

**BIOÉTICA GENERAL Y
DE LAS PROFESIONES SANITARIAS**
Concepto y desarrollo histórico

Comité de Ética para la Atención Sanitaria
Hospital de Cabueñes,
Gijón, 9 de febrero de 2011

Constantino González Quintana
Profesor de Ética y Filosofía

INTRODUCCIÓN

Hoy es admitido que la bioética, en sentido estricto, nació a principios de la década de los años setenta del pasado siglo XX. Sin embargo, es a todas luces evidente que la bioética hunde sus raíces en el llamado “*Juramento de Hipócrates*” (siglos III-IV a. C.), que incluye por primera vez en Occidente un código ético para los médicos. Aun contando con los profundos cambios de mentalidad habidos desde entonces, no cabe duda de que la figura ética de los profesionales sanitarios se ha ido confeccionando con la tradición ética y moral elaborada, matizada y heredada por nosotros a lo largo de más de veinte siglos.

1. ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS

1. Moral y Ética

La palabra **moral** proviene del latín *mos-mores* (costumbre/s), define **lo que** debemos hacer de bueno y tiene como funciones transmitir valores éticos, principios y normas, así como los códigos que identifican a los grupos o comunidades morales. Se transmite de una generación a la siguiente ante la convicción de que contribuye a llevar una vida buena y feliz.

La palabra **ética**, procedente del griego *éthos-éthos* (morada-lugar de residencia y modo de ser o carácter adquirido), define el **por qué** debemos hacer lo que debemos hacer de bueno y, por tanto, tiene como funciones principales la de aclarar qué es lo moral, fundamentarlo y aplicarlo a la vida diaria. La ética se refiere a la disposición fundamental de una persona o su modo de ser y vivir su propia vida, en suma, el tipo de persona que hemos elegido ser y decidimos poner en práctica.

Es necesario recordar aquí que la ética y la moral forman parte de la naturaleza de las profesiones sanitarias, puesto que la actividad de sanar, proteger la vida y aliviar el sufrimiento es ya en sí misma una acción buena, es un bien en sí misma, es constitutivamente ética. Por lo tanto, la ética no es un adyacente ni un apósito externo ni una coyuntura temporal de la medicina, sino que forma parte intrínseca del arte de sanar y de la propia actuación clínica y asistencial desde sus propios orígenes. Es decir: la praxis médica ya es ella misma ética, y el modo de ser o tipo de persona que reproduce en esa práctica cada profesional (el *éthos*) conlleva irremediablemente la dimensión ética y moral.

2. Objeto de la moral y objeto de la ética

El objeto de la **moral** es la vida misma en cuanto quehacer o tarea cotidiana mediante la que nos logramos o malogramos como personas. Y para ello presupone un entrenamiento constante que permita responder con suficiente altura humana a los retos de la propia vida. Todo ello significa que su objeto abarca los valores, principios y normas que se transmiten de una generación a otra para llevar una vida buena y feliz. Lo más básico de la moral es aceptar y transmitir que “el ser humano es absolutamente valioso para el propio ser humano”.

Por su parte, el objeto de la **ética** es, desde el punto de vista *material*, el carácter o modo de ser adquirido, así como los valores, principios y normas que lo configuran y, desde el punto de vista *formal*, la bondad o maldad de las acciones humanas¹. Es por tanto objeto de la ética la vida moral sometida a la luz de la razón para fundamentar la argumentación moral de las acciones que realizamos. En resumen: la ética no dice lo que debemos hacer sino las condi-

¹ Entre las numerosas publicaciones al respecto pueden consultarse las de A. CORTINA - E. MARTÍNEZ, E., *Ética*, Ediciones Akal, Madrid, 1996; L. RODRÍGUEZ DUPLÁ, *Ética*, BAC, Madrid, 2001. Tienen también interés las obras de A. HELLER, *Ética general*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1995 y N. BILBE-NY, *La revolución en la ética. Hábitos y creencias en la sociedad digital*, Anagrama, Barcelona, 1997.

ciones necesarias para saberlo hacer bien o, dicho con palabras de Platón, «cuando se hace una cosa en razón de algo, no se quiere lo que se hace, sino aquello por lo que se hace»².

3. Rasgos característicos de las profesiones en general

A lo largo del pasado siglo XX ha habido numerosos estudios sobre la estructura, la moral y las características de las profesiones³. Haciendo un esfuerzo de sistematización de sus rasgos, notas y características, se podría decir lo siguiente⁴:

- La profesión es, ante todo, un **servicio** a la sociedad **único** (realización de tareas específicas), **definido** (funciones y competencias) y **esencial** (básica e imprescindible para el desarrollo social).
- Es una dedicación u ocupación **de por vida**: como una vocación.
- Se basa en **conocimientos y técnicas** para la realización del servicio prestado.
- Exige un período de **preparación especializada** y formal.
- Reclama un amplio campo de **autonomía** personal y corporativa.
- Implica **responsabilidad** personal sobre los juicios emitidos, los actos realizados y las técnicas empleadas.
- El **énfasis** se pone **en el servicio** prestado más que en las ganancias obtenidas.
- Cuenta con una **organización** de profesionales de cada ramo, creada y gobernada por ellos mismos (admisión-exclusión, competencia, status social-económico...).

4. Ética de las profesiones

La ética de las **profesiones en general** se ocupa de explicar las razones que avalan y sostienen el por qué de los valores, principios y normas que definen a una determinada profesión para llevar una vida buena, es decir, al servicio de qué bienes (fines) está una profesión. Con otras palabras: por qué una profesión contribuye a vivir humanamente la vida humana.

La ética de las **profesiones sanitarias**, en particular, se ocupa de argumentar razonadamente los fines de las actividades sanitarias: por qué y cómo hacer posible una vida sana y digna de ser vivida. Se dedica a indagar las condiciones y requisitos por los que las actuaciones sanitarias deben tener siempre como objetivo tratar a los pacientes como personas confiadas a su curación y a sus cuidados, sabiendo que la ética es inherente a esta clase de profesión.

2. MODELO CLÁSICO (El pasado de la bioética: siglos IV a. C.-XIX d.C.)

Teniendo en cuenta que el término “modelo” significa arquetipo o punto obligado de referencia para imitarlo o reproducirlo, designamos con la expresión “modelo clásico” al arquetipo de profesional sanitario, preferentemente médico, que ha tenido vigencia en Occidente desde el siglo IV (a. C.) hasta el siglo XIX. Hay muchos planteamientos y características de este modelo, en particular los referentes a la ética y la moral, que siguen presentes en nuestros días y que seguirán estando presentes en el futuro.

2.1. Orígenes de la ética médica: Juramento de Hipócrates (s. IV a. C.-XI d. C.)

El origen del modelo clásico está en la Escuela de Hipócrates de Cos, habitualmente considerado como “padre de la medicina occidental”, y cuyo famoso *Juramento*⁵ incluye el primer código ético de Occidente que perdura hasta hoy. En su parte central aparece lo siguiente:

² PLATÓN, *Gorgias*, Gredos, Madrid, 2006, 467d.

³ Véase, por ejemplo, la obra de A. DE MIGUEL., *Sociología de las profesiones*, CIS, Madrid, 1982.

⁴ La síntesis que sigue está tomada de J. GONZÁLEZ ANLEO, “Las profesiones en la sociedad corporativa”, en J. L. FERNÁNDEZ - A. HORTAL (eds.), *Ética de las profesiones*, Universidad de Comillas, Madrid, 1994, 26-30.

1. El deber de actuar guiados por el principio de **beneficencia**: «haré uso del régimen en beneficio de los enfermos...(y) siempre que entre en una casa lo haré **en beneficio de los enfermos...**».
2. El deber de actuar guiándose por el principio de **no hacer daño**, formulado en la tradición posterior como *primum non nocere*, que aquí ya se concreta en:
 - No dar a nadie, aunque lo pida, un fármaco letal, ni proponer cosa semejante.
 - No proporcionar a ninguna mujer «pesarios abortivos».
 - No practicar la cirugía (formó parte de la medicina desde los siglos XII-XIII).
3. La obligación de vivir y ejercer la medicina en **pureza y santidad**, que bien puede referirse al compromiso de «abstenerse de toda injusticia y de toda corrupción y, en especial, de prácticas sexuales con mujeres o con hombres, libres o esclavos».
4. La obligación de guardar **secreto profesional**: «todo lo que viere o escuchare en el ejercicio de mi profesión, o incluso fuera de ella, en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás debe ser divulgado, lo mantendré en silencio **teniendo tales cosas por secretas**».

Junto a estos principios de actuación fue apareciendo bien pronto un abundante listado de requisitos que debía configurar la manera de ser, de estar y de relacionarse con sus pacientes, tal y como puede leerse en el escrito hipocrático *Sobre el médico* (véase **Anexo I**), donde se habla con detalle acerca de la prestancia, el aspecto, el espíritu, el carácter, el porte y las relaciones con los paciente con el fin de que el médico tenga «disposición de alma y cuerpo». A los médicos había que exigirles las cualidades que adornaban a los mejores de la sociedad: «los más firmes, los más valientes y, en cuanto sea posible, los más hermosos»⁶.

Asimismo, *Los Consejos de Esculapio* (véase **Anexo II**) ofrecen una visión muy clara de cómo se comprendía el médico a sí mismo respecto a su manera de vivir y de explicar sus relaciones con los enfermos y la sociedad en general. Quizá sea muy probable que los actuales profesionales sanitarios se identifiquen con bastantes contenidos de este documento.

La filantropía de la vocación médica ya insinuada en Los Consejos de Esculapio vuelve a ponerse de relieve en otro escrito hipocrático: «donde hay amor al hombre hay amor al arte (de la medicina)»⁷. Existía también, ya por entonces, un fuerte contraste entre ese principio tan humanista y la imagen del médico que podían tener sus conciudadanos, tal como se refleja en estas mordaces palabras de Aristófanes (*Pluto*, vv. 406-408): «¿Cómo hallar un médico competente en la ciudad? Donde no hay salario no hay arte».

