

# LA DELIBERACIÓN EN BIOÉTICA

Uno de los capítulos que más desarrollo está teniendo en la bioética es el de toma de decisiones, es decir, el conocimiento de los criterios para decidir qué está bien y qué está mal, qué se debe o no se debe hacer, en definitiva, saber cómo actuar bien.

En realidad, esto lo viene haciendo la ética médica desde sus orígenes. Ha sido necesario llegar hasta mediados del siglo XX para que la beneficencia “*paternalista*” impuesta al paciente fuera el único criterio para tomar decisiones. Ahora se utilizan otros criterios como la autonomía, el consentimiento informado o la justicia, por ejemplo, que han llegado no sólo por causa de los nuevos problemas que surgen en la praxis sanitaria, sino porque ha cambiado sustancialmente el modo de entender la relación médico-paciente o enfermera-paciente. No es casualidad que la bioética sea la disciplina en la que se ha planteado abiertamente el procedimiento de la deliberación

## 1. PRESUPUESTOS PARA TOMAR DECISIONES MORALES

No hay ningún método que sea aséptico, neutral o totalmente imparcial. Es imposible del método para tomar decisiones sin decir cuáles son sus fundamentos, aunque no los hiciéramos explícitos. En nuestro caso los puntos de apoyo básicos son cuatro: 1º) el patrimonio humanista que hemos heredado, 2º) la dignidad de cada persona humana, 3º) los derechos humanos como concreción de la dignidad humana, y 4º) los bienes internos de la medicina y de la enfermería.

### 1.El patrimonio de la opción humanista

El movimiento humanista, referido a la valoración positiva de lo humano como condición específica del hombre, impulsa constantemente a buscar un ideal de humanidad recorriendo de manera transversal épocas y culturas. Ha sido ese el modo de ir acumulando una serie de convicciones que se pueden resumir así:

1. El ser humano ocupa el centro de la realidad mundana y ostenta una doble *primacía*: la ontológica (la cima de la pirámide lo real) y la axiológica (el más alto en la jerarquía de los valores).

2. El ser humano tiene valor en sí mismo, un valor intrínseco, que se designa con el término de *dignidad* como cualidad inherente a todo ser humano, y que encuentra su mejor expresión en los derechos humanos.

3. Las nociones de *sujeto* y *persona*, aplicadas al ser humano, son primeras y fundamentales respecto a cualquier otra de carácter ontológico o axiológico.

4. Entre el hombre y su entorno se da una ruptura esencialmente cualitativa: el ser humano es irreductible a la pura biología, es *más* que ésta.

5. Al ser humano le corresponde un *valor absoluto*, no relativo. Debe ser tratado siempre como fin y nunca como medio. Jamás debería ser instrumentalizado.

6. La historia es el espacio del protagonismo *libre* y *responsable* del ser humano. Ella será lo que éste quiera que sea, lo que hará creativamente de ella.

7. La ciencia y la técnica, como productos de la creatividad humana, no son fines en sí mismos. Son medios para *humanizar* el mundo y la historia.

## **2. La dignidad de la persona humana**

En las bases de cualquier ética y, en nuestro caso, de cualquier bioética, siempre hay algo substancial que decir acerca de su protagonista, es decir, de la persona humana. Es imprescindible situar la persona y su dignidad en el centro mismo de la ética, y de la bioética, lo que conlleva las siguientes implicaciones:

1ª. Afirmar que el concepto de *dignidad* humana se refiere a todos y cada uno de los seres humanos concretos y contextualizados y merecedores de respeto absoluto por el hecho de poseer un valor intrínseco que les confiere dignidad.

2ª. Afirmar que la dignidad de la persona es un a priori ético que sitúa en el mismo plano de *igualdad* a todos y cada uno de los seres humanos, excluye cualquier tipo de desigualdad y discriminación y justifica una preferencia singular por quienes tienen su dignidad maltrecha, pisoteada o desdibujada.

3ª. Todo lo anterior lleva consigo afirmar el valor del “yo”, es decir, aquella dimensión que nos permite afirmar que cada ser humano es único, insustituible, libre y absolutamente valioso porque ocupa la *cima* de toda la jerarquía de valores éticos.

4ª. Asimismo hay que afirmar el valor del “otro”, es decir, la *alteridad*, sin la que yo no soy capaz de ser yo mismo, porque es en esa alteridad donde el ser humano encuentra realización, plenitud y responsabilidad moral.

5ª. Las exigencias morales de este planteamiento expresan un dinamismo ético que consiste en orientarse hacia la *humanización* progresiva evitando, por un lado, el elitismo y, por otro, el gregarismo. Ello se explica porque la persona se define, de manera simultánea y complementaria, por la interioridad y por la relación o alteridad.

6ª. La dignidad de la persona es inseparable de la *sociedad* porque en ella se realiza con los demás. Es el campo de la convivencia humana que dispone de una serie de ideales éticos para actuar: 1) la verdad, 2) la justicia, 3) la solidaridad, 4) la libertad, 5) la igualdad, 6) la tolerancia y 7) la participación.

