

CAPÍTULO SEGUNDO

FUNDAMENTACIÓN DE LA BIOÉTICA¹

I. LA GÉNESIS DE LOS PRINCIPIOS DE BIOÉTICA

En 1974 se crea en USA la llamada *Comisión Nacional*² para el estudio de los dilemas éticos relacionados con la experimentación en seres humanos. El nacimiento de esta Comisión respondía a la urgente necesidad de dar una respuesta ética ante el escándalo originado por el conocimiento de la realización de experimentos en humanos que eran éticamente objetables, al mismo tiempo que se pretendía abordar los dilemas suscitados 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”³ respetables en una sociedad plural. Al crearse esta Comisión no sólo se intentó que tuviese un carácter interdisciplinar -o mejor transdisciplinar- sino que estuviesen representadas personas

1. Para la elaboración de este capítulo me han servido de extraordinaria ayuda las aportaciones de JORGE JOSÉ FERRER en el Máster de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas, que han sido publicadas en forma de apuntes: **Introducción a los paradigmas teóricos en Bioética**, Madrid, 1999. Cf. FERRER, J. J. y ÁLVAREZ, J. C., **Para fundamentar la Bioética**, Madrid, 2003. En prensa.

—2. NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, Washington, D. C., U. S. Government Printing Office, 1979.

3. GRACIA, D., *Principios y metodología de la Bioética*, en **Quaderns Caps** nº 19 (1991) 9.

procedentes de distintos credos o cosmovisiones dentro de una sociedad tan plural como la estadounidense.

Surgió así el *Informe Belmont*⁴, que afirmó unas directrices éticas para el tema concreto de los ensayos clínicos en seres humanos, pero que, al mismo tiempo, delineó unos principios éticos operativos para abordar otros temas concretos de Bioética. En efecto, se constató que, en la base de las respuestas éticas, subyacían tres principios éticos, que forman parte de nuestra herencia cultural y que tienen su aplicación en otros ámbitos de la vida social: los principios de beneficencia, autonomía y justicia. Hoy ya es un tópico en las publicaciones de Bioética hacer referencia a los principios fundamentales de esta disciplina.

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 esos principios y a partir de procedimientos derivados de ellos. Se había llegado a la aceptación de tres 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”⁵. La función de tales principios 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”⁶.

La *Comisión Nacional* identificó tres principios generales fundamentales: respeto por las personas, beneficencia y justicia⁷. Según el *Informe Belmont*, el principio de respeto a las personas se apoya en dos convicciones morales fundamentales: 1) Se debe tratar a las personas como agentes autónomos y 2) se deben tutelar los derechos de las personas cuya autonomía está disminuida o comprometida. De estas convicciones se desprendería, siempre según el *Informe*, dos obligaciones morales: a) el reconocimiento de la autonomía ajena y b) la protección de las personas cuya autonomía está comprometida. Este reconocimiento del principio de autonomía ajena implica que las opciones de las personas autónomas sean respetadas, siempre y cuando no lesionen la auto-

4. Cf. Informe Belmont, publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el volumen *Ensayos Clínicos en España (1982-1988)*, Madrid, 1990, Anexo 4.

5. GRACIA, D., *Procedimientos de decisión en Ética Clínica*, Madrid, 1991, 31-33.

6. *Ib.*, pp. 31-32.

7. Es interesante el relato de Jonsen sobre cómo se llegó a los tres principios. Cf. JONSEN A. R., *The Birth of Bioethics*, Nueva York/Oxford, 1998, pp. 103-104.

mía y los derechos de terceras personas. El segundo principio, el de beneficencia, incluye también la obligación de no hacer el mal (la no-maleficencia). Finalmente, el tercer principio, el de justicia, se entiende desde la perspectiva de la justicia distributiva.

El *Informe Belmont* fue aprobado en 1978 y publicado en 1979. En este año 1979 surge una obra en que se van a articular esos principios enunciados por la *Comisión Nacional* y que será extraordinariamente importante en el ulterior desarrollo de la Bioética: la de **Tom L. Beauchamp** y **James F. Childress**, *Principles of Biomedical Ethics*⁸. Se ha dicho que sin esta obra, y el modelo que en ella se propone, no se puede entender la historia de la reciente bioética. De esta obra ha surgido una primera teoría ética, cuyos máximos representantes son los autores citados, aunque no los únicos. Se trata del *principlismo* (en inglés, *principlism*) que confiere a unos principios generales un lugar central en la aproximación a los problemas bioéticos y que constituyen como la fuente y fundamento de otras normas más específicas⁹.

II. EL PRINCIPIALISMO

Como acabamos de indicar, la propuesta filosófica de **Beauchamp** y **Childress** se inspira en el *Informe Belmont*, desarrollando y profundizando su intuición fundamental y ampliando el campo de acción de los principios, que ya no se limitan al ámbito de la investigación en humanos, que era el objetivo de la *Comisión Nacional*, sino a toda la actividad biomédica. De estos autores procede la articulación de los ya famosos principios de Bioética que pasamos a estudiar de forma pormenorizada.

8. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Nueva York/Oxford, 1994, 4.^a ed. (Debe subrayarse que las sucesivas ediciones, 1979, 1983, 1989, 1994 son ediciones nuevas, en las que se toman en cuenta las críticas planteadas al modelo, y no son, por tanto, meras reimpresiones). La traducción española de la 4.^a edición de 1994 se titula *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona, 1999 (2.^a ed.).

9. Sobre el principlismo existe una abundante bibliografía crítica: DUBOSE, E. R., HAMEL, R. y O'CONNELL, L. J. (Eds.), *A Matter of Principles? Ferment in U. S. Bioethics*, Valley Forge (PA), 1994. También es útil el fascículo de septiembre de 1995 (Vol. 5, n.º 3) del *Kennedy Institute of Ethics Journal*, que lleva por título: *Theories and Methods in Bioethics: Principlism and Its Critics*. Véase también los artículos de CLOUSER, K. D. y GERT, B., *A Critique of Principlism*, en *The Journal of Medicine and Philosophy* 15 (1990) 219-236; GREEN, R., *Methods in Bioethics*, en *Ib.*, pp. 179-197; JONSEN, A. R., *Of Balloons and Bicycles, or the Relationship Between Ethical Theory and Practical Judgment*, en *Hastings Center Report* 21 (1991) n.º 5, 14-16.

1. Principio de autonomía

El *Informe Belmont* 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”¹⁰, 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 respeto de su decisión. El respeto por la autonomía juega un papel central en la teoría de **Beauchamp** y **Childress**, así como en la bioética contemporánea en el contexto de la toma de decisiones en el ámbito biomédico.

Para que una persona pueda actuar de forma autónoma, se exigen tres condiciones básicas: que el agente moral actúe a) intencionalmente; b) con comprensión del significado de su acción; y c) sin influencias externas que determinen o controlen su acción. Mientras que la intencionalidad no admite grados, la comprensión y la libertad de controles externos sí los admiten. Por tanto, podemos afirmar que existen diversos grados de autonomía en las acciones humanas. Éstas pueden ser más o menos autónomas. Ciertamente, no es fácil determinar en qué consiste una “comprensión substancial” o una “libertad substancial de controles externos”, pero es posible establecer ciertos “umbrales” (*thresholds*) razonables que permitan hablar de autonomía en las decisiones.

Por otra parte, no es lo mismo ser autónomo que ser respetado como un sujeto autónomo -que es lo que está especialmente en juego en el principio bioético de autonomía. El respeto por la autonomía exige que se reconozca: a) el derecho de la persona que es capaz de decidir autónomamente a tener sus propios puntos de vista; b) a hacer sus propias opciones y c) a obrar en conformidad con sus valores y creencias.

10. Cf. GRACIA, D., *Procedimientos de decisión en Ética...* p. 32.

Expresado negativamente, el principio de respeto por las personas y su autonomía exige que las acciones autónomas de las personas no sean sometidas por otras a controles externos que las limiten o las impidan. Se trata de un principio *prima facie*, es decir, que obliga “en principio” o “en igualdad de condiciones”, pero que puede ser limitado por otras consideraciones morales en situaciones de conflicto. Es claro que se puede limitar la autonomía, cuando entra en conflicto con otros valores éticos o con la autonomía de otras personas, ya que aquélla no constituye el único valor o principio a tener en cuenta.

Este 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*, a las que ya hemos aludido anteriormente en el capítulo dedicado a la historia de la Bioética. Por debajo del concepto de *consentimiento informado*, central en estas *Cartas*, está el reconocimiento de la autonomía, de la capacidad de decisión del paciente¹¹. 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 enferma. Significa la superación de esa inclinación a convertir al paciente en un menor de edad, al que se tendía 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 consecuencia de las características de la cultura de aquel país y, así, en las inevitables tensiones con el principio de beneficencia, se tiende a dar más relieve a la autonomía del enfermo. Un ejemplo paradigmático de esta tensión sería el conflicto entre la tendencia de los profesionales sanitarios a hacer una transfusión sanguínea a un testigo de Jehová -principio de beneficencia- y el respeto a la persona cuyas convicciones religiosas le impiden aceptar dicha transfusión -principio de autonomía¹².

El principio de autonomía no aparecía de ninguna forma en el *Juramento de Hipócrates* y apenas fue recogido en los *Códigos Deontológicos*, salvo en los recientes. Tampoco hay nada en la *Declaración de Ginebra* que refleje la consideración de este principio. Por ello es evidente que la

11. Cf. GRACIA, D., *Fundamentos de Bioética*, Madrid, 1989, 121-197.

12. GRACIA, D., *Los derechos de los enfermos*, en GAFO, J. (Ed.), *Dilemas éticos de la Medicina actual*, Madrid, 1986, 66-69.

línea ética hipocrática tenía una mínima 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 debían 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 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 harían a sí mismos y haz por ellos lo que te has puesto de acuerdo mutuamente en hacer”¹³. 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.

2. Principios de no-maleficencia y beneficencia

Tanto el principio de no-maleficencia, como el de beneficencia, sí están presentes en el *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 *primum non nocere*, “ante todo, no hacer daño”¹⁴. **Beauchamp** y **Childress**¹⁵, matizando al *Informe*

13. ENGELHARDT, H. T., Jr., *Los fundamentos de la Bioética*, Barcelona, 1995, 138.

14. Ver GRACIA, D., *Primum non nocere: El principio de no-maleficencia como fundamento de la Ética médica* (Discurso de Ingreso en la Real Academia de Medicina), Madrid, 1990.

15. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., *Principios de Ética...* p. 180.

Belmont, consideran que el principio de no-maleficencia es un principio independiente del de beneficencia, ya que el deber de no dañar es más obligatorio e imperativo que el que exige promover el bien del enfermo -y lo formulan como “no se debe causar daño o mal”¹⁶. 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 no-maleficencia 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: “Del daño y la injusticia le preservaré. No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia”; “absteniéndome de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres, ya mujeres, esclavos o libres”; “lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callará teniéndolo por secreto”. El *Juramento* recoge la obligación de no hacer daño, junto a la de hacer el bien: “Haré uso del régimen de vida para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender. Del daño y de la injusticia le preservaré”¹⁷.

El 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”. Afirma *la obligación de no hacer daño intencionalmente*. Este principio es, sin duda, básico en la vida moral y ya lo recogía la tradición cristiana medieval en su “haz el bien y evita el mal”, como principio básico o primario de la ley natural.

Beauchamp y **Childress** distinguen, por tanto, el principio de no-maleficencia del principio de beneficencia. Las obligaciones negativas del principio de no-maleficencia, que nos prohíbe hacer daño, son claramente distintas de las obligaciones positivas que nos impone el principio de beneficencia (por ejemplo, comparte tus bienes con el necesitado). Estos autores sostienen que las obligaciones de no-maleficencia

16. *Ib.*, p. 181.

17. La traducción citada del Juramento de Hipócrates está tomada de GRACIA, D., *Fundamentos...*p. 46.

vinculan con mayor fuerza que las obligaciones de beneficencia. La forma lógica de las obligaciones de no-maleficencia sería: “No hagas X”. Se trataría siempre de prescripciones negativas, que prohíben una determinada acción o conducta.

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, sobre todo, en su exigencia de que “al visitar una casa, entraré en ella para bien de los enfermos”. La antes citada *Declaración de Ginebra* (1948) sintetiza de forma lapidaria este principio tradicional de la praxis médica al afirmar que “la salud de mi paciente será mi primera preocupación”.

La vida moral va ciertamente más allá de las exigencias del respeto a la autonomía ajena y de la no-maleficencia. En efecto, además de respetar a los demás en sus decisiones autónomas y de abstenernos de hacerles daño, la moralidad también postula que contribuyamos a su bienestar. En ese sentido, el principio de beneficencia exige que realicemos actos positivos para promover el bien y la realización de los demás.

Sin embargo, la vida moral es compleja, ya que los beneficios no suelen darse en forma “químicamente pura”. Generalmente la acción benéfica conlleva también costes y riesgos. Por eso, **Beauchamp** y **Childress** opinan que es indispensable tener, junto al principio de beneficencia positiva, otro principio que nos ayude a la hora de poner en la balanza los costes y los beneficios: el principio de utilidad, no entendido en el sentido de la tradición utilitarista, sino como la ponderación de los beneficios e inconvenientes que surgen de una determinada acción.

Algunos autores sostienen que no existen obligaciones de beneficencia en sentido estricto, por lo que la beneficencia sería un ideal moral, pero nunca una genuina obligación. **Beauchamp** y **Childress** señalan, en primer lugar, que, aunque no hubiese acciones benéficas obligatorias, la beneficencia ocuparía un puesto de honor en la vida moral. Sin embargo, salta a la vista que normalmente no estamos obligados a realizar actos heroicos, aunque sean muy beneficiosos para los demás, y que no se puede actuar continuamente haciendo el bien. En todo caso, afirman la obligatoriedad de algunas acciones de beneficencia. Citan en concreto¹⁸:

18. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J., *Principios de Ética...* p. 248.

1. Proteger y defender los derechos de otros;
2. Prevenir que suceda algún daño a otros;
3. Suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio a otros;
4. Ayudar a las personas con discapacidades;
5. Rescatar a las personas en peligro.

En una comparación entre los dos principios, debe subrayarse que las normas morales basadas en el principio de no-maleficencia: a) son prohibiciones negativas; b) se deben obedecer imparcialmente; c) pueden dar pie para establecer prohibiciones sancionadas por la ley. Por el contrario, las obligaciones de beneficencia: a) imponen acciones positivas; b) no siempre exigen una obediencia imparcial; c) en pocas ocasiones dan pie para el establecimiento de obligaciones sancionadas por la ley. Las obligaciones de no-maleficencia prohíben hacer el mal universalmente, no podemos dañar a nadie. Se trata de obligaciones perfectas, que exigen un cumplimiento imparcial y que obliga con respecto a cualquier persona. Sin embargo, la beneficencia permite que se favorezca a las personas con las que se tiene una relación especial. Expresado de otra forma, las obligaciones de beneficencia son *imperfectas* -las que uno se puede exigir a sí mismo, sin que los demás me las puedan reclamar- mientras que las de no-maleficencia son *perfectas*, ya que son estrictamente exigibles.

Por otra parte, el que las obligaciones de beneficencia sean imperfectas y usualmente no tengan suficiente fuerza para dar fundamento a una exigencia legal, no significa que sean meros ideales morales: son verdaderas obligaciones morales, que podrían llegar a sobrepasar obligaciones basadas en el principio de no maleficencia. Por ejemplo, si el infligir un pequeño mal a un número reducido de personas es el coste para la consecución de un gran bien social, tal como ocurren en algunas campañas de vacunación obligatoria de niños.

El principio de beneficencia puede concretarse de la siguiente forma: Cuando no existen relaciones particulares (contratos, deberes profesionales, amistad, relaciones familiares...), una persona (X) tiene una obligación determinada de beneficencia hacia una persona (Y) si y sólo si se cumplen cada una de las siguientes condiciones (admitiendo que X es consciente de los hechos relevantes)¹⁹:

19. Ib., pp. 251-252.

- Y está expuesto al riesgo de una pérdida significativa o de un perjuicio para su vida o su salud o para algún otro interés principal.
- La acción de X es necesaria (sola o junto a otras) para prevenir esta pérdida o perjuicio.
- La acción de X (sola o junto a otras) tiene una alta probabilidad de prevenirlo.
- La acción de X no representará riesgos, costes o cargas significativas para X.
- El beneficio que Y puede esperar obtener supera cualquier perjuicio, coste o carga en la que es probable que incurra X.

Beauchamp y **Childress** sostienen que cuando se dan estas cinco condiciones, todas y cada una de ellas, existe una obligación de beneficencia, aun en ausencia de relaciones particulares (es decir, aun cuando no existan obligaciones de *beneficencia específica*, como acontece, por ejemplo, en los entornos familiares). 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 “samaritano mínimamente decente”, y no “el buen samaritano”²⁰. 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.

Por otra parte, 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 sacerdote²¹. Se ha exigido del médico 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 vocacional²². Incluso el profesional de la salud debe estar dispuesto a asumir riesgos para luchar contra la enfermedad -un tema que ha adquirido una gran actualidad en relación con la irrupción del virus del SIDA y que abordaremos más adelante en el capítulo dedicado a este tema.

20. *Ib.*, p. 257.

21. GRACIA, D., *Fundamentos* ... pp. 41-45.

22. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, Nueva York/Oxford, 1988; PELLEGRINO, E. D., *Toward an Expanded Medical Ethics: The Hippocratic Ethics Revisited*, en BULGER, R. J. (Ed.), *Hippocrates Revisited: A Search for Meaning*, Nueva York, 1973.

Sin embargo y especialmente en el ámbito estadounidense, pesa hoy una especial sospecha sobre el principio de beneficencia por su inherente componente de “paternalismo”, que lleva a convertir al enfermo en un menor de edad. La gran crítica contra el principio de beneficencia es ese peligro de paternalismo: 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. Por eso se habla hoy del principio de beneficencia de nivel 2, es decir, que tenga en cuenta la autonomía del enfermo, ya que actuar “beneficentemente”, sin tener en cuenta cuál es la opción del paciente, es verdaderamente realizar una acción maleficente para éste.

Pero también es claro que en 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 y como indicamos anteriormente, 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 afirmar que es obligatorio.

3. El principio de justicia²³

Es el tercer principio formulado por el *Informe Belmont*, que lo entiende desde la *justicia distributiva*. En el ámbito biomédico la dimensión -o “especie”- de la justicia que nos interesa más es la *justicia distributiva*, que se refiere, en sentido amplio, a la distribución equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades o cargas entre los miembros de la sociedad. Para determinar si la distribución de cargas y beneficios es justa, es preciso recurrir a criterios de justicia que nos puedan guiar en esa distribución. Los criterios de justicia pueden ser formales o materiales.

El concepto de justicia, tradicionalmente atribuido a Aristóteles, se formula así: *casos iguales se deben tratar igualmente y casos desiguales se deben tratar desigualmente*. Para definir este principio de la Bioética se ha acudido también a la vieja definición del jurista romano **Ulpiano** del siglo III, recogida por Justiniano: *Justitia est constans et perpetua voluntas*

23. Cf. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J., **Principios de Ética...** pp. 311-378.

ius suum cuique tribuens, “dar a cada uno su derecho”²⁴. Estamos ante un principio formal ya que carece de contenidos concretos. No nos indica desde qué punto de vista los casos son o deben ser iguales, ni nos da criterios para determinar la igualdad. Simplemente nos dice que las personas que sean iguales en cuanto a las características o circunstancias relevantes en la situación, deben recibir un trato igual. El problema obvio con este criterio es su falta de contenido concreto. Por eso, es insuficiente por sí solo. Para poder asegurarnos que estamos obrando en conformidad con las exigencias de la justicia distributiva necesitamos contar con *principios materiales de justicia distributiva*.

Beauchamp y **Childress** citan algunos principios materiales de justicia distributiva que se encuentran en la literatura ética²⁵:

- A cada persona una parte igual.
- A cada persona de acuerdo con la necesidad.
- A cada persona de acuerdo con el esfuerzo.
- A cada persona de acuerdo con la contribución.
- A cada persona de acuerdo con el mérito.
- A cada persona de acuerdo con los intercambios del libre mercado.

Beauchamp y **Childress** piensan que sería plausible defender que cada uno de estos principios materiales recoge una obligación *prima facie*, cuya fuerza vinculante no puede valorarse adecuadamente sin tomar en cuenta las circunstancias particulares o la esfera de la vida en la que el principio se va a aplicar.

Los criterios materiales son necesarios porque identifican las propiedades o características relevantes para tener derecho a participar en una determinada distribución de beneficios o de responsabilidades (o cargas). Al menos, está claro que cualquier distribución de beneficios o de cargas sería injusta si hace distinciones entre personas o clases de personas que son iguales en cuanto a las características que se han determinado como relevantes para la situación en cuestión. También sería injusto dejar de hacer las distinciones de rigor cuando se presenta la desigualdad respecto a las propiedades relevantes, es decir cuando casos desiguales no reciben un trato desigual.

En una formulación especialmente significativa en el ámbito biomédico, se ha definido el principio de justicia como: “casos iguales requie-

24. Cf. GRACIA, D., *Fundamentos...* p. 285.

25. Cf. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J., *Principios de Ética...* p. 315.

ren tratamientos iguales”, sin que se puedan justificar discriminaciones, en el ámbito de la asistencia sanitaria, basadas en criterios económicos, sociales, raciales, religiosos...²⁶ 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, fuese *omnisciente* -que conociese todos los datos; *omnipercipiente*- capaz de percibir todos 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, sin embargo esta implicación no le debe condicionar²⁷. Es una figura que puede ser válida en casos como en el 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 afectados por el SIDA, cuando el tratamiento, primero con AZT y posteriormente con la llamada *terapia triple*, es sumamente costoso?

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* al afirmar: “No permitiré consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido político o categoría social para mediar entre mi deber y mi paciente”.

El *Informe Belmont*, como ya vimos, definía este principio como “imparcialidad en la distribución” de los riesgos y 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

26. Cf. GRACIA, D., *Fundamentos* ... pp. 285-293.

27. Ver FIRTH, R., *Ethical Absolutism and Ideal Observer*, en *Philosophy and Phenomenological Research* 12 (1952) 331-341; BRANDT, R. B., *A theory of the Good and the Right*, Oxford, 1979; RAWLS, J. A., *Teoría de la justicia*, México D.F./ Madrid/ Buenos Aires, 1979, 214-217.

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 -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 30 años, de que es posible el diálogo y hablar un lenguaje común al abordar la compleja problemática de la Bioética, y que se puede percibir en dónde se sitúan los puntos de discrepancia.

4. Valoración del principialismo

1. Al finalizar sus sesiones la *Comisión Nacional*, fue creada una nueva Comisión, la *Presidencial*, cuyos miembros intentaron inicialmente ponerse de acuerdo sobre los principios éticos que iban a aplicarse para responder a los dilemas concretos y en cómo fundamentar esos mismos principios. Este intento llevó a un *impasse*, a una imposibilidad de encontrar un acuerdo. El buen sentido pragmático estadounidense impulsó a los miembros de la Comisión Presidencial a dejar de lado esta problemática básica para centrarse en los temas concretos para los que se les pedía una respuesta²⁸. 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 la Comisión.

Más aún, el bioeticista americano **J. Drane** ha llegado a afirmar que “la Bioética salvó a la Ética” en USA, ya que los especialistas 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, los movimientos contraculturales de los *campus* universitarios...). 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 concreta²⁹.

28. Cf. DRANE, J. F., *La Bioética en una sociedad pluralista. La experiencia americana y su influjo en España*, en GAFO, J. (Ed.), **Fundamentación de la Bioética y manipulación genética**, Madrid, 1988, 96-98.

29. DRANE, J. F., *La Bioética en una sociedad pluralista...* pp. 88-89.

2. ¿Es posible una jerarquización entre estos cuatro principios? Coincidiendo con **D. Gracia**³⁰ 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 un cierto grado, a los anteriores. Los dos primeros principios se sitúan al nivel de una “ética de mínimos” que debe respetar toda sociedad y que tienen siempre sus repercusiones jurídicas³¹.

3. Ciertamente sigue en pie el tema de cómo se fundamentan en último término 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 los mismos principios éticos que rigen la vida social y sobre los 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.

4. Coincidimos con **J. Ferrer** al afirmar que “los principios enunciados por estos autores son irrenunciables, hoy por hoy, para la reflexión bioética”³². Lo que han hecho **Beauchamp** y **Childress** ha sido recoger en una propuesta coherente los principios reconocidos y formulados desde antiguo por las tradiciones filosófica y teológica de Occidente. La afirmación de los cuatro principios es, hoy por hoy, irrenunciable porque son los valores más sólidos y generales, con un amplio consenso social, para fundar el edificio de una teoría ética. Por otra parte, el principialismo no excluye, sino que incluso exige, que se complemente con

30. Cf. GRACIA, D., *Primum non nocere*... pp. 81-82.

31. GRACIA, D., *Principios y metodología*... pp. 15-16.

32. FERRER, J., *Introducción a los paradigmas*...

otras teorías éticas de las que hablaremos enseguida. Se trata de una posición que puede calificarse como “deontologismo moderado” o una mezcla de deontologismo y utilitarismo, o un “utilitarismo mitigado”.

III. OTRAS TEORÍAS ÉTICAS

El tema que estamos desarrollando es extraordinariamente amplio y complejo. Presentarlo en toda su complejidad desborda los límites de esta publicación. Nos hemos centrado en el principialismo, por ser la teoría ética que posee una mayor aceptación y cuya aportación se ha hecho imprescindible en los actuales debates de Bioética. Además, es compatible con otras teorías que han surgido en estos años y que pueden complementar las limitaciones inherentes a la postura de **Beauchamp** y **Childress**. Lo que nos proponemos en este apartado es hacer una breve síntesis de las más importantes.

1. El casuismo

Esta teoría ética³³, que ha sido propuesta dentro de la Bioética, cuenta con una amplia historia dentro de la tradición católica. El casuismo ha surgido, paradójicamente y como ya dijimos, cuando esa tradición estaba siendo abandonada en los estudios de teología. La casuística, como paradigma o modelo de razonamiento moral, floreció a partir del siglo XVI, en una época de cambios radicales, en que se descubren mundos y pueblos nuevos, la economía evoluciona de forma muy importante y se rompe la unidad religiosa de la sociedad medieval... Aunque el fuerte énfasis en el estudio de casos tuvo consecuencias negativas sobre la teología moral, sin embargo aportó, como subraya **Keenan**, un elemento positivo: *la atención al caso particular* y a las circunstancias concretas de cada situación³⁴.

33. La teoría ética del casuismo la exponen JONSEN A. R. y TOULMIN S., **The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning**, Berkeley, 1988. Ver también FLETCHER, J. C., MILLER, F. G. y SPENCER, E. M., *A Case Method in Planning for the Care of Patients*, en FLETCHER, J. C. et al. (Eds.), **Introduction to Clinical Ethics**, Frederick (Md.), 1995, 19-36; JONSEN, A. R., *An Alternative or Complement to Principles?*, en **Kennedy Institute of Ethics Journal** 5 (1995) 237-251; KEENAN, J. F., *The Return of Casuistry*, en **Theological Studies** 57 (1996) 123-139; TOULMIN S., *Casuistry and Clinical Ethics*, en DUBOSE, E. R., HAMEL, R. y O'CONNELL, L. J. (Eds.), **A Matter of Principles? Ferment...** pp. 310-318. Cf. además KEENAN, J. F. y SHANNON, T. (Eds.), **The Context of Casuistry**, Washington, D.C., 1995.

34. KEENAN, J. F., *The Return of Casuistry...* pp. 126-127.

El casuismo tiene sus raíces en la vieja ética aristotélica. **Aristóteles** consideraba que no tenemos un conocimiento general o “teórico”, ciencia o *episteme*, en todos los campos. Cuando se trata de las acciones humanas captamos con mayor precisión los datos particulares que los datos generales que podríamos usar para fundamentarlos. La ética y la política son, para Aristóteles, campos prácticos y no teóricos, en los que se debe proceder bajo la guía de la prudencia sin aspirar al conocimiento teórico propio de la ciencia. **Jonsen y Toulmin** reasumen esta distinción entre teoría y práctica -conocimiento teórico y conocimiento práctico- afirmando que, mientras el conocimiento teórico, que se da en geometría, es *ideal, atemporal y necesario*, el conocimiento práctico es *concreto, temporal y probable* y a lo que se puede aspirar es a respuestas guiadas por la prudencia, la *frónesis* aristotélica.

La ulterior reflexión filosófica occidental, fascinada con el conocimiento teórico -ideal, atemporal y necesario- infravaloró el conocimiento práctico, incluso en el caso de la ética. Hoy existe, por el contrario, una actitud mucho más humilde sobre las posibilidades del conocimiento teórico. Incluso las teorías científicas no pretenden tener hoy la absoluta certeza a la que aspiraban los filósofos griegos y en la que creían los ilustrados desde el siglo XVIII. La misma medicina ya no aparece como un conocimiento teórico, sino que tiene que recurrir a la misma virtud de la prudencia, *frónesis*, con la que Aristóteles se aproximaba a la ética, ya que el juicio clínico es siempre práctico, prudencial, como lo es el juicio moral. Y debe proceder por *analogía*, comparando cada caso clínico con un caso paradigmático o con casos precedentes similares.

Precisamente, la teoría ética de **Jonsen y Toulmin**, va a subrayar la gran importancia de los *casos paradigmáticos*, que se toman como punto de partida, ya que la solución ética que se ha conseguido se aplica con posterioridad a situaciones similares, siempre teniendo en cuenta la diversidad de cada caso. Es muy importante subrayar que el método casuístico no niega el valor de los principios y de las normas morales, sino que procura aplicar con discernimiento los principios a la nueva situación, es decir, tomando en serio las circunstancias concretas del caso nuevo y la evaluación ponderada de las posibles soluciones.

La teología casuista había enumerado un análisis de las circunstancias que especificaban cada caso³⁵. **Jonsen** las resume más sucintamen-

35. MERKELBACH, B. H., *Summa theologiae moralis...*, t.1, París, 1942, 102.

te en cinco: *quién, qué, por qué, cuándo y dónde*³⁶. De esta forma, la teoría ética del casuismo recupera la atención a lo particular, a las circunstancias, que tienen tan gran importancia para el análisis moral de los casos clínicos, aplicando la misma metodología a los dilemas bioéticos.

El procedimiento previsto por **Jonsen** y **Toulmin** se basa en la convicción de que ningún dilema ético es tan nuevo que no tenga términos de comparación con otra situación para la que se ha encontrado una respuesta moral. Ciertamente reconocen el valor de los principios o normas morales, pero se centran en la valoración de cada caso en toda su complejidad, subrayando las semejanzas y divergencias respecto del caso paradigmático.

Por eso y para los dos autores que estamos estudiando, la casuística no es una alternativa a la teoría de los principios. Éstos constituyen como el armazón o la estructura del edificio moral: la beneficencia, la veracidad, el respeto a las personas y la justicia son inevitables en todo discurso moral. Pero, sin la casuística queda vacía la substancia concreta de la vida moral. También debe tenerse en cuenta y como ha escrito

L. Feito, “la aproximación casuista ha tenido un gran éxito debido a la fuerte raigambre de los modelos de corte consecuencialista en el mundo anglosajón”³⁷.

Ciertamente el análisis de los casos particulares es uno de los elementos esenciales de la reflexión ética, ya que los casos ponen a prueba los principios y las normas morales, obligándonos a refinar nuestros análisis morales. En todo caso, parece que hay que reconocer una prioridad a los principios, pero el verdadero análisis moral debe ir en la doble dirección: de los principios a los casos y de éstos a aquéllos. Por lo tanto, es preciso decir que principialismo y casuística no son aproximaciones alternativas a los dilemas morales. Son, más bien, complementarias. Ilustran aspectos diversos, pero no opuestos, de la vida moral. Según **L. Feito** se trata de una bioética secular compuesta de “dos momentos: uno principialista, de corte deontológico, y otro consecuencialista, de corte teleológico. Pero, además, trabaja en dos perspectivas: la de fundamentación, que intenta buscar mínimos universalizables, y la aplicación, que exige un procedimiento”³⁸.

Beauchamp y **Childress**, así como otros autores, han criticado al casuismo su pretensión de que existen casos que hablan por sí mismos.

36. JONSEN, A. R., *Casuistry: An alternative or...?*, p. 243.

37. FEITO, L., *Panorama histórico de la Bioética*, en **Moralia** 20 (1997) 478-479.

38. *Ib.*, p. 480.

No existen casos que, considerados en sí mismos, nos proporcionen los criterios o principios morales que sirvan de guía para la ponderación de las situaciones. Van a ser precisamente las normas generales las que nos permiten, al menos en parte, una aproximación significativa para el análisis moral.

Por otra parte, surge la pregunta sobre cómo se resuelven las divergencias existentes entre los casos. Para ello se hace necesario el recurso a los principios y normas morales generales. Sin embargo debe reconocerse, como lo ha mostrado de forma paradigmática, el reciente desarrollo de la Bioética, la gran importancia de la aproximación del casuismo, por lo que esta metodología juega un papel privilegiado en esta disciplina.

2. La teoría ética de la virtud

Ante todo y como dijimos respecto del casuismo, se trata de una teoría ética que es complementaria de las anteriores³⁹. Los representantes más destacados de la ética de la virtud en Bioética -el llamado *paradigma areteico*⁴⁰- son **Edmund Pellegrino**, de la Universidad de Georgetown y **David C. Thomasma**, de la Universidad Loyola de Chicago.

La reflexión de estos autores se inscribe en un movimiento más amplio de recuperación de las virtudes en el pensamiento ético reciente, volviendo a ocupar el papel importante que tuvieron en la tradición moral **Sócrates, Platón, Aristóteles, Tomás de Aquino...** En el planteamiento del último autor, con su gran repercusión en la ulterior tradición cristiana, las virtudes son disposiciones habituales que inclinan a la persona a llevar a cabo las acciones que la orientan hacia el fin último de la vida humana. Las virtudes no sólo hacen buenas las obras, sino que, más importante aún, hacen buena a la misma persona. Las virtudes morales naturales se adquieren por la práctica -por el ejercicio repetido de actos conforme a la virtud.

Este planteamiento de la ética, centrado en las virtudes y característico de la ética mediterránea, va a desaparecer en el pensamiento moral

39. Sobre este modelo de teoría ética, cf. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **The Virtues in Medical Practice**, Nueva York/Oxford, 1993; PELLEGRINO, E. D., *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions*, en **Kennedy Institute of Ethics Journal** 5 (1995) 253-277; PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy of the Healing Professions**, Nueva York, 1981; **For the Patient's Good...**

40. *Areté* significa en griego virtud.

postmedieval, incluso en la teología. Un papel importante en este desvanecimiento van a jugarlo las críticas de **Maquiavelo** y **Hobbes**. Sin embargo, la ética contemporánea ha conocido un renacer de la ética de las virtudes, donde la aportación de **Alasdair MacIntyre** tiene un papel fundamental⁴¹. Se ha iniciado una línea de pensamiento en torno a la virtud que aparece en otros autores, como **Philippa Foot** y **Stanley Hauerwas**.

Dentro de esta línea de recuperación de las virtudes y del pensamiento de **Aristóteles** y **Tomás de Aquino**, se encuentra la propuesta de **Pellegrino** y **Thomasma**: “Por lo general adoptaremos la posición realista tomista en la presentación detallada de las virtudes, aunque también adoptamos selectivamente puntos de vista de otros pensadores, como lo hemos hecho en nuestros trabajos previos sobre la filosofía de la medicina”⁴². Esta opción por la filosofía tomista refleja también las raíces católicas de los dos autores.

Su punto de partida es la naturaleza humana común, como el fundamento que nos permite avanzar afirmaciones generales acerca del ser humano, tanto en medicina como en ética. Es esa humanidad la que posibilita el diálogo racional en una sociedad plural. Es importante subrayar que **Pellegrino** y **Thomasma** no hacen una fundamentación filosófica de su presupuesto, sino que se limitan a explicitarlo, ya que consideran que esto es suficiente para elaborar una ética de las virtudes en el campo biomédico -que es en el que únicamente centran su reflexión. En alguna forma reflejan un planteamiento similar al que estuvo en la base del *Informe Belmont* que, como antes dijimos, no pretendía dar una fundamentación metafísica o metaética.

La gran dificultad actual para una ética de la virtud es que exige, como presupuesto, una común comprensión del bien humano, del *telos* o fin de la vida humana, en una situación plural bien distinta de la del mundo griego o del cristianismo medieval. Cuando nuestros autores afirman que “las virtudes son rasgos que hacen a la persona buena y que la capacitan para hacer su trabajo bien”⁴³, lo están afirmando en una situación en donde no existe un consenso ni sobre la “persona buena”, ni sobre el bien hacer, ni cuál es el ideal de vida buena para el

41. MACINTYRE, A., *Tras la virtud*, Barcelona, 1994. Ver también *Justicia y racionalidad*, Barcelona, 1994; *Tres versiones rivales de la ética*, Madrid, 1992. Para una introducción general al pensamiento de **MacIntyre**, cf. MATTEINI, M., *MacIntyre e la rifondazione dell'etica*, Roma, 1995.

42. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C. *The virtues...* XIII.

43. *Ib.*, p. 5.

hombre. Incluso **Pellegrino** y **Thomasma** se hacen eco de esta dificultad, a la que reconocen no poder responder.

Sin embargo, consideran que la formulación de una ética de las virtudes en el ámbito de la ética profesional parece ser una empresa alcanzable. La razón más importante para ello es su convicción de que, en el campo de la ética médica, sí es posible alcanzar un *consenso*, un acuerdo acerca del bien o de la finalidad que persigue la profesión sanitaria. Por ello, se van a limitar a elaborar exclusivamente una ética médica.

Afirman que existen tres factores constitutivos de la medicina que hacen de ella necesariamente una empresa moral, que impone graves responsabilidades colectivas sobre los hombros de quienes la practican:

a) la naturaleza de la enfermedad; b) la índole comunitaria de los conocimientos médicos (éstos no constituyen jamás una propiedad privada, son patrimonio de la humanidad); c) el juramento profesional⁴⁴.

Respecto del primer punto, subrayan que el enfermo se encuentra en una situación peculiar de dependencia, angustia y vulnerabilidad, que le lleva a revelar sus debilidades y a abrir su intimidad, física y mental, a quien se presenta como alguien que le puede ayudar a encontrar alivio en el trance de la enfermedad. En ese estado, el paciente debe poner su confianza en el médico y entrar en una relación que no puede evitar y en la que se encuentra en desventaja y dependencia. Además, la existencia de necesidades médicas constituye una demanda o una exigencia para los profesionales de la salud que tengan la capacidad para atenderlas.

En segundo lugar, los conocimientos médicos no son propiedad privada, ya que la sociedad ha concedido al futuro médico en el curso de su formación una serie de privilegios: ha permitido ciertas invasiones de la intimidad, tales como la disección de cadáveres humanos y la participación en la asistencia a los enfermos o la experimentación con sujetos humanos. Además, la educación médica recibe, en todas partes, importantes subsidios económicos. Por último, el ejercicio de la medicina es, en todos los países civilizados, un monopolio de la clase médica, legalmente protegido por la sociedad. Todo esto se hace con un solo fin: garantizar que la sociedad cuente con personas dotadas de formación médica para el servicio de los enfermos. Por eso, los conocimientos médicos no son propiedad privada del médico y no deben usarse principalmente para obtener lucro personal, prestigio o poder.

44. *Ib.*, pp. 34-47.

Y, en tercer lugar, el médico ha hecho un acto de profesión pública de estar al servicio de los enfermos al entrar en la profesión. **Pellegrino** y **Thomasma** confieren un gran valor a la práctica, tradicional en USA, de que los alumnos que han finalizado sus estudios de Medicina, hagan públicamente un acto de profesión, inspirado en el *Juramento de Hipócrates*. Para **Pellegrino** y **Thomasma**, el juramento, no el título universitario, simboliza el ingreso formal en la profesión médica, porque al pronunciarlo se hace la promesa pública -la profesión- de poner la propia competencia profesional al servicio de los enfermos⁴⁵. Ello lleva a que, en la habitual relación entre el médico y el paciente, se establezca una alianza de mutua confianza instigada por la promesa del médico (o de los otros profesionales de la salud), que impone obligaciones morales al profesional sanitario.

Estos tres elementos son constitutivos del acto médico, al que definen como una acción orientada a un *telos*, a un objetivo claro y preciso: el bien del paciente, comprendido de una manera integral. Ello incluye el bien médico, la restauración de la salud y el bien del paciente, lo que él percibe como su bien y lo que es bueno para los seres humanos

Pellegrino y **Thomasma** formulan de esta forma una ética médica cuyo principio principal es la beneficencia sin incurrir en el paternalismo, ya que la autonomía del paciente se debe respetar porque forma parte del bien mismo del enfermo. Es una ética a la que califican *beneficence in trust* -beneficencia fiducial o beneficencia en la confianza- ya que la relación entre médico y paciente se comprende como una alianza, fundamentada en la mutua confianza, al servicio del bien del paciente⁴⁶. Este modelo exige que el médico sea una persona virtuosa, digna de la confianza del paciente, dispuesta a usar sus conocimientos médicos en primer lugar para el bien del enfermo y no para el propio lucro, prestigio o poder, y que no explote al enfermo en su situación de debilidad y dependencia. De esta forma intentan paliar la relación asimétrica, entre desiguales, propia de la praxis médica.

A partir de esta reflexión filosófica sobre la naturaleza de la medicina, es posible llegar a una definición de las virtudes, apta para la ética profesional que los autores pretenden construir. Para **Pellegrino** y **Thomasma**, la virtud es “un rasgo de carácter que dispone habitualmente a la persona que lo posee a la excelencia, tanto en la intención como en la ejecución, en relación con el *telos* propio de una actividad

45. Cf GRACIA, D., *Fundamentos de Bioética...* pp. 56-58.

46. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., *The virtues...* pp. 40-44.46.

humana”⁴⁷. En Medicina, la virtud consiste en poner los propios conocimientos y habilidades médicas al servicio del bien integral del paciente.

Con estos presupuestos, los autores explicitan una tabla de virtudes propias del acto médico⁴⁸. Las que citan son las siguientes: fidelidad a la promesa, benevolencia, abnegación, compasión, humildad intelectual, justicia y prudencia.

Pellegrino y Thomasma admiten que las virtudes, por sí solas, no bastan para la elaboración de una teoría ética suficientemente abarcadora. Por ello afirman que “la ética basada en las virtudes no provee, por sí sola, un fundamento suficiente para la ética médica, dada la complejidad de esta materia hoy. Pero tampoco se puede prescindir de ella, ya que el carácter del médico (y, por supuesto, también del paciente) está todavía en el corazón de la acción y de la elección morales. Es el sujeto moral quien interpreta los principios, elige los que va a aplicar o los ignora, los ordena y les da contenido, a partir de su historia y las situaciones actuales de su vida. Esta realidad ha sido ignorada frecuentemente en la ética biomédica y clínica en el pasado. Es preciso establecer un balance entre la ética basada en las normas y la ética basada en la virtud, para el bien de ambas orientaciones”⁴⁹.

Ciertamente las virtudes son indispensables para la vida moral y su recuperación en el discurso ético ha sido un logro de singular importancia. No obstante, la ética de las virtudes es, por sí sola, insuficiente. Como sugieren los mismos autores, debe aceptarse unos principios fundamentales objetivos, con los que se debe conformar la acción humana, si ha de ser auténticamente virtuosa y pretende evitar el peligro de un subjetivismo emotivista. Por otra parte, debe reconocerse que una ética de los principios, divorciada de las virtudes, puede servir para determinar la rectitud o corrección de las acciones, pero prescinde de la formación del carácter de las personas, y la ética debe promover la bondad de las personas. Como dice acertadamente **Ferrer**, “las virtudes son los principios personalizados, convertidos en realidades vivientes”⁵⁰. **Pellegrino y Thomasma** reconocen la necesidad de unir la ética de las virtudes con la de los principios⁵¹.

47. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., *A Philosophical Basis...* p. 268.

48. La exposición de estas virtudes se encuentra de forma pormenorizada en PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., *The Virtues...* Ver también PELLEGRINO, E. D., *Toward a Virtue-Based Normative Ethics...* pp. 253-277.

49. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., *The virtues...* p. 19.

50. FERRER, J., *Introducción a los paradigmas...*

51. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., *The virtues...* pp. 19-20.

A ello debe añadirse la importancia de la metodología para abordar los casos concretos. Ahí se sitúa la aportación del casuismo. Todo ello está significando que los distintos paradigmas no se contraponen, sino que son complementarios y se enriquecen mutuamente.

Se puede añadir otra objeción al modelo propuesto. **Pellegrino** y **Thomasma** son conscientes de la dificultad de delimitar la bondad en una sociedad plural. Por eso, su proposición es más modesta, referida sólo al ámbito médico. Ciertamente proponen una visión de la praxis médica atractiva y profundamente humana, pero ¿obtendría un consenso en la actual situación, cuando los médicos son cada vez menos profesionales libres y más empresarios o meros asalariados? Otra dificultad que se podría señalar es la concepción teleológica o finalista de la medicina que este paradigma presupone.

Los autores reconocen esta dificultad, pero consideran que sólo la preservación del ideal de la medicina, como profesión dedicada al bien del enfermo, puede salvaguardar suficientemente los intereses de las personas en la posición de debilidad que conlleva la enfermedad. De ahí la importancia de mantener vivo este ideal de la medicina -y de la enfermería- poco contemplada por la propuesta de **Pellegrino** y **Thomasma**. Son profesiones que encuentran su razón de ser en el servicio virtuoso de los enfermos.

3. La ética del cuidado

Para situar la ética del cuidado, hay que hacer referencia a los estudios de **Kohlberg** sobre el desarrollo de la conciencia moral en el ser humano⁵². Sólo estudió varones y llegó a la conclusión de que las mujeres poseen distintos niveles de razonamiento moral, siendo menos maduras que los varones desde el punto de vista moral. Este planteamiento fue cuestionado por **Carol Gilligan**, asistente de **Kohlberg**. Su punto de vista es que las mujeres no son menos maduras, sino que hablan *in a different voice* (ése es el título de su libro que tendrá un gran éxito)⁵³, algo que no tuvo en cuenta su maestro.

La madurez moral definida por **Kohlberg** consiste en la capacidad para formular juicios racionales universales e imparciales, válidos para cualquier situación. Sin embargo, las mujeres no razonan moralmente

52. KOHLBERG, L., *Psicología del desarrollo moral*, Bilbao, 1999.

53. GILLIGAN, C., *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Mass, 1982 (*La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*, México, 1982).

de esa manera. Sus juicios son contextuales y narrativos, no abstractos y formales. El mundo femenino, decía, no está compuesto por individuos solitarios que siguen normas generales, sino por personas ligadas entre sí por vínculos relacionales. Los desacuerdos no se resuelven por el razonamiento lógico impersonal, sino a través de la comunicación personal en la relación contextualizada, presuponiendo la sensibilidad a las necesidades particulares de las personas concretas. Las mujeres articulan su sensibilidad moral en una voz diferente, pero no inferior a la de los hombres, sino que es igualmente válida. De manera sumaria podríamos decir que mientras los hombres hablan en el lenguaje impersonal de la justicia, las mujeres hablan en el idioma personal del cuidado (*care*) en el contexto de las relaciones.

Obviamente, el planteamiento de **Gilligan** suscita el interrogante de si es verdad que las mujeres hablan un lenguaje moral distinto y que sea un lenguaje relacional y dirigido al cuidado. Si esto es verdad, ¿se debe a factores biológicos, en concreto, las experiencias femeninas relacionadas con la reproducción? Sin negar el valor de dichos factores, todo parece indicar que los procesos de socialización han sido bien distintos en varones y mujeres, lo que podría estar en la base de sus distintas aproximaciones al hecho moral, en el supuesto de que realmente existan. Los varones han sido educados para actuar en la esfera pública, mientras que se ha educado a las mujeres pensando en la esfera privada, marcada por relaciones de afecto, en la línea del cuidado -a diferencia de en los varones que lo han sido más en la línea de la justicia.

Sin embargo, es importante señalar que los datos de **Gilligan** no sostienen que todas las mujeres aborden los problemas éticos desde la perspectiva del cuidado. En su comentario a la obra de **Gilligan**, **Helga Kuhse** afirma: "Tanto la perspectiva de la justicia como la del cuidado... son posibles para hombres y mujeres y ambas son válidas. No obstante, **Gilligan** sostiene que sus investigaciones han demostrado que la inmensa mayoría de los varones dependen, principalmente, de la perspectiva de la justicia. En el caso de las mujeres, alrededor de la tercera parte aborda los problemas éticos principalmente desde la perspectiva del cuidado, mientras que otro tercio depende, en primer lugar, de una moral basada en la justicia. En otras palabras, mientras una parte considerable de las mujeres aborda los problemas morales desde la perspectiva de la justicia, casi ningún hombre los aborda desde la perspectiva del cuidado"⁵⁴. Esto indica, escribe **Kuhse**, que las

54. KUHSE, H., *Caring: Nurses, Women and Ethics*, Oxford, 1997, 99-100.

investigaciones de **Gilligan** han demostrado una asociación entre la condición de ser mujer y la perspectiva moral, no un vínculo absoluto y no nos permite sacar consecuencias sobre todas las mujeres y todos los hombres⁵⁵.

Desde este contexto podemos ya entrar en las éticas del cuidado⁵⁶. Ante todo, debe subrayarse que esta aproximación ética se ha originado con una impronta feminista y, como afirma **J. Ferrer**, en polémica contra el modelo ético basado en los principios universales y en la justicia imparcial. Al mismo tiempo se inscribe “en la transición desde una ética basada en el ideal ilustrado de la universalidad a una ética basada en la tradición y en la particularidad; de una ética basada en los principios a una ética centrada en las virtudes; de una ética centrada en el individuo a una ética basada en las relaciones, afincada en la comunidad y en la preservación de los vínculos concretos nacidos de las relaciones”⁵⁷.

Por otra parte, cada ser humano realiza su existencia en un entramado de fuertes relaciones familiares y en estrecho diálogo con las necesidades de las personas que nos rodean. Así, la pregunta fundamental no es tanto la de cómo ser justo, sino la de cómo responder a las necesidades de las personas con las que se entra en relación. Por ello, las éticas del cuidado “rechazan un modelo de deliberación moral que exija que se adopte una perspectiva racional objetiva e imparcial para resolver los dilemas morales, bajo la dirección de principios y normas universales”⁵⁸. Por el contrario, hay que estar atento a las relaciones humanas, a las necesidades que su suscitan, a las emociones que se movilizan... en las situaciones únicas que cada individuo debe vivir.

Desde estos presupuestos se descende a la relación entre los profesionales de la salud y la situación existencial única que vive el paciente en el trance de la enfermedad, algo que puede perderse de vista en las éticas de los principios. Expresándolo desde las categorías feministas, predominantes en las éticas del cuidado, mientras las éticas tradicionales han representado la actitud del padre (*the approach of the father*), las éticas del cuidado representan la actitud de la madre (*the approach of the mother*), que tiene su fuente en el afecto y la emoción. Por

55. **Ib.**, pp. 105-106.

56. Para ello, cf. NEL NODDINGS, **Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education**, Berkeley, 1984; **Women and Evil**, Berkeley, 1989.

57. FERRER, J., **Introducción a los paradigmas ...**

58. **Ib.**

ello, las acciones serán moralmente buenas si están arraigadas fielmente en el deseo de responder con cuidado a las necesidades de la otra persona con la que se ha entrado en relación.

Sin duda, la ética del cuidado subraya aspectos muy importantes en la vida moral, que empalman con la teoría de la virtud, ya que toma, como punto de partida, la existencia de la vulnerabilidad y de las importantes necesidades del paciente. También subraya la importancia de valores como el afecto y la fidelidad en la praxis ética. Es también importante el énfasis en la existencia de relaciones especiales como fuente de obligaciones morales particulares y la atención a los rasgos, culturalmente vinculados con la mujer, como son la compasión, la fidelidad, la responsabilidad ante las necesidades de la otra persona con la que se entra en relación.

Sin embargo y como subraya la australiana **Helga Kuhse**, el concepto de cuidado que utilizan es demasiado impreciso: ¿cómo se responde a las preguntas sobre acerca de qué debe versar ese cuidado? Hay cuidados que pueden resultar muy negativos: piénsese en el “cuidado” de una madre que castra las posibilidades de realización de su hijo. Y es que no se puede prescindir, una vez más, de los valores que deben ser respetados y promovidos.

Pero, además, existe el peligro de poner las relaciones y los sentimientos por encima de las normas morales imparciales, dejándose mover por el emotivismo, creando así relevantes distinciones en el trato a los enfermos. Si no se confiere el necesario relieve a los principios generales de moralidad, se puede incidir en la pura arbitrariedad y, en el fondo, en el solipsismo moral.

Sin duda, debe reconocerse la existencia de obligaciones particulares, por ejemplo las que surgen en el ámbito familiar, pero siempre debe afirmarse que se trata de obligaciones de beneficencia que nunca pueden lesionar las de justicia, que exigen que casos iguales reciban tratamientos iguales. Sin embargo y como subraya **Ferrer**, la postura de **Noddings** “es la negación misma de la vida moral y de la posibilidad de tener una ética de mínimos que nos permita vivir en la comunidad de los “extraños morales” de la que nos habla Engelhardt”⁵⁹. Sin negar el valor de las éticas del cuidado, deben compatibilizarse con los principios generales e imparciales y garantizar las relaciones entre los citados “extraños”.