La continuidad del sentido filantrópico recién aludido está recogido por Escribonio Largo (siglo I d. C.) para quien el médico debía tener siempre «un ánimo lleno de misericordia y humanidad...socorrer en la misma medida a todos los que imploran su auxilio...y no hacer daño a nadie», porque la medicina es «ciencia de sanar, no de dañar»⁸. Y, en fin, entre otros muchos textos que se podrían citar, hay uno muy hermoso que pertenece al médico judío Isaac Judaeus (s. IX-X): «Quien se dedica a trabajar con perlas tiene que preocuparse de no destrozarse su belleza. Del mismo modo, el que intenta curar un cuerpo humano, la más noble de las criaturas de este mundo, debe tratarlo con cuidado y amor»⁹.

⁵ Hay documentos similares en otras culturas que contienen importantes puntos de coincidencia con el Juramento Hipocrático. Véase J. GAFO, «Los códigos médicos», en ID (ed.), *Dilemas éticos de la Medicina actual*, Universidad de Comillas, Madrid, 1986, 17-19.

⁶ Eso es lo que decía, por ejemplo, PLATÓN, *La República*, Gredos, Madrid, 2006 535a.

⁷ Libro de «Preceptos», 6, *Tratados hipocráticos*, Alianza Editorial, Madrid, 1991 (edición de M^a del A. Hermsóin).

⁸ Citado por F. KUDLIEN, «Medical Ethics and Popular Ethics in Greece and Rome», *Clio Medica* 5 (1970) 96.

⁹ Citado por H. SHIPPERGES, «La ética médica en el Islam medieval», *Asclepio* 17 (1965) 107-116.

2.2. Continuidad de la ética hipocrática “profesional” (siglos XII-XIX)

La continuidad del modelo clásico a través del tiempo se puede comprobar, por ejemplo, en la llamada *Oración de Maimónides* (siglo XII), que pone el acento en lo siguiente:

- La condición de “elegidos” para «velar sobre la vida y la salud... y para hacer el bien a los hombres...».
- «Amor a la humanidad... (y) deber de atender al bienestar» de los enfermos como principios contrapuestos a la «sed de ganancias o la ambición de renombre y admiración...».
- «Estar siempre dispuesto a ayudar» y ser capaz de ver en el que sufre al hombre, así como hacer que los pacientes tengan «confianza» en el médico.
- Poseer «delicadeza, serenidad...modestia» y esforzarse en «saber más cada día... porque «el arte es inacabable y la mente siempre puede crecer.».

Algo parecido podría decirse respecto a otros juramentos de la misma época, como los procedentes de las escuelas de medicina de Montpellier y de Salerno. Hay autores que describen las cualidades sociales y morales de los médicos siguiendo el espíritu de la tradición hipocrática. En las primeras décadas del siglo XIV, por ejemplo, un escritor lombardo dejó consignado lo siguiente¹⁰: «Conviene que los médicos sean estudiosos, sabios y diligentes respecto a su ciencia. Porque ciertamente la vida del cuerpo humano de alguna manera está en manos del médico, y si no tuviera saber y conocimiento de muchos textos, en verdad podría ser tenido por matador de hombres, más que por médico que los curase. Ello lleva consigo guardar buenos modales, hermosura y compostura de lenguaje y castidad del cuerpo. Asimismo, deben visitar a menudo a los enfermos para llevarles una promesa de salud... Todos los que deben tener el cuidado de los enfermos, ténganlo también de sí mismos, para que purgados y limpios de las mayores pasiones, que son las del alma, se muestren sabios en esas otras pasiones que son las enfermedades de cuerpo...».

Como ya se ha venido diciendo, ese modelo clásico llevaba consigo un estilo y una ética de algún modo excepcional... “excelente”, según se puede observar haciendo la comparación de lo que nos han dejado dos médicos del siglo XVI (A. de Miranda y E. J. Enríquez) en cuya lista de exigencias lo piden prácticamente todo:

Cualidades éticas-morales: caritativo y amigo de los pobres; humano, manso y afable; temeroso de Dios; que no sea murmurador ni envidioso; que sea templado y firme en sus obras; que sea honesto y pacífico; que tenga prudencia y temperancia; que sea de buen linaje; que sea templado en el comer; que sea celoso de su honra; que no sea desabrido con los enfermos...

Cualidades profesionales: que guarde secreto, sea mañoso y combata la enfermedad oportunamente; que sepa diagnosticar y esté versado en los médicos antiguos y modernos; que haya tenido buenos maestros y sea experimentado; de buena memoria, diligente, y tenga porte grave y aseado; que sepa didáctica, lógica, filosofía, geometría y matemáticas; que viaje para aprender y tenga muchos libros, dado a las letras y leído; que sepa árabe y practique buen latín y griego...¹¹

Así todo, el sentido crítico respecto a la profesionalidad de los médicos continúa vigente (como ya vimos con Aristófanes), según lo ha recogido un importante intelectual del siglo XII, Juan de Salisbury, a propósito de los “aires” de los nuevos médicos recién salidos de

¹⁰ J. DE CESSOLIS, *El juego del ajedrez o Dechado de Fortuna*, Madrid, 1991, 74-79 (edición de J. M. Lemarchand).

¹¹ A fin de comprobar su continuidad histórica, compárese ese conjunto de cualidades con las exigidas en el escrito “Sobre la decencia”, *Tratados hipocráticos*, 1, Gredos, Madrid, 1982, 202-203 (edición de C. García Gual): «desprendimiento, modestia, pundonor, dignidad, prestigio, juicio, calma, capacidad de réplica, integridad, lenguaje sentencioso, conocimiento de lo que es útil y necesario para la vida, rechazo de la impureza, alejamiento de toda superstición y excelencia divina».

la facultad de medicina: «saben enunciar falaces manipulaciones y, tan pronto como regresan, practican diligentemente lo que allí hubieran querido aprender. Aluden a Hipócrates y a Galeno y en su boca sólo hay confusas triviales palabras extranjeras. Hablan continuamente de los Aforismos y levantan con los nuevos nombres tal tormenta, que confunden y desconciertan las cabezas de las gentes. Creen saberlo todo, porque todo lo hablan en público y se comprometen a conseguirlo todo pero, si se les pone en un aprieto, sólo saben las dos cosas que conservan en su memoria y que únicamente son capaces de poner en práctica en su actuación»¹².

2.3. La ética médica de Thomas Percival (siglo XIX)

El espíritu del modelo clásico a parece recogido con claridad en el primer libro que llevó por título “Ética médica”, publicado en 1803 por Thomas Percival¹³, entre cuyos capítulos destacan los siguientes contenidos:

- El médico debe atender a los sentimientos y emociones no menos que a los síntomas de sus pacientes (cap. I, 2).
- El interrogatorio ha de efectuarse con el adecuado tono de voz (cap. I, 5).
- El secreto debe observarse estrictamente (cap. I, 5).
- Hay que explorar a las mujeres con escrupulosa delicadeza (cap. I, 5).
- La moral y la religión tiene una influencia tan favorable en la enfermedad, que el médico debe facilitar el cumplimiento de los deberes morales y religiosos del paciente y hallarse en estrecho contacto con los capellanes (cap. I, 6).

El modelo médico de Percival es un vivo reflejo del hipocrático tal y como se ha ido modulando con el paso del tiempo. Se pone el acento en la figura del médico prudente y educado, en el hombre gentil y en que sea un verdadero *gentleman*. La ética médica se ha comenzado a burocratizar desde esta época y ha llegado a convertirse en “*etiqueta médica*”. A partir de ahora se pone en marcha la progresiva institucionalización de la profesión médica con su propio orden formativo interno, el “orden médico”, que en los futuros códigos deontológicos se divide en las siguientes partes. 1ª) deberes del médico consigo mismo, 2ª) deberes para con el enfermo, y 3ª) deberes para con las demás personas, en particular con sus colegas de profesión. De hecho eso son los tres capítulos de la ética médica de Percival.

El espíritu y la orientación de la obra de Percival pasó de manera íntegra al código ético de la *American Medical Association* (AMA, 1847) y, tras él, a la mayor parte de los códigos nacionales de deontología médica que comenzaban a publicarse. Hay posteriormente declaraciones de rango internacional, como la conocida Declaración de Ginebra de 1948 (revisada después en 1968, 1983 y 1994) que está traspasada por el modelo hipocrático:

1. Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad,
2. Otorgar a mis maestros el respeto y gratitud que merecen,
3. Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente,
4. Velar ante todo por la salud de mi paciente,
5. Guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente,
6. Mantener incólume, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica,

¹² Citado por H. SHIPPERGES, 226, *op. cit.* en nota 9. Varios siglos después tampoco tiene desperdicio la siguiente sátira de F. Petrarca: « Hemos llegado a tiempos tales, que sin médicos no nos atrevemos a vivir, no pensando que sin ellos innumerables pueblos vivieron más que nosotros y con mejor salud» (citado por P. LAÍN ENTRALGO, *Historia de la Medicina*, Masson-Salvat, Barcelona, 1994, 236.)

¹³ En realidad el título completo decía así: *Ética médica o un código de instituciones y preceptos adaptados a la conducta profesional de los médicos y cirujanos: 1) en la práctica hospitalaria, 2) en la práctica privada o general, 3) en relación con los farmacéuticos, y 4) en los casos en que debe requerirse un conocimiento de la ley.*

7. Considerar como hermanos y hermanas a mis colegas,
8. No permitiré que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente,
9. Velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, incluso bajo amenaza, y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas,
10. Hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

A finales del siglo XIX, F. Nightingale, considerada madre de la enfermería moderna, parece haber sido la autora de un Juramento para la enfermería inspirado en la tradición hipocrática y en el que pone el acento sobre la elección del término “**cuidado**” para definir la especificidad de esta profesión. En resumen, se puede afirmar que el modelo clásico contiene un tipo de profesional sanitario/a que podría agruparse en torno a las siguientes características¹⁴:

- **Elección:** Tiene un poder tan grande (la salud, la vida, la muerte...) y una serie de dones tan especiales que se deferenia claramente de los demás miembros del grupo social, demostrando así que ha sido elegida por los dioses.
- **Segregación:** Además de ser diferente tiene que vivir como tal, como diferente y, por tanto, como segregado. Eso le hace objeto de respeto, de temor, de distancia...no vive en condiciones de igualdad con los demás.
- **Privilegio:** Por su carácter de elegido y segregado tiene normas de actuación que no son las del común de la sociedad...originando un código moral diferente, segregado y hasta superior al de los demás...un privilegio máximo.
- **Impunidad:** Por ser elegido, segregado y privilegiado, es de facto inviolable y está exento de responsabilidades...libre de castigos...impune.