Se puede afirmar, pues, que la dignidad humana juega un rol unificador del conjunto de la bioética. Es cierto que la idea de dignidad normalmente no aporta soluciones inmediatas y precisas a los conflictos bioéticos concretos, sino que funciona a través de otros principios en los que se va condensando o parcelando según los diversos campos de actuación: obtener el consentimiento informado, mantener el secreto profesional, proteger la intimidad de la persona, salvaguardar su integridad física y psíquica, prohibir tratos discriminatorios, etc. Pero en todos esos casos, la dignidad humana es la brújula que señala el sentido de las actividades sanitarias. Tener bien asimilada esa idea ayuda a los profesionales de la salud a no perder de vista que cada paciente no es un “caso”, ni una “enfermedad”, ni un “diagnóstico”, sino una persona concreta que debe ser tratada con el mayor respeto y cuidado.

### **3. Los derechos humanos**

A la bioética le ha aportado muchas cosas la experiencia sobre los derechos humanos en temas tan importantes como los siguientes:

En la *fundamentación* de la bioética, porque contribuyen a poner el acento en la conciencia de la dignidad de cada ser humano como persona. Esa es la base donde se apoyan los derechos humanos, así como la obligación de reconocerlos y cumplirlos sean cuales sean las circunstancias donde se vive. Más aún, los derechos humanos están en la base del convencimiento de que en ellos hay un núcleo que atañe a la esfera de la vida humana como un bien, un valor y un derecho, es decir, los derechos humanos condensan valores y principios éticos:

- El derecho a la vida, incuestionable e indiscutible, en el que se fundamentan todos los demás derechos humanos, o sea, como su condición de posibilidad.
- El derecho a la integridad personal, como exigencia de que la vida no sea perjudicada o menoscabada, excepto por razones terapéuticas justificadas y libremente consentidas.
- El derecho a la libertad personal, que implica también la inviolabilidad de la libertad psíquica del sujeto y, a la vez, la necesidad imprescindible del consentimiento informado ante cualquier intervención sanitaria.
- El derecho a la intimidad, como protección de todo cuanto afecta al mundo interior de cada persona y al que corresponden los deberes morales de confidencialidad y de secreto.

- El derecho a la protección de la salud, como exigencia de recibir los cuidados necesarios para curarse, no perder la vida o la calidad de vida o morir en paz.

Además, los derechos humanos han sido uno de los paradigmas de referencia en la elaboración de los principios éticos del [Informe Belmont](#): el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia. La reelaboración y discusión posterior de esos principios reflejan la idea de que la protección de la dignidad de la persona humana es el clave para interpretar los principios de la bioética.

Las principales Declaraciones Internacionales confirman cuanto se acaba de exponer, como se puede comprobar, por ejemplo, en el llamado Convenio de Oviedo y en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El [Convenio de Asturias](#) (1997) tras reconocer la dignidad inherente del ser humano y su primacía sobre cualquier interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia, señala varios principios en el ámbito de la bioética: 1) la obligación de respetar la integridad de cada persona, así como sus derechos y libertades fundamentales; 2) el derecho a un acceso equitativo a los beneficios de la atención sanitaria; 3) la obligación de respetar la vida privada de las personas en lo tocante a información relativa a su salud, el derecho a recibir la información adecuada al respecto y el respeto a su voluntad de no ser informada; 4) la obligación de obtener el consentimiento informado del paciente ante cualquier intervención en el ámbito sanitario; 5) la protección de las personas con discapacidad en lo tocante a los tratamientos sanitarios; y 6) las prohibiciones y los límites impuestos a la investigación científica y a la práctica médica (tecnologías reproductivas para finalidades eugenésicas, para seleccionar el sexo, para llevar a cabo discriminaciones basadas en el patrimonio genético o el límite a los tests genéticos predictivos con fines sanitarios).

La [Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos](#) (UNESCO 2005) enuncia una serie de principios considerados como el mínimo de la bioética: 1) el respeto a la dignidad humana y a los derechos humanos; 2) la maximización de los beneficios y la reducción al mínimo de los posibles daños a los pacientes o participantes en investigaciones; 3) el respeto a la autonomía y la exigencia del consentimiento informado; 4) la atención especial a las personas incapaces y a las personas vulnerables; 5) la confidencialidad de los datos personales de los pacientes y participantes en investigaciones; 6) la justicia, igualdad y equidad; 7) la no discriminación y no estigmatización; 8) el respeto a la diversidad cultural y al pluralismo, 8) la solidaridad con las personas más necesitadas; 9) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales; 10) el aprovechamiento compartido de los beneficios; 11) la protección de las generaciones futuras; y 12) la protección del medio ambiente, de la biosfera y de la biodiversidad planetaria.

Aun a sabiendas de que todo esto está sujeto a fuertes críticas (los derechos humanos no son universales sino relativos a cada cultura...la verdad no existe o no se puede alcanzar...la expresión “dignidad de la persona humana” es un conjunto de palabras vacías...) nos parece indudable que la dignidad de la persona humana y sus derechos fundamentales es un tema comúnmente aceptado en la literatura filosófica, jurídica y bioética. Y, a mayor abundancia, creemos que constituye el común denominador de la bioética. Sería de gran interés exponer aquí la aportación jurídica española sobre la materia, concretamente la [Ley 41.2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica](#). Se aconseja encarecidamente leer y estudiar el texto legal.

Es necesario insistir en el paso de la Bioética a la Biojurídica. No se trata de reivindicar un tipo de saber frente a otro, sino de reconocer que en una sociedad pluralista es cada vez más difícil conseguir acuerdos sobre mínimos éticos compartidos. A este respecto, el derecho está estructuralmente dirigido a relacionar, a unir, no reflejando una ética particular sino ejerciendo su propio bien interno, es decir, la justicia.

En otras palabras, junto a la pregunta de si todo lo técnicamente posible es éticamente lícito, es decir, bueno, hay que poner en pie de igualdad la pregunta de si todo lo técnicamente posible es jurídicamente lícito, es decir, justo. Y, en consecuencia, pasar de la Bioética al Bioderecho. Todo esto está teniendo cada vez mayor éxito sin que la bioética deje de ser tal ni abandone su continuo desarrollo. El excelente trabajo que desde hace años viene llevando a cabo la Cátedra Interuniversitaria de Derecho y Genoma Humano, dirigida por C.M<sup>a</sup>. Romeo Casabona, en la Universidad de Deusto, es un buen ejemplo de ello, como lo es la [Enciclopedia de Bioderecho y Bioética](#).

#### **4. Los bienes internos de la medicina**

Hasta mediados del siglo XX los fines de la medicina estaban meridianamente claros. Estos eran curar la enfermedad y combatir la muerte, y cualquier mejora del sistema sanitario pasaba por dotar de más y mejores recursos para su consecución.

Ante los nuevos problemas generados por la evolución de la biomedicina suele responderse con respuestas técnicas, como si fuera una crisis solo administrativa y organizativa, que se soluciona con reformas sobre financiación y prestación, cambios políticos y burocráticos, evaluación de las tecnologías sanitarias, etc.

El discurso reformista suele estar dominado por debates acerca del papel del mercado, la privatización, los incentivos, el control del gasto y el análisis coste-beneficio, los pagos compartidos, la variedad de planes presupuestarios, las ventajas y desventajas de la centralización o la descentralización. Son respuestas comprensibles y valiosas, pero resultan insuficientes, porque se centran en los medios pero no en sus fines y

objetivos. El vigor del debate técnico ha servido para enmascarar la pobreza del debate sobre las metas y el rumbo de la medicina.

Con demasiada frecuencia parece darse por supuesto que los fines de la medicina son obvios y se sobreentienden, y que sólo es necesario aplicarlos con sensatez. Sin embargo, para que los diversos programas de reformas que se llevan a cabo en todo el mundo no fracasen, y puedan alcanzar todo su potencial, es necesario replantearse los fines de la misma medicina. Ese ha sido el objetivo del [Hastings Center](#) que promovió entre los años 1992 y 1996 un grupo internacional para reflexionar y debatir sobre “Los Nuevos Fines de la Medicina para el siglo XXI” ([Cuaderno Nº 11 Fundación Grífols](#)). Su propuesta es un conjunto de “fines” que se deben alcanzar a través de la actuación sanitaria y que, por ello, confieren sentido y orientación a toda la biomedicina. Esos fines son los siguientes:

- Prevención de enfermedades y lesiones y promoción y mantenimiento de la salud.
- Alivio del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias.
- La asistencia y curación de los enfermos, y los cuidados a quienes no pueden sanar.
- Evitar una muerte prematura y velar por una muerte en paz.

Es muy significativo que a esos “nuevos fines” se hayan añadido una serie de actitudes profesionales, es decir, unas virtudes morales para garantizar su consecución. Concretamente, la medicina (y la enfermería) debe ser:

- Notable con la propia vida profesional.
- Moderada y prudente.
- Asequible y sostenible.
- Socialmente sensible y pluralista.
- Justa y equitativa.
- Respetuosa con las opciones y la dignidad humanas.

La [Fundación Víctor Grífols i Lucas](#) ha obtenido la autorización para traducir y editar el citado informe con el título “Los fines de la medicina”.

Es evidente que esos “fines” también se pueden interpretar como “bienes” o metas de la medicina que, agrupados de otro modo, quedan así: 1) prevenir la enfermedad; 2) promover y mantener la salud; 3) aliviar el dolor y el sufrimiento de la enfermedad; 4) Asistir y curar a los que se pueden curar; 5) cuidar a los que no tienen curación; 6) evitar la muerte prematura; y 7) ayudar a morir en paz.

Los fines de las acciones morales son siempre bienes. Lo contrario sería inmoral, o sea, hacer el mal. La práctica sanitaria ha generado a lo largo del tiempo los principios y normas morales que la identifican: favorecer o no perjudicar, guardar secreto, respetar

la autonomía, proteger la intimidad, decir la verdad, etc. Son principios y normas dirigidos a la consecución de unos bienes internos específicos, centrados en sanar y cuidar, y reformulados con otro lenguaje en los “nuevos fines para la medicina” del futuro. Y no cabe duda alguna de que esos fines-bienes tienen una fuerza decisiva a la hora de determinar y debatir sobre los valores, principios y deberes morales.

## 5. Perspectiva teológica

Tanto la doctrina oficial de la Iglesia como la teología cristiana aceptaron pronto la terminología relativa a la dignidad de la persona. No es ahora el momento de trazar la historia de ese término en el ámbito teológico, donde encuentra su justificación el reconocimiento de que cada ser humano es “*imagen de Dios*”. Es suficiente con recordar algunos textos del Concilio Vaticano II, que dedica el capítulo I de la [Constitución Gaudium et Spes](#) a la “dignidad de la persona humana” (ns. 12-22) y, más adelante, le dedica la [Declaración Dignitatis humanae](#).

Veamos algo de la [Gaudium et Spes](#):

*«Creado a imagen de Dios, con capacidad para conocer y amar a su creador... la razón más alta de la dignidad humana consiste en la vocación del hombre con Dios...(n.19), tiene en el mismo Dios su fundamento y perfección»* (n.21).

Y, más adelante, añade con rotundidad: *«no hay ley humana que pueda garantizar la dignidad personal y la libertad del hombre con la seguridad que comunica el Evangelio de Cristo, confiado a la Iglesia»* (n.41)

La fuerza y el alcance de estas afirmaciones ha llegado hasta el punto de afirmar, refiriéndose a Caín, que *«ni siquiera pierde el homicida su dignidad personal y Dios mismo se hace su garante»* (Juan Pablo II, [Evangelium vitae](#), 9). La grave inmoralidad de Caín no elimina la dignidad inherente que le confiere el ser imagen de Dios, o sea, en el ser humano la dignidad no es aleatoria o accidental sino constitutiva. Asimismo, el [Catecismo de la Iglesia Católica](#) afirma:

*«Por haber sido hecho a imagen de Dios, el ser humano tiene la dignidad de persona; no es solamente algo, sino alguien. Es capaz de conocerse, de poseerse y de darse libremente y a entrar en comunión con otras personas; y es llamado, por la gracia, a una alianza con su Creador, a ofrecerle una respuesta de fe y de amor que ningún otro ser puede dar en su lugar»* (n.357).

El tema de los derechos humanos aparece con mucha frecuencia en la doctrina oficial de la Iglesia y, en el campo teológico, dentro de los tratados correspondientes a la teología moral y a la doctrina social, pero nos resulta suficiente citar el siguiente texto de Juan XXIII: *«...todo hombre es persona...y, por tanto, tiene por sí mismo derechos y*

*deberes, que dimanen inmediatamente de su propia naturaleza (personal). Estos derechos y deberes son, por ello, universales e inviolables y no pueden renunciarse bajo ningún concepto»* ([Pacem in terris](#), 9).

Respecto la toma de decisiones morales, el Papa Juan Pablo II ha dejado escrito lo siguiente: «...poner como fundamento de las decisiones concretas -a nivel personal, familiar, social e internacional- la justa jerarquía de valores: 1º) la primacía del ser sobre el tener, 2º) la primacía de la persona sobre las cosas, y 3º) pasar de la indiferencia al interés por el otro y del rechazo a la acogida» ([Evangelium vitae](#), 98).

En conclusión, en el ámbito de la bioética, la opción humanista implica respetar la dignidad de la persona humana, que se verifica en el cumplimiento de los derechos humanos y en la realización de los bienes internos que constituyen la identidad de la praxis sanitaria. La perspectiva teológica refuerza ese planteamiento.

## **2. ALGUNOS MÉTODOS PARA TOMAR DECISIONES**

### **1. El principialismo (T.L. Beauchamp-J.F. Childress)**

Como ya hemos visto en otro lugar de este blog, T.L. Beauchamp y J.F. Childress, inspirándose en los principios éticos del [Informe Belmont](#) (respeto por las personas, beneficencia y justicia.), publicaron en 1979 su obra *Principles of Biomedical Ethics* (traducción española en Masson Salvat, Barcelona, 1999) que representa la primera teoría ética de la bioética. Se conoce como “principialismo” porque su propuesta consiste en resolver los problemas morales del ámbito biomédico ateniéndose a los principios de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. Ya hemos expuesto en otro lugar de este blog [El principialismo y la bioética](#).

Sin embargo, hay que hacer algunas aclaraciones. Esta teoría tiene la particularidad de afirmar que entre esos principios no hay ninguna clase de orden o prioridad. Se trata de principios *prima facie*, es decir, principios que a primera vista valen todos por igual y que tienen la misma importancia en igualdad de condiciones. Pero, cuando entran en conflicto, sólo el examen atento de cada caso y de sus circunstancias será lo que determine la elección de un principio sobre otro. El principialismo presenta, además, otro problema sobreañadido: por ser un proceso preferentemente deontológico, no considera la importancia de las consecuencias derivadas de los actos, aspecto éste que es insustituible a la hora de hacer cualquier juicio moral.

Los dos únicos principios de carácter ético que, además, constituyen el eje en torno al que gira la actuación de las profesiones sanitarias desde sus mismos orígenes son el de no-maleficencia (*primum non nocere*) y el de beneficencia, que en la época de la escolástica medieval se recogió en una sola formulación como principio cardinal de

todo el orden moral: «*haz el bien y evita el mal*» (Tomás de Aquino, *S.Th. I-II*, q.94, a). Se trata de un principio universal, abstracto y que carece de excepciones, que obliga a todos bajo cualquier clase de circunstancia, pero, por su propia naturaleza, carece de contenidos concretos. Éstos vienen dados por la moral de cada grupo y están recogidos en sus propios códigos deontológicos como es en las profesiones sanitarias.

El principio de *autonomía* proviene de las revoluciones liberales del siglo XVIII, así como de la posterior democracia liberal, y ha encontrado su mejor formulación filosófica en la obra de Kant. Respecto al principio de *justicia* es necesario recordar que ya fue tratado por Platón, Aristóteles, Cicerón, por ejemplo, y está presente en la tradición hipocrática referido al trato no-discriminatorio hacia los enfermos.

No obstante, hay que dejar bien claro que la autonomía no consiste sólo en “darse leyes a sí mismo”, puesto que la persona carece de tal capacidad. Significa, en sentido estricto, la autodeterminación a actuar, es decir, la elección y consecuente decisión de elegir un determinado deber, una norma concreta, para realizar una acción concreta. Lo que sí es distintivo de la autonomía, en el sentido ético y moral, es 1º) la libertad “de” elección, o sea, elegir sin ninguna clase de coacción; 2º) la libertad “para” elegir entre las diversas posibilidades que interpelan a la persona; y 3º) la libertad de conciencia como sede de la moralidad u origen de la propia autodeterminación moral.

## **2. El método casuista (A.R. Jonsen-M. Siegler-W.J. Winslade)**

El punto de partida del método casuista no es comenzar estableciendo grandes principios, sino estudiar los casos concretos que plantea la praxis sanitaria. Así pues, la ética médica, y en su caso la bioética, tiene que ser necesariamente clínica y la definen sus autores como «*una disciplina que brinda un enfoque estructurado con el fin de identificar, analizar y resolver las cuestiones éticas que nacen en el campo de la medicina clínica*». Por eso estos autores han sido los primeros críticos del principialismo. (Véase en este blog [El casuismo y la ética médica](#)). El método consta de tres pasos: exposición del caso clínico, comentario moral y consejo moral.

1º) Exposición del caso clínico: se ajusta al contenido de la historia clínica y, por ello, a los datos médicos sobre los que se basa el análisis moral del paso siguiente.

2º) Comentario moral: se realiza mediante cuatro categorías: criterios médicos, preferencias del paciente, calidad de vida y rasgos contextuales. Los criterios médicos suelen estar basados en el principio de beneficencia y no-maleficencia; las preferencias del paciente, en el de autonomía; la calidad de vida, en los de beneficencia, no-maleficencia y autonomía; y los rasgos contextuales (sociales, económicos, culturales, religiosos, jurídicos, administrativos, etc.), en el principio de lealtad y justicia.

3º) Consejo moral: Exige adoptar medidas aproximadas de solución colocando las cuatro categorías anteriores en orden de prioridad. Y, así, en condiciones ideales, el deber del médico es recomendar el tratamiento indicado, y el derecho del paciente es aceptar o rechazar tales recomendaciones según sus preferencias personales. Por tanto, en el orden de prioridad, las preferencias del paciente son la categoría ética que tiene mayor peso. Sin embargo, cuando el paciente se niega a autorizar un tratamiento, claramente indicado desde el punto de vista médico, surgen varias cuestiones: ¿Con qué finalidad se ha elegido el tratamiento? ¿Qué es lo que el paciente necesita? ¿Es un paciente competente y capaz?

Tales preguntas se responden analizando los hechos y formulando opiniones que, dada su importancia, podrían llevar a la conclusión de cambiar el orden de prioridad. Por ejemplo, las decisiones basadas en indicaciones médicas son prioritarias en situaciones de urgencia o cuando el paciente es incompetente o incapaz.

Así todo, hay casos en que esa relación médico-paciente no es normal, porque las indicaciones médicas no sean muy claras o porque las preferencias del paciente sean desconocidas, o por ambas cosas a la vez. Es en esos casos cuando hay que echar mano de los otros dos criterios mencionados, el de calidad de vida y el de los rasgos contextuales, dos criterios que adquieren importancia cuando las indicaciones médicas y las preferencias del paciente pasan a ser menos o poco importantes.

Según el método casuista, la escala inicial en orden de importancia ética es: 1) preferencias del paciente, 2) indicaciones médicas, 3) calidad de vida, y 4) rasgos contextuales. Este orden de prioridad puede alterarse en casos particulares según los resultados concretos que se deriven de su análisis.

Aparte de otras aportaciones sobre la clarificación de los juicios valorativos (relevantes, importantes, decisivos) y el significado de los términos o acciones morales (permitidas, obligatorias), el método casuista ofrece un listado de preguntas para analizar el caso desde cada una de las categorías y poder así, elaborar un consejo moral. La guía de preguntas tampoco las reproducimos por razones evidentes de espacio. Véase para ello [El casuismo y la ética médica Apartado 2](#).

Lo que pretenden los autores con ese conjunto de preguntas es evaluar con precisión cada caso, con el fin de obtener datos suficientes que permitan inducir el cumplimiento de los principios éticos: beneficencia y no-maleficencia (indicaciones médicas), autonomía (preferencias del paciente), beneficencia, no-maleficencia y autonomía (calidad de vida), y lealtad y justicia (rasgos contextuales). Así podrá darse un consejo moral a la persona particular o profesional que lo solicite.

### 3. Un principialismo jerarquizado (D. Gracia Guillén)

La obra de Diego Gracia, cuya principal publicación ha sido y sigue siendo hasta ahora *Fundamentos de bioética* (1989 y 2008 2ª edición) ha contribuido, en primer lugar, a ofrecer una fundamentación original a todo el conjunto de la bioética y, en segundo lugar, a introducir una jerarquía entre los cuatro principios “canónicos” basándose, por un lado, en un sistema de referencia previo a los principios y, por otro lado, en el distinto grado o fuerza de obligación existente entre esos principios.

Otra contribución importante es haber justificado la necesidad de combinar el momento deontológico y el momento teleológico que, de hecho, siempre se dan en todas las acciones morales. Ciertamente, es un gran error fundamentar las decisiones morales de manera dicotómica, como si se pudieran separar tan fácilmente los deberes de las consecuencias: son momentos sucesivos.

La principal aportación de D. Gracia es la “ética formal de bienes”, basada en la filosofía de X. Zubiri, sobre la que se apoya el planteamiento y la metodología utilizadas por el autor. Aquí nos vamos a referir al aspecto de la toma de decisiones en bioética que incluye tres partes: el sistema de referencia, el esbozo moral y la experiencia moral. (Para mayor información: [Diego Gracia: Fundamentos de bioética](#)).

1º) El **sistema de referencia** es el marco formal de la ética que justifica el deber ser moral del hombre y ante el que se confronta todo su razonamiento moral. Es anterior a los principios, los fundamenta, y adopta diversas formulaciones:

- *Imperativo Categórico*: «actúa de tal manera que te apropias las posibilidades mejores, en orden al logro de tu felicidad y perfección» (inspirado en la filosofía de X. Zubiri).
- *Ley Moral*: «actúa de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio» (tomado de I. Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Austral, Madrid, 1990, 104).
- *Regla de Oro*, que tiene a su vez diversas formulaciones: «actúa con los demás como quieres que ellos actúen contigo» (Mt.7,12: forma positiva) o «no hagas a los demás lo que no quieres que hagan contigo» (Tob.4,15: forma negativa).
- Fórmula básica de *Derecho Humano*: «Todos los seres humanos tienen derecho a igual consideración y respeto» (tomado de R. Dworkin, *Los derechos en serio*, Ariel, Madrid, 1995, 274).

Visto desde la perspectiva teológica, podríamos decir que hay un principio formal que resume toda la ley en general: «amarás a tu prójimo como a ti mismo... el amor es... la ley en su plenitud» (Rom.13,9-10).

2º) EL **esbozo moral** es un conjunto de líneas directivas para desarrollar la actuación moral sin perder de vista el sistema de referencia anterior. Ejemplos elocuentes son el Decálogo bíblico, las Máximas de los estoicos o las Tablas de valores morales. En cualquier caso, un esbozo es una obra inacabada que hay que poner en práctica sin perder nunca de vista el sistema de referencia. Por eso tiene carácter deontológico y pertenece al ámbito de las “éticas de la convicción. El esbozo moral de Beauchamps y Childress, por ejemplo, lo integran los principios de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia.

3º) La **experiencia moral** es siempre concreta. Sin este momento de concreción, la ética y la vida moral serían imposibles, como cualquier otra actividad del ser humano. Es la prueba de los principios delineados en el esbozo moral. Si quedaran reprobados totalmente habría que cambiar el esbozo anterior, si eso mismo ocurriera en un caso particular estaríamos ante una excepción que sería necesario justificar. Desde este planteamiento, la experiencia moral es teleológica (consecuencialista) y pertenece al ámbito de las “éticas de la responsabilidad”. Por tanto, es necesario preguntarse por las consecuencias y considerarlas como un momento más del razonamiento moral.

En cuanto a los principios de la bioética, los de no-maleficencia y justicia se diferencian de los de autonomía y beneficencia en que obligan con mayor fuerza y con independencia de la opinión y voluntad de las personas implicadas, por lo que aquellos tienen un rango superior y preferente a éstos. Los de no-maleficencia y justicia son expresión de otro principio que dice: «todos los hombres y mujeres son iguales entre sí y merecen igual consideración y respeto», tanto en el orden biológico (la salud y la vida) como en el orden social (equidad en el acceso a la atención sanitaria y en la distribución de recursos). Esas obligaciones representan el bien común y, por ello, se imponen incluso a nuestra voluntad, tienen prioridad y son jerárquicamente superiores a las obligaciones procedentes de la autonomía y la beneficencia, que pertenecen al ámbito individual y representan el bien particular. De ahí se desprenden dos niveles basados en la distinción entre éticas de máximos y de mínimos.

**Nivel 1:** Es el propio de la “ética de mínimos” y exigible de manera coercitiva. Estamos ante la ética del deber y de lo correcto. Este nivel es similar al de los deberes perfectos, que obligan a todos por igual. Su ámbito es lo público y universal y podría formularse así: nadie debe hacer daño a otro porque todos los seres humanos son iguales y merecen igual consideración y respeto.

**Nivel 2:** Es el propio de la “ética de los máximos”. Depende del sistema de valores de cada individuo, es decir, del propio ideal de perfección y de felicidad. Se corresponde con el nivel de los deberes imperfectos. Su ámbito es lo particular y podría formularse así: cada persona es digna de respeto y capaz de autodeterminación y, por ello, se debe hacer el bien a otro siempre que el otro así lo admita y lo quiera previa información al respecto.

D. Gracia sostiene que no hay deberes absolutos. Por lo tanto, los principios de la bioética contienen deberes *prima facie*, como decía W.D. Ross (*Lo correcto y lo bueno*, Sígueme, Salamanca, 2001, traducción de *The Right and the Good*, Oxford University Press, 1930) que sólo obligan por igual cuando no entran en conflicto. Pero en caso de conflicto hay que seguir con rigor el orden expuesto en los dos niveles anteriores.

De lo dicho hasta aquí se desprende que el procedimiento de toma de decisiones tiene que seguir los siguientes pasos:

1º) El sistema de referencia moral, es decir, el “deber ser” moral o la “obligación”, que es siempre formal y adopta varias formulaciones como ya hemos visto.

2º) El contraste del caso con los principios éticos, es decir, el “debería ser” o lo “correcto”, siguiendo el orden de niveles de principios antes expuesto en caso de que haya conflicto entre ellos.

3º) El análisis de las consecuencias morales, es decir, el “debe ser” o lo “bueno”, porque las consecuencias previsibles forman parte de la moralidad de los actos y porque puede haber conflicto entre consecuencias positivas y negativas.

4º) La toma de decisión moral, es decir, la “justificación” moral de la acción o serie de acciones razonadas y prudentes.

### **3. EL PROCESO DE LA DELIBERACIÓN MORAL (D. Gracia)**

El pensamiento de Diego Gracia ha evolucionado notablemente a lo largo de su producción literaria. Ha puesto cada vez más el énfasis en el tema de los valores, los deberes y la deliberación moral. En lengua española “deliberar” significa sopesar los pros y los contras de una decisión antes de tomarla, es decir, requiere un análisis cuidadoso y reflexivo sobre los principales factores implicados. En otras palabras, deliberar equivale a decidir prudentemente. Es muy importante no caer en el error de reducir siempre los problemas a dilemas, aun cuando éstos abundan en la vida diaria.

En “Teoría y práctica de la deliberación moral”, publicado de manera conjunta con L. Feito y M. Sánchez (*Bioética: estado de la cuestión*, Triacastela, Madrid, 2011). En este trabajo, donde ofrece un amplio e ilustrado conjunto de reflexiones sobre la deliberación, afirma que todo proyecto humano consta siempre de tres fases: 1ª) cognitiva, que identifica los hechos relevantes para el proyecto que hemos concebido, 2ª) emocional, que valora el proyecto de transformación de los hechos, y 3ª) práctica, que realiza el proyecto haciéndolo realidad.

Así pues, la deliberación, que forma parte de la vida humana en general tiene tres momentos: uno relativo a los hechos, otro a los valores implicados y un tercero a su

realización práctica, o sea, a lo que se debe hacer. Por lo tanto, hay también una deliberación técnica, que tiene que ver con los hechos del proyecto de que se trate; una deliberación estimativa, referente a los valores de ese caso; y una deliberación moral, cuyo objetivo es determinar los deberes de la situación donde se actúa.

Aplicado al ámbito de la ética, la deliberación es un proceso compuesto por tres fases o pasos sucesivos: deliberación sobre los hechos, sobre los valores y sobre los deberes. Se añade un cuarto paso referente a la responsabilidad asumida en la decisión moral. Ese es a su juicio el método de la bioética, que se aleja bastante del propuesto en la 1ª y 2ª edición de *Fundamentos de bioética* de 1989 y de 2008 (páginas 505-506) que acabamos de resumir en el apartado anterior. Es llamativo que en el procedimiento de deliberación no se hace alusión a los principios de la bioética ni a la necesidad de observar la jerarquización de dichos principios según los dos niveles antes expuestos.

Nota: En mi opinión, este modo de proceder es una versión “laica” de la metodología de “*ver, juzgar, actuar*”, propuesta por el Cardenal Cardijn a la Juventud Obrera Católica de Bélgica en la primera mitad del siglo XX. Después lo han practicado varios movimientos de la Acción Católica, como la HOAC y la JOC, por ejemplo. Pero no tengo evidencias que lo puedan corroborar. Antes de ver el proceso de deliberación aconsejo leer con detenimiento el apartado 6 de la [Introducción general a la bioética](#) de este blog, donde se habla de la bioética como realización de valores y deberes.

## **FASE-1ª-DELIBERACIÓN SOBRE LOS HECHOS**

### **1. Presentación del caso**

La historia clínica es el soporte fundamental en este paso. Un buen esquema para ello es el propuesto por el método casuista de Jonsen, Siegler y Winslade, expuesto anteriormente: indicaciones médicas, preferencias del paciente, asuntos sobre la calidad de vida y rasgos contextuales (sociales, económicos, culturales, religiosos, etc.)

### **2. Aclaración de los “hechos” del caso**

Hay que hacer preguntas sobre lo que no se ha entendido, sobre lo que se ha dicho y lo que no se ha dicho. Es el momento de participar, hacer preguntas y dar las primeras opiniones, teniendo en cuenta que esto contribuye a reducir la incertidumbre hasta lo razonable, pero no a eliminarla porque es imposible. Puede ser útil seguir los criterios de la ética dialógica o discursiva: nadie puede ser excluido de participar ni de exponer su opinión; a todos hay que darles las mismas oportunidades para hacer aportaciones; y la comunicación tiene que estar libre de coacciones. También puede ser muy útil seguir el procedimiento clínico: 1º) ¿Qué pasa? (diagnóstico); 2º) ¿Cómo va a evolucionar? (pronóstico); y 3º) ¿Qué se puede hacer? (tratamiento).

## **FASE-2ª-DELIBERACIÓN SOBRE LOS VALORES**

### **1. Identificación de los problemas morales del caso**

Se trata primero de identificar los problemas: aspectos, dificultades, dudas o conflictos del caso presentado. Conviene subrayar que no se puede reducirlo todo a dilemas, porque ese sistema es engañoso, no permite ver el conjunto de “aristas” de los problemas. Y, en segundo lugar, se trata de poner sobre la mesa aquello que es problema moral para uno, aunque no lo sea para otro. La enumeración por separado permite analizarlos con más claridad y evitar la confusión en el debate posterior.

### **2. Elección del problema moral fundamental del caso**

Esta elección está justificada porque no es posible aclarar ni discutir, después, todos los problemas enumerados. Lo mejor es elegir uno o dos, pero, de todas formas, le corresponde a la persona responsable del caso señalar cuál es el problema fundamental, aunque hubiera otras razones para elegir un problema diferente.

### **3. Identificación de los valores en conflicto en ese problema**

Dado que un problema moral es un conflicto de valores, se hace ahora imprescindible identificar los valores en conflicto que hay en el problema fundamental de ese caso concreto. Esto facilitará la corrección de los siguientes pasos que tenemos que recorrer. Un conflicto mal definido nos puede llevar por derroteros muy distintos y alcanzar resultados indeseados. De ese modo podríamos llegar incluso a perder la esencia del caso. Así pues, este paso es fundamental y decisivo. Ya hemos dicho en otro lugar que la bioética es realización de valores. Si ahora no elegimos bien los que entran en conflicto, podríamos desenfocar la elección de los mejores cursos de acción, es decir, los deberes que debemos realizar.

## **FASE-3ª-DELIBERACIÓN SOBRE LOS DEBERES**

### **1. Identificación de los cursos extremos de acción**

Un curso extremo de acción es aquel que, optando por uno de los valores en conflicto antes identificados, se lesiona completamente otro de la misma importancia o se perjudican la mayoría de los demás valores en juego. Por eso es importante sacar a la luz estos cursos extremos de acción, porque son los más imprudentes y, por tanto, aquellos que nunca deberíamos elegir.

### **2. Búsqueda de los cursos de acción intermedios**

Son todos aquellos que se mueven desde los extremos hacia el centro, siguiendo literalmente lo que Aristóteles llamaba el “justo medio” cuyo fruto es la “prudencia”

en la elección. Lo que aquí se pretende es centrar lo máximo posible los cursos de acción, o sea, las acciones intermedias, cumpliendo así el objetivo de salvar el mayor número de valores y, en particular, aquél o aquellos valores que se pudieran haber elegido como prioritarios. Y también se trata de evitar el análisis del caso como un dilema y pasar a tratarlo como un problema. Es éste un paso importante porque en un problema siempre hay más de dos cursos de acción y, por tanto, varias soluciones intermedias que permiten luego encontrar el curso óptimo de acción. Eso es imposible hacerlo en un dilema.

### **3. Elección del curso óptimo de acción**

Se trata del curso de acción que lesiona menos los valores en conflicto, aquel que tiene en cuenta, además, las circunstancias y las consecuencias de la decisión. Esta es la acción prudente y suele coincidir con el mejor de los cursos intermedios o con una cadena de ellos. Estamos en el paso de mayor densidad moral de todo el proceso, porque debemos justificar con razones convincentes que estamos eligiendo el acto mejor posible, el más prudente y, en consecuencia, el más sabio de todos los que han sido objeto de análisis.

## **FASE-4ª-DELIBERACIÓN SOBRE LAS RESPONSABILIDADES FINALES**

### **1. Prueba de la legalidad**

Consiste en comprobar que la solución propuesta no está fuera del marco jurídico, sino que respeta la ley vigente sobre la materia.

### **2. Prueba de la publicidad**

Se refiere a la transparencia de las actuaciones elegidas, es decir, estar dispuestos a defender públicamente el curso de acción elegido.

### **3. Prueba del tiempo**

Consiste en someter el curso óptimo de acción elegido a la hipótesis de si resistiría el paso del tiempo una vez se haya “enfriado” la situación, o lo que es lo mismo, si transcurrido un plazo de tiempo se tomaría la misma decisión.

### **4. Decisión final**

Es la decisión que toma la persona responsable del caso, no la que se decide hacer por consenso (aunque pudiera coincidir con ésta). Y esto es importante dada la posición que ocupa el responsable en todo el proceso de deliberación, donde tiene la ocasión de aclarar sus muchas dudas, participar de manera muy activa, y hacerse cargo del mejor rendimiento posible de la sesión deliberativa.

Es imprescindible pasar sucesivamente por todas las fases, guardar orden en el análisis, argumentar con razones convincentes, y debatidas, pero nunca imponiéndolas ni, menos aún, como si fuese el resultado evidente de una ecuación matemática.

Por eso conviene recordar que la deliberación, en el fondo, requiere *aptitudes*, pero sobre todo necesita *actitudes*, es decir, una serie de condiciones intelectuales y emocionales que deberían estar en la base de cualquier proceso deliberativo. Nos referimos a disposición positiva al diálogo y al cambio de opinión, si la de otro fuera más convincente, así como la disposición a participar, pedir ayuda, buscar la veracidad, admitir dosis de incertidumbre, un sincero deseo de comprensión, etc.

Todas esas actitudes no son naturales, no las poseemos por nacimiento, hay que conquistarlas a base de practicar constantemente el método deliberativo. En suma, deliberar no es fácil, pero es el método más adecuado para tomar decisiones prudentes, responsables, en definitiva, sabias.