En definitiva, se trataría de una nueva moral acerca del futuro de la calidad de la vida. A su entender, la nueva disciplina denominada bioética exige una revisión del viejo conflicto

entre las ciencias exactas y la metafísica, entre el conocimiento biológico experimental y el humanismo tradicional. Pensando y considerando estas cuestiones, Potter llegó a la convicción de que la biología podría ser la clave para acercarnos a las ciencias humanas y desde ellas construir un puente firme para asegurar la supervivencia y calidad de la vida en el futuro. La bioética sería como la nueva metafísica o sabiduría necesaria para saber cómo utilizar el pensamiento humano con vistas a garantizar una presencia responsable del hombre en la promoción de la calidad de su propia vida.

Para Potter, la bioética es una nueva disciplina que reflexiona sobre los datos de la biología y sobre los valores humanos al mismo tiempo. «*He tomado el término bio para representar el conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivos. Y he tomado ética para indicar el conocimiento de los sistemas de valores.*» Nuestro pionero estaba convencido de que con la nueva disciplina, por él denominada bioética, sería posible por fin construir intelectualmente un puente entre dos culturas, la científico-experimental y la humanística. En consecuencia, Potter define la bioética como la ciencia de la supervivencia. Y, además, tomando esa *science of survival* en un sentido global como puente entre la biología y la ética. El enfoque global significa que la bioética potteriana tiene por objeto la promoción de la calidad de la vida en general en todos sus componentes y no sólo en los aspectos médicos. A Potter, preocupado más por prevenir que por curar, le interesaba de modo prioritario una ética del medio ambiente como condición indispensable para la supervivencia del hombre en este mundo. La bioética, por tanto, según el punto de vista potteriano, se define formalmente como la ciencia de la supervivencia dependiente del medio ambiente.

2. La bioética como ciencia global de la supervivencia

La bioética aparece en Potter asociada a la supervivencia de la humanidad como contenido formal de la nueva disciplina inspirándose pensadores ecologistas. Según esto, ninguna ley biológica asegura la continuidad de las especies vivientes, la especie humana sería el solo y único producto de la evolución que sabe cómo ha evolucionado y evolucionará en el futuro y es el cometido de las ciencias promocionar los aspectos evolutivos posibles que todavía no han tenido lugar. A la bioética correspondería la exploración científica que permitirá en el futuro la supervivencia de la humanidad desafiando la explotación y destrucción del equilibrio del medio ambiente del que depende toda especie viviente.

Las preocupaciones de Potter sobre la supervivencia de la vida en general y de la presencia del hombre en particular las manifestó en su obra emblemática *Bioética: un puente hacia el futuro*. En esta teoría del puente, denominada bioética, el autor presenta una visión global de la misma en el sentido de que abarca los problemas que afectan al futuro del globo terráqueo y no sólo a los aspectos que se refieren a la medicina del hombre. Dicho de otra manera, la bioética potteriana está integrada por una ética de la tierra, de la naturaleza salvaje, de la población así como del uso y consumo de los recursos naturales a escala mundial.

En su *Global Bioethics* de 1988 Potter mantiene este enfoque globalizador de la nueva disciplina, por más que desde el *Kennedy Institute* se había impuesto un enfoque más restringido centrado en prácticas prioritariamente biomédicas. La bioética debería desarrollar de una forma realista el equilibrio entre el saber biológico y sus limitaciones, sin olvidar sus implicaciones sociopolíticas y económicas. La bioética global significa que la bioética ofrece los principios sapienciales de coordinación de la calidad de la vida física con la calidad de la vida ambiental y ecológica. La calidad de la vida en general es inseparable de la calidad del medio ambiente en el que se desarrolla. La supervivencia y la salud de la vida humana dependen del mantenimiento y de la promoción de la salud del ecosistema.

Según Warren Reich, la bioética global puede entenderse en tres sentidos: 1) Global en el sentido de que está en relación con la tierra entera, la bioética así entendida equivale a una ética universal para bien del mundo. 2) Global en cuanto que abarca a todos los problemas éticos

relacionados con la vida y la salud, tanto humana o biomédica como ambiental o ecológica. 3) Global por cuanto se refiere a la metodología adoptada para su estudio, incorporando todos los conceptos, criterios y sistemas de valores correspondientes a las ciencias de la vida implicadas. Warren piensa que Potter mantuvo siempre la visión globalizadora de la bioética equiparable a una ética esencialmente ambiental o ecológica. Así pues, la bioética global, cuyo cometido específico es la supervivencia de la humanidad, tiene que definir lo que es justo, adecuado o equivocado para garantizar la supervivencia y protección eficaz de la biosfera. La bioética potteriana termina siendo concebida como una ética global de la biosfera que asegure la supervivencia de la humanidad promocionando la calidad de nuestro ecosistema.

3. Hellegers y el enfoque biomédico

Como oncólogo, Potter estaba preocupado por la presunta influencia del medio ambiente deteriorado en la aparición del cáncer. A su juicio, era necesario poner a punto una ética del medio ambiente como remedio preventivo si queremos sobrevivir en el futuro. Paradójicamente, Potter, siendo oncólogo, desembocó en una bioética eminentemente ecológica. Por el contrario, sin desestimar la importancia del medio ambiente y de la sana ecología, André Hellegers y los estudiosos del *Kennedy Institute* desarrollaron una bioética esencialmente médica.

André Hellegers, obstetra de profesión, introdujo el término bioética en el ámbito académico y de las ciencias biomédicas, en la administración pública y en los medios de comunicación. Promocionó el desarrollo de la bioética, pero no escribiendo estudios sistemáticos sobre el concepto o naturaleza de la misma, sino como una mayéutica, estimulando a que lo hicieran los demás. No se consideraba personalmente bioeticista, pero decía actuar y comportarse como un puente entre la y la medicina, la filosofía y la ética. La bioética era concebida por él como una síntesis de ciencia y ética. El componente científico vendría dado por las ciencias tanto biológicas como sociales. Y el ético, por todas las aportaciones provenientes de la reflexión moral tanto de los sectores propiamente religiosos como seculares. La bioética se afirma como disciplina académica nueva en la que los moralistas forman un frente común con biólogos, filósofos y teólogos moralistas. Según los cronistas de la fundación del *Kennedy Institute* y de los programas de estudio desarrollados por los expertos en la línea de Hellegers, en algún momento la ética estuvo a punto de quedar marginalizada.

El enfoque biomédico se desmarcaba del potteriano globalizador, pero el biomédico podía enaltecer a la biología desplazando a la ética. El enfoque médico o biomédico prevaleció, al tiempo que la ética quedó definitivamente incorporada a la bioética como parte de su estructura fundamental.

El problema que se plantea ahora es qué modelo o paradigma de ética es el más adecuado para resolver los problemas biomédicos. Antes de abordar más en concreto el nudo gordiano de la cuestión, la lógica de nuestro discurso exige que hagamos una referencia a un tercer personaje clave para la comprensión histórica del problema epistemológico de las relaciones entre la bioética y la ética.

4. Engelhardt y la bioética en clave posmoderna

Este autor representa el primer intento explícito de sistematización rigurosa de la bioética a partir de ciertos fundamentos éticos de cuño cultural anglosajón. Su influencia ha sido profunda entre los bioeticistas posteriores, incluso fuera del ámbito anglosajón.

La ética de principios consensuados

La ética, insiste Engelhardt, es un medio o estrategia dialéctica para resolver conflictos de opinión sobre nuestras formas de conducta. Pero entonces habrá que encontrar el modo práctico de

resolverlos. Ahora bien, de acuerdo con la naturaleza libre de la moralidad, las cuestiones bioéticas no pueden resolverse ni apoyándonos en Dios ni en la presunta razón objetiva. Lo único a que podemos aspirar es a una ética procedimental, es decir, de puro trámite carente de contenido. Las controversias morales en el campo biomédico son disputas de política pública que han de resolverse pacíficamente por medio del acuerdo acerca del procedimiento a seguir para crear las normas. Ese procedimiento coordinador de posiciones opuestas equivale al logro de algún consentimiento de base acerca de ciertos principios. El consenso es, para nuestro autor, la única fuente de autoridad moral sobre la base de la presunta vacuidad de contenido de los mismos para que puedan conciliarse las posturas éticas opuestas sin menoscabo de ninguna de ellas. La autoridad moral secular es la autoridad del consentimiento y que se materializa en los *principios de permiso, de beneficencia y de propiedad*.

El principio de permiso sería el más importante y Engelhardt lo formula así: «*No hagas a otros lo que ellos no se harían a sí mismos, y haz por ellos lo que te has comprometido a hacer*». Esta permisión sería como la condición indispensable para salir airosos de las controversias éticas sin recurrir a la fuerza, manteniendo un lenguaje ético secular mínimo destinado a la alabanza y la censura. Este principio proporciona el marco formal vacío que hace posible el consenso en la sociedad secular y pluralista y constituye la fuente misma de la autoridad moral. Sin el consentimiento o permiso de quienes constituyen la sociedad plural y secular no existiría autoridad. En una sociedad pluralista la autoridad no puede partir de argumentos racionales ni de creencias comunes. Únicamente debe partir del acuerdo consensuado de las diversas partes implicadas.