Autoridad moral: Impone normas sobre lo que se debe hacer para la salud y la vida sana y, por eso, por ser conductores naturales de los demás, tienen unas obligaciones específicas, una “moral especial” y distinta de la del resto de la sociedad... Es un rol tan importante que debe estar en manos de personas moralmente intachables... “excelentes”.

Esos y otros rasgos han llevado a situar a los profesionales en general, y a los sanitarios en particular, fuera del ámbito del resto de ocupaciones existentes y a justificar las instituciones de protección y el alto prestigio social que tenían. Ejemplos de ello son el nacimiento y proliferación de los Colegios Profesionales y de sus respectivos Códigos Deontológicos. Sin embargo, este modelo ha pasado a la historia por una determinada característica: el *paternalismo*. Se trata de una actitud coherente con la mentalidad del modelo practicado, es decir, la convicción de que sólo y exclusivamente le competía al médico decidir lo que era bueno para el enfermo sin contar para nada con él. Antes, al contrario, al enfermo le correspondía obedecer en todo al médico al igual que el niño obedece las órdenes de su padre. Sólo el médico poseía la firmeza (*firmitas*) de la que carecía por completo el enfermo (*infirmetas*). De ahí la normalidad de las relaciones verticales y la imposición de las buenas costumbres a los enfermos.

3. MODELO LIBERAL (Crisis del modelo clásico: siglo XX)

La aparición del pensamiento liberal se caracteriza esencialmente por la conjunción de dos binomios inseparables: la libertad y la autonomía de la persona, por un lado y, por otro, la definición y el reconocimiento de la dignidad humana y de sus derechos fundamentales.

¹⁴ Pueden verse más desarrolladas en D. GRACIA, “El Juramento Hipocrático”, en *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Triacastela, Madrid, 2004, 247-249.

La primera de las bases que componen la tesis liberal, la **libertad y autonomía** de la persona, se remontan a la época de la Ilustración y, sobre todo, a la obra de Kant, quien unió de manera inseparable los conceptos de libertad y autonomía en el sentido de que el ser humano es capaz de darse leyes a sí mismo sirviéndose sólo del propio entendimiento y sin recurrir para ello a ninguna instancia externa¹⁵. La fusión entre libertad y autonomía se ha impuesto en Occidente como ideal de vida independiente y de realización personal.

La segunda de las bases de la tesis liberal, los **derechos humanos**, va estrechamente unida a la anterior (libertad y autonomía) pero, principalmente, está enraizada en los conceptos de **persona y dignidad** humana en cuyo proceso de desarrollo también ha sido decisiva la obra de Kant, aunque tienen su origen en tiempos muchos más antiguos. Lo cierto es que el término dignidad ha condensado el valor intrínseco de cada ser humano y, a la vez, ha encontrado su mejor definición y concreción en los derechos humanos. Referido a la persona como «fin en sí mismo»¹⁶, concentra su valor incondicionado e incomparable, la hace acreedora de la palabra «respeto» como la expresión más conveniente y adecuada que se le puede tributar, y conlleva la obligación de tratar a cada ser humano «siempre como un fin y nunca sólo como un medio», es decir, se traduce en el deber de no instrumentalizar jamás a nadie.

3.1. La crisis del modelo clásico

Todos esos factores influyeron en la crisis del modelo clásico de las profesiones y en la aparición de su respectivo modelo liberal que dura hasta nuestros días. El primer ámbito que comenzó a resquebrajarse fue el religioso que ya desde el siglo XVI, y afectando directamente a sus profesionales (los sacerdotes), dio lugar tras mucho tiempo de contiendas a la aceptación colectiva de la tolerancia y de la libertad religiosa.

El segundo ámbito afectado de manera contundente fue el político y a sus “profesionales”, los gobernantes. Desde los siglos XVII en Inglaterra y, en especial, durante el XVIII con la revolución francesa, se puso de relieve la soberanía popular y el triunfo del derecho a la libertad política y, con él, el derecho de libertad de asociación, de manifestación, etc.

El tercero de los grandes ámbitos profesionales, el de la medicina, inició poco a poco su introducción en el modelo liberal ya bien entrado el siglo XX, cuando comenzó a extenderse por Occidente un movimiento general de reivindicación de los derechos civiles. Más en concreto, la libertad en la gestión autónoma del cuerpo fue adquiriendo la forma de un derecho humano y, con ello, el predominio de lo que luego se llamaría “principio de autonomía”.

En cualquier caso, hubo un punto indiscutible de inflexión cuando se afirmó en el Código de Núremberg (1946), tras los desastres del nazismo, que «el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial». Esta rotunda afirmación fue la puerta de entrada a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU 1948), donde se reconoce que «todos los seres humanos nacen libres en igualdad y derechos» (Art.1) y, además, toda persona los tiene «sin distinción alguna de raza, color, sexo, opinión política...» (Art.2).

A partir de entonces, y sin ninguna clase de excepción, todos los documentos internacionales relacionados con la profesión sanitaria unen de manera inseparable el respeto a la dignidad de la persona y el respeto a sus derechos fundamentales tal y como puede verse en los *Principios de Ética Médica* de la AMA, en 1957, así como en los *Principios de Ética Médica Europea* de 1987¹⁷, en el llamado *Convenio Europeo de Bioética* (Oviedo, 1997) o en la reciente Declaración de la UNESCO sobre bioética y derechos humanos de 2005.

¹⁵ I. KANT, “Respuesta a la pregunta: ¿Qué es la Ilustración?”, en A. MAESTRE (ed.), *¿Qué es la Ilustración?*, Tecnos, Madrid, 1989, 17 y 26.

¹⁶ I. KANT, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Austral, Madrid, 1990, 102-104 y 110-114.

¹⁷ <http://www.unav.es/cdb/intprincipios.html> (último acceso: 23.02.2011) Es muy significativo que, a pesar de la fecha de su publicación (1987), esos principios hablan de los derechos y deberes de los médicos hacia los enfermos, pero nunca mencionan siquiera una sola vez la palabra “derechos” referida a los que tienen los enfermos.

3.2. Los derechos de los enfermos y los “nuevos” códigos deontológicos

Con tales antecedentes ya asumidos y difundidos por Occidente (libertad y autonomía de un lado y, de otro, dignidad de la persona y sus derechos fundamentales), el amplio movimiento reivindicativo de derechos civiles contribuyó decisivamente a la elaboración de la primera Carta de Derechos del Paciente (*Patient's Bill of Rights*), que corrió a cargo de la Asociación Americana de Hospitales en 1973. Poco después, en 1980, la revisión de los *Principios de Ética Médica* de la AMA ya incluía por primera vez el deber de «respetar los derechos de los pacientes» como criterio de ética médica y durante los años siguientes se fue incluyendo en los países occidentales. En mayo de 1979 la Asamblea General del Consejo de Europa aprobó una Carta del Enfermo Usuario del Hospital, que había elaborado dos años antes el Comité Hospitalario de la Comisión Económica Europea.

En España, la primera carta de derechos y deberes de los enfermos apareció en los artículos 10 y 11 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, referidos a la totalidad de los ciudadanos «respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias». Ese mismo conjunto de derechos y deberes quedó recogido literalmente en los artículos 40 y 41 de la Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

La fuerza atractiva del movimiento liberal y, sobre todo, el reconocimiento explícito de la dignidad de la persona y del respeto a sus derechos fundamentales, fueron el fundamento de una nueva comprensión de la deontología profesional sanitaria y, como es lógico, dieron lugar a la elaboración de “nuevos” códigos deontológicos. Un buen ejemplo de ello es el Código de Ética y Deontología Médica de España, que se define como «el conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional del médico», una deontología cuyos deberes «obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen». Sin embargo, quizá lo más acertado sea la afortunada fusión que presenta de la tradición hipocrática y de las conquistas del movimiento liberal¹⁸:

- «La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana y la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico» (Art.4.1).
- El médico debe cuidar con la misma conciencia y solicitud a todos los pacientes, sin distinción por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social (Art.4.2).
- La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste ha de anteponerse a cualquier otra conveniencia (Art.4.3).
- El médico nunca perjudicará intencionadamente al enfermo ni le atenderá de manera negligente; y evitará cualquier demora injustificada en su asistencia (Art.4.4)».

No podemos olvidar que, según el modelo clásico, los profesionales sanitarios tenían deberes específicos, pero tales deberes no guardaban correspondencia con los derechos de las demás personas. En otras palabras, los enfermos no tenían derechos correlativos a los que detentaban los profesionales sanitarios. Ahí reside precisamente el *quid* de la revolución liberal tal y como puede comprobarse en el “nuevo” código de deontología y ética médica¹⁹:

- «La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y paciente. Ello presupone el **derecho** de éste a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario» (Art. 7. 7).
- El médico ha de respetar el **derecho** del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento» (Art.9.2)
- Los pacientes tienen **derecho** a recibir información sobre su enfermedad...respetará la decisión del paciente de no ser informado...” (Art.10.1)

¹⁸ ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, *Código de Ética y Deontología Médica*, que puede verse en la web <http://nueva.cgcom.es/sites/default/files/Codigo.pdf> (último acceso: 23.02.2011)

¹⁹ ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, *Ibid.*, en <http://nueva.cgcom.es/sites/default/files/Codigo.pdf>.

