

INTRODUCCIÓN

Cuando apareció por primera vez el término «bioética», a principios de los años setenta, se pretendía tender un puente entre las ciencias y las humanidades con el fin de contribuir al futuro de la especie humana, asegurar la supervivencia y mejorar la calidad de vida. El autor de ese nuevo neologismo¹ intuyó la necesidad de adquirir una nueva forma de sabiduría integrando dos componentes: «conocimiento biológico y valores humanos». Se abrió entonces un camino, jalado de múltiples iniciativas y discusiones², que ha llegado a alcanzar cuando menos cuatro cosas: 1ª) circunscribir su ámbito a los nuevos problemas suscitados por el desarrollo de las ciencias de la vida y de las biotecnologías, 2ª) adoptar un conjunto de principios de actuación y conseguir un amplio reconocimiento institucional, 3ª) reconocer la necesidad de ponerlo en práctica con una mentalidad pluralista e interdisciplinar, y 4ª) asumir los derechos humanos como mínimo ético irrenunciable y cauce progresivo de humanización.

Así todo, la bioética está consiguiendo una unidad pragmática pero no acaba de lograr una unidad doctrinal. El tiempo dirá si esto último podrá ser realidad alguna vez. Hay un abanico tan variado de perspectivas para llevarlo a cabo que, aun siendo eminentemente práctico el conjunto de problemas tratados por esta nueva disciplina, resulta difícil encontrar su común denominador. Enseña incluso a tomar decisiones bien argumentadas en el ámbito clínico, basándose en una serie de principios que pretenden canonizarse como lenguaje universal, pero se quieren congregar con diversos sistemas doctrinales no siempre compatibles entre sí.

Las páginas siguientes intentan ofrecer una respuesta a esas dificultades, proponiéndose como objetivo principal «saber realizar el paso, tan necesario como urgente, del fenómeno al fundamento»³. Se trata de dar pasos hacia una *metafísica* de la bioética que trascienda los datos empíricos, sin desvincularse nunca de ellos, y permita llegar a algo absoluto, último y fundamental, a la verdad del ser, por muy pretencioso que parezca. Es evidente que esto ya subyace en muchos planteamientos que hoy están en circulación. Es también evidente que este trabajo no va a poner en duda, ni entre paréntesis, el legítimo pluralismo de cosmosvisiones morales vigente en el campo de la biomedicina. Sí quiere sensibilizar al lector sobre la posibilidad de justificar racionalmente una fundamentación *humanista* de la bioética, que entre en juego con las ya existentes y en discusión abierta con las que se apoyan en postulados diferentes.

1. LA CUESTIÓN DE LOS FUNDAMENTOS

Vivimos en una época en la que se ponen cada vez más de relieve dos fenómenos aparentemente contradictorios: por un lado la globalidad de los problemas y la necesidad de solucionarlos defendiendo valores e ideales comunes y, por otro, la constatación del pluralismo ideológico y moral no sólo como un hecho sino como un valor protegido jurídicamente por las más altas instancias públicas. Además, dichos problemas y valores se abordan y se defienden desde una mentalidad interdisciplinar, que resulta afectada inevitablemente por la pluralidad cultural y ética de cuantos buscan soluciones compartidas. Ese es a grandes rasgos el contexto en el que ha tenido

¹ V. R. POTTER, *Bioethics: bridge to the future*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1971, 2.

² P. SIMÓN LORDA - I. M. BARRIO CANTALEJO, “Un marco histórico para una nueva disciplina”, *Medicina Clínica* (Barc) 105 (1995) 583-597; J. GAFO, “Veinticinco años de bioética”, *Razón y Fe* 234 (1996) 401-414; J. CÁRDENAS, “Los problemas de la bioética”, *Crítica* 834 (1996) 43-45; H. DOUCET, “La bioéthique: sens et limite d’un mouvement socioculturel”, *Ethica* (Can) 1 (1998) 31-57.

³ JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Fides et ratio*, 83.

lugar el enorme desarrollo de las ciencias biomédicas, a lo largo del siglo XX, y ahí es también donde ha surgido la bioética y la cuestión acerca de sus fundamentos.

El progreso de la biomedicina, basado en una estrecha alianza entre saber y poder, entre ciencia y técnica, cuenta en su haber con la necesidad y la posibilidad de utilizar un circuito permanente de información donde se habla el mismo lenguaje y se siguen las mismas pautas de conducta en todas partes. ¿Es necesario y posible hacer algo parecido con la bioética?

La inseguridad provocada por los resultados del progreso tecnocientífico y, también, por el temor que suscitan sus inmensas posibilidades, han hecho inevitable plantearse la pregunta acerca de si lo técnicamente posible es éticamente admisible. Más aún, dado que la función primordial de la ética no consiste en frenar o detener el progreso, sino en ofrecerle explicaciones razonadas e inyectarle continuamente fines humanizadores, habrá que preguntarse también «¿hasta dónde es lícito ir demasiado lejos?»⁴.

El conjunto de la biomedicina ha avanzado mucho más en el último siglo que en los cuarenta siglos precedentes. Su capacidad para intervenir e introducirse en las esferas más íntimas de la vida tiene hoy un calibre que era impensable hace pocos años. Actualmente se sabe y se puede manipular la vida de cada uno y la de todos, la vida humana y la del resto de la biosfera, con fines diversos y hasta contrapuestos. ¿Es entonces conveniente y legítimo hablar de una ética de la vida vinculante para toda la humanidad?

Y a mayor abundamiento, la máxima del progreso social y económico está hoy cifrada en el saber científico-técnico, pero su difusión e impacto colectivos no guardan proporción con la otra cara de esa misma máxima: la obligación de «anteponer los deberes de la justicia a las ocupaciones de la ciencia»⁵ y de sus aplicaciones técnicas. ¿Hasta qué punto es válido solicitar a los científicos en general que reordenen o inviertan su escala de prioridades?

Precisamente ahora en que la interdependencia planetaria es un hecho consumado, ahora en que la vida se convierte en medio de múltiples intereses, y queda expuesta a lo mejor y a lo peor, urge la necesidad de actuar siempre movidos «por la justicia y el bien común, y no por lo que parezca agradable y popular»⁶. ¿Cuál es la función de la bioética en este caso? ¿En qué se apoyan sus pretensiones de universalidad?

A buen seguro que nadie alberga la menor duda sobre las nuevas dimensiones que adquieren de día en día los problemas suscitados por las innovaciones biomédicas. Su alcance y amplitud obligan a renunciar a una «moral de cercanías»⁷ y sustituirla por otra que vaya abarcando a toda la humanidad, a las futuras generaciones y al universo más cercano. Se impone la necesidad de mirar juntos hacia un horizonte que confiera sentido a la conducta moral, ponga el acento en lo que nos une más que en lo que nos separa y, al mismo tiempo, estimule a mantener el pluralismo y la multidisciplinariedad vigentes. Lo contrario llevaría a canonizar un pensamiento único y a imponer por la fuerza los mismos valores e ideales para todo el mundo. A pesar de la redundancia sigue siendo verdad aquello de que «la verdad es sinfónica». También puede haber aspectos «negociables y no negociables»⁸, cuando se habla de construir una ética universal para proteger la vida de todos y de cada uno.