Aplicando esta teoría a la bioética, Engelhardt es muy consecuente. La discusión sobre qué es bueno o malo objetivamente al margen de la voluntad de los contratantes, está de sobra. Por consiguiente, la eticidad de una vasectomía, por ejemplo, o de la realización de un aborto, dependería exclusivamente del acuerdo alcanzado entre el ejecutivo biomédico y las personas implicadas en esos actos.

El principio de beneficencia se formula así: «*Haz el bien a los demás*». Pero entonces habrá que aceptar un mínimo de bien en sí mismo como criterio referencial, lo cual nos puede llevar a una confrontación indeseable entre las diversas concepciones del bien y del mal. De ahí que, para facilitar la resolución de los conflictos en bioética, el principio de beneficencia haya de estar subordinado al de permiso o consentimiento entre las partes en litigio. Lo cual significa que dicho principio debe mantenerse como mera formalidad sin otorgarle contenido objetivo alguno, que no esté previamente consensuado, sobre qué es el bien que se ha de hacer o el presunto mal que se ha de evitar.

Sí, el principio de beneficencia exige hacer el bien a los demás. Pero ¿cómo hacer bien a otros si no hay forma de determinar en qué consiste ese bien?. ¿Si no hay posibilidad de alcanzar un acuerdo sobre el bien por medio de la razón?. Según Engelhardt, la razón no puede guiarnos en la determinación de la bondad o maldad de las prácticas abortivas, por ejemplo, o del infanticidio. De ahí que se haya de recurrir al consenso entre los que opinan de forma diferente como fuente exclusiva de determinación axiológica. Por lo tanto, el Estado tiene que tolerar cualquier forma de conducta, por aberrante que pueda parecer a unos, si otros se ponen de acuerdo en participar en ella. Pone como ejemplos prácticos la tolerancia del mercado de la pornografía, la prostitución y el tráfico de drogas. Esas formas de conducta se justificarían en razón del presunto derecho básico humano al mercado negro.

El tercer *principio* ético aplicable a la bioética, según Engelhardt, sería el de *propiedad*. Su máxima es: «*Las personas se poseen a sí mismas, lo que ellas hacen y lo que otras personas les transfieren*». Lo mismo puede decirse de las comunidades y grupos sociales. En estos casos la máxima es: «*Entrega a todos aquello a lo que tienen derecho y abstente de tomar lo que pertenece a varios o uno solo*». El principio de propiedad personal o colectivo presupone el de consentimiento o permiso de las personas y grupos para hacer o dejar de hacer una cosa. Por lo tanto, el Estado tiene

que facilitar la prestación de cualquier servicio postulado sobre la base de decisiones consensuadas y consentidas por las partes interesadas. Servicios que, en el ámbito de la bioética, han de entenderse en sentido amplio, desde la prestación de un respirador artificial hasta la realización de una práctica abortiva, procreativa, esterilizante o eutanásica. La autoridad del Estado por sí misma sería impotente para decidir qué servicios biomédicos han de primarse, promocionarse o prohibirse. La autoridad del Estado en materia de bioética tiene que atenerse al consentimiento previo otorgado por los ciudadanos a la acción gubernamental, que tiene que someterse a la acción consensuada de los individuos libres.

5. Relevo de la ética y depreciación de la vida humana

La polémica desatada en torno a la naturaleza de la bioética como nueva disciplina, su objeto y metodología, ha llevado a cuestionar la competencia de la ética clásica o moral filosófica para tratar adecuadamente los problemas suscitados por el desarrollo de las técnicas biomédicas y su eventual aplicación a la vida humana. Basta echar una ojeada atenta a los índices de materias de bastantes autores para darnos cuenta de que prescinden de la ética racional clásica. Otros intentan someterla a la bioética, o bien sustituyen el término ética por bioética, abordando después los problemas y las cuestiones siguiendo una metodología democrática y de consenso de acuerdo con los dictámenes del pragmatismo científico biomédico. Ni faltan los que se atrincheran en viejos y manidos tópicos, dando la impresión de que los problemas morales se resuelven cerrando los ojos a la realidad de los modernos avances de la tecnología biomédica. Por descontado que hay científicos y moralistas que se juegan el tipo en cuestiones fronterizas. Esta actitud tampoco es razonable ni contribuye al esclarecimiento de la verdad sobre la vida humana a la que tratamos de servir, lo mismo recurriendo a la ética clásica como a la moderna bioética.

La polémica sobre la fundamentación racional de la bioética se ha disparado y hay ya posturas personales y grupales bastante definidas. Pero mientras los moralistas teóricos pierden el tiempo en una guerra de conceptos y teorías sobre la bondad o maldad de la bioética, los Parlamentos dan cobertura protectora por doquier a los centros de bioética y se destinan cantidades astronómicas de dinero para el desarrollo de gigantescos programas de investigación como el proyecto Genoma.

Los moralistas se encuentran ante hechos consumados que se imponen por la fuerza brutal de su presencia. Mientras ellos discuten, por ejemplo, sobre las condiciones que podrían justificar una inseminación in vitro, las clínicas producen inseminaciones in vitro rutinariamente como el vaquero ordeña las vacas. Ante la impotencia frente a los hechos consumados, no faltan moralistas que buscan la manera de adaptarse a ellos aplicando inconscientemente a la ética los métodos más sospechosos de la diplomacia.

Así las cosas, piensan muchos que la función de los legisladores es reconocer los hechos *ut sic* de acuerdo con su volumen cuantitativo y que los moralistas tienen que encontrar razones legitimadoras para todo, aunque no existan. Lo importante sería dar gusto a todos. Se olvida con frecuencia que no todas las formas de comportamiento humano son objetivamente iguales y que no a todas ellas se les puede aplicar el mismo criterio democrático de legitimación o desaprobación. Por ejemplo, no es lo mismo ponernos de acuerdo en sacrificar una rata para realizar un experimento que la vida de un niño. Fecundar artificialmente a una vaca que a una mujer. Clonar ovejas, toros o personas.

En bioética no cabe razonablemente un discurso ético a la carta. Aplicada esta mentalidad a la bioética, el asunto se complica bastante porque se pone en entredicho la validez objetiva radical de toda vida humana en función de un discurso ético razonablemente indigerible. Esta forma de discurso bioético se potenció mucho entre algunos bioeticistas y moralistas influyentes de la bioética durante la década de los años ochenta. Algunos de ellos han contribuido mucho a la fundamentación científica de la bioética como nueva disciplina, que se impone por la fuerza de su propio realismo.

Estos moralistas reconocen que el término bioética es nuevo y que tiene gancho. No en vano asocia de forma interactiva a la ética con la vida. El propósito general de la bioética es lograr la adecuada composición entre esas dos realidades de la vida y de la ética. De entrada, la bioética sugiere la idea de que se limita al uso de las ciencias biológicas para mejorar la calidad de vida. En esta línea algunos quieren reducir su campo a los límites estrictos de la medicina o ética médica. Bioética sería el término nuevo y adecuado para denominar en adelante lo que en tiempos pasados se llamó ética médica, pero teniendo en cuenta los avances que se producen en el desarrollo de las investigaciones biológicas y de las técnicas biomédicas.

Algunos van más lejos y extienden el objeto propio de la bioética a la ética del medio ambiente y trato científico del reino animal y vegetal. La tendencia actual más generalizada consiste en cubrir con el término *bioética todo el saber ético relacionado con el cuidado de la salud y los descubrimientos más importantes en el campo de la biología, de la medicina, de la genética, antropología y sociología*. La bioética está presente en todos los frentes del conocimiento humano, sin excluir la política. Es la llamada bioética global y que yo llamaré macrobioética.

Sobre los factores decisivos que dieron lugar al boom de la bioética, el acuerdo entre los autores es total. El desarrollo de la ingeniería genética, lo mismo para fines terapéuticos que manipulatorios de la especie humana; de las técnicas de reproducción humana de laboratorio en sus múltiples posibilidades técnicas; de las técnicas de trasplante de órganos y de intervención sobre las estructuras biológicas de la sexualidad; de las técnicas de rehabilitación, de prolongación de la vida y de acortarla dulcemente, es considerado por todos los moralistas como el hecho indiscutible y más decisivo del fenómeno bioético actual.

¿Es éticamente lícito realizar todo lo que técnica y físicamente está a nuestro alcance? Ésta es la cuestión inmediata que surge desde una perspectiva humanística razonable ante ese desarrollo de técnicas biomédicas por todos reconocido.

Pero son muchos los que ni siquiera se plantean esta cuestión. Trabajan en los laboratorios científicos y centros de bioética sin más preocupación ética que la de no alarmar a la opinión pública ni tener conflictos con la justicia. Cuando se habla con estas personas es interesante constatar que se limitan a describir materialmente lo que hacen y las técnicas que utilizan, sin entrar jamás en cuestiones morales. Ponen particular cuidado en eludirlas. La descripción de ciertas técnicas, sobre todo en el área de la inseminación artificial o de la asistencia a determinados enfermos, puede resultar hasta melodramática y sentimentalmente conmovedora, por más que se trate de actuaciones objetivamente repugnantes.

Hay moralistas que reconocen estos hechos, pero prefieren obviar cualquier juicio ético descalificativo, siguiendo la mentalidad antes descrita de la ética consensual o diplomática. Se limitan a decir que una de las características de la bioética es la no confesionalidad y la desdeontologización de la ética. O, lo que es igual, que la bioética prescinde de cualquier instancia o referencia religiosa para determinar lo que se debe o no se debe hacer, y que se la ha de encuadrar dentro del ámbito de la racionalidad filosófica por encima de cualquier ordenamiento jurídico y deontológico. Lo suyo sería regirse por la eficacia y exactitud tecnológica al margen de consideraciones jurídicas, deontológicas o religiosas previas.

Como constatación de hecho, esto es lamentablemente cierto. Pero el buen moralista tiene que razonar los hechos consumados antes de aceptarlos o rechazarlos por prejuicios de escuela. Ni los prejuicios personales ni los complejos de escuela cambian la naturaleza objetiva de los hechos consumados en el momento de evaluarlos éticamente. Ante estos hechos hay también profesionales de la ética y del derecho que no tienen empacho en llamar respetuosamente a las cosas por sus nombres, aunque sus opiniones resulten impopulares. Otros, en cambio, confunden la ética con la retórica ideológica burlando la realidad objetiva de las cosas. Dicen, por ejemplo, que la bioética tiene que liberarse de los residuos tabuísticos de la moral del miedo; que hay que desmitificar y desacralizar el orden natural para liberarnos de los callejones sin salida de la normativa moral fisicista y naturalista; que la bioética debe pasar de la moral naturalista a la moral de la persona, pero sin caer en el

personalismo individualista y privaticista, sino entendido y valorado desde la alteridad; que en bioética hay que superar el planteamiento de los nuevos problemas desde la teoría clásica de la ley natural y el formalismo kantiano; que, liberada la moral de los residuos tabuísticos del *ordo naturae* clásico, la ética de la biomedicina podría finalmente presentarse como instancia normativa del proceso de humanización ascendente; que, así las cosas, la bioética nos aproximaría de una vez por todas a la idea de hombre que deseamos realizar abriendo las puertas a la esperanza y garantizando una auténtica planificación humana. Por supuesto que no todo progreso técnico supone humanización. Para que lo sea, la bioética ofrece los criterios de discernimiento contra la reserva reaccionaria ante el progreso científico.

La moral de la biomedicina hay que emplazarla, pues, entre la manipulación y la humanización, y la bioética se encarga de establecer los criterios. Que, de acuerdo con *«la situación pluralista de la sociedad democrática, la bioética ha de ser planteada dentro de una racionalidad ética demarcada por los parámetros de la democratización, del diálogo pluralista y de la convergencia integradora»*.

La bioética tendría que optar necesariamente por una ética civil. Es decir, racional y humana, que garantice la convivencia social o ciudadana en general, o el mínimo moral común de una sociedad pluralista y secular. *«La ética civil es la convergencia moral de las diversas opciones morales de la sociedad.»* Constituye *«la moral común dentro del legítimo pluralismo de opciones éticas. Es la garantía unificadora y autenticadora de la diversidad de proyectos humanos»*. Tiene que apoyarse en la racionalidad humana, pero entendida como patrimonio común de la colectividad más allá del mero consenso de pareceres.

La ética civil pretende identificarse con el grado de maduración ética de la sociedad. Se funda en la racionalidad humana y en el consenso ético del cuerpo social. Asegura un mínimo ético común que no puede ser totalizado ni depender de decisiones opcionales. La ética civil sería la superación convergente del pluralismo social fundamentada en la racionalidad humana y en el consenso social. Su contenido viene dado por los acuerdos morales tales como las declaraciones éticas que los diversos colectivos humanos y los pueblos se dan a sí mismos. En nuestro tiempo el contenido nuclear de la moral civil universal estaría expresado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. El valor absoluto de todo individuo humano y la libertad como primer atributo de la persona constituirían la piedra angular de la ética civil.

Con toda razón se reconoce la primacía atribuida al valor de la vida, en la ética clásica más castiza y se denuncia la falta de coherencia lógica en la aplicación práctica de ese principio con la admisión de lamentables excepciones. Pero esta denuncia se hace de tal manera que se abstrae de las violaciones del mismo principio de respeto a la vida de todo individuo humano cometidas diariamente en nombre de la bioética.

Se reconoce el oscurecimiento del valor de la vida y tal sinceridad es de agradecer. Pero incluso quienes lo hacen abiertamente no todos pueden ser exculpados de tendenciosidad y frivolidad intelectual. Ellos saben cómo se destruyen masivamente individuos humanos en muchos centros de bioética. Cierto que el valor de la vida se oscurece alarmantemente, pero con ideas como éstas, aplicadas a la bioética, más que de simple oscuridad tendríamos que hablar ya, a la altura de nuestro tiempo, de espesa negritud sepulcral.

No se necesita ser lince para entender que el único valor absoluto es la vida y no la libertad. Que sólo desde el respeto absoluto a la vida tiene sentido real hablar de derechos y de respeto a la dignidad humana. Creo que en bioética se impone más que nunca la ética de la razonabilidad o uso correcto de la razón, que algunos se empeñan tercamente en suplantar por una ética a la carta bien guarnecida de discursos grandilocuentes y frases ingeniosas, que los legisladores aprovechan después para justificar hipócritas y contradictorias regulaciones jurídicas sobre la materia.

La pretensión de desbancar la ética de la razón por la bioética es un sinsentido. El mismo término bioética es un llamamiento verbal a la ética. Es un asunto de ética y de vida al mismo tiempo. Pero aquí tiene lugar también la gran paradoja.

Por una parte se multiplican las iniciativas particulares, colectivas e internacionales en defensa de los derechos humanos fundamentales. Pero al mismo tiempo se acepta cada vez con más generosidad la destrucción de la vida humana en los momentos más emblemáticos de la existencia, como son el nacimiento y la muerte. ¿Cómo conciliar la cacareada sensibilidad por la vida y la promoción de los derechos del hombre con el rechazo sistemático y programado de los más débiles, de los niños antes de nacer y de los ancianos?. Caminamos hacia una sociedad de marginados, rechazados y eliminados.

La teoría de los derechos humanos queda así reducida a un ejercicio de retórica estéril. Sobre todo cuando los países ricos imponen su egoísmo cerrando el acceso al desarrollo de los países pobres. Aunque no se cita nominalmente, se denuncia la política de los prepotentes de la Conferencia de El Cairo de 1994, que quisieron someter a los países pobres del sur mediante la imposición de un control radical de la procreación.

Esta precipitación en la irracionalidad y el absurdo por parte de muchos teóricos y promotores sociopolíticos de los derechos humanos tiene profundas raíces en la cultura actual. Por ejemplo, se tergiversa y deforma el concepto de subjetividad, reconociendo como titular de derechos sólo a quien se presenta con autonomía y sale de situaciones de total dependencia de los demás. Pero esto implica la glorificación del imperio de los más fuertes sobre los débiles. «*La teoría de los derechos humanos se fundamenta precisamente en la consideración del hecho de que el hombre, a diferencia de los animales y de las cosas, no puede ser sometido al dominio de nadie*».

Otros identifican la dignidad personal con la capacidad de comunicación verbal, explícita y siempre experimentable. Vistas así las cosas, ya no queda lugar para hablar de derechos del niño que ha de nacer o del moribundo. Se desprecia la comunicación elocuente del silencio mediante el lenguaje de los afectos y se dicta la vida o la muerte de quienes no pueden comunicarse del modo para nosotros más conveniente.

Primero se dogmatiza sobre el presunto valor absoluto de la libertad individual. En nombre de ella se fuerzan las cosas para que la fuerza de la razón sea reemplazada por las razones de fuerza. Pero la afirmación tozuda de cada uno lleva inexorablemente a la negación del otro. Entonces hay que pactarlo todo. Todo es negociable, incluso el primero de todos los derechos fundamentales, que es la vida.

GRANDES PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

La creación en Estados Unidos de la Comisión Nacional (*Nacional Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*) respondía a la urgente necesidad de dar una respuesta ética a los múltiples problemas que se estaban suscitando como consecuencia de los grandes avances biomédicos. En el fondo, como afirma D. Gracia, se buscaba un equilibrio entre el código único y el múltiple, «*intentando respetar las conciencias individuales y a la vez estableciendo algunos principios o criterios objetivos*» respetables en una sociedad plural. El *Informe Belmont*, que recogió las conclusiones de aquel primer estudio, ya aludía a esos cuatro principios que se han hecho clásicos en el desarrollo ulterior de la bioética.

Esta línea fue continuada por la Comisión Presidencial, que enunció ya claramente los tres grandes principios: de beneficencia -enraizado en la vieja tradición ética hipocrática y que se expresaba negativamente en el principio de no-maleficencia-, el de autonomía -que había surgido de las

Cartas de los Derechos de los Enfermos- y, finalmente, el de justicia. Como ha escrito Drane, «*La Comisión no ofreció justificaciones metafísicas de estos principios. Se limitaron a utilizarlos y a considerarlos como parte integrante del patrimonio cultural de Occidente, que están ahí y se utilizan*». Esta forma de actuar se mostró operativa y permitió marcar una serie de directrices éticas que eran aplicables y daban respuesta a los complejos problemas que debía abordar dicha Comisión. Hoy ya es un tópico en las publicaciones de bioética hacer referencia a los principios fundamentales de esta disciplina.

Más aún, J. Drane ha llegado a afirmar que «*la bioética salvó a la ética*» en Estados Unidos: ya que los especialistas de dicho país estaban implicados en el estudio de las características formales de los principios éticos, sin dar respuesta a los problemas candentes que urgían a la sociedad estadounidense (la guerra del Vietnam, los conflictos raciales...). En ese sentido la bioética hizo que la reflexión ética tuviese que descender al terreno concreto de una problemática que no permitía dilaciones y a la que debía darse una respuesta concreta. «*Cómo la medicina salvó la vida de la ética*» es el título de un trabajo de Toulmin que refleja el gran impacto de la problemática médica en el desarrollo de la ética.

El *Informe Belmont* significó un verdadero espaldarazo a la incipiente bioética y marcó un nuevo estilo en los enfoques metodológicos de esta disciplina. Los problemas de bioética ya no se analizan de acuerdo con los códigos deontológicos, sino en torno a los principios citados y a partir de procedimientos derivados de ellos. Se había llegado a la aceptación de unos principios éticos y a la convicción de que «*unos principios éticos más amplios deberían proveer las bases sobre las que formular, criticar e interpretar algunas reglas específicas*». Su función era la de «*servir de ayuda a científicos, sujetos de experimentación, evaluadores y ciudadanos interesados en comprender los conceptos éticos inherentes a la investigación con seres humanos*».

1. Los principios de no-maleficencia y beneficencia

Estos dos principios éticos están en la base del juramento de Hipócrates y han sido centrales en la ética médica clásica. El juramento contiene, por una parte, el llamado principio de no-maleficencia, que empalma con un principio ético, enunciado en latín y cuyo origen no es claro, el de «*primum non nocere*», «*ante todo, no hacer daño*». Beauchamp y Childress consideran que es un principio independiente, ya que el deber de no dañar es más obligatorio e imperativo que el de beneficencia - que es el que exige promover el bien del enfermo- y lo formulan como «*se debe no infligir daño a otros*». Es la exigencia ética primaria de que el médico no utilice sus conocimientos o su situación privilegiada en relación con el enfermo para infligirle daño. Lo expresa el juramento de Hipócrates al afirmar: «*Evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que se dirijan a la administración de venenos ni induciré a nadie sugerencias de tal especie; librándome de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitando sobre todo la corrupción de mujeres y jóvenes, libres y esclavos; Guardaré secreto acerca de lo que oiga o vea en sociedad y no sea preciso que se divulgue*». Este principio de no-maleficencia es más general y obligatorio que el de beneficencia: pueden darse situaciones en que un médico no esté obligado a tratar a un enfermo, pero sí lo estará a no causarle positivamente daño alguno. De este principio se derivan para el médico normas como «*no matar*», «*no causar dolor*», «*no incapacitar (ni física ni mentalmente)*», «*no impedir placer*».

El principio de beneficencia -en su sentido etimológico de «*hacer el bien*»- está incluido en el juramento de Hipócrates, tanto en las obligaciones del médico hacia sus maestros y familiares, como en su afirmación de que «*estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa*» y, sobre todo, en la exigencia de que «*en cualquier casa que entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos*». La *Declaración de Ginebra de 1948* sintetiza de forma lapidaria este principio tradicional de la praxis médica al afirmar que «*la salud de mi paciente será mi primera pre-ocupación*». El *Informe Belmont* no distinguía claramente entre beneficencia y no-maleficencia y se

concretaba en dos normas: la de no hacer daño y la de extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

El principio de beneficencia ha jugado un papel fundamental en el rol del médico dentro de nuestra cultura. Se ha asociado tradicionalmente la figura del médico a la del sacerdote. Se le ha exigido que ponga sus conocimientos, la ciencia adquirida, sus valores éticos y su dedicación, al servicio del enfermo. Ésa es su misión en la sociedad: la de «*hacer el bien*» al enfermo por medio de la ciencia médica. Ése es el ethos de una profesión, a la que se le ha dado con mucha frecuencia un fuerte componente vocacional. Incluso el profesional de la salud debe estar dispuesto a asumir riesgos para luchar contra la enfermedad -un tema que ha adquirido de golpe una gran actualidad en relación con la irrupción del virus del SIDA-. Ya hemos indicado anteriormente cómo, especialmente en el ámbito estadounidense, pesa hoy una especial sospecha sobre el principio de beneficencia por su inherente componente de «*paternalismo*», que puede convertir al enfermo en un menor de edad. Pero también es claro que en todos los dilemas médicos está siempre implicado este principio básico: la exigencia ética de hacer el bien y de que los profesionales de la salud pongan sus conocimientos, su capacidad de relación humana, su humanidad, al servicio de la persona que vive el trance siempre doloroso y angustioso de la enfermedad.

Algunos autores consideran, no obstante, que este principio es, ante todo, una actitud ideal, de perfección. Afirman que no es obligatorio hacer el bien y que no es lo mismo justificar que hacer el bien es moralmente correcto, que decir que es obligatorio.

Beauchamp y Childress afirman que el principio de beneficencia establece la obligación de que un individuo X haga bien a Y, si se dan las siguientes condiciones:

Y está amenazado de padecer una pérdida o daño importante.

La acción de X es necesaria para evitar un daño o pérdida importante.

La acción de X probablemente evitará dicho daño o pérdida.

Esta acción no implicará un daño significativo para X.

Los beneficios que recibirá Y superan ampliamente los daños que pueda sufrir X.

En consecuencia, más allá de los riesgos considerados mínimos para X, se tratará de una acción virtuosa, que supera el campo de la obligación. Se trataría de ser «*un mínimo samaritano*» y no «*el buen samaritano*». Por tanto, para que el principio de beneficencia sea obligatorio debe haber un cálculo de costes y beneficios. Ciertamente este cálculo es sumamente complejo y no es fácil evaluar y diversificar esa ponderación.

La gran crítica contra el principio de beneficencia es su peligro de paternalismo; el que se aplique sin consentimiento del enfermo, sin que éste decida aceptar el bien que se le quiere hacer como bien suyo, que se actúe incluso en contra de su voluntad.

2. El principio de autonomía

Este segundo principio es el que está en la base del nuevo marco de relación entre los profesionales de la salud y los pacientes en las *Cartas de Derechos de los Enfermos*. Por debajo del concepto de «*consentimiento informado*» está el reconocimiento de la autonomía, de **la capacidad de decisión del paciente**. Últimamente lo que subraya el principio de autonomía es **el respeto a la persona, a sus propias convicciones, opciones y elecciones, que deben ser protegidas**, incluso de forma especial, por el hecho de estar enfermo. Significa la superación de esa tendencia a convertir al paciente en un menor de edad, a quien se tiende a mantener sistemáticamente al margen de algo que a nadie afecta más que a él mismo. Podemos decir que el consentimiento informado es la primera concreción del respeto hacia la autonomía y la capacidad de decisión de toda persona autónoma. En la bioética estadounidense se da un fortísimo relieve a este principio ético, sin duda como con-

secuencia de las características de la cultura de aquel país, y, en las inevitables tensiones con el principio de beneficencia, se tiende a dar más relieve a la autonomía del enfermo.

El principio de autonomía no aparece de ninguna forma en el juramento de Hipócrates y apenas fue recogido en los códigos deontológicos, salvo en los muy recientes. Tampoco hay nada en la *Declaración de Ginebra* que refleje la presencia de este principio. Por ello es evidente que la línea ética hipocrática tenía una escasa sensibilidad hacia la autonomía del enfermo. Se centraba en las exigencias éticas que el médico estaba llamado a realizar, pero sin subrayar, como contrapartida, la existencia de unos derechos por parte del enfermo que los profesionales de la salud deben respetar. Precisamente la primera Carta de Derechos de los Enfermos repite continuamente, como expresión de un nuevo marco de relación sanitaria, la frase: «*El enfermo tiene derecho...*». Se trata de unos derechos que reflejan y expresan la autonomía del enfermo y el respeto debido a sus opciones.

El *Informe Belmont* denomina este principio como «*el respeto por las personas*» y afirma que incorpora, al menos, dos convicciones éticas: «*primera, que los individuos deberían ser tratados como entes autónomos; y segunda, que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección*». Parte de una concepción del ser humano como ente autónomo: «*individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación*». Por ello, añadirá que «*respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros*». Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negar a un individuo la libertad de actuar según tales criterios o hurtar información necesaria para que puedan emitir un juicio, cuando no hay razones convincentes para ello. Por tanto, entiende la autonomía en su sentido concreto: como la «*capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa*», y no se trata del concepto kantiano, el hombre como autolegisador, sino en su sentido más empírico: lo que se haga con el paciente deberá pasar siempre por el trámite del consentimiento informado.

El principio de autonomía surge, especialmente, del pensamiento de Kant, y se refiere a la capacidad del sujeto para gobernarse por una norma que él mismo acepta sin coacción externa, una norma que debe ser universalizada por la razón humana. John Stuart Mill había considerado la autonomía como la ausencia de coacción en la capacidad de acción y pensamiento del individuo. Para ambos autores la autonomía tiene que ver con la capacidad de autodeterminación del individuo.

El pensamiento filosófico moderno ha incorporado la autonomía como una noción fundamental en la antropología y en la ética. De ahí surge el principio de autonomía, que puede formularse como «*todo hombre merece ser respetado en las decisiones no perjudiciales a otros*». H. T. Engelhardt afirma que el principio de autonomía considera que la autoridad para las acciones que implican a otros se deriva del mutuo consentimiento que involucra a los implicados. Como consecuencia de ello, sin ese consentimiento no hay autoridad para hacer algo sin tener en cuenta al otro. Las acciones que se hacen en contra de tal autoridad son culpables ya que violan la decisión del otro y, por tanto, son punibles. Engelhardt llega a la formulación: «*No hagas a otros lo que ellos no se harían a sí mismos y haz por ellos lo que te has puesto de acuerdo, mutuamente, en hacer*». De este principio surge la obligación social de proteger a los individuos para que puedan expresar su consentimiento, antes de que se tomen acciones contra ellos, y de proteger a los débiles, a los que no pueden consentir por ellos mismos.

3. El principio de justicia

Para definir este tercer principio de la bioética se ha acudido a la vieja definición del jurista romano Ulpiano: «*ius suum unicuique tribuens*», «*dar a cada uno su derecho*». En una formulación especialmente válida, se le ha definido como: «*Casos iguales requieren tratamientos iguales*», sin que se puedan justificar discriminaciones, en el ámbito de la asistencia sanitaria, basadas en criterios

económicos, sociales, raciales, religiosos... Se ha propuesto, como modelo de aplicación del principio de justicia, la teoría sobre «*el observador ideal*»: se trataría de un personaje imaginario que, ante un caso concreto, por ejemplo, a quién se debe elegir dentro de dos potenciales candidatos a un trasplante cardíaco, fuera omnisciente -que conociese el mayor número posible de datos-, ommpercipiente -capaz de percibir los aspectos personales implicados-, desinteresado -que no actuase por móviles egoístas o interesados- y desapasionado (imparcial) -que aunque empatice con la situación de las personas afectadas, esta implicación, sin embargo, no le debe condicionar-. Es una figura que puede ser válida en casos similares al ejemplo antes citado.

Salta a la vista la importante relación del principio de justicia con la problemática que surge de la distribución de los recursos sanitarios: por ejemplo, ¿qué preferencia debe darse a los infectados por el VIH, cuando el tratamiento antiviral es sumamente costoso y no logra la recuperación definitiva de los afectados, sino únicamente importantes mejoras en su calidad y cantidad de vida...?. El principio de justicia está en alguna forma insinuado en el juramento de Hipócrates al rechazar la seducción de «libres y esclavos» y sí se encuentra claramente presente en la *Declaración de Ginebra*, que afirma: «*No permitiré consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido político o categoría social para mediar entre mi deber y mi paciente*».

El *Informe Belmont* definía el principio de justicia como «*imparcialidad en la distribución*» de los riesgos y los beneficios. El problema surge de la consideración sobre «*quiénes son iguales*», ya que entre los hombres hay diferencias de todo tipo. Sin embargo, existen unos niveles en que todos deben ser considerados iguales, de tal forma que las diferencias son injustas.

Al mismo tiempo, de los tres principios siguen procedimientos prácticos: la beneficencia lleva a una evaluación de los beneficios y riesgos; la autonomía conduce a la percepción de si existe un verdadero consentimiento informado; la justicia lleva a una selección equitativa de los sujetos.

Indiscutiblemente, la aceptación común de estos principios éticos -algunos añaden además los de *honestidad y eficiencia*- no significa que las respuestas éticas ante la problemática bioética sean coincidentes. Lógicamente, los citados principios, como ya hemos indicado, entran en conflicto y siempre surgirá el interrogante de cuál de ellos debe ser privilegiado -y en donde va a tener un influjo significativo la propia cultura-. La bioética estadounidense tiende a dar un mayor relieve al principio de autonomía sobre el de beneficencia, al revés de lo que puede suceder en el mundo latino, menos sensible hacia la libertad, la privacidad y la confidencialidad de las personas afectadas. Pero, en todo caso, se ha adquirido la convicción, basada en la experiencia de los últimos 25 años, de que es posible el diálogo y un lenguaje común al abordar la compleja problemática de la bioética y que, además, se puede percibir en dónde se sitúan los puntos de discrepancia.

¿Es posible una jerarquización entre estos cuatro principios?. Coincidiendo con D. Gracia, consideramos que los de justicia y no-maleficencia tienen un rango superior, ya que el primero exige que todo ser humano sea tratado en su dignidad personal, como fin y no como mero medio, de tal forma que no sea discriminado por razones como las económicas, raciales, religiosas... Y el de no-maleficencia exige un respeto a los bienes y valores de la persona, a la que no se le puede infligir daño. En un segundo nivel habría que situar los de autonomía y beneficencia, como subordinados en principio a los anteriores. Los dos primeros principios se sitúan al nivel de una «*ética de mínimos*», que debe respetar toda sociedad, y tienen siempre sus repercusiones jurídicas.

Ciertamente sigue en pie, y a ello aludiremos más tarde, el tema de cómo se fundamentan últimamente estos principios básicos de la bioética. La tradición filosófica y jurídica estadounidense ha sido más pragmática, mientras que la europea ha sido más sensible a la fundamentación de los principios éticos y a la reflexión sobre la jerarquía existente entre los mismos. Probablemente nunca habrá unanimidad en los intentos de fundamentación desde las diferentes teorías o modelos éticos. Es importante subrayar que si se analizan los contenidos de la *Declaración de los Derechos Humanos* se percibe cómo en el fondo de los derechos, reconocidos a toda persona, subyacen el citado principio de beneficencia y, sobre todo, los de no-maleficencia, autonomía y justicia. Son las mismas exigencias

éticas que rigen la vida social y sobre las que se considera que únicamente puede construirse una sociedad humana y armónica. Son también los mismos principios que sirven de guía y de faro ante la muy compleja problemática suscitada por el impresionante desarrollo de las ciencias biomédicas.

NOTAS DE IDENTIDAD DE LA BIOÉTICA DOMINANTE

El rigor lógico de nuestro discurso sobre la bioética exige la formulación de una definición epistemológica de la nueva disciplina.

Los bioeticistas convienen en que, históricamente, lo que llamamos bioética ha surgido de la ética médica clásica, influida por creencias religiosas y el paternalismo de los médicos, al margen de la sociedad en general y de la intervención de las autoridades públicas. Se dice que por los años sesenta la ética médica clásica ponía el acento en la relación médico-paciente y su valor ético determinante era el respeto incondicional a la vida. Enfoque debido en buena parte a la influencia de los teólogos moralistas de la época. La bioética es el término mágico con el cual se trata ahora de crear un modelo distinto de ética médica de corte más social que personal, aprovechando el desarrollo de las nuevas técnicas biomédicas y la aparición de problemas sociales también nuevos.

Los rasgos de la nueva ética médica o bioética, surgida gracias al rápido desarrollo de las técnicas bio-médicas, pueden reducirse a los siguientes:

- **Secularización.** Significa la desvinculación formal de la bioética de cualquier referencia religiosa o confesional. Decisión tomada, paradójicamente, por algunos teólogos moralistas influyentes y que ha prendido como fuego en estopa entre la mayoría de los médicos, filósofos, investigadores, juristas, sociólogos y economistas.

Bioética se ha convertido así en el término mágico que elimina de un plumazo cualquier consideración o referencia religiosa con carácter determinante.

- **Interdisciplinar.** En el sentido estricto de colaboración e interacción con todas las ciencias implicadas en el gran proyecto común, que es la salud y el bienestar social. La bioética supone investigación biomédica y la implicación de otros muchos profesionales. En este sentido la bioética pretende sustituir a la ética y a la deontología médica de tiempos pasados.

- **Enfoque prospectivo.** Se acusa a la moral clásica de servilismo a normas tradicionales establecidas. La bioética se presenta como más beligerante y en nombre del progreso biomédico apuesta por la inadecuación e invalidez de las respuestas de la ética clásica y de la teología moral para responder a los retos de la biotecnología. Se piensa que el término bioética es más apropiado que el de ética o moral.

- **Enfoque social** de la persona del enfermo y de la enfermedad. Se dice que el bien del conjunto de la persona enferma debe predominar sobre el interés, sobre el órgano enfermo y sus eventuales disfunciones. La bioética considera a la persona en su globalidad como persona y más todavía como parte de una familia y de una sociedad determinada. Esto significa que se interesa por las relaciones interpersonales médico-paciente, pero más todavía por las estructuras sociales y las leyes que una sociedad debe imponerse a sí misma. Este enfoque holístico o globalizado de los problemas, supone la primacía de la dimensión social sobre la personal del enfermo y de la enfermedad. En definitiva, el reconocimiento práctico de la primacía del todo social sobre las partes personales constitutivas del mismo. La salud es considerada más como un bien público que personal o privado de cada individuo humano.

- **Sistemática y científica.** En el sentido de que la bioética propugna el análisis lógico y la búsqueda coherente de las soluciones a los dilemas morales a partir de unos criterios referenciales o principios fundamentales científicos, objetivos y racionales. Se da alegremente por descontado que estas características son exclusivas de la bioética como superación de la ética y deontología médica clásicas, y más aún de la teología moral predominante en los años inmediatos a la segunda guerra mundial.

ALGUNAS DEFINICIONES OPERATIVAS DE BIOÉTICA

G. B. Kutukdjian publicó en 1994 un artículo sobre bioética con el título *La biología en el espejo de la ética*. Es una buena traducción del término bioética, apuntando a la idea de que esta nueva disciplina debe ser tratada en el contexto de la ética, referida a los problemas humanos planteados por el rápido desarrollo de las técnicas biomédicas durante los últimos veinte años. En este sentido se ha dicho que «*la bioética es la búsqueda ética aplicada a las cuestiones planteadas por el progreso biomédico*». Esta definición supone abiertamente la subordinación de la bioética a la ética como un capítulo nuevo y capital de aquélla y no una sustitución fraudulenta. El matiz de la bioética está en que acentúa la dimensión social de los problemas surgidos. Las decisiones personales y el diálogo interpersonal están presentes, pero priman las estructuras sociales a tener en cuenta, tales como las modernas organizaciones médicas y las leyes reguladoras del ejercicio de la investigación médica y de sus aplicaciones concretas a los pacientes o sujetos de investigación.

Otra definición dice: «*La bioética es el estudio interdisciplinar del conjunto de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana (o de la persona humana), en el marco de los rápidos y complejos progresos del saber y de las tecnologías biomédicas*». En esta definición se enfatiza el aspecto interdisciplinar de la bioética y su condicionamiento por el desarrollo de las técnicas biomédicas. Se asume que la bioética constituye un lugar político en el que la sociedad se enfrenta a su propio futuro.

Ante los conflictos, personales y sociales, que exigen una solución, y la bioética tendría la misión de encontrarla. En consecuencia, se sugiere esta otra definición: «*La bioética es la búsqueda de soluciones a conflictos de valores en el mundo de la intervención biomédica*». Esta definición presupone una jerarquía de valores, una cosmología y más aún una antropología. Pero ¿qué valores fundamentales son esos que han de servir de base para la reflexión bioética?. Aquí está el nudo gordiano de la cuestión y que da lugar a diversas tendencias.

Pero, antes de seguir adelante, es obligado volver sobre la definición de bioética como «*el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales*». Es la ya clásica definición propuesta por W. T. Reich en la mencionada *Enciclopedia de Bioética*.

Sobre esta definición M. Vidal dice: «*de acuerdo con esta consideración, la bioética es formalmente una rama o subdisciplina del saber ético, del que recibe el estatuto epistemológico básico y con el que mantiene una relación de dependencia justificadora y orientadora. Los contenidos materiales le son proporcionados a la bioética por la realidad del cuidado de la salud y por los datos de las ciencias de la vida como la biología, la medicina, la antropología, la sociología. El análisis de los temas, aunque tiene una omnipresente referencia a la ética, tiene que ser llevado a cabo mediante una metodología interdisciplinar: ciencia, derecho, política son magnitudes imprescindibles para configurar la bioética*».

La ética, pues, sigue siendo la matriz intelectual de la bioética, y las técnicas biomédicas, las protagonistas de novedades. Pero esta coincidencia no aminora las divergencias en el modo práctico de entender la nueva disciplina. Para muchos expertos la bioética es un marco de reflexión interdisciplinar en torno a los desafíos morales que plantean los progresos en el terreno de las nuevas

técnicas biomédicas en continuo desarrollo. La bioética es la voz de reclamo que convoca a especialistas de disciplinas diversas para discutir el uso y aplicación de esas técnicas revolucionarias. El rechazo, velado o explícito, de cualquier recurso a principios éticos o morales condicionantes al estilo clásico. A lo más que llegan es a la conveniencia de que se establezcan normas legales, ampliamente consensuadas, con el fin de paliar los inconvenientes de sorpresas demasiado fuertes. Ésta es la postura de quienes utilizan el término bioética olvidándose de una vez por todas de la ética clásica o moral tradicional. Así concebida la bioética, se tiene la impresión de que lo bueno y lo malo depende de lo que hagan los científicos, al margen de lo que filósofos y moralistas piensen al respecto.

Para otros, la bioética parece ser un mero método de análisis de casos complejos con vistas a la toma de decisiones concretas cuando hay muchas personas e intereses en juego. La inmensa mayoría de los expertos asocia el término bioética a una metodología de análisis de problemas clínicos, asistenciales o de investigación, basada en el diálogo interdisciplinar, sistemático y éticamente plural. Una mujer casada, por ejemplo, desea sinceramente tener un hijo y no puede a causa de su edad avanzada. Otra hace previsiones y no descarta la posibilidad de ser madre después de la muerte inminente de su joven marido. La misión de la bioética sería la de resolver todos los problemas prácticos y técnicos que normalmente han impedido hasta ahora satisfacer esos deseos de maternidad.

La bioética tendría como objetivo específico el análisis de casos concretos como éstos e infinidad de otros similares, sin otro parámetro referencial decisivo que el de los costos y beneficios, ventajas y riesgos previstos, consensuados y eventualmente sancionados por alguna ley o normativa profesional interna libremente adoptada. También se aprecia en esta postura, por cierto muy arraigada, el desplazamiento efectivo de la ética clásica por la bioética.

No todos los expertos de la bioética aceptan que ésta signifique una ruptura de hecho con la ética. No en vano ética forma parte de la estructura material del término bioética. Pero aun en los casos en que se da por supuesto que la bioética es parte de la ética, o una forma nueva de hacer ética, no todos convienen en el modo. Hay acuerdo en que la bioética es marco de reflexión, en el sentido antes indicado, y método de análisis. Pero esto no basta. La bioética tiene que ser también, y sobre todo, un horizonte normativo. O, lo que es igual, tiene que ser capaz de ofrecer criterios de acción para compaginar el ejercicio de las libertades y la adopción de opciones, sobre todo sociales. Por ejemplo, determinar los límites de la investigación biomédica, si es que debe haberlos, o cómo llevar a efecto un programa de reproducción humana de laboratorio con determinadas personas y circunstancias.

¿Es lo mismo la inseminación *in vitro* homóloga que heteróloga?. ¿Es lo mismo practicar un diagnóstico prenatal con vistas a un seguimiento profesional del embarazo que con la intención de practicar el aborto en caso de que el feto no sea del sexo deseado o no reúna las condiciones raciales esperadas?. La bioética debería podernos ofrecer las pautas para resolver convenientemente esos conflictos concretos entre valores y deseos.

Pero tampoco aquí hay acuerdo. Algunos hablan de dos posiciones enfrentadas: la pragmática y la idealista. Para ser más exactos, digamos que es aquí donde se libra el duelo a muerte entre el pragmatismo de la ética dominante angloamericana y la ética clásica o moral filosófica más castiza, que se trata de borrar estratégicamente de nuestra cultura con la utilización sistemática del término bioética. La palabra clave de la posición pragmática es consenso. Se nos dice que hay que lograr un consenso lo más amplio posible sobre cuestiones de fondo, tales como la naturaleza del feto, el aborto, la eutanasia activa, el valor que se ha de reconocer a la vida de los disminuidos físicos o psíquicos y tantas cuestiones más por el estilo. La bioética debe ofrecer el foro adecuado para llegar a consensos prácticos y operativos siguiendo las reglas de juego que permitan el abanico más amplio de opciones éticas con el sacrificio mínimo de las conciencias.

Es la llamada *ética de mínimos*. Esta mentalidad o forma de entender la bioética queda reflejada en la definición siguiente: «*Bioética es la ciencia normativa del comportamiento humano aceptable en el ámbito de la vida y de la muerte*». El término aceptable es muy significativo. Supone

que la bioética debería centrar la atención en la búsqueda de un compromiso social sobre lo que se considera bueno o malo, dejando a un lado la reflexión ética clásica así como el derecho vinculado a la ética. Una vez más, la bioética termina imponiéndose como subversión de la ética racional filosófica y de la teología moral cristiana, tildadas de idealistas e inoperantes.

Mientras la postura anterior pone el acento en la vida como expresión biológica sin pasar por el filtro de la razón, los promotores de la corriente tildada de idealista destacan el significado de ética como expresión propia de la vida humana y su manifestación a través del correcto uso de la razón aplicada a la conducta. El respeto y desarrollo de la persona humana está en la base de esta forma de entender la bioética, que algunos matizan más diciendo que llaman bioética «a la búsqueda del conjunto de exigencias del respeto y de la promoción de la vida humana y de la persona en el sector biomédico».

La piedra angular de la bioética sería el respeto y protección de cada persona concreta en su libertad, autonomía y calidad de vida, siempre inviolable. Sus opositores acusan a esta postura de renunciar a buscar compromisos en los planos social y legal. También se ha dicho: «*La bioética es la actitud suprema y altruista del mamífero moral, cuando concede a la vida y a lo viviente sobre el Universo un valor trascendental y superior, protegiéndolos, conservándolos y estimulándolos, con responsabilidad para la libertad*». Una definición ésta grandilocuente y retórica en la que la vida es la piedra angular, pero con el inconveniente de su interpretación unívoca y el supuesto de la presunta primacía de la libertad sobre la vida misma.

Según el Diccionario de la Real Academia Española, la bioética (de bio- y ética es una «disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos». En esta definición se reflejan tanto el enfoque biomédico de Hellegers como el holístico o globalizador de Potter que ya conocemos. Por otra parte, la ética queda subordinada a la bioética y el concepto de vida es unívoco colocando la vida humana en el mismo nivel que la de las plantas y animales.

El *Oxford English Dictionary* de 1989 define la bioética como "*da disciplina que estudia los problemas éticos suscitados por los adelantos en el campo de la medicina y de la biología*". También aquí la ética queda supeditada a la bioética al tiempo que se pone el acento en las técnicas biomédicas como detonante de las novedades que han dado lugar a la nueva disciplina.

Según la edición de 1990 del *Third Barnhart Dictionag of Neav English*, la bioética es «*una disciplina que estudia las implicaciones éticas de la investigación biológica y sus aplicaciones médicas*». Mantiene, pues, la subordinación de la ética a la bioética en la línea del enfoque biomédico de Hellegers.

En el tomo I del *Vocabolario della lingua Italiana*, edición 1986, se encuentra la definición siguiente: «*Bioética (del inglés bioethics, compuesto de bio- vida y ethics ética). Disciplina constituida recientemente en el ámbito de las ciencias humanas integrando temas y exigencias de la ética, individual y social, y nuevos conocimientos médico-biológicos, que tiene como particular objeto de interés el comportamiento del individuo, del médico y de la sociedad en relación con los problemas que atañen: a la vida humana (manipulación genética, eugenesia, aborto preventivo y terapéutico), la muerte (casos de senilidad grave e irreversible, supervivencia vegetativa, eutanasia), la experimentación e intervención quirúrgica sobre el hombre y los animales (experimentación farmacológica, psicocirugía, vivisección), el crecimiento demográfico (control de natalidad, esterilización), la protección del equilibrio ecológico y del ambiente natural*».

En esta definición cabe destacar los aspectos siguientes:

- La bioética es una disciplina nueva perteneciente al campo de las ciencias humanas.
- Abarca prácticamente a toda la ética clásica e incorpora los avances biomédicos. La ética clásica, pues, queda englobada como parte de la bioética.

- Como problemas más específicos de la bioética menciona los que atañen directamente a la aplicación de las nuevas tecnologías a la vida humana, animal y vegetal. Prevalece, por tanto, el enfoque global potteriano con especial énfasis en el biomédico de Hellegers.

Otras definiciones más breves son las siguientes: «*Filosofía de la investigación y de la práctica biomédica*». El término filosofía está aquí por ética y las nuevas tecnologías están orientadas hacia la medicina, lo cual significa que prevalece el enfoque de Hellegers centrado en la vida humana como objeto específico de la bioética.

Según otro autor, la bioética es «*El sector o parte de la ética que estudia los problemas relativos a la tutela de la vida física y en particular las implicaciones éticas de las ciencias biomédicas*». Aquí la bioética queda englobada en el contexto de la ética y no al revés, como ocurre en otras definiciones anteriores. El centro de atención es la vida y los problemas éticos suscitados por los avances biomédicos. Se supone que la vida en cuestión es la humana física y nada dice de la vida psíquica. Prevalece el enfoque biomédico hellegeriano.

En la misma onda la bioética es definida también como «*La ética aplicada a los nuevos problemas que surgen en las fronteras de la vida*». Lo más destacable de esta definición es que se considera a la bioética como una parte integral nueva de la ética. Lo cual significa que la solución de los problemas bioéticos se ha de llevar a cabo desde los puestos de mando de la ética.

O bien así: Bioética es «*la ética particularmente centrada en los fenómenos de la vida orgánica del cuerpo, de la generación, del desarrollo, madurez y envejecimiento, de la salud y de la muerte*». La bioética, pues, sería la ética de siempre centrada ahora en el estudio y eventual solución de los serios problemas morales que actualmente se plantean en torno a la vida humana tratada con técnicas biomédicas avanzadas.

Algún autor define la nueva disciplina como «*la ciencia sistemática del hombre ético que indaga los ámbitos de la tecnogénesis del mundo biológico*». Esta definición es demasiado genérica y refleja más que nada el enfoque holístico potteriano, que ya conocemos.

MICROBIOÉTICA Y MACROBIOÉTICA

Ya hemos advertido que el término bioética tiende a suplantar a los términos clásicos ética y moral clásica, como se refleja en algunas de las definiciones que terminamos de presentar. En consecuencia, la microbioética sustituye a la ética individual, y la macrobioética a la ética general.

La bioética cubriría así toda la casuística personal que plantea el paciente con el personal biomédico y su impacto social. A la bioética correspondería estudiar y establecer el equilibrio de los derechos en cuestión y de las instituciones organizativo-legales que es necesario crear.

Tradicionalmente se hablaba de ética y derecho. Ahora se habla de bioética y bioderecho. En este contexto cabe decir dos palabras sobre los grandes temas o cuestiones puntuales que los tratadistas suelen incluir en sus tratados de bioética. Es la cuestión técnica sobre el objeto y las partes sistemáticas de la misma.

Algunos temas son aceptados por todos los tratadistas sin excepción. Por ejemplo, la manipulación genética en todas sus formas; la reproducción humana artificial de laboratorio en todas sus modalidades y con todas sus implicaciones técnicas; la experimentación en y con seres humanos desde los fetos hasta los cadáveres; la esterilización masculina y femenina por motivos diversos, sobre todo eugenésicos; el diagnóstico prenatal, eugenesia fetal, terapia génica y prácticas abortivas; reanimación, información clínica, medicación y eutanasia activa.

Otros tratadistas añaden a los anteriores temas el suicidio, los trasplantes de órganos humanos, la transexualidad y todas las cuestiones relativas a la política de organización y

funcionamiento de instituciones sanitarias. Pero existe una propensión muy fuerte a incluir en la bioética toda actividad relacionada con la vida humana susceptible de reflexión ética.

Entre esas actividades cabe destacar la contracepción en todas sus modalidades; el crecimiento demográfico y su control; la guerra y el desarrollo de las armas bioquímicas; las torturas penales, la pena de muerte, los desastres ecológicos, la biogenética vegetal y alimenticia y cuestiones relacionadas con el medio ambiente.

Actualmente nos hallamos ante una verdadera *macrobioética*, que campea por las cinco áreas siguientes:

- ***Campo de la ingeniería genética.*** Puede entenderse tanto en el orden de la terapia de enfermedades genéticas como en el de la manipulación indiscriminada de los genes humanos. Según el coloquio de Varna, la intervención genética implicaría la terapia de los genes, la selección de los clones o reproducción de individuos genéticamente idénticos y, por supuesto, el tratamiento de las enfermedades hereditarias.

- ***Campo de la reproducción humana,*** desde la consulta genética hasta la elección del sexo y la provocación del aborto, pasando por la inseminación artificial de laboratorio en todas sus formas posibles, desde la inseminación homóloga o intramatrimonial hasta la heteróloga más sofisticada mediante el tráfico o intercambio de embriones, natural o artificialmente obtenidos con fines reproductivos o meramente científicos, incluidas las técnicas de obtención de gametos, el almacenaje, congelación y descongelación del material genético y de embriones, así como los eventuales trasplantes o proceso de destrucción de gametos y embriones indeseados. Y todo esto sin olvidar la eventual comercialización de la maternidad o paternidad. En esta sección de la bioética entra toda la problemática derivada de la moderna planificación familiar y el uso de anticonceptivos y abortivos químicos para controlar la natalidad.

- ***Campo de los trasplantes orgánicos*** de un individuo a otro. Trasplantes de corazón, de riñones, fetales. Modificación de la conducta mediante la aplicación de electrodos. Igualmente los problemas relativos a los estados sexuales conflictivos y la transexualidad.

- ***Campo de la senescencia, eutanasia y distanasia.*** Reanimación, diagnóstico prenatal con vistas a la provocación del aborto, esterilización y contracepción eugenésica. Sin olvidar el suicidio, la pena de muerte, las drogas y toda suerte de enfermedades nuevas o no identificadas en el pasado, como el sida.

- ***Campo de la experimentación científica con seres humanos.*** Los expertos más lanzados tienden a no respetar la tradición secular de experimentar primero con plantas y animales con el fin de obtener el máximo de garantías clínicas en la promoción de la calidad de vida humana. Expresiones como material genético, embriones sobrantes, material de investigación científica y otras similares reflejan claramente lo que los expertos de la tecnobioética están haciendo o intentan hacer con el cuerpo humano, lo cual suscita problemas y estados de ánimo en la gente que requieren el establecimiento de normas de control y de instituciones sociales específicas mínimamente aceptadas por la opinión pública. La bioética se instala así en el lugar de la deontología médica y científica clásica dando lugar al bioderecho, que abarca a la legislación en materia de bioética y a todas las instituciones científico-sanitarias, cuales son clínicas, maternidades, laboratorios, planificación hospitalaria y comités éticos específicos.

La panorámica de cuestiones enumeradas, dentro de un elemental orden sistemático, es suficiente para hacernos una idea de lo que constituye hoy día el amplio y delicado campo de acción de esta nueva disciplina que llamamos bioética. Con la particularidad de que en determinados círculos muy influyentes los expertos ponen especial cuidado en evitar cualquier intento de codificación

deontológica al estilo clásico de la biomedicina, y más aún abordar las cuestiones desde presupuestos teológicos.

Por lo demás, su metodología pretende ser en exclusiva la impuesta por la tecnología científica y el diálogo interdisciplinar y social. De acuerdo con esta mentalidad, los expertos han reclamado con éxito normativas legales permisivas para las prácticas biomédicas, a cuya sombra proliferan las más diversas instituciones consagradas a la bioética.

Así las cosas, cabe hablar de microbioética y macrobioética. La primera se centra en sectores particulares como la ingeniería genética o la reproducción humana de laboratorio. El desarrollo colosal que está teniendo la nueva tecnología en esos campos contribuye a una mayor especialización y dedicación. De hecho, si no se dan más explicaciones, el término bioética nos hace pensar espontáneamente en asuntos relativos a la biotecnología aplicada a la manipulación genética y la reproducción humana de laboratorio, amén de cuestiones fronterizas sobre calidad de vida, salud, enfermedad, eutanasia y otras formas de propiciar la muerte humana.

Con el curso del tiempo se va imponiendo la macrobioética o bioética sin fronteras. Su inmenso horizonte apareció ya durante la década de los años setenta y se consolidó durante la de los años ochenta. La llamada sociobiología y las fascinantes perspectivas del Proyecto Genoma contribuyen poderosamente al predominio de la macrobioética.

DEFINICIÓN DESCRIPTIVA DE LA BIOÉTICA

Teniendo en cuenta todos los datos referidos en las páginas precedentes y las diversas definiciones de la bioética propuestas por diversos autores, proponemos la definición siguiente: ***Bioética es la ética de la vida humana sometida a técnicas biomédicas avanzadas, en todas sus etapas existenciales, respetando su dignidad y promoviendo su calidad.***

Desglosemos el significado exacto de esta definición:

1) Ética de la vida humana. Etimológicamente, bioética significa ética de la vida. Tomamos, pues, al toro por los cuernos partiendo del significado literal del término sin deformarlo, pero al mismo tiempo completándolo. Como hemos visto más arriba, en la mayor parte de las definiciones reseñadas se convierte a la ética en subsidiaria de la bioética. En el mejor de los casos, la ética sería un capítulo de la bioética.

Nosotros sostenemos que la ética es la matriz racional y epistemológica de la bioética y no al revés. Lo contrario nos llevaría a lo que algunos peligrosamente y sin ninguna razón convincente pretenden: desvincular la investigación científica con seres humanos y las prácticas biomédicas más indeseables del control de la razón, de la ley natural y más aún de la revelación divina.

También hemos observado, al poner la vida en el centro de atención de la bioética, muchos no especifican a qué especie de vida se refieren. En algunos casos es obvio que toman la vida en sentido universal y unívoco, metiendo a la vida humana en el mismo saco que la vegetal y animal. Otros autores ponen en primer término la vida humana, como objetivo principal del estudio y de las prácticas biomédicas, pero no hacen ascos en añadir otras cuestiones de carácter ecológico y zoológico. Terminan confundiendo la bioética con la biotecnología.

Nosotros sostenemos que es la vida humana en directo, así como las acciones científicas, farmacológicas y sanitarias sobre la misma, lo que constituye el objeto específico de la nueva disciplina denominada bioética. De esta manera se despeja la confusión entre bioética y biotecnología, lo que evita la tentación de tratar la vida física del hombre como chatarra de experimentación y especulación económica. La experimentación científica con seres humanos, por ejemplo, no se puede llevar a cabo lo mismo que con ratas. Ni parece razonable que la procreación humana se lleve a cabo

como si la especie bovina y humana fueran iguales. Para evitar estas lamentables confusiones aclaramos que la especie de vida que constituye el objeto formal de la bioética es la vida humana en directo así como las investigaciones y acciones biomédicas ordenadas a ella.

2) *Tratada con técnicas biomédicas avanzadas.* Por ejemplo, las técnicas de ingeniería genética que se están llevando a cabo en el proyecto genoma humano o las técnicas de fecundación in vitro. Rigurosamente hablando, el término bioética evoca inmediatamente esas y otras técnicas similares desconocidas en el pasado. Por supuesto que los buenos servicios de las comadronas tradicionales también son bioética y también los de los misteriosos boticarios. Pero hay que reconocer que el término bioética se aleja cada vez más de esas prácticas de ética vulgar y corriente. Consideramos que las técnicas biomédicas avanzadas, apoyadas a veces por ideologías malsanas, han sido el detonante histórico decisivo de la institución científica y social de la bioética en sentido estricto.

3) *En todas sus etapas existenciales.* Para legitimar legalmente las prácticas abortivas y con el pretexto de promocionar lo más posible la investigación científica, se han elaborado y establecido conceptos y distinciones preocupantes relativos a la naturaleza del embrión humano. Por ejemplo, se habla de fetos viables y no viables, embrión, preembrión, antes y después de la anidación del óvulo fecundado, antes y después de los 14 días de la fecundación, enfermedad irreversible y tantas otras expresiones eufemísticas.

Nosotros entendemos que ese establecimiento de etapas en la historia de un ser humano, desde que es fecundativamente encendido a la vida, es necesario desde el punto de vista cognitivo. El conocimiento humano de la realidad se realiza gradualmente por etapas, distinguiendo, analizando, sintetizando, razonando y deduciendo conclusiones. Pero, desgraciadamente, no es éste el caso cuando muchos bioeticistas hablan de etapas en la historia embrional, o de la vida antes y después de nacer.

La realidad es que con esas finuras dialécticas lo único que pretenden es autojustificarse para atentar contra la vida humana ya desde su irrupción inicial en la existencia. Esta actitud la hemos apreciado claramente durante los procesos de legalización del aborto y se fortalece cada día más bajo pretextos de investigación científica con embriones humanos. Volveremos sobre esta cuestión al hablar del estatuto científico y legal del embrión humano.

4) *Respetando su dignidad humana y promoviendo su calidad.* Queremos decir que cada vida humana concreta es un valor en sí mismo que no puede ser cuestionado por nadie. El hecho mismo de haber sido encendidos a la vida nos hace dignos o merecedores de ser respetados y ayudados para vivir. El fundamento ontológico de la dignidad humana es connatural al hecho mismo de existir. Ninguna persona humana tiene necesidad de justificar su existencia, por más que ésta sea dolorosa o infeliz. Como nadie en particular, ni ninguna institución social, tiene derecho a constituirse en estipulador del precio de la vida de los demás. El hecho mismo de existir es un valor en sí mismo, que, como una fecunda semilla, se desarrolla o se deteriora después, pero jamás desaparece mientras está encendida la luz de su vida, aunque sea en un voltaje vital de mínimos.

Esto significa que el derecho de cualquier ser humano a seguir existiendo, independientemente de su voltaje vital, viene dado por la existencia misma y no por el reconocimiento de sus semejantes. De ahí, insisto, que nadie está investido de poder para poner precio o decidir la suerte de la vida de los demás. El no reconocimiento de este principio ético elemental está en la base de todas las violaciones de derechos humanos. No se puede hablar de respeto a la dignidad humana donde se prejuzga o no se acata el simple y elemental hecho de vivir de los demás. Por lo mismo, tampoco puede invocarse el parecer de los demás para estipular la calidad básica de vida de una persona.