- Es **derecho** del paciente obtener un certificado médico o informe realizado por el médico que le ha atendido, relativo a su estado de salud o enfermedad o sobre la asistencia prestada” (Art.11.1)
- El **secreto médico** es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un **derecho** del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros” (Art.14.1)
- Todos los pacientes tienen **derecho** a una atención de calidad humana y científica. El médico tiene la responsabilidad de prestarla...” (Art.18.1)».

Un ejemplo meridianamente claro del cambio producido es lo relativo al secreto profesional. El deber de guardar secreto ya no reside sólo en el carácter excepcional y exclusivo del ejercicio profesional, sino en el «derecho del paciente a salvaguardar su intimidad».

Respecto a la profesión de enfermería pueden hacerse afirmaciones similares en cuanto a los cambios introducidos desde la difusión del movimiento liberal. El Código Deontológico Internacional del CIE para la profesión de enfermería (Ginebra, 2006)²⁰, afirma en su preámbulo que «Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento...Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto». Tampoco falta en este código la gran intuición de Nightingale sobre los “cuidados” como distintivo característico de la enfermería.

El modelo liberal aparece en el capítulo X del Código Deontológico de la Enfermería Española (1989), cuando habla de las normas comunes al ejercicio de la profesión²¹:

- «La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y a la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes (Art. 52)
- La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados (Art. 53)... tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia (Art. 54).

4. NACIMIENTO Y DIFUSIÓN DE LA BIOÉTICA (siglo XX)

El término “bioética” es un neologismo anglosajón que tiene su origen y su primera etapa de desarrollo en los Estados Unidos de Norteamérica. Por más que haya sido luego objeto de ampliación, corrección y difusión, es indiscutible que la bioética debe su existencia gracias al mundo norteamericano y contando con los recursos norteamericanos.

4.1.El contexto científico-técnico, cultural y social

El nacimiento de la bioética tiene un marcado carácter norteamericano, como se acaba de decir, pero en realidad hay que situarlo en un contexto mucho más amplio y global, aunque solamente nos limitemos a trazar sus rasgos generales.

²⁰ Véase en <http://www.cies.edu.ni/cs/bibliografia/CODIGO%20DEONTOLOGIA%20ENFERMERIA.pdf>. (último acceso: 23.02.2011).

²¹ Véase en <http://www.unav.es/cdb/esotcodigoenf.html> (último acceso: 23.02.2011)

Hay que poner de relieve, en primer lugar, el período del «crecimiento explosivo de la medicina»²² que tuvo lugar desde el final de la II Guerra Mundial en 1946 hasta el año 1976. También se ha escrito que la relación médico-paciente ha cambiado más en los últimos veinticinco años que en los veinticinco siglos anteriores²³. Entre los profundos y acelerados cambios producidos en la medicina es suficiente recordar algunos de los años 40 del siglo XX y otros de plena actualidad: en 1946, por ejemplo, la estreptomycin comenzó a usarse a gran escala para el tratamiento de la tuberculosis, y la penicilina, aunque ya descubierta en 1928, se aplicó clínicamente por primera vez durante la guerra, se produjo sintéticamente y se convirtió en el tratamiento preferido para la neumonía y otras infecciones serias. Y, en fin, nos basta recordar el inmediato futuro de la medicina genómica, la investigación con las células madre, la nanomedicina, la telemedicina...un futuro tan prometedor y fascinante como lleno de inquietudes²⁴.

Por otra parte, durante la década de los años 60 del siglo XX floreció un conjunto de movimientos que buscaban una nueva cultura basada en la libertad, la justicia y la igualdad, que fructificó en los movimientos pacifistas en los Estados Unidos; en los movimientos de liberación en el Tercer Mundo; en el cuestionamiento del *establishment* y de las grandes instituciones (entre ellas la medicina); y en las protestas estudiantiles entre las que destaca principalmente la de mayo del 68 en Francia. Asimismo, se ha ido poniendo cada vez más el acento en la horizontalidad e igualdad de las relaciones humanas: frente a las clásicas relaciones verticales se han ido imponiendo otras más igualitarias y participativas, y frente al clásico modelo de mandato-sumisión se ha ido imponiendo otro basado en la participación-colaboración, lo que influye decisivamente en la progresiva desaparición del “paternalismo” y en la nueva comprensión de las relaciones médico-paciente.

A lo largo de la década de los años 70 del siglo XX, y en congruencia con las tradiciones culturales y políticas norteamericanas, las reivindicaciones sociales se articularon en el lenguaje del movimiento liberal y se concretaron en dos realidades: la aparición de la primera carta de derechos de los enfermos (1973) y el énfasis puesto durante esa época en la autonomía y en los derechos individuales. Este último factor explica por qué la bioética va a nacer y a desarrollarse en sus primeros años bajo el signo indiscutible de la autonomía. También conviene recordar que por esos años crece la desconfianza hacia las instituciones sanitarias debido a una serie de problemas y de abusos que salieron a la luz pública: en este sentido es ya clásico el artículo de Beecher que recoge 22 trabajos de investigación, realizados por profesionales de primera categoría, que contenían importantes deficiencias éticas²⁵. Sin embargo, quizá el abuso más conocido y cruel sea el caso de Tuskegee (1970) donde se negó el tratamiento con antibióticos a 400 varones de raza negra, portadores de sífilis, además de negarles información sobre el experimento y el diagnóstico, con el fin de estudiar el desarrollo de la enfermedad. Otros ejemplos han sido el de la inyección del virus de la hepatitis a niños con enfermedad mental, en Willobrook, o de células cancerosas a pacientes ancianos en el *Jewihs Hospital* de Brooklyn.

Finalmente, hay que añadir a lo anterior la difusión de la Seguridad Social; la creciente cobertura universal, equitativa y gratuita de la asistencia sanitaria (menos en Estados Unidos, precisamente); la importancia y la tecnificación de la asistencia sanitaria en grande Hospitales (junto a sus problemas de masificación y “cosificación” de los pacientes); la progresiva y alarmante “medicalización” de la sociedad occidental (en escandaloso contraste con la enorme carencia de medicamentos en los países subdesarrollados); y, también, el problema nada despreciable de cómo distribuir recursos sanitarios cada vez más escasos y limitados.

²² Citado por A. R. JONSEN, *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York, 1998, 12, aunque ese autor la ha recogido de una obra de H. McGehee y J. Bordley sobre historia de la medicina publicada en 1976.

²³ D. GRACIA, “Los cambios en la relación médico-enfermo”, *Medicina Clínica* 93 (1989) 100-102.

²⁴ Un información amplia sobre cuanto se acaba de decir puede verse en P. SIMÓN LORDA - I. BARRIO CANTALEJO, “Un marco histórico para una nueva disciplina”, *Medicina Clínica* 105 (1995) 583-597.

²⁵ H. K. BEECHER, “Ethics and Clinical Research”, *New England Journal of Medicine* 274 (1966) 1354-1360.

En resumen, los problemas, cuestiones, dudas y temas tan nuevos que se suscitaban en ese contexto, a su vez tan novedoso y complejo, ya no se podían abordar solamente con las reglas deontológicas de los códigos de ética profesional al uso. Sin dejar éstos de perder su valor e importancia, fue apareciendo gradualmente la necesidad de responder a ese conjunto de cuestiones con planteamientos y enfoques también nuevos, como pretendía la bioética.

4.2. La palabra “bioética”: el legado de Potter y de Hellegers (1970-1971)

El origen de la palabra “bioética” hay que situarlo en los primeros meses de 1971 y en dos Universidades norteamericanas: la de Wisconsin (Madison) y la de Georgetown (Washington)²⁶. La aparición de esa palabra en la Universidad de Wisconsin se debió al oncólogo Van Rensselaer Potter y en la Universidad de Georgetown correspondió al obstetra André Hellegers. Así todo, no cabe duda alguna de que el primero en acuñar y utilizar el neologismo fue Potter en enero de 1971²⁷, aunque ya la había usado en un artículo suyo del año anterior.

Hellegers fue el fundador del primer centro universitario dedicado al estudio de la bioética, gracias al apoyo y al generoso donativo de la Fundación Kennedy. Perteneciente a la Universidad de Georgetown, fue inaugurado oficialmente en julio de 1971 con el nombre de *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*. Su prestigiosa revista, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, sigue estando en el primer plano internacional. Conviene recordar que, entre 1969-1970, Daniel Callahan y Willard Gaylin habían fundado lo que se llama hoy el *Hastings Center*, con el nombre de *Institute of Society, Ethics, and the Health Sciences*, que cuenta también con una revista no menos prestigiosa que la del Instituto Kennedy: *The Hastings Center Report*. Ambos centros son pioneros en el origen y desarrollo de la bioética.

¿Qué es lo que nos ha legado Potter? Nos ha dejado una concepción de la bioética cuyo objetivo fundamental es servir de “puente” entre dos culturas que a su juicio se habían distanciado excesivamente: la de los conocimientos biológicos (representada por el vocablo “bios”) y la de los sistemas de valores humanos (representada por el vocablo “ética”). En realidad ha tenido poco éxito debido, en buena parte, a la falta de apoyos económicos e institucionales. Su pretensión ha sido la de establecer un nuevo tipo de conocimiento que contribuyera a la supervivencia del hombre y a la mejora de la calidad de vida. Sin embargo, es necesario saber que en la actualidad estamos asistiendo al renacimiento del planteamiento de Potter bajo la forma una “bioética global” que pone el acento en las cuestiones ecológicas y de justicia internacional como él mismo ha vuelto a insistir hace algunos años²⁸.

Y, por último, ¿cuál ha sido el legado de Hellegers? El apoyo institucional y económico con el que contó Hellegers permitió a la bioética convertirse en un poderoso movimiento social y, además, introducirse definitivamente en el ámbito académico, en el mundo del gobierno y en el de los medios de comunicación. Su enfoque de la bioética se distinguía del de Potter en dos aspectos básicos: 1º) concentró su mayor atención en las cuestiones biomédicas, y 2º) adoptó la herencia teórica y metodológica de la tradición filosófica y teológica de Occidente. De hecho, la biblioteca del Instituto Kennedy, *Nacional Bioethics Referente Library*, es hoy día el centro obligado de referencia internacional en lo tocante a bibliografía sobre bioética.

Es ahora el momento de ofrecer alguna de entre las muchas definiciones de bioética:

- Nueva disciplina que combina el conocimiento de las ciencias biológicas con el conocimiento de los sistemas de valores humanos (V. R. Potter, 1971).

²⁶ Para mayor información al respecto, véanse, por ejemplo: J. GAFO, “Veinticinco años de bioética”, *Razón y Fe* 234 (1996) 401-414; J. FERRER, “Treinta años de bioética”, *Razón y Fe* 243 (2001) 591-596.

²⁷ V. R. POTTER, *Bioethics: Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1971

²⁸ V. R. POTTER, “Biocibernética y supervivencia”, en M. PALACIOS (coord.), *Bioética 2000*, Ediciones Nobel, Oviedo, 2000, 59-78.

- El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, examinando esta conducta a la luz de los valores y principios morales (W. T. Reich, 1978 y 1995).
- La bioética es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios para la correcta conducta humana respecto a la vida, tanto de la vida humana como de la vida no humana (animal y vegetal), así como del ambiente en el que pueden darse condiciones aceptables para la vida (*Wikipedia*, último acceso 27.01.2011).
- En su sentido más amplio, la bioética no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente y el trato debido a los animales (*Wikipedia*, último acceso 27.01.2011).
- El criterio ético fundamental que regula esta disciplina es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral: la dignidad de la persona (*Wikipedia*, último acceso 27.01.2011).

4.3. La *Encyclopedia of Bioethics* (1978) y el *Informe Belmont* (1979)

Otro factor de gran importancia ha sido la publicación en 1978 de la *Encyclopedia of Bioethics*, dirigida por W. T. Reich²⁹. Se compone de varios volúmenes, ha sido la primera obra de consulta básica sobre la materia y su editor optó expresamente por la palabra bioética.

Por otra parte, la toma de conciencia sobre los problemas y abusos en el campo de la biomedicina, que habían salido a la luz pública, como se ha comentado más atrás, dio origen a la creación en Estados Unidos de una comisión nacional de carácter ético (la primera de lo que luego serían comisiones nacionales de bioética y comités de ética hospitalaria), con el nombre de *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Su cometido primordial era establecer una serie de principios éticos fundamentales que pudieran servir de guía para la resolución de los problemas éticos planteados por la investigación con seres humanos, así como para sentar las bases sobre las que formular, criticar e interpretar otras reglas éticas más concretas. La Comisión trabajó desde 1975 a 1978 y, como resultado de sus deliberaciones, se publicó un documento final, conocido como *Informe Belmont*, en el que se identificaron tres principios fundamentales que tuvieron un enorme éxito en el desarrollo de la bioética: 1) respeto por las personas, 2) beneficencia y 3) justicia³⁰

El principio de respeto a las personas se apoya en dos convicciones morales: 1ª) se debe tratar a las personas como agentes autónomos, y 2ª) se deben tutelar los derechos de las personas cuya autonomía está disminuida o comprometida. Y, a su vez, de esas convicciones se desprenden dos obligaciones morales: a) el reconocimiento de la autonomía ajena, y b) la protección de las personas cuya autonomía esté comprometida.

Tal insistencia en el reconocimiento de la autonomía ajena implica que las opciones de las personas autónomas sean respetadas, siempre y cuando no lesionen la autonomía y los derechos de terceras personas.

El segundo de los principios, el de beneficencia, incluye también la obligación inseparable de no hacer daño (no-maleficencia o el clásico *primum non nocere*). Y, finalmente, el tercer principio, el de justicia, se entiende desde la perspectiva de la justicia distributiva que, por cierto, en el caso norteamericano, prima siempre a los pocos que más tienen y olvida por sistema a los muchos que no tienen nada, es decir, la justicia se aplica a los que pagan.

²⁹ W. T. REICH, (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, The Free Press, New York, 1978; hay una 2ª edición de 1995. Otras obras de carácter enciclopédico son, por ejemplo, G. HOTTOIS - J. N. MISSA (dirs.), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, DeBoeck Université, Bruxelles, 2001; C. SIMÓN (dir.), *Diccionario de bioética*, Monte Carmelo, Burgos, 2006; J. B. TUBBS, *A Handbook of Bioethics Terms*, Georgetown University Press, Washington, 2009.

³⁰ Texto traducido al español en A. COUCEIRO (ed.), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid, 1989, 313-324.

A partir de ese momento se inicia un largo camino en el que los problemas de la medicina ya no se van a analizar sólo con los códigos deontológicos, sino en torno a esos principios y a partir de los procedimientos de toma de decisión que se derivan de ellos

4.4. El “principialismo” de Beauchamp y Childress (1979)

Inspirándose en los principios éticos del *Informe Belmont*, se publica en 1979 una obra que será de extraordinaria importancia para el desarrollo ulterior de la bioética y que representa su primera teoría ética. Se conoce como “principialismo”, sus autores son Tom L. Beauchamp y James F. Childress y el título de su obra es *Principles of Biomedical Ethics*³¹. Los principios que formulan son cuatro y sirven de fundamento para orientar las decisiones en el ámbito de la medicina: 1) respeto por la autonomía, 2) beneficencia, 3) no-maleficencia y 4) justicia.

Aunque sea de manera escueta e incompleta, merece la pena presentar su contenido³². No obstante, conviene saber que estos autores no otorgan ninguna clase de orden o prioridad entre los principios. Le aplican a todos ellos el calificativo de principios *prima facie*³³, es decir, principios que a primera vista valen todos por igual y tienen la misma preponderancia en igualdad de condiciones. Cuando entran en conflicto, será el examen detenido de cada caso y de sus circunstancias lo que termine la elección de uno de esos principios sobre los demás.

4.1.1. El principio del respeto a la autonomía

Tiene un papel central en toda la bioética contemporánea y, con ello, se demuestra el corte netamente liberal de la bioética. Se refiere a la capacidad que tienen las personas para autodeterminarse, libres de presiones externas que condicionen sus actos (*libertad externa*) y libres de limitaciones individuales que impidan actuar intencionadamente (*libertad interna*). El respeto por la autonomía exige que se reconozca a cada sujeto moral el derecho a: 1) tener sus propios puntos de vista, 2) tomar sus propias opciones, y 3) actuar en conformidad con su escala de valores personales. En el campo médico este principio exige, positivamente, tratar con respeto a las personas en la comunicación de informaciones y favorecer sus decisiones autónomas respecto a su salud. Y exige también, negativamente, que las acciones autónomas de las personas no sean sometidas por terceros a controles externos que las limiten o impidan.

Por eso la concreción más relevante de dicho principio es la obligación de cumplir la regla del **consentimiento informado** ante cualquier intervención sanitaria, hasta el punto de convertirla en una pauta protocolizada en los centros sanitarios occidentales. Ya sabemos que su origen más remoto es el artículo 1 del Código de Nüremberg: «el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial» y, posteriormente, se ha insistido en ello de manera reiterada y constante. Basa recordar el artículo 5 del Convenio Europeo de Bioética (Oviedo, 1997): «Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento»³⁴. El artículo 6 de la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO del año 2005³⁵: «Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada...». Asimismo, la legislación española reciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente...), define el consentimiento informado en su artículo 3 y los requisitos para su cumplimiento en los artículos 8-10³⁶.

³¹ Publicada por la Oxford University Press, New York, 1979. Ha tenido nuevas ediciones en 1983, 1989 y 1994. La traducción española es de su última edición: *Principios de Ética Biomédica*, Masson-Salvat, Barcelona, 1999.

³² Puede verse con mayor detenimiento el resumen de J. J. FERRER - J. C. ÁLVAREZ, *Para fundamentar la bioética*, Universidad de Comillas, Madrid, 2003, 121-162.

³³ Esa expresión proviene, cuando menos, de la obra de W. D. ROSS, *The Right and the Good*, Oxford University Press, 1930. Traducción española: *Lo correcto y lo bueno*, Sígueme, Salamanca, 1994, 34-38.

³⁴ Véase en <http://www.filosofia.org/cod/c1997ast.htm> (último acceso: 30.02.2011)

³⁵ Véase en <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf> (último acceso 30.02.2011)

³⁶ BOE, N° 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126-40132.

4.1.2. El principio de no-maleficencia

Afirma esencialmente la obligación de no hacer daño a nadie³⁷ y se relaciona con el clásico *primum non nocere*. Nuestros dos autores afirman que las obligaciones de este principio son negativas y claramente distintas de las que impone el principio de beneficencia que son positivas, es decir, las de no-maleficencia vinculan con más fuerza que las de beneficencia. Y para expresarlo con mayor precisión dicen que contiene cuatro obligaciones generales: 1) no se debe hacer mal o daño, 2) se debe prevenir el mal o daño, 3) se debe eliminar el mal o daño, y 4) se debe hacer o promover el bien. Más aún, añaden algunas reglas morales más concretas que se apoyan en ese principio: 1) no matar, 2) no causar dolor o sufrimiento, 3) no causar discapacidad, 4) no ofender, y 5) no privar a otras personas de los bienes de la vida.

4.1.3. El principio de beneficencia

Este principio exige que pongamos actos positivos para promover el bien y la realización de los demás. Beauchamp y Childress lo examinan desdoblado la beneficencia en otros dos principios: principio de beneficencia positiva y principio de utilidad.

La beneficencia **positiva** se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de las demás personas, es decir, la exigencia de realizar actos objetivos para el bien de terceras personas, lo que va mucho más allá de la simple benevolencia como actitud o disposición de querer el bien para los demás. No tiene que ver, por tanto, con los actos de misericordia, bondad y caridad, tal y como se entiende la beneficencia en su uso corriente. Y, aún más, se trata de una beneficencia **específica**, porque obliga a hacer el bien a las personas con quienes nos vinculan relaciones especiales con sucede en el caso de las profesiones sanitarias.