Por eso lo realmente decisivo no consiste en saber «qué estás haciendo sino *cómo* lo estás haciendo»⁹, una pretensión que conduce de manera inevitable a examinar «qué acción es la mejor y no la que más se usa»¹⁰. Si no queremos caer en el puro subjetivismo o en el relativismo, ni sucumbir ante el imperio de la mera rentabilidad económica o bajo el dominio del más fuerte, ni

⁴ F. SAVATER, *El contenido de la felicidad*, Ediciones El País/Aguilar, Madrid, 1994, 141.

⁵ CICERÓN, *Sobre los deberes*, Tecnos Madrid, 1989, 79-81.

⁶ MARCO AURELIO, *Meditaciones*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1998, 67.165.

⁷ F. ABEL, «Bioética: origen y desarrollo», en F. ABEL - E. BONÉ - J. C. HARVEY (eds.), *La vida humana: origen y desarrollo*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1989, 16.

⁸ R. BAKER, «Theory of International Bioethics: The Negotiable and the Non-Negotiable», *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 8 (1998) 233-274.

⁹ EPICETETO, *Un manual de vida*, Harper Collins Publishers, Palma de Mallorca, 1997, 22.

¹⁰ SÉNECA, *Sobre la felicidad*, Edaf, Madrid, 1997, 66.

dando por bueno lo que piensa y desea una supuesta mayoría social, es necesario plantearse la cuestión de *por qué* y *para qué* se debe hacer lo que hay que hacer. Está en juego la capacidad de *fundamentar* la moral biomédica procurando huir de la arbitrariedad, del fanatismo de las creencias ciegas y de las adhesiones irracionales, es decir, del fundamentalismo al que también se le ha pronosticado su «bancarrotas» en el campo de la bioética¹¹.

Hasta mediados del siglo XX se tenía la impresión de que todos los campos de la biomedicina estaban experimentando un enorme desarrollo menos el de la ética. Apenas contaba en el currículo universitario y era lo único que parecía inalterable. Había gozado de dos milenios y medio de tranquilidad, y tras quedar circunscrita a la profesión médica, como si fuera su ancla moral, entró por méritos propios a formar parte de todos los códigos deontológicos occidentales. Pero a partir de los años sesenta de ese siglo comenzó a erosionarse su estructura hasta el punto de experimentar una profunda «metamorfosis»¹². Las causas son muchas y complejas (sociales, económicas, políticas, jurídicas y científicotécnicas), pero quizá la más importante es que el conjunto de la ética biomédica se ha convertido por primera vez en objeto de la más amplia preocupación pública y, a la vez, del más riguroso análisis por parte de filósofos, teólogos y juristas. Buena prueba de ello es la heterogénea e inabarcable lista de publicaciones, aparecidas en los últimos años, que recogen una amplia y legítima gama de planteamientos¹³. Ante la posibilidad de incurrir en un «eclecticismo afable» conviene revisar los conceptos básicos que estamos manejando. Como se ha dicho antes, la tarea de buscar *fundamento* no tiene nada que ver con lo arbitrario, lo fanático o la adhesión ciega a cualquier idea, sino con el trabajo de echar el cimiento de un edificio a fin de que tenga seguridad y firmeza. Por su parte, lo *racional* es lo perteneciente o relativo a la razón, la facultad del entendimiento para discurrir por diversos lugares a fin de argumentar o demostrar el apoyo de alguna cosa. En consecuencia, el fundamento racional de la bioética tiene que ofrecer un conjunto lógicamente conectado de elementos y determinaciones, que permita ofrecer suficiente coherencia al ámbito en que se mueve, pueda dar cuenta de por qué hay en él moralidad y facilite la solución de sus dilemas conflictivos. Por lo tanto, es posible fundamentar la bioética siempre y cuando el cimiento que se eche sirva para garantizar el *plan completo* de la obra y no sólo el desarrollo pormenorizado de cada una de sus partes, como ya lo intuía J. de Salisbury (s. XII): «Junto a la escuela Emilia hay un singular artesano que modela en bronce las uñas e imita la suavidad del cabello, pero el conjunto de su obra es desgraciado porque no tiene un plan completo»¹⁴. Eso mismo es lo que hoy estamos necesitando: una «infraestructura filosófica comprensiva» que sostenga el conjunto de la ética biomédica¹⁵. La esperanza de conseguirlo reside en el hecho de que la enfermedad y la salud, la vida humana y la del resto de la biosfera, son hoy más que nunca realidades y preocupaciones universales.

Se pueden ofrecer diversas respuestas a todo lo anterior recorriendo los distintos modelos de ética filosófica a lo largo de la historia¹⁶, exponiendo la «inclusión» de la ética en la actividad científicotécnica¹⁷, y examinando el panorama actual sobre los fundamentos de la moral¹⁸, pero no interesa detenerse en ninguna de ellas por razones de brevedad y porque tampoco existe acuerdo a la hora de seleccionar la fundamentación deseada. Hay sin embargo una última pregunta que puede contribuir a centrar el objetivo del presente trabajo: «¿Qué dimensión de lo moral

¹¹ R. BAKER, "Theory of International Bioethics: Multiculturalism, Postmodernism, and the Bankruptcy of Fundamentalism", *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8 (1998) 201-231.

¹² E. D. PELLEGRINO, "La metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años", en A. COUCEIRO, (ed.), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid, 1999, 73-87

¹³ Véase, por ejemplo, el archivo "George" de *Bioethics-Line*, disponible para cualquier usuario de Internet.

¹⁴ J. DE SALISBURY, *Policraticus*, Editora Nacional, Madrid, 1984, 423.

¹⁵ E. D. PELLEGRINO, *Ibid.*, 84, cit. supra en nota 12.

¹⁶ Cf. V. CAMPS, (ed.), *Historia de la ética*, 3 vols., Crítica, Barcelona, 1988-1992.

¹⁷ Cf. M. BUNGE, *Ética y Ciencia*, Editorial Siglo XX, Buenos Aires, 1972; M. VIDAL, "Ética de la actividad científico-técnica", *Moralia* 5 (1983) 419-443; AA.VV., "Tecnociencia y moral", *Moralia* 1 (1997).

¹⁸ Cf. A. CORTINA, *Ética mínima y Ética sin moral*, Tecnos, Madrid, 1986 y 1990, 71-132 y 42-119.

queremos fundamentar cuando hablamos de la fundamentación de la moral?»¹⁹. Es pertinente preguntarlo porque en el complejo mundo de lo moral hay que recurrir a un gran número de categorías (deber, valor, virtud, felicidad, fines últimos, sentido de la vida, dignidad, responsabilidad, libertad, compromiso, solidaridad, etc.), y necesitamos saber de cuál o de cuáles de ellas queremos dar razones solventes, plausibles y aceptadas por todos.