59. Ib.

También es cuestionable la propuesta de la ética del cuidado como propia de la enfermería⁶⁰. Nos parece que el ámbito de esta profesión se mueve igualmente entre personas que deben ser tratadas de forma imparcial, garantizando los intereses de todos los pacientes. Es positivo todo lo que se subraye, desde cualquier modelo de ética, la importancia de una aproximación personalizada y afectiva a todo enfermo. Pero no puede nunca olvidarse, como afirma **Gracia**, que en la relación entre los profesionales de la salud y el paciente, hay un tercero, la sociedad, lo que lleva a abrir aquella relación al principio de justicia⁶¹.

Por todo ello, **Ferrer** llega a la conclusión de que “las éticas del cuidado han destacado elementos valiosos para la vida moral, pero los intentos de formular “una ética del cuidado” para el ámbito biomédico se han mostrado radicalmente insuficientes”⁶².

4. La ética de la responsabilidad de D. Gracia

El gran bioeticista español toma, como punto de partida de su reflexión, la crisis de la razón que comienza a eclosionar desde la muerte de **Hegel**. Desde entonces comienza a cuestionarse la capacidad de la razón para conocer la realidad que, a su vez, había sido cuestionada en su teleología interna que consideraba, desde los griegos, que las cosas tienen un programa interno, una especie de *software*, un logos interno. De ahí, la convicción de que la naturaleza no hace nada en vano. Ese telos era la idea generatriz del pensamiento griego. Es la ética naturalista, que dura desde los presocráticos hasta el siglo XVII, aunque ya la habían cuestionado los nominalistas en el siglo XIV, quienes comienzan a negar la teleología de una naturaleza que podemos conocer fácilmente. Un rasgo común del cristianismo, el islam y el judaísmo es la convicción de que es Dios el que ha puesto el *telos*, el orden prefijado de la naturaleza. Al mismo tiempo, se tiene una concepción estática de la realidad. Dios la ha ido creando pieza por pieza, cada cosa en su sitio.

Toda esta visión comienza a desmoronarse con **Hume** y el desenmascaramiento de la *falacia naturalista*. Se comienza a discutir que las cosas tengan un telos tan claro, según muestran hechos como los terremotos, enfermedades... Al mismo tiempo, el hombre comienza a preguntarse por qué tiene que subordinarse a la naturaleza: incluso cree

60. Una excelente aproximación al tema del cuidado es el libro de TORRALBA, F., *Antropología del Cuidar*, Madrid, 1998.

61. GRACIA, D., *Fundamentos de Bioética*... pp. 200-202.

62. FERRER, J., *Introducción a los paradigmas* ...

que debe repararla. Surge la soberbia del hombre moderno, el mito de Fausto... El hombre comienza a entenderse como ser autónomo, que se da sus propias leyes. Por otra parte y aunque la naturaleza tenga su propio telos, no es tan claro que el hombre la pueda conocer: ¿Conocemos las cosas tal cual son? **Copérnico** había cuestionado la centralidad del hombre; ahora comienza la desconfianza hacia los sentidos y la mente humana.

Como consecuencia de ello, el hombre moderno queda como “tocado”: ya no es el centro y, además, empieza a hacerse consciente de que nuestros sentidos nos engañan. Por ello comienza la *fuite en arrière*: huye al hombre interior para buscar un punto de apoyo firme, en lo interno, en la mente. Es el *cogito, ergo sum* de **Descartes**. No me puedo equivocar en el acto de pensar. De ahí surge el intento de fundar la ética, no en las leyes que están fuera, sino dentro del hombre, en la razón.

Ante esta crisis, surgen dos caminos para poder anclar la búsqueda de lo correcto, de la verdad:

1. Emotivismo: Se trata del emotivismo moral de la cultura anglosajona, para el que la “brújula moral” más precisa son los sentimientos, ya sea lo que sentimos de forma espontánea ante una barbarie o la ternura ante un recién nacido. El emotivismo considera que el sentimiento es nuestra “gran alarma moral” más eficaz, a diferencia de la lentitud de la razón, que tiene que ir ponderando. Sin embargo, aunque la razón sea más lenta, es más segura; es más fina en los análisis. Por el contrario, la emoción suele tener sólo extremos, funciona polarmente, mientras que la razón suele ir al término medio: no suele considerar óptimas o pésimas las posturas extremas.

En cualquier caso, debe reconocerse la gran importancia de la poco atendida “educación sentimental” y admitir que no basta con la sola razón en el mundo de la ética. No en vano **Adam Smith** escribe *Historia de los sentimiento morales*.

2. La segunda vía es la de la razón, el intelectualismo moral, que va a dominar en Europa Continental, donde surge la gran tarea de la ética moderna: cómo fundamentar la ética en la razón a través de los juicios. Toda esta reflexión toma como punto de partida la distinción entre los juicios sintéticos y los analíticos. Los primeros son los que se basan en la experiencia -tales son los juicios morales, juicios sintéticos o de experiencia y los juicios analíticos que son los propios de las matemáticas o geometría. Los juicios sintéticos, de experiencia, nunca son ciertos, sino probables. Pueden generar *Begriffe*, convicciones (conceptos),

pero en ellos no se pueden fundar los juicios morales, ya que no dan seguridad plena y total.

Los grandes filósofos del XVII y XVIII van a intentar fundar la ética en los juicios analíticos. Así lo hace **Spinoza** en su *Ethica more geometrica demonstrata*. Es un racionalismo teológico, que reflexiona sobre Dios desde la razón, no desde la Biblia. Pretende descubrir la “ética de Dios”: ponerse en la perspectiva de Dios. Igualmente un rasgo de la ética racionalista es el de que hay que acallar las pasiones, las cuestiones empíricas. Lo refleja **Descartes** en su *Tratado de las pasiones* -que revela una gran exigencia ascética, para superar la experiencia, una moral verdaderamente espartana, de **Descartes**. Es un intento de reconstruir todo desde Dios; cómo ver todo a vista de pájaro.

Bertrand Russell continúa este proceso en su intento de matematizar la razón analítica. Sin embargo, surgen paradojas o contradicciones internas. **Kurt Gödel**: descubre el porqué de esas paradojas en los sistemas analíticos. Es el *teorema de Gödel*. Todo ello significa, por tanto, el fracaso del intento de construir una lógica analítica, algo que se percibe a fines del XIX y comienzo del XX, que significa la crisis de la razón, no sólo de la sintética, también de la analítica. Este es el humus del postmodernismo: ¿cómo se hace filosofía o ética ante el fracaso de la razón? Y es que desde la muerte de **Hegel**, el mundo moderno se hace consciente de la fragilidad de la razón.

En todo este contexto, ¿cómo fundamentar la ética tras la crisis de la razón? Ahí va a situarse la gran aportación de **Kant**, de cuya herencia sigue viviendo la ética actual. Su punto de partida era el de una formación racionalista, compartiendo una concepción de una ética segura. Conoce a **Leibniz** a través de **Wolf**. No había leído a Hume, pero sí su resumen, que le lleva a afirmar que los juicios morales son sintéticos. Los juicios sintéticos son probables, no ciertos. El reto de **Kant** era hacer en filosofía lo mismo que **Newton** en Mecánica: encontrar leyes últimas de la realidad ética, no sólo de la realidad física. Como **Newton**, pretendía descubrir leyes que podrán ampliarse, pero nunca derogarse.

El error, según **Kant**, fue creer que sólo hay juicios sintéticos *a posteriori*. Sin embargo, para el filósofo alemán, puede haber juicios sintéticos que son ciertos. **Kant** aplica todo esto a la ética: toma como punto de partida el hecho de que todo ser humano tiene experiencia del deber y que se trata de una experiencia primaria. Así mismo, toma como punto de partida el análisis de esa experiencia: algo se me impone como obligatorio: “no mientas”, “sé agradecido”, “no mates”... Son

juicios que “mandan”, *imperativos*. Es verdad, sin embargo, que no todos los imperativos son morales: por ejemplo, “toma esa medicina”, que es imperativo técnico. Son condicionados: si quieres recuperar la salud. Son los más frecuentes en la vida. La condición es empírica. Son imperativos “hipotéticos”.

Por el contrario, los imperativos morales no son hipotéticos: hay que cumplir las promesas en todo caso. Son los imperativos “categóricos”, un imperativo que manda sin restricciones, ya que ninguna condición empírica puede cambiar el mandato. Son sintéticos, pero su categoricidad no viene de la experiencia. ¿Qué es, pues, lo no-sintético?: El carácter puramente no restrictivo del mandato, su *universalidad*.

De esta forma, **Kant** llega al *canon* de la universalidad. Esta universalidad no es sintética, es *a priori*: “Actúa de tal forma que las máximas de tu voluntad las puedas convertir en ley universal”. La intención es la máxima de la voluntad. Pero la buena voluntad subjetiva no basta para ser objetiva: es necesario un criterio objetivo, la ley. Ahí se sitúan los ejemplos típicos de **Kant** sobre las normas absolutas que no admiten excepción, tales como el suicidio, la mentira... Si se hiciese universal, es decir, si viviéramos en un mundo en donde se admitiese el suicidio o la mentira, llegaríamos a un mundo que “ni se puede pensar”. Así surgen los deberes perfectos, ya que su violación destruye el orden humano (no el de la naturaleza, que ya no le interesa a **Kant**). Otro ejemplo de **Kant** sería la obligación de cumplir las promesas. Otra exigencia ética que él plantea es la de la falta de diligencia. Si se convirtiese en ley universal, nos llevaría a un mundo que no se puede querer, pero no a uno que no se puede pensar: es deber imperfecto.