Ahora bien, las actuaciones médicas suelen tener complicaciones y conllevan riesgos, por lo que es indispensable disponer de otro principio que ayude a poner en la balanza los riesgos (junto a sus costes y cargas) y los beneficios: el principio de **utilidad** que nuestros autores interpretan no en el sentido utilitarista, sino en el sentido de la proporcionalidad, o sea, hacer el bien en las intervenciones sanitarias exige siempre una cantidad de beneficios suficiente para y contrapesar los daños o cargas que pudieran derivarse de esas actuaciones.

Reconocen también la existencia de reglas obligatorias de beneficencia: 1) proteger y defender los derechos ajenos, 2) prevenir los daños que podrían afectar a terceros, 3) eliminar las condiciones o situaciones que pudieran dañar a otros, 4) ayudar a las personas con discapacidades o deficiencias, y 5) rescatar a las personas que están en peligro.

Y, finalmente, establecen diferencias entre no-maleficencia y beneficencia. Las normas de no-maleficencia: 1) son prohibiciones negativas, 2) se deben obedecer imparcialmente, y 3) pueden dar pie a prohibiciones sancionadas por la ley. Se trata de obligaciones perfectas (establecidas externamente para todos sin excepción). En cambio, las de beneficencia; 1) imponen acciones positivas, 2) no siempre exigen una obediencia imparcial, y 3) en pocas ocasiones dan pie para establecer sanciones legales. En este caso se trata de obligaciones imperfectas (el qué, el cuándo y el cuánto, el dónde, el cómo y el quién lo determina el sujeto moral)

4.1.4. El principio de justicia

Tiene que ver con lo que es debido a las personas, con aquello que les pertenece o les corresponde de alguna manera³⁸. En el ámbito médico la “especie” de justicia que interesa es la justicia distributiva, referida a la distribución equitativa de los derechos, beneficios, responsabilidades y cargas en la sociedad. Todo ello emerge como problema de distribución debido a la desproporción entre bienes escasos y múltiples necesidades, en particular cuando un deter-

³⁷ Acerca del significado y la historia de este principio, véase: D. GRACIA, *Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica*, Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1990.

³⁸ El tema de la justicia ya fue tratado con amplitud por PLATÓN, *República*, IV, Gredos, Madrid, 2006; ARISTÓTELES, *Ética nicomáquea*, III, Gredos, Madrid 2000; M. T. CICERÓN, *Sobre los deberes*, Tecnos, Madrid 1989.

minado bien es insuficiente para todos. Para determinar la distribución de cargas y beneficios es necesario acudir a criterios de justicia, unos de carácter formal y otros de carácter material.

El criterio **formal** utilizado comúnmente en las teorías de justicia distributiva se atribuye a Aristóteles: «casos iguales se deben tratar igualmente y casos desiguales se deben tratar desigualmente», aunque también se ha hecho famosa la definición de Ulpiano (jurista romano que vivió entre los siglos II-III d. C.): «dar a cada uno lo suyo». En ambos casos son criterios formales por su elevado grado de abstracción, es decir, carecen de contenidos concretos y de puntos de vista para establecer la igualdad o proporcionalidad de la distribución. Por eso se ha venido recurriendo también a criterios materiales de justicia distributiva.

Los criterios **materiales** que especifican e identifican las características relevantes para recibir un trato igualitario, según Beauchamp y Childress, son los siguientes: 1) a cada persona una porción igual, 2) a cada persona según sus necesidades, 3) a cada persona según sus esfuerzos, 4) a cada persona según su aportación, 5) a cada persona según su mérito, y 6) a cada persona según las reglas de intercambio en un mercado libre.

Es necesario tener bien presente que 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 y síntesis de todo el orden moral: «haz el bien y evita el mal»³⁹. Se trata de un principio universal, abstracto y que carece de excepciones, o sea, 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 o comunidad moral y están recogidos en sus propios códigos deontológicos (los de las profesiones sanitarias, por ejemplo).

El principio de autonomía, como hemos visto, proviene de las revoluciones liberales del siglo XVIII, así como de la posterior democracia liberal moderna, y ha encontrado quizá su mejor formulación filosófica en Kant. Respecto al principio de justicia hemos dicho más atrás que ya fue tratado por autores clásicos (Platón, Aristóteles, Cicerón, por ejemplo) y está presente en la tradición hipocrática referido al trato no-discriminatorio hacia los enfermos.

Ese conjunto de principios que, aun teniendo actualmente vigencia, han sido objeto de un intenso debate y sometidos a una fuerte crítica a partir de los años 90 del siglo XX⁴⁰, quizá por sí solos no sirvan de mucho pero es necesario aceptarlos como condensación de una rica tradición filosófica, religiosa, política y jurídica. En ese sentido, gozan de un amplio consenso social y son el punto de partida para tomar decisiones razonadas y prudentes.

4.5. Una jerarquización de los principios de la bioética (D. Gracia, 1989)

Los principios de la bioética, según provienen del *Informe Belmont* y de su reinterpretación por Beauchamp y Childress, carecen de orden o precedencia y pueden ser justificados desde diferentes posiciones éticas. En ese sentido, la obra de Diego Gracia⁴¹ ha contribuido a introducir una jerarquía entre los cuatro principios basándose, por un lado, en un sistema de referencia o canon moral previo a los principios y, por otro lado, en el distinto grado o fuerza de obligación existente entre esos principios.

³⁹ TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, I-II, q.94, a.2

⁴⁰ Entre la abundante bibliografía al respecto ha tenido particular importancia el artículo de K. D. CLOUSER - B. GERT, "A Critique of Principlism", *Journal of Medicine and Philosophy* 15 (1990) 219-236.

⁴¹ Al día de hoy son muy numerosas sus publicaciones, pero su obra básica sigue siendo *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid 1989 (2ª edición en editorial Triacastela, 2007). Una revisión crítica de esta obra puede verse en M. ATIENZA, "Juridificar la bioética", *Isonomía* 8 (1998) 75-99.

El sistema de referencia o canon moral es previo a los principios, les confiere fundamento y tiene dos momentos: 1) el ontológico: *el ser humano, como persona, tiene dignidad y no precio*, y 2) el ético: *todos los seres humanos son iguales y deben ser tratados con igual consideración y respeto*.

Por otra parte, los principios 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»⁴². 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 apoyándose en la distinción entre éticas de máximos y de mínimos⁴³:

Nivel 1: Es el propio de la “ética de mínimos” y es 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 por razones de justicia.

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 capaz de autodeterminación y digna de respeto y, por ello, se debe hacer el bien a otro siempre que el otro así lo admita y lo quiera.

D. Gracia sostiene que no hay mandatos sin excepciones, siempre que éstas se puedan justificar. Así pues, no hay deberes absolutos. Ni siquiera el primero de los niveles (no-maleficencia y justicia) carece de excepciones (la “legítima defensa”, por ejemplo, frente a la obligación de “no matar”). Por lo tanto los principios de la bioética contienen deberes *prima facie*, como ya decía W. D. Ross. Tomando como punto de partida lo anterior se puede construir un procedimiento de toma de decisiones, razonadas y prudentes como el siguiente⁴⁴:

Paso 1º: El canon moral o sistema de referencia

- *El ser humano, como persona, tiene dignidad y no precio, no es medio ni instrumento.*
- *Todos los seres humanos son iguales y deben ser tratados con igual consideración y respeto.*

Paso 2º: Análisis del caso y recogida de datos

- Identificación de problemas y definición de términos.
- Estudio de las circunstancias del caso.
- Búsqueda y análisis de experiencias semejantes, y literatura científica *ad hoc*.
- Consulta del código de ética profesional y de la legislación vigente.

Paso 3º: Aplicación de los principios

- Exposición de los posibles cursos de acción.
- Contraste de los cursos de acción con los 2 niveles de principios.
- Evaluación de las consecuencias y posible justificación de “excepciones”.
- Justificación de “principios técnicos” en caso de conflicto (“doble efecto”...)

Paso 4º: Verificación moral

- Revisar si la acción elegida se ajusta al canon moral o sistema de referencia.
- Puesta en práctica, seguimiento y evaluación.

⁴² En realidad, la formulación del principio es de R. DWORKIN, *Los derechos en serio*, Ariel, Barcelona, 1995, 274.

⁴³ Véase por ejemplo A. CORTINA, *Ética mínima: introducción a la filosofía política*, Tecnos, Madrid, 1986 y A. CORTINA - E. MARTÍNEZ, *Ética*, 117-118, *cit. supra* en nota 1.

⁴⁴ Un examen detenido de diferentes procedimientos existente puede verse en D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid, 1989 (2ª edición en editorial Triacastela, 2007).

4.6. Difusión e institucionalización de la Bioética

Todo lo expuesto en los epígrafes precedentes suele describirse con la expresión “bioética convencional” o *standard*, en el sentido de que sigue y desarrolla los postulados procedentes del *Informe Belmont*, de la obra de Beauchamp y Childress y, en España, de la contribución de D. Gracia y J. Gafo. Lo cierto es que esta bioética ha tenido éxito, se ha difundido con rapidez y ha alcanzado un alto grado de institucionalización. Sirvan los siguientes ejemplos:

- Kennedy Institute of Ethics: <http://kennedyinstitute.georgetown.edu/programs/kiej/>
- The Hastings Center: <http://www.thehastingscenter.org/>
- The Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues: <http://www.bioethics.gov/>
- Centro de Bioética de Montreal: <http://www.ircm.qc.ca/bioethique/francais/index.html>
- Comité de Bioética (CIB) de la UNESCO: <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/bioethics/international-bioethics-committee/>
- Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética (Chile): <http://www.bioetica.uchile.cl/>
- Comité Consultatif National d’Ethique (Francia): <http://www.ccne-ethique.fr/>
- Comitato Nazionale per la Bioetica (Gobierno Italiano): <http://www.governo.it/bioetica/>
- Centro de Bioética del *Sacro Cuore* (Roma-Milán): <http://www.rm.unicatt.it/cdb/>
- National Bioethics Comisión (Grecia): http://www.bioethics.gr/index.php?category_id=3
- Australian Health Ethics Committee: http://www.nhmrc.gov.au/health_ethics/index.htm
- Comités Nacionales de Bioética en África: <http://www.who.int/ethics/committees/afro/en/>
- The Bioethics Council: <http://www.mfe.govt.nz/website/closed-sites/bioethics.html> (N. Zelanda)
- Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI): <http://www.aebioetica.org/>
- Instituto Borja de Bioética (Universidad *Ramón Llull*): <http://www.ibbioetica.org/>
- Sociedad Internacional de Bioética (SIBI-Gijón): <http://www.sibi.org/>
- Departamento de Humanidades Biomédica (Universidad de Navarra): <http://www.unav.es/cdb/>
- Cátedra de Bioética (U. de Comillas): http://www.upcomillas.es/centros/cent_cat_bio_index.aspx

La lista podría hacerse prácticamente inacabable si, además, incluyéramos bibliografía general y especializada de cada capítulo o temática de la bioética. Todo ello debería ayudarnos a caer en la cuenta de que aun admitiendo la “estandarización” de la bioética, tiene numerosas escuelas, organismos y calificativos (convencional, cristiana, protestante, laica...) y, además, no es un concepto unívoco (como se ha podido ver más atrás con sus diversas definiciones)

Es incluso necesario tomar conciencia de que no todo comienza con ni se acaba con la bioética convencional. Bastaría comprobarlo echando un vistazo a otros enfoques y planteamientos actualmente vigentes⁴⁵ como el sistema casuístico (A. R. Jonsen, M. Siegler y W. Windslade, 1998), la teoría ética de las virtudes (E. Pellegrino y D. C. Thomasma, 1993), la bioética del “permiso” de H. T. Engelhardt, 1996), la ética médica “comunitarista” (E. J. Emanuel, 1992), la relación entre bioética, feminismo y ética del cuidado (N. Noddings, 1984), la bioética utilitarista (P. Singer), el pragmatismo clínico norteamericano o, en fin, el paradigma de la llamada “moralidad común” (B. Gert, C. M. Culver y K. D. Clouser, 1997). Reúne también un gran interés, tanto por su sentido crítico como por sus novedosos contenidos y conocimientos enciclopédicos, la contribución de G. Bueno al respecto⁴⁶.

5. POR UNA MAYOR HUMANIZACIÓN (El futuro de la bioética: s. XXI...)

Aun cuando se aceptase sin discusión (que no es el caso) el número de los principios de la bioética, su jerarquía y su procedimiento para tomar decisiones. Aunque el liberalismo y el socialismo, como los dos grandes movimientos ideológicos y sociales de los siglos XIX y

⁴⁵ Véase el amplio estudio de J. J. FERRER - J. C. ÁLVAREZ, *Para fundamentar...*, 163-401, *cit. supra* en nota 32.

⁴⁶ G. BUENO, *¿Qué es la Bioética?*, Pentalfa Ediciones, Oviedo, 2001.

XX, sigan condicionando nuestro lenguaje y actuación moral. Y aun contando con el regusto anglosajón y pragmático de la bioética, por un lado y, por otro, con la necesidad de su constante revisión⁴⁷ y la inevitable dispersión planetaria de los temas bioéticos, hay que apostar de manera decidida por la deliberación como marco de los procedimientos, por los valores como contenido de las normas, por las virtudes como hábitos y/o habilidades de los profesionales y por la responsabilidad como raíz de la vida humana en general y de la ética en particular. Esa apuesta conducirá a un nuevo modo de entender la excelencia profesional en el siglo XXI.

5.1. La deliberación: marco de los procedimientos de decisión

Deliberar y significa considerar atenta y detenidamente el pro y el contra de una decisión antes de tomarla. Sus funciones son: 1ª) conocer y asumir los fines de la acción, 2ª) identificar y aplicar los medios adecuados para conseguir el fin, y 3ª) sopesar las consecuencias.

Tiene un aspecto más técnico, que se refiere a cómo elegir los medios de la acción, y también posee un aspecto de carácter estimativo que se refiere al por qué clase de motivos valiosos se eligen tales medios y no otros. En definitiva, y resumiendo ahora a lo ya expuesto por Aristóteles⁴⁸, cuando nos disponemos a deliberar lo hacemos: 1º) sobre lo que es realizable y está en nuestras manos, 2º) sobre lo que tiene un desenlace poco claro, y 3º) sobre los medios que conducen a los fines.

Así pues, dado que la racionalidad ética es eminentemente deliberativa o, con otras palabras, dado que se trata de hacer un uso práctico de la razón humana, es decir, de pensar para obrar, la deliberación viene a ser como el marco en el que se inscribe un proceso de toma de decisiones razonables y prudentes, que reclama ser completado por la autodeterminación, por la realización del acto como tal y por el examen de sus resultados o consecuencias.

Por tanto, lo fundamental de la deliberación no es el cálculo, ni la cuantificación de las probabilidades y de las preferencias (todo ello forma parte de la elección racional). No. Lo fundamental es la argumentación que siempre debe permanecer abierta a nuevas razones y dispuesta a ser incluso modificada en virtud de mejores argumentos. En el ámbito de la bioética de las profesiones sanitarias, la deliberación debe ser colectiva, interdisciplinar, plural, intersubjetiva y, sobre todo, presidida por el diálogo discursivo. En resumen, la deliberación precisa de ciertas condiciones para poder llevarla a cabo: 1ª) ausencia de restricciones externas, 2ª) buena voluntad, 3ª) capacidad de dar razones, 4ª) respeto por los demás cuando se está en desacuerdo, 5ª) querer llegar al entendimiento, y 6ª) cooperación y colaboración⁴⁹.

5.2. Los valores éticos y morales: el contenido de las normas

En cualquier caso, con ser de gran importancia práctica lo recién expuesto, quedaría vacío si no incluyera valores. A pesar de que esa realidad es inasequible o imperceptible de manera objetiva, se puede afirmar que:

- las personas orientamos la vida por valores.
- nadie puede vivir sin ellos.
- son cualidades atribuidas a las cosas, a los seres vivos y a los seres humanos.
- todos hacemos juicios de valor: estéticos (bello-feo), lógicos (verdadero-falso), económicos (caro-barato), éticos (bueno-malo)...
- tienen bipolaridad, o sea, que los positivos atraen y los negativos repelen.
- están ordenados en jerarquías: los superiores se prefieren o son más prioritarios que los inferiores y ello determina la “catadura” de la propia vida moral.

⁴⁷ Entre los muchos ejemplos, véase J. M^º. G. GÓMEZ HERAS - C. VELAYOS CASTELO (eds.), *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*, Tecnos, Madrid, 2005.

⁴⁸ ARISTÓTELES, *Ética...*, III, 1113a, *cit. supra* en nota 38.

⁴⁹ D. GRACIA, “La deliberación moral. El papel de la metodología en ética clínica”, en J. SARABIA - M. DE LOS REYES, (eds.), *Comités de ética asistencial*, AEPI, Madrid, 2000, 21-44.

- la neutralidad axiológica no existe, es imposible.

El hecho de la existencia de los valores en general, como se acaba de exponer, puede completarse con las características principales que se atribuyen a los valores éticos⁵⁰:

- Los podemos incorporar a nuestra vida personal y social. Está en nuestras manos aceptarlos o rechazarlos.
- Dependen del modelo de ser humano y de la concepción del bien que viva cada uno y, al mismo tiempo, definen el tipo de persona que cada uno quiere ser.
- Son cualidades de las personas, de sus acciones o formas de relación.
- Se refieren a cualidades que debería apreciar o estimar cualquier persona que desee comportarse realmente como tal.
- Todos los deberes se basan en valores: el supremo valor es la persona humana y el supremo deber es el respeto a cada persona.
- Los valores no se ven ni se tocan. Se estiman y se aprecian. Se aprenden mediante la relación personal, por imitación... viviéndolos.
- Otorgan sentido a la vida y llenan de contenido la dignidad de cada ser humano.
- Están presentes en la práctica asistencial como fuerzas directivas que dan orden y significado al pensamiento, las decisiones y las actuaciones sanitarias.

Toda obligación o deber moral (toda norma moral) contiene y protege un determinado valor moral pues, de lo contrario, las reglas morales estarían vacías. Valores como el respeto a las personas, la tolerancia, la capacidad de diálogo, la solidaridad, la reciprocidad, por recordar algunos, quedarían inmediatamente rubricados por quienes han apostado por una convivencia democrática y pacífica, basada en la fuerza de la razón y no en la razón de la fuerza. Y en el ámbito sanitario, la dignidad de la persona, la vida humana y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los valores que se contienen en los “deberes primordiales del médico”, como se dice en el artículo 4.1 del código deontológico correspondiente.

5.3. Las virtudes: habilidades profesionales

El tema de la virtud ya fue abordado con amplitud por Aristóteles como elemento central de su ética nicomáquea⁵¹. Las características de la virtud podrían resumirse del siguiente modo: 1) disposición positiva ante los valores éticos: éstos son el contenido de las virtudes, 2) hábito de realizar o practicar un valor ético-moral, 3) disposición a actuar y actitud que se adquiere a través de hábitos repetidos, 4) las virtudes forjan el carácter de la persona, su modo de ser, una especie de segunda naturaleza adquirida a base de repeticiones, 5) se es virtuoso porque se está habituado a hacer algo bueno como parte de su manera de ser: actuar con justicia, con amabilidad, con sinceridad, con respeto..., 6) el/la virtuoso/a no piensa que debe cumplir con un deber, sino que actúa bien espontáneamente, podríamos decir que lo *siente*, 7) es un rasgo de carácter que dirige a la persona que lo posee hacia la excelencia, tanto en la intención como en la ejecución, respecto al fin propio de una actividad humana, y 8) en las profesiones sanitarias se refiere a poner los propios conocimientos y habilidades al servicio del bien integral de las personas enfermas en su trabajo cotidiano.

Resultan de sobra conocidas las clásicas virtudes cardinales (prudencia, justicia, fortaleza, templanza) pero, en nuestro caso, hay una de las teorías éticas que pretende servir de fun-

⁵⁰ Véase un resumen en L. RODRÍGUEZ DUPLÁ, “Ética de los valores”, *Ética*, 133-145, *cit. supra* en nota 1. Es interesante la obra de N. RESCHER, *Razón y valores en la Era científico-tecnológica*, Paidós, Barcelona, 1999.

⁵¹ Hay un resumen en L. RODRÍGUEZ DUPLÁ, *Ibid.*, 281-285. A principios del siglo XX destaca la obra de M. SCHELER, *Ética. Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético*, edición de J. M. Palacios, Caparrós Editores, Madrid, 2001. Entre las actuales: A. MACINTYRE; *Tras la virtud*, Crítica, Barcelona, 1987; V. CAMPS, *Virtudes públicas*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1990.

damento a la bioética basándose en el paradigma de las virtudes⁵². Según esa teoría, la tabla de las virtudes en las profesionales sanitarias podría ser la siguiente (todas ellas pueden rastrearse con claridad hasta llegar a los escritos hipocráticos):

- **Fidelidad a la promesa:** exigida por la relación de confianza médico-enfermo.
- **Benevolencia:** querer y buscar que todos los actos sirvan al bien del enfermo.
- **Abnegación:** subordinar los intereses personales al bien del enfermo.
- **Compasión:** empatía y comprensión hacia la situación del enfermo.
- **Humildad intelectual:** saber cuándo se debe decir “no lo sé” y tener el coraje de hacerlo.
- **Justicia:** respetar los derechos del enfermo y ajustarse a sus necesidades específicas, a su modo de ser y a que sea él/ella mismo/a..
- **Prudencia:** el discernimiento y la deliberación moral que disponen a elegir de manera razonable y ponderada (no garantiza certezas, no nos hace infalibles).
- **Cuidado:** Disposición a promover constantemente la calidad de vida del enfermo, porque cuando ya no se puede curar...siempre se puede cuidar.

5.4. La responsabilidad: raíz de la ética y de la excelencia profesional.

En una aproximación general hay que entender por responsabilidad la capacidad de hacerse cargo de lo que se hace y de sus consecuencias. Ello ya nos permite afirmar el contenido valioso y virtuoso que lleva consigo el ejercicio de la responsabilidad.

Sin embargo, si vamos más al fondo de las cosas, la identidad y la realización del ser humano no se encuentra en el repliegue solipsista del “yo” sobre “sí mismo”, sino en el reconocimiento y la aceptación del «rostro» del «otro»⁵³, es decir, en la *relación de alteridad*. Ese es el espacio fundacional de la ética, porque obliga a responder a la llamada de ese «rostro» ante quien es imposible pasar indiferente y sobre el que no se debe ejercer ninguna clase de poder: «Soy “con los otros” significa “soy por los otros”: responsable del otro»⁵⁴. Hay que adoptar entonces «la dirección hacia el otro que no es solamente colaborador y vecino o cliente, sino *interlocutor*»⁵⁵. En el reconocimiento del otro y en la obligación de responderle se manifiesta el grado de humanidad de cada uno y, en definitiva, el sentido de su proyecto ético, porque decir «Yo significa *heme aquí*, respondiendo de todo y de todos...constricción a *dar* a manos llenas»⁵⁶.

Desde esa perspectiva, la responsabilidad aparece en la raíz de toda ética y, por supuesto, está en la base de toda bioética, sea cual sea la posición ideológica adoptada por cada persona o por cada grupo de personas. En consecuencia, los profesionales sanitarios son responsables, ante todo, de “no hacer daño” bajo ningún concepto ni circunstancia, es decir, deben evitar siempre la imprudencia, la impericia, la negligencia, la ignorancia, la “cosificación” de la persona enferma...Son asimismo responsables de “hacer bien” su trabajo y de “hacer el bien” en su trabajo, lo que implica. 1) practicar sistemáticamente la deliberación consigo mismos, con sus equipos de trabajo y con sus pacientes, 2) integrar en su personalidad los más altos valores humanos y profesionales, 3) ser capaces de explicar por qué se actúa de una determinada manera y no de otra, y 4) prever las consecuencias de las decisiones adoptadas y valorar la proporción entre riesgos y beneficios.

Por todo ello, en cuanto ejercicio y verificación de la responsabilidad, la praxis sanitaria está llamada, como toda actividad humana, a buscar constantemente la honestidad, la integridad y coherencia con uno mismo, la amistad, la compasión, la confianza, el respeto, la solida-

⁵² E. PELLEGRINO - D. C. THOMASMA, *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York, 1993. Hay traducción española: *Las virtudes en la práctica médica*. Triacastela, Madrid, 2009.

⁵³ E. LEVINAS, *Totalidad e infinito*, Sígueme, Salamanca, 1997, 89-90.211-214.228.

⁵⁴ E. LEVINAS, *De lo Sagrado a lo Santo*, Río Piedras, Barcelona, 1997, 136.

⁵⁵ E. LEVINAS, *Humanismo del otro hombre*, Ediciones Siglo XXI, México, 1974, 56-57.

⁵⁶ E. LEVINAS, *De otro modo que ser, o más allá de la esencia*, Sígueme, Salamanca, 1995, 183.217

ridad, el tacto, el saber mirar y escuchar, la receptividad y la acogida, la capacidad de callar y hablar a tiempo, la habilidad de captar el lenguaje no verbal, el compromiso de ayudar a que el “otro” sea él mismo...en definitiva, camina hacia la **excelencia profesional** como meta u horizonte de toda su actividad.

No obstante, parece oportuno finalizar estas páginas teniendo muy presente que el futuro de la bioética pasa por hacer una apuesta clara y decidida por la justicia y la decencia que, en el fondo, es otra manera de proyectar hacia el futuro nuestra responsabilidad. Y es que la bioética estándar o convencional ha heredado la hipoteca de un determinado contexto social, económico y cultural (el de Occidente), que lleva consigo el tratamiento de contenidos y de problemas cortados a medida como, por ejemplo, acelerar y orientar el desarrollo de la biotecnología más puntera, elegir las prioridades de investigación biomédica y farmacéutica, analizar sofisticados temas de la biomedicina actual (terapia génica, clonación, utilización de células madre, proyecto Genoma Humano...) o continuar debatiendo sobre la eutanasia o el estatuto del embrión humano. Eso es legítimo, ciertamente, y hay que continuar mejorando aún sus frutos pero, mientras tanto, a la inmensa mayoría de la población mundial no sólo le está siendo muy difícil vivir sino sobrevivir⁵⁷. En Occidente se acumula bienestar y triunfa el principio de autonomía como modelo de vida. En el resto del mundo apenas queda un palmo de terreno donde se pueda plantar la justicia...y mostrarse la decencia.

El siglo XXI está eliminando fronteras y caminado rápidamente hacia un mundo globalizado. Por eso es la hora de la *justicia* también para la bioética⁵⁸. Una justicia entendida: 1º) como reconocimiento, para eliminar tanto desprecio y humillación a los otros diferentes (por sexo, color, cultura, religión...); 2º) como redistribución, para eliminar las desigualdades derivadas de las diferencias antes citadas; y 3º) como solidaridad, para hacerse cargo de esas desigualdades y para cargar con la responsabilidad de repararlas.

Y es también la hora de la *decencia* porque las sociedades ricas y sus discursos bioéticos no deben ser sólo basarse en la justicia ni limitarse a parecer justas. Ha llegado también la hora de que sean decentes, es decir, de que sus instituciones y discursos no humillen nunca más a los otros diferentes⁵⁹. El hecho es que la justicia y la decencia se presentan como condición de posibilidad para que los derechos humanos sean de todos y para todos. Si ese es el espacio donde convergen las bioéticas actuales, entonces debería consolidarse la apuesta efectiva por una bioética global edificada sobre la justicia universal⁶⁰. Es un excelente camino que permitirá a los pobres disfrutar de autonomía para defender los derechos que no conocen. Es también una magnífica ocasión para apostar por una bioética transcultural e intercultural de mínimos, sin renunciar a los máximos de cada comunidad humana. Es una apuesta por la capacidad para alcanzar acuerdos progresivos y evitar el miedo al anunciado “colapso de consensos”⁶¹ que caracteriza a las mentalidades egocéntricas y temerosas de lo diferente...del “otro”.

En cualquier caso, merece la pena recordar, cuando menos, que nuestro propósito no consiste en investigar y estudiar ética sólo para saber más o para dar lustre curricular a nuestra profesión, sino para ser buenos...para ser mejores...y, si fuera posible, para ser felices⁶².

⁵⁷ P. NÚÑEZ-CUBERO, “El estado de la salud del mundo en la era de la globalización”, *Labor Hospitalaria* 277 (2005) 29-41.

⁵⁸ M^a. J. GUERRA, “Hacia una bioética global: la hora de la justicia”, en FEITO, L. (ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*, Universidad de Comillas, Madrid, 2004, 15-33.

⁵⁹ R. MARGARIT, *La sociedad decente*, Paidós, Barcelona, 1996.

⁶⁰ Véase M^a. GUERRA, “Hacia una bioética global: la hora de la justicia”, en L. FEITO (ed.), *Ibid.*, 15-33.

C. BORGÑO BARROS, “Bioética global y derechos humanos: ¿Una posible fundamentación universal para la bioética? Problemas y perspectivas”, *Acta Bioethica* 15 (2009) 46-54, con abundante bibliografía.

⁶¹ H. T. ENGELHARDT, (ed.), *Global bioethics. The collapse of consensus*, M & M, Scrivener Press, Salem, 2006.

⁶² ARISTÓTELES, *Ética nicomáquea*, II, 1103b, 30.