Precisamente en ese sentido hay un fenómeno históricamente comprobable, polémico en sus contenidos y en sus definiciones, pero que continúa siendo una fuente inagotable de inspiración y un horizonte permanente de sentido: todos los intentos de fundamentar la ética coinciden en presentarse como respuestas argumentadas y racionales a la pregunta de por qué y para qué hay moral. Y lo más llamativo es que, a pesar de sus grandes divergencias, todos poseen un común denominador, una especie de melodía básica que luego da lugar a composiciones o teorías diferentes. No ha existido en la historia ninguna concepción moral que no haya intentado ofrecerse como el mejor camino para que los hombres sean plenamente *humanos*. Aun admitiendo que nada de esto garantiza escapar a los desastres, es un hecho que el hombre ha dedicado sus mayores esfuerzos a abrir y recorrer caminos que le conducen a ser cada vez más él mismo y a aprender en qué consiste la tarea de *humanizarse*.

2. ¿AÚN NO HA DESAPARECIDO EL HUMANISMO?

El significado del término “humanismo”, en lengua española, se refiere al cultivo o conocimiento de las letras humanas y a la doctrina de los humanistas del Renacimiento. Apareció por primera vez a principios del siglo pasado (F. J. Niethammer, 1803), dentro de la corriente neohumanista del clasicismo alemán y el romanticismo, con el objetivo de subrayar todos los aspectos de la formación integral del hombre y, también, para defender la necesidad de las “humanidades” frente a la inspiración utilitarista y técnica que estaba imponiéndose en el sistema educativo de algunas escuelas y universidades.

Hacer un estudio pormenorizado del movimiento humanista excede por completo el propósito de estas páginas²⁰. Tiene mayor interés presentar el balance de la situación actual para saber en qué medida perduran aún sus ideales, proyectos y perspectivas.

2.1. El desencanto de lo humano

A lo largo de las dos últimas décadas ha ido creciendo en Occidente una gran marejada de desencanto sobre el fenómeno humano. Hubo quien hizo gala de profesar que la única y cruda verdad es que «el mundo es un desastre cuya cima es el hombre», algo así como «un dios fracasado y una especie malograda» a quien no le queda ningún resquicio de esperanza: «somos los cautivos de un círculo sin salida, donde todos los caminos conducen al mismo infalible abismo... La muerte absoluta es el presente objetivo de la humanidad»²¹. También hubo quien se dedicó, todavía con mayor derrotismo, a derribar lo poco que permanecía de pie afirmando que el ser humano «es un inadaptado exhausto... sin raíces... un devastador que acumula fechoría sobre fechoría... que sin duda evoluciona pero contra sí mismo». Simplemente forma parte de una «procesión

¹⁹ A. CORTINA, “Modelos éticos y fundamentación de la ética”, en A. GALINDO (ed.), *La pregunta por la ética*, UPS, Salamanca, 1993, 46.

²⁰ Cf. A. BULLOCK, *La tradición humanista en Occidente*, Alianza, Madrid, 1989; E. GRASSI, *La filosofía del Humanismo*, Anthropos, Barcelona, 1992; F. RICO, *El sueño del humanismo. De Petrarca a Erasmo*, Alianza Universidad, Madrid, 1993; H. ARENDT, *La condición humana*, Paidós, Barcelona, 1993; J. CHOZA, *Los otros humanismos*, EUNSA, Pamplona, 1994; H. MARÍN, *La invención de lo humano. La construcción sociohistórica del individuo*, Iberoamericana, Madrid, 1997; A. LLANO, *Humanismo cívico*, Ariel, Barcelona, 1999.

²¹ B. HENRI-LÉVY, *La barbarie con rostro humano*, Caracas, 1978, 73, 105, 119. En otro lugar afirma que hoy únicamente perdura «la nada, sólo la nada, después de una vida dedicada por completo al servicio de la nada... uno muere igual que ha vivido... igual que un perro» (*El diablo en la cabeza*, Barcelona, 1985, 421-422).

de alucinados», una serie de «réprobos en marcha» que van a lomos de una «chatarra jadeante» la mayoría de los fines de semana²².

Luego, cuando ya finalizaba la actuación de estos cantores del pesimismo, surgieron otras variaciones más atenuadas sobre el mismo tema con la postmodernidad y su tesis del pensamiento débil. La realidad está desfondada y el pensamiento se encuentra arruinado, desplomado, porque han perdido su norte y su punto de apoyo: la verdad se ha oscurecido, es un valor que se diluye y su búsqueda no suscita ninguna pasión. Al hombre sólo le queda la posibilidad de «recorrer como un parásito aquello que ya ha sido pensado» porque es incapaz de elaborar proyectos originales. Ha de contentarse con «revivir el pasado como tal, con el único fin de gozar de él, con una especie de degustación arqueológica propia de un anticuario»²³.

Y a este ser humano débil, incapaz de justificar sus ofertas globales de sentido y de sostener ninguno de sus grandes ideales (liberación universal, salvación integral, utopías de nuevos mundos), habrá que negarle de plano el suelo que pisa y someterle a una rigurosa cura de adelgazamiento porque ya no le quedan agallas para hablar de imperativos éticos universales de justicia y libertad para todos. Por lo tanto, discursar sobre el Hombre y el Humanismo es una pérdida de tiempo. Lo mejor y más práctico es certificar su defunción. El “negocio” humanista hay que cerrarlo por falta de liquidez y de rentabilidad.

A todo ello conviene añadir que durante estos últimos veinte años ha vuelto a escena un cientifismo resistente, por obra de reputados autores de la alta divulgación, que han terminado arrasando lo poco que quedaba en pie. Una de sus versiones actuales es la apuesta por la cibernética y la inteligencia artificial²⁴, plasmada con toda claridad en la ecuación reversible *hombre=máquina*. Entre uno y otra no hay ningún salto cualitativo sino, a lo sumo, una diferencia gradual y cuantitativa. El pensamiento es sólo un proceso físicoquímico.

Por lo tanto, pensar y actuar son magnitudes reducibles a formulaciones algorítmicas que podrán digerir paulatinamente los ordenadores de reciente generación. El mundo de los sentimientos y las emociones y la reproducción, hasta ahora no formalizables matemáticamente, quizá sean también absorbidos con el paso del tiempo por ese nuevo «sujeto artificial»: la máquina pensante. Así pues, la capacidad de elección o decisión ya no es exclusiva del hombre, atribuirle cualquier tipo de preeminencia sobre su entorno es un espejismo, y concederle la supremacía axiológica en una hipotética escala de valores es sencillamente anacrónico. En suma, el viejo problema del ser es una cuestión obsoleta, el ideal humanista es pura herrumbre, y al hombre únicamente se le confiere el modesto oficio de «chico de los recados de los robots del futuro».

Justo es reseñar, cuando menos, las numerosas y autorizadas réplicas de que ha sido objeto la versión antihumanista recién expuesta, pero interesa mucho más poner de relieve que en ese mismo ambiente de descrédito hacia lo humano comenzó a escucharse la voz de quienes solicitaban el renacimiento del humanismo médico²⁵. ¿No había quedado ya bien muerto y enterrado junto al hombre que defendía? ¿Pretende decir algo verdaderamente original o consistirá en rehabilitar viejos «restos de anticuario», como se decía más atrás? ¿Qué ofrece a cambio de una inteligencia artificial surgida como la última creación del *homo sapiens*? ¿Acaso bastará con responder que la solución consiste en «ser sólo un hombre»²⁶. ¿Cómo será esto posible ante un futuro plagado de desafíos que ponen a prueba el sentido de lo humano?