Por tanto, los deberes perfectos no pueden admitir excepción: no mentir, no matar... Así **Kant** defiende la ética tradicional. Sin embargo, ésta es la parte más floja de **Kant**: ¿no se puede pensar en un mundo en que se admitiese la mentira piadosa o determinadas formas de suicidio?

Las éticas del siglo XX han mantenido el canon de **Kant**, la universalidad, al que se llega no sólo por **Kant**, sino porque todos los seres humanos son morales y tienen dignidad. **Kant**, además del canon o ley universal, incluye principios deontológicos: No robes... Las éticas del XX han criticado a **Kant**. Están más en la línea de **Hume**. Los criterios éticos son probables, no absolutos.

En este contexto deben situarse las éticas actuales de la responsabilidad, que surgen ante la crisis de la razón. Sus rasgos más significativos serían los siguientes:

1. Los juicios analíticos no pueden fundar la ética.
2. Tampoco los sintéticos *a priori* que, probablemente, no existen.
3. Los juicios morales son probablemente sintéticos.

Para la ética de la responsabilidad, no hay ningún juicio ético que sea absoluto. Sin embargo, en el ser humano, no todo son juicios, ni éstos son lo más importantes. La tradición habló siempre de intuiciones, que no se pueden reducir a cosas. La intuición es algo primario (por ejemplo, el color amarillo, que no puede explicarse a un ciego). Nuestro contacto con la realidad es previo a los juicios. El pecado de la filosofía ha sido su excesivo racionalismo.

Aquí se sitúa la fenomenología: volvamos al dato primero. También la “aprehensión racional de la realidad” de **Zubiri**. La razón no es facultad segura; hay que ser humildes; hay que tener sólo una metafísica elemental de la realidad. Vienen delimitadas por tres rasgos:

1. Hay algo firme, pero no son los juicios: es el acto de aprehensión.
2. Actitud de cautela en los juicios morales.
3. Aprehensión primordial.

El “de suyo”: era “en sí” para el realismo; “en mí” para el racionalismo.

“Ser suyo”: conciencia de uno mismo: ése es ser persona.

En resumen, los tres rasgos de la ética de la responsabilidad, propuesta por **Gracia**, son los siguientes:

1. Tiene que poseer un canon, una “vara de medida”: “La racionalidad humana no es perfecta, no tiene todas las perspectivas, es una racionalidad débil, pero eso no quiere decir que no consiga llegar a cosas importantes, como por ejemplo a establecer cánones morales”⁶³. Un canon en que coinciden casi todas las éticas es el principio kantiano de que los seres humanos son fines y no meros medios; están dotados de dignidad y no tienen precio. Por eso cada ser humano merece un respeto absoluto, por el hecho de poseer una condición moral, una conciencia moral. Éste es el canon. Todos los seres morales deben ser respetados. Es el principio de universalización de **Kant** en el siglo XX. Problema actual: ¿Quiénes son seres morales? Es el canon del respeto a los seres humanos. **Appel** lo refiere también a los seres virtuales, a las futuras generaciones.

63. GRACIA, D., *Fundamentos de la ética clínica*, en **Labor Hospitalaria** 29 (1997) n° 244, 124-125.

2. Hay que establecer, además, unos principios deontológicos: criterios universales sobre cómo proceder. Los hay en toda cultura: “no matar”, “no mentir”... Son muy importantes y hay que cuidarlos mucho. Sin embargo y para **Gracia**, son fórmulas universales, pero que admiten excepciones. Son juicios sintéticos, en que hay que moverse en el plano de la probabilidad. Se trata de principios formales, carentes de contenidos materiales. ¿Cuáles son éstos? Son los deberes concretos, las normas morales. Existe hoy un consenso en que estas normas no poseen un carácter absoluto. **Gracia** propone “elaborar un conjunto de normas, de principios que, sin intentar ser absolutos porque, probablemente, no lo van a ser nunca, expresen del mejor modo posible, aquí y ahora, el canon de respeto a los seres humanos, que ése sí es absoluto”⁶⁴.

3. Debe procederse a una evaluación de las circunstancias y consecuencias. Para llegar a esa determinación material se propone lo que el mismo **Gracia** califica como *la vía regia de la deliberación*. Evidentemente no se puede deliberar sobre el respeto a los seres humanos, pero sí acerca de cómo se concreta ese respeto aquí y ahora. Ello exige “ponderar las circunstancias y las consecuencias que concurren en un caso concreto para ver si hay que aplicar el principio según está formulado o se puede justificar una excepción al principio”⁶⁵.

Por tanto, las éticas de la responsabilidad tienen un canon, unos principios deontológicos y ponderan las circunstancias y consecuencias.

Finalmente y dada la importancia de **Diego Gracia** en la actual reflexión bioética española, quiero finalizar este capítulo presentando su visión sobre las características de la Bioética⁶⁶:

1. “La Bioética ha de ser, en primer término, una ética civil o secular, no directamente religiosa”.
2. “Ha de ser una ética pluralista, es decir, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente conjugarlos en una unidad superior”.
3. “La Bioética actual ha de ser autónoma y no heterónoma”.
4. “La Bioética tiene que ser racional”.
5. “Aspira a ser universal, y por tanto ir más allá de los convencionalismos morales”.
6. “Debe tener una ‘actitud crítica’ frente a la realidad plural”.

64. **Ib.**, p. 126.

65. **Ib.**

66. GRACIA, D., *Planteamiento general de la Bioética*, en VIDAL, M. (Ed.), **Conceptos fundamentales de ética teológica**, Madrid, 1992, 429-430.

BIBLIOGRAFÍA

- AA. VV., *Informe Belmont* (publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el volumen **Ensayos Clínicos en España (1982-1988)**, Madrid, 1990, Anexo 4.
- BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., **Principios de Ética Biomédica**, Barcelona, 1999.
- BEAUCHAMP, T. L. y WALTERS, L. R. (Eds.), **Contemporary Issues in Bioethics**, Belmont, 1994, 1-41.
- CLOUSER, K. D. y GERT, B., *A Critique of Principlism*, en **The Journal of Medicine and Philosophy** 15 (1990) 219-236.
- DRANE, J. F., *La Bioética en una sociedad pluralista. La experiencia americana y su influjo en España*, en GAFO, J. (Ed.), **Fundamentación de la Bioética y manipulación genética**, Madrid, 1988, 96-98.
- ENGELHARDT, H. T., Jr., **Los fundamentos de la Bioética**, Barcelona, 1995.
- ENGELHARDT, H. T., Jr., **The foundations of Christian Bioethics**, Lisse, Abingdon..., 2000.
- FERRER, J. J. y ÁLVAREZ, J. C., **Para fundamentar la Bioética**, Madrid, 2003. En prensa.
- FLETCHER, J. C., MILLER, F. G. y SPENCER, E. M., *A Case Method in Planning for the Care of Patients*, en FLETCHER J. C. et al. (Eds.), **Introduction to Clinical Ethics**, University Publishing Group, Frederick (Md.), 1995.
- GRACIA, D., **Fundamentos de Bioética**, Madrid, 1989.
- GRACIA, D., *Planteamiento general de la Bioética*, en VIDAL, M. (Ed.), **Conceptos fundamentales de la ética teológica**, Madrid, 1992, 429-430.
- GRACIA, D., **Primum non nocere: El principio de no maleficencia como fundamento de la Ética médica** (Discurso de Ingreso en la Real Academia de Medicina) Madrid, 1990.
- GRACIA, D., **Procedimientos de decisión en Ética Clínica**, Madrid, 1991.
- JONSEN, A. R. y TOULMIN, S., **The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning**, Berkeley, 1988.
- JONSEN, A. R., *An Alternative or Complement to Principles?:* **Kennedy Institute of Ethics Journal** 5 (1995) 237-251.
- KEENAN, J. F. y SHANNON, T. (Eds.), **The Context of Casuistry**, Washington, D.C., 1995.
- KEENAN, J. F., *The Return of Casuistry*, en **Theological Studies** 57 (1996) 123-139.
- LÓPEZ AZPITARTE, E., *Fundamentación de la ética cristiana*, en RINCÓN, R., MORA, G. y LÓPEZ AZPITARTE, E. (Dirs.), **Praxis cristiana**, t. 1, Madrid, 1980.
- NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, Washington, D. C., U. S. Government Printing Office, 1979.

- NEL NODDINGS, **Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education**, Berkeley, 1984; **Women and Evil**, Berkeley, 1989.
- PELLEGRINO, E. D., *Toward an Expanded Medical Ethics: The Hippocratic Ethics Revisited*, en BULGER, R. J. (Ed.), **Hippocrates Revisited: A Search for Meaning**, Nueva York, 1973.
- PELLEGRINO, E. D., *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions*, en **Kennedy Institute of Ethics Journal** 5 (1995) 253-277.
- PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy of the Healing Professions**, New York, 1981; **For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care**, New York, 1988.
- PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **The Virtues in Medical Practice**, Nueva York/Oxford, 1993.