²² E. M. CIORAN, *La caída en el tiempo*, Barcelona, 1988, 18, 38, 42-44, donde tampoco deja en pie el valor del saber y la cultura: «¿Es un mal no saber leer ni escribir? Francamente, no lo creo. E incluso pienso que deberemos vestir de luto por el hombre cuando desaparezca el último analfabeto» (*Ibid.*, 33).

²³ G. VATTIMO - P. A. ROVATTI (eds.), *El pensamiento débil*, Madrid, 1988, 33, 35, 75, 343.

²⁴ Véase, por ejemplo, a L. RUIZ DE GOPEGUI, *Cibernética de lo humano*, Madrid, 1983; P. McCORDUCK, *Máquinas que piensan*, Madrid, 1991. Hay un espléndido estudio crítico en J. L. RUIZ DE LA PEÑA, *Crisis y apología de la fe. Evangelio y nuevo milenio*, Sal Terrae, Santander, 1995, 155-209.

²⁵ Cf. R. B. CHESTER - H. T. ENGELHARDT (eds.), *The Humanities and Medicine*, University of Texas Medical Branch, Galveston, 1974; E. D. PELLEGRINO, *Humanism and the Physician*, University of Tennessee Press, Knoxville, 1979; H. T. ENGELHARDT, “Humanidades en la educación médica americana”, *Jano* 749 (1986); P. LAÍN ENTRALGO, “El nuevo humanismo médico”, *Jano* 40 (1991) 10-18.

²⁶ A. CAMUS, “La Peste”, en *Obras completas*, I, Aguilar, México, 1959, 421.

2.2. Los retos actuales del humanismo biomédico

La reaparición del citado movimiento humanista ha tenido que enfrentarse, por una parte, al ambiente de descrédito, desencanto y sospecha que parece seguir recayendo sobre cualquier discurso legitimador de lo humano. Y, por otra parte, ha tenido que habérselas con la inseguridad provocada por desarrollo de las propias ciencias biomédicas, la alarma social que suscitan sus espectaculares conquistas y la falta de suficiente control jurídico sobre un progreso tan rápido como irreversible. Sin embargo, el reto de mayor envergadura reside, a mi juicio, en el profundo cambio experimentado por el modelo epistemológico iniciado en la edad moderna, corroborado en nuestros días y preconizado ya para el nuevo milenio, que está sosteniendo todo el edificio de la biomedicina. Dicho cambio tiene dos momentos tan revolucionarios como imparables e inseparables: el tecnocientífico y el informático o digital. Ambos están poniendo a prueba el significado, el valor y los fines del sentido de lo humano ante el próximo futuro.

La revolución *científico-técnica* ha triunfado gracias a la soldadura realizada entre ciencia y técnica y, sobre todo, debido a la primacía de la técnica que se ha convertido en una mediación indispensable para el avance científico. El saber tradicional, versado en la esencia inmutable del objeto de conocimiento, ha cedido su puesto a la «plasticidad del objeto a manipular»²⁷ como correlato de la tecnociencia contemporánea. De esta suerte, la noción de verdad también sufre un cambio radical porque ya no se trata de buscar la simple adecuación entre realidad y entendimiento, sino de lograr pura eficacia y eficiencia, rigurosa operatividad, en suma, seguridad y poder de acción. El proyecto de saber se identifica con el hacer y el poder, hasta el punto de haberse bloqueado dialécticamente entre ambos. En consecuencia, el progreso tecnocientífico se rige por el principio de que «cuanto se puede hacer ha de hacerse». Hay en todo ello un eco cartesiano para alcanzar una filosofía práctica que nos convertirá en «dueños y señores de la naturaleza»²⁸.

La revolución *informática* o digital, íntimamente asociada al momento anterior desde sus orígenes, es actualmente uno de sus frutos más logrados y en constante expansión. Se denomina también «revolución cognitiva»²⁹ debido a que facilita enormes posibilidades para almacenar, clasificar y comparar conocimientos y, simultáneamente, lo hace estableciendo cada vez más redes *en línea* donde se accede de manera interactiva y sin cesar a toda clase de información. Está teniendo lugar un vuelco cognoscitivo que interpreta y valora el conocimiento por la tecnicidad (el saber eficaz, manipulativo, digital), la intensificación (el saber carece de techo y lo que se aparte de esa línea es puro estancamiento), la segmentación (no hay más saber que el de los “expertos” o el de quienes logran captar las ocultas conexiones entre las distintas especialidades), la mediatización (el saber no sólo se hace por medios, sino que es de medios) y la globalización (el saber de la “aldea global” frente al de los localismos y tribalismos). La cantidad de información es de tal calibre que genera mutaciones en la cualidad de conceptos tan relevantes como la verdad, la acción y el ser, porque el acceso y la relación con cada uno de ellos ya no se producen a través de la presencia más o menos inmediata o próxima, sino a través de la presencia mediatizada y completamente distante, cuando no expresamente simulada o “virtual”. En el ciberespacio aumenta exponencialmente la cantidad de relaciones anónimas y disminuye la calidad de relaciones interpersonales, porque desaparecen gradualmente la sensibilidad, las emociones, los sentimientos y el «pararse a pensar». El principal reto consiste en cómo impedir que prosperen individuos informados pero indiferentes, inteligentes pero crueles, interactivos pero enormemente distantes.

La biomedicina es uno de los campos donde más éxito ha obtenido el anterior estatuto epistemológico. En este caso, la estrecha alianza entre tecnociencia e informática ha dado lugar a una de las fases más brillantes del saber humano, pero conduce inevitablemente a un reduccionismo antropológico cargado de consecuencias negativas: el éxito tecnocientífico, apoyado en la descomposición o aislamiento de cada una de las partes del fenómeno patológico, divide al sujeto

²⁷ G. HOTTOIS, *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*, Anthropos, Barcelona, 1991, 11-31.

²⁸ R. DESCARTES, *Discurso del método*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1995, 99.

²⁹ N. BILBENY, *La revolución en la ética. Hábitos y creencias en la sociedad digital*, Anagrama, Barcelona 1997, 13-30; N. NEGROPONTE, *El mundo digital*, Ediciones B, Barcelona, 1995.

que lo padece en trozos aislados de su contexto y de su comprensión unitaria, dedica los mayores esfuerzos a descifrar cada situación desde múltiples especialidades (neuroológica, genética, traumatológica, etc.) y descuida la globalidad del acontecimiento humano en que se desenvuelve. Convierte en objeto exclusivo de la ciencia algo que nunca es completamente objetivable³⁰ (el enfermo como un todo y la relación interpersonal) y se empeña, además, en tratarlo masivamente o en serie sin prestar atención a sus peculiaridades individuales. Se ha llegado a hablar incluso de «fundamentalismo científico»³¹, es decir, el saber y el poder biomédicos se erigen en intérpretes y manipuladores de las realidades últimas y en guardianes de interrogantes tales como “¿quién debe nacer?” o “¿quién debe pasar de la vida a la muerte?”.

Asimismo, la introducción del «mundo digital» en la biomedicina y en la organización de la asistencia sanitaria está siendo tan masiva y eficaz que resulta también inevitable, por un lado, establecer una distancia relacional con el paciente desde el punto de vista clínico y administrativo y, por otro, burocratizar tanto ese mismo espacio de relaciones que el médico tiende a convertirse en “gestor” y el paciente en “consumidor” de salud respectivamente.

Aunque los términos sean duros y parezcan excesivamente críticos se ha desembocado en la cosificación, mutilación, eliminación y alienación del sujeto que vive en estado patológico³². Consciente o inconscientemente, los enfermos continúan llevando hoy ante los médicos la totalidad de sus vidas pero se encuentran despojados de su carácter histórico y personal, privados de una asistencia que dista mucho de ser integral, comprensiva, unitaria y a la vez singular. En resumen, los brillantes resultados del progreso biomédico se producen a costa de trazar una línea divisoria entre la realidad patológica y la realidad de quien la padece y, también, a costa de escindir el arte de curar y el arte de cuidar privilegiando el primero y olvidando el segundo.

Finalmente, las espectaculares conquistas del desarrollo biotecnológico proyectan un futuro lleno de ambigüedades: por un lado existe la esperanza de solucionar males endémicos (hambre, sequía, enfermedades y epidemias)³³, y, por otro, existe la posibilidad real de manipular negativamente la vida que van a heredar las futuras generaciones, descuidar la de una población que envejece a pasos alarmantes³⁴, olvidar para siempre a muchos millones de seres humanos que malviven en la pobreza³⁵, provocar un tremendo colapso ecológico o la destrucción masiva del planeta³⁶. El proceso de hominización tiene en su mano todos los instrumentos para dirigirse, por primera vez, hacia su propia deshumanización.

La solución no consiste en añadir más tecnología a la tecnología dado que, por haberse erigido a sí misma en el reino de los fines, ha convertido sus medios en una trampa mortal. Es imprescindible efectuar un cambio de rumbo basado en opciones y decisiones éticas, que luego se harán efectivas a través de las mediaciones jurídico-políticas. No cabe la menor duda de que, en el fondo de esas opciones y mediaciones, hay que reconstruir una metafísica y una antropología destinadas a proteger la vida de nuestros descendientes y la del conjunto de la biosfera.

3. LO HUMANO COMO «PARADIGMA» DE LA BIOMEDICINA

El término «humano» puede utilizarse como calificativo para explicar el sustantivo «hombre», indicando de este modo lo más distintivo de su ser y lo más característico de su actividad.

³⁰ Cf. K. JASPERS, *La práctica médica en la era tecnológica*, Gedisa, Barcelona, 1988.

³¹ P. J. PHILIBERT, “Cambios en el significado de la salud y de la enfermedad. La perspectiva del mundo desarrollado”, *Concilium* 278 (1998) 673-674.

³² Cf. E. LÓPEZ AZPITARTE, “Técnica y humanismo en los hospitales”, *Razón y Fe* 235 (1997) 252-255; C. VIAFORA, “Las dimensiones antropológicas de la salud. Un acercamiento filosófico centrado en la “crisis del sujeto”, *Dolentium Hominum* 37 (1998) 16-21.

³³ Cfr. J. GAFO (ed.), *Ética y biotecnología*, universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1993.

³⁴ Cf. J. GAFO (ed.), *Ética y ancianidad*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1996.

³⁵ Cf. L. BOFF, *Ecología: Grito de la Tierra, grito de los pobres*, Trotta, Madrid 1993.

³⁶ Cf. AA.VV., *Desafío ecológico. Ecología y humanismo*, Universidad Pontificia de Salamanca, 1985; J. GAFO, (ed.), *Ética y ecología*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1991.

Pero también se puede emplear como adjetivo substantivado, «lo humano», aludiendo al conjunto de rasgos que constituyen lo propio y específico del hombre. En cualquiera de los casos, tanto la expresión *hombre humano* como la de *lo humano* se convierten en imagen directriz o conductora que es necesario aceptar por parte de todos para dirimir el grado de calidad que se otorga al trato con la vida, la enfermedad y la salud. Lo humano se erige así en marco legitimador y en sistema de referencia ineludible para justificar el sentido moral de las actuaciones en el campo de la biomedicina. Es el modelo ejemplar ante el que se contrastan permanentemente las diversas posibilidades de acción moral relacionadas con la vida, en definitiva, es el «paradigma» de la biomedicina.

A nadie se le escapará, por cierto, que ambas expresiones y sus términos correlativos (humanista, humanístico, humanismo) son netamente polisémicos, pues nadie hasta ahora ha podido definirlos de manera universalmente satisfactoria³⁷. Contienen antropologías muy diferentes, y hasta radicalmente contrapuestas entre sí, pero constituyen el hilo conductor de una larga tradición en torno al que se ha ido confeccionado gradualmente un ideal de humanidad.

La empresa de mayor envergadura iniciada por el hombre, desde que anda por estos solares, consiste en poner en marcha la creatividad de su inteligencia y las facultades discursivas de su razón para llevar a cabo el proyecto de humanizarse progresivamente. Ha habido y habrá múltiples propuestas acerca de *lo que* hay que hacer para conseguirlo, ofertas de contenidos muy divergentes, pero todas ellas giran en torno a un eje básico y están de acuerdo en *cómo* hay que hacerlo persiguiendo un horizonte común para orientar hacia él todos los esfuerzos: que el hombre sea *humano*. El contraste acumulado de experiencias le ha ido enseñando que hay numerosas direcciones, pero no puede eludirlas sistemáticamente, no le resulta posible quedarse sin norte so pena de caer en un despiste generalizado. Por eso se ha dicho que estamos ahí ante un *mínimo fundamental* que nadie puede ignorar y del que nadie tiene la exclusiva, pero de cuya lógica interna tampoco es posible prescindir: ponerse de acuerdo para responder al ansia de felicidad o al deseo de convivir en paz o a la vivencia del sufrimiento o al absurdo de la injusticia o a la experiencia de una religiosidad universal.

Así pues *lo humano* es el marco formal donde se desarrolla la racionalidad ética y el horizonte que confiere sentido a la conducta moral: «no hay nada tan hermoso y legítimo como actuar bien y debidamente como hombre, ni ciencia tan ardua como saber vivir esta vida bien y naturalmente, y de nuestras enfermedades, la más salvaje es despreciar nuestro ser»³⁸. Por eso el hombre ha puesto todo su empeño en sobreponerse, superarse, enmendarse y sobrevivir a base de crear valores, como ha llegado a decir uno de los antihumanistas más trágicos: «Él fue quien creó un sentido humano para las cosas. Por eso se llama “hombre”, es decir, “el que da la medida del valor”. Valorar es crear...y sin el valorar estaría vacía la nuez de la existencia»³⁹.

Se ha llegado a decir, por cierto, que el presupuesto imprescindible de toda religión verdadera y buena es fomentar humanidad, promocionar lo verdaderamente humano. Y, viceversa, en la medida en que difunda inhumanidad e impida a los hombres adquirir identidad, sentido de la vida y valores básicos, será una religión nociva y perversa en sus mismas raíces. En consecuencia, lo humano es también el *criterio mínimo* para construir un «ethos» básico universal de las grandes religiones⁴⁰.

Desde una perspectiva contrapuesta a la anterior, otro de los grandes defensores del ideal humanista afirma que «donde la vieja filosofía decía: sólo lo racional es verdadero y real, la nueva filosofía diga, por el contrario, sólo *lo humano es lo verdadero y lo real*; pues sólo lo humano es lo racional; el hombre es *la medida de la razón*»⁴¹.

El primer diccionario publicado sobre bioética la define, en su última edición, como «el estudio sistemático de las dimensiones morales de las ciencias de la vida y de la atención a la sa-

³⁷ Cf. J. FERRATER MORA, “Humanismo”, *Diccionario de filosofía*, 2, Círculo, Barcelona, 1991, 1566-1570.

³⁸ M. DE MONTAIGNE, *Ensayos*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1992, 450.

³⁹ F. NIETZSCHE, *Así habló Zaratustra*, Planeta-Agostini, Barcelona, 1986, 78.

⁴⁰ Cf. K. J. KUSCHEL, “Religiones universales. Derechos del hombre y lo humano”; H. KÜNG, “A la búsqueda de un ‘ethos’ básico universal de las grandes religiones”, *Concilium* 228 (1990) 279-287 y 289-309.

⁴¹ L. FEUERBACH, *Principios de la filosofía del futuro*, Orbis, Barcelona, 1984, 118.

lud, utilizando una variedad de metodologías éticas en un escenario interdisciplinar»⁴². Pretende garantizar el respeto a la persona humana, que crea y recibe los múltiples efectos de las innovaciones tecnocientíficas, utilizando un tipo de racionalidad crítica y compartida por todas las partes implicadas⁴³. La bioética pone a prueba los deberes del hombre para con el hombre y los de todos para con toda la humanidad, en suma, pone a prueba nuestra responsabilidad simplemente humana. Ahora bien, ¿Responde el marco de lo humano a las exigencias de esta nueva disciplina? ¿Ofrece razones convincentes acerca de su estatuto epistemológico?

Uno de los proyectos más antiguos que ha llevado a la práctica el proyecto de humanizar la vida ha sido precisamente la medicina occidental. El «arte de curar» se fue canalizando hacia la búsqueda de lo humanamente bueno, cuando todavía faltaban muchos siglos para que aparecieran los conceptos modernos de persona, libertad, dignidad y derechos humanos. Lo característico de la medicina hipocrática no residía sólo en el acervo de sus conocimientos científicos, sino en la capacidad que tuvieron Hipócrates y sus discípulos para percibir e interpretar la densidad moral que atesoraba su actuación sanitaria. Cuando en el *Juramento* se habla de proteger la vida para hacer el bien, evitar el sufrimiento para no hacer daño, ser fiel a la confianza del enfermo, tratar a todos por igual y guardar el secreto profesional, se están estableciendo los principios éticos que configuran el contenido humano de la profesión médica.

El espíritu humanizador de la medicina ha perdurado a lo largo del tiempo. Así lo atestiguan, por ejemplo, Escribonio Largo (s. I d. C.), para quien el médico ha de 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»⁴⁴. Otro de los testimonios más significativos es el que nos ha legado un médico judío medieval, Isaac Judaeus: «Quien se dedica a trabajar con perlas tiene que preocuparse de no destruir 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»⁴⁵.

Otro rasgo característico de la profesión médica, desde sus orígenes, es la filantropía. Los tratados hipocráticos ya hablan, en repetidas ocasiones, de que el médico debe ser «humanitario» y estar dispuesto para ayudar a los más necesitados, porque «donde hay amor al hombre hay amor al arte»⁴⁶. Esta dimensión humanizadora de la medicina también se ha transmitido a través de los siglos como se puede ver en Paracelso, por ejemplo, que interpreta la virtud en un sentido a la vez técnico y ético, como saber hacer y como amor del médico a su profesión y al enfermo: «Arte y ciencia deben nacer del amor; si no, no logran perfección»⁴⁷.

Ya en nuestro siglo, lo humano ha contribuido a diseñar el sentido ético de la biomedicina desde el Código de Núremberg (1948) tal como se puede ver en las declaraciones de la Asociación Médica Mundial y en las de la Organización Mundial de la Salud, por ejemplo. Concretamente, el *Código de Ética y Deontología Médica* de España declara: «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). Y añade más adelante: «Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad científica y humana» (Art.21.1)⁴⁸.

⁴² W.T.REICH (ed.), "Introduction", *Encyclopedia of Bioethics*, I, Free Press-MacMillan, New York, 1995, XXI.

⁴³ Cf. L. SÈVE, *Critique de la raison bioéthique*, Ediciones .O. Jacob, París, 1995.

⁴⁴ F. KUDLIEN, "Medical Ethics and Popular Ethics in Greece and Rome", *Clio Medica* 5 (1970) 96; E. PELLEGRINO - A. PELLEGRINO, "Humanism and ethics in roman medicine: translation and commentary on a text of Scribonius Largus", *Lit.Med* 7 (1988) 22-38.

⁴⁵ Citado por H. SCHIPPERGES, "La ética médica en el Islam medieval", *Asclepio* 17 (1965) 107-116.

⁴⁶ "Sobre el médico" y "Preceptos", en *Tratados hipocráticos*, ed. M^a del A. Herminos, Alianza, Madrid, 1996, 212 y 237, respectivamente.

⁴⁷ Citado por P. LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, Masson-Salvat, Barcelona, 1994, 298.

⁴⁸ ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, *Código de Ética y Deontología Médica y Compendio de Doctrinas Internacionales*, Consejo General de Colegios médicos de España, Madrid, 1990.

Recientemente, el llamado *Convenio Europeo de Bioética* (Oviedo 1997) ha dejado establecido que el marco ético de la biología y la medicina consiste en 1º) proteger la dignidad e identidad de la persona, 2º) garantizar el respeto a su integridad física y a sus derechos fundamentales, 3º) hacer que «el interés y el bienestar del ser humano» prevalezcan sobre el interés exclusivo de la sociedad y de la ciencia, y 4º) garantizar un «acceso igualitario a los beneficios de una sanidad de calidad apropiada» (Arts.1-3)⁴⁹. También se adoptaron ahí una serie de medidas, relacionadas con diversos problemas en torno a la vida y la salud, donde se puede observar que lo humano es la forma y el modelo que configura constantemente la actividad cotidiana de investigadores, biólogos y médicos.

Junto a todos estos objetivos de carácter institucional continúan apareciendo numerosas propuestas que persiguen el desarrollo de actitudes humanistas en medicina⁵⁰. Se puede afirmar, pues, que en este campo nunca se ha perdido el norte de lo humano porque tampoco ha pasado inadvertida la lucha en favor de la ética⁵¹. Así todo, conviene recordar una vez más lo evidente, intuido con toda claridad en tiempos de Hipócrates: la asistencia médica ya es de por sí un acto humano, y la ciencia y la técnica que la informan también son ya creaciones humanas, a menudo de gran complejidad y belleza, y su estudio, discusión, difusión y aplicación son igualmente actos profundamente humanos⁵². El humanismo médico no puede entonces servir de coartada para dar algo a quien ya lo tiene, sino para impedir a toda costa el reduccionismo en que puede incurrir una biomedicina tan sofisticada como la actual.

Resulta sugerente traer ahora a colación las palabras de un poeta español: «No se hizo el enfermo para el médico sino el médico para el enfermo..., en resumidas cuentas se hizo el hermano para el hermano y se hizo el hombre para el hombre»⁵³. A pesar de que haya sido objeto de diversas interpretaciones, la sentencia que nos dejó un comediógrafo romano resume perfectamente cuanto se acaba de decir: «Hombre soy y nada de lo humano me es ajeno»⁵⁴.

4. HUMANISMO DEL «OTRO» HOMBRE: LA PRIMACÍA DE LA ÉTICA

Los apartados anteriores pueden haber dejado la impresión de que lo humano es una realidad brumosa, sin contornos y poco definida. Por lo tanto, si el camino recorrido hasta ahora tiene sentido hemos de resolver la cuestión principal: ¿A qué idea de hombre nos estamos refiriendo aquí? ¿De quién hablamos? ¿Cuáles son los rasgos o características de lo humano?

Los estudios realizados desde la perspectiva científica no han terminado de dar una explicación satisfactoria sobre la unidad pluridimensional del ser humano, ni tampoco han resuelto de manera fehaciente por qué además de bases químicas, cromosomas y neuronas, este sujeto puede lograrse o malograrse, hacerse o deshacerse, es decir, porqué la ética y la moral pertenecen al patrimonio de su condición humana. Aunque se remonte a siglos atrás, la dialéctica sostenida entre los términos alma-cuerpo, espíritu-materia, mente-cerebro y hombre-máquina, dan buena prueba de ello⁵⁵.

⁴⁹ «Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina», *Diario Médico Documentos*, Viernes 4 de abril de 1997.

⁵⁰ Cf. H. T. ENGELHARDT, *Bioethics and Secular Humanism. A Search for a Common Morality*, Trinity International Press, Philadelphia, 1991; J. M. LITTLE, *Humane Medicine*, Cambridge University Press, 1995; X. IGLESIAS GUIU, «El humanismo visto desde la perspectiva del médico», *Folia Humanística* 33 (1995) 21-31; J. FERNÁNDEZ-CREHUET NAVAJAS, «Antropología al servicio de la bioética. El humanismo metafísico», *Cuadernos de Bioética* 7 (1996) 462-469; C. G. QUINTANA, «El humanismo médico visto desde la perspectiva ética», *Humana* 5 (1997) 11-16; J. GARCÍA-CAMPAYO - L. ASEGUINOLAZA - P. TAZÓN, «El desarrollo de actitudes humanistas en medicina», *Medicina Clínica* (Barc) 111 (1998) 23-26.

⁵¹ Cf. P. GUINAN, «Has Medicine Lost the Ethics Battle?», *Linacre Quarterly* 2 (1998) 43-50.

⁵² Cf. J. L. TIZÓN, «Sobre el «humanismo imposible» en la medicina actual», *Humana* 1 (1998) 5-7.

⁵³ L. F. VIVANCO, *Antología poética*, Alianza Editorial, Madrid 1976, 116-118.

⁵⁴ TERCENIO, *Heautontimorúmenos*, Act. I, Esc. I, v.77, edición de L. Rubio, Alma Mater, Barcelona, 1961.

⁵⁵ Cf. J. L. RUIZ DE LA PEÑA, *Las nuevas antropologías*, Sal Terrae, Santander, 1983.

Por su parte, las contribuciones de la filosofía componen un abanico de lo más dispar, como bien se sabe. Resulta imprescindible, entonces, hacer una selección para encontrar algún planteamiento que responda a los desafíos de la biomedicina actual y sea capaz de justificar razonadamente una plan completo para todo el conjunto, siguiendo la intuición de J.de Salisbury apuntada más atrás. Es necesario dar con aquella fundamentación metafísica que mejor pueda sostener el edificio de la bioética y, al mismo tiempo, reúna las condiciones requeridas para dar cuenta del variado fenómeno humanista que hoy se reivindica en el campo biomédico.

Y es justo en ese punto donde hay un hecho que llama poderosamente la atención: lo que hoy más se discute y se pone en juego es el sentido humano o inhumano de las realizaciones biomédicas y biotecnológicas. La cuestión acerca de quién es el hombre tiende a resolverse *primero* con la cuestión de lo que se hace con cada hombre y por qué se debe o no hacerlo. Está teniendo lugar una inversión del orden filosófico, que consiste en conceder la *primacía* no a los problemas ontológicos sino a los axiológicos, es decir, a la ética y a la moral, aunque éstas tengan que recurrir luego a la ontología para sostenerse en pie. Utilizando el lenguaje popular, “dime primero cómo tratas al otro y te diré luego quién eres”. Así pues, el acceso a la generalidad del ser y la teoría general sobre el hombre, la metafísica y la antropología respectivamente, se adquieren por medio del trato objetivo que se dispense a la vida de cada uno de los seres humanos, al resto de los seres vivos y a la biosfera que nos rodea.

Todo lo expuesto hasta aquí apunta a una determinada antropología, que encuentra en la corriente filosófica del personalismo una de sus expresiones más logradas⁵⁶, y se construye sobre todo a partir del pensamiento ético propugnado por E.Lévinas (1906-1995)⁵⁷. Aun admitiendo las dificultades de fondo que afectan a la propia filosofía de este autor, y a pesar de las críticas que se han vertido sobre ella⁵⁸, ofrece una extraordinaria capacidad de sugerencias para replantear todo el edificio de la bioética desde nuevas perspectivas.

Lévinas mantiene una posición crítica respecto a la filosofía occidental porque «se identifica con la sustitución de las personas por las ideas, del interlocutor por el tema, de la exterioridad de la interpelación por la interioridad de la relación lógica»⁵⁹. A este tipo de filosofía del poder y de la potencia, basada en una «egología» cuyo primer correlato es la injusticia por el hecho de llevar a la dominación y a la tiranía, hay que darle la vuelta invirtiendo los términos en que se plantea: en vez de mirar al ser en general, y supeditarlo todo a él desde el poder cognoscitivo del yo, hay que dirigir la mirada hacia el otro (hombre concreto) y hacia lo otro que nos rodea (el mundo como hogar de todos). Sólo así se puede justificar cabalmente la propia subjetividad y el sentido de la vida.

El camino del pensamiento tenía que haber seguido la dirección iniciada por Platón, que situaba las ideas del bien, la justicia y la belleza en la cima de la auténtica realidad, ocultada a nuestros ojos por falta de educación intelectual. No obstante, se podía acceder a ella liberándose de las «cadenas» que impedían a «los ojos del alma» salir del propio mundo e ir en dirección a

⁵⁶ Hay una visión de conjunto en A. DOMINGO MORATALLA, *Un humanismo del siglo XX: el personalismo*, Ediciones Pedagógicas, Madrid, 1985.

⁵⁷ Cf. GRACIANO. G. R. ARNÁIZ, *E.Lévinas: humanismo y ética*, Cincel, Madrid, 1988; M. L. COSTA, “E.Lévinas: La hermenéutica en el paso de la ontología a la ética”; “Fenomenología y corporalidad en la ética de E.Lévinas: lectura de l’existence à l’existant”, *Analogía Filosófica* 2 (1995) 71-95 y 1 (1997) 19-43; S. PLOURDE, “E.Lévinas. La responsabilité originaire ou l’ordination à la Bonté”, *Ethica* 7 (1995) 9-29; W. AVRAM, “On the Priority of ‘Ethics’ in the Work of Lévinas”, *Journal of Religious Ethics* 24 (1996) 261-284; H. LEPARGNEUR, “E.Lévinas, filósofo da alteridade”, *Atualização* 26 (1996) 25-38; F. D. SEBBAH, “Lire Lévinas et penser tout autrement” *Esprit* 234 (1997) 141-151; AA.VV, “E.Lévinas. Un compromiso con la Otredad. Pensamiento ético de la intersubjetividad”, *Anthropos* 176 (1998).

⁵⁸ Cf. D.BOOTHROYD, “Responding Levinas”, en R.BERNASCONI - D. WOOD (eds.), *The provocation of Levinas. Rethinking the Other*, Routledge, Londres, 1988; R. VISKER, “The Core of my opposition to Lévinas”, *Ethical Perspectives* 4 (1997) 154-170.

⁵⁹ E. LÉVINAS, *Totalidad e infinito*, Sígueme, Salamanca, 1997,110.

otro donde reside la causa de todas las cosas buenas, justas y bellas, que hacen del hombre un verdadero sabio y le permiten ver el origen invisible de la realidad aparente de este mundo⁶⁰.

El paso del tiempo se encargó de bloquear y encapsular el método platónico por haber interpretado la separación entre ambos mundos como un recurso ficticio del entendimiento para integrar lo exterior en lo interior, lo de fuera en lo de dentro, lo otro en lo mío. Surgieron así diversas propuestas de significación y de sentido, basadas en la identidad del yo consigo mismo (conciencia, política, ciencia e incluso ciertos modelos de religión), mediante la «reducción de lo Otro al Mismo»⁶¹, es decir, conquistando la propia identidad a través de una relación con el ser que lo convierte en objeto para conocerlo, lo apresa para comprenderlo, lo elimina para conquistarlo y, a la postre, le termina negando su alteridad. Como consecuencia, el lema delfico «conóce-te a ti mismo» ha derivado en puro solipsismo, y el cartesiano «yo pienso» se ha conmutado por el «yo puedo», otorgando el primado a un modelo de ontología que ha conducido a toda suerte de egoísmos individuales y colectivos. La ética se convierte así en mero discurso legitimador de conductas al servicio de ideologías dominantes y totalizadoras.

La propuesta levinasiana, por el contrario, consiste en salir al exterior, fuera de sí mismo, donde uno se puede sentir extraño, «extranjero», pero a sabiendas de que ese es el lugar idóneo de la auténtica metafísica, pues solamente ahí se vive la «experiencia primera», original y fundacional del propio yo: sentirse interpelado y provocado por el otro, hasta el punto de «sacarme de mis casillas», para tener que dar cuenta de mí mismo respondiéndole a él. He aquí el fundamento donde adquiere sentido una racionalidad en la que se conjugan ser, pensar y actuar, donde cada sujeto de la especie humana no es tal por hacer la mayéutica de sí mismo acerca de un ser neutro impersonal sino por recibir la verdad que se manifiesta en la «epifanía del rostro» concreto de cualquier otro⁶², plantado ante mi cara-a-cara y cuya presencia no se puede escamotear con ninguna clase de truco⁶³.

Por consiguiente, «a la inteligibilidad como logos racional se opone la inteligibilidad como proximidad»⁶⁴ eminentemente práctica, es decir, ética y moral: a la tarea secular de la metafísica, en cuanto descubrimiento del ser y de su esencia, «de antecede la relación con el ente que expresa; el plano ético precede al plano de la ontología»⁶⁵. Así pues la exhibición primera e inagotable del ser tiene lugar en las relaciones éticas, en la relación intersubjetiva y corpórea de hombre a hombre, dado que el rostro del otro es verdadera metafísica, filosofía primera, que «introduce la humanidad» y genera el sentido de lo humano. Sólo en un contexto así puede aparecer el ser del otro, y no el ser otro, que destruya el egoísmo solipsista antes mencionado. La primacía de la ética es el correlato del «humanismo del otro hombre»⁶⁶ y, como consecuencia, el fundamento de la bioética consistirá en la construcción ética del otro.

4.1. Relación y alteridad

Tomando como punto de partida el planteamiento anterior se podría decir que lo distintivo del hombre, sin detrimento alguno de cuanto ya se ha dicho sobre él, es una estructura compuesta por dos elementos básicos: *relación* y *alteridad*. La primera se refiere a la capacidad de conectar, corresponder, tratar y comunicarse entre los seres humanos. La segunda se refiere a la condición de ser otro, es decir, se aplica a cualquier sujeto distinto del que habla o piensa. Estos componentes nunca se dan por separado y tampoco pueden no darse. Son propiedades atributivas de la condición humana. La urdimbre existencial que tejen entre ambos carece de excepcio-

⁶⁰ PLATÓN, *La república*, Círculo de Lectores, Barcelona 1996, 517c y 529b.

⁶¹ E. LÉVINAS, *Totalidad...*, 67.69.

⁶² E. LÉVINAS, *Totalidad...*, 75.98.213.226.233, es una expresión muy utilizada en sus obras.

⁶³ Se trata de un planteamiento que ya viene preocupando desde antiguo a los filósofos: J. FERRATER MORA, «Otro (el)», *Diccionario de filosofía*, 3, Círculo de Lectores, Barcelona, 1991, 2465-2467.

⁶⁴ E. LÉVINAS, *De otro modo de ser, o más allá de la esencia*, Sígueme, Salamanca 1995, 247.

⁶⁵ E. LÉVINAS, *Totalidad...*, 214.

⁶⁶ E. LÉVINAS, *Humanismo del otro hombre*, Siglo XXI, México, 1974.

nes. Se trata de una estructura inscrita en la especie humana que se replica de manera constante y progresiva a lo largo de todos los estadios de la vida.

La estructura binaria del ser humano se traduce y verifica en las relaciones intersubjetivas. A partir de ahí cada uno se va logrando o malogrando como persona, siempre y cuando interprete correctamente el doble e inseparable tejido de su condición humana: el origen del sujeto individual y el sentido de su desarrollo personal dependen siempre de alguien, no surgen ni tienen lugar en relación consigo mismo, con el yo, ni siquiera con el ser genérico e impersonal, sino que brotan por y a través de la relación con el otro concreto, presente, corpóreo.

Hay incluso un *prius* temporal y espacial que precede al ejercicio de la conciencia, la autonomía y la libertad individuales. Antes de poner en práctica esas características esencialmente humanas tiene lugar la aparición del otro, cuya sola presencia física le sacude hasta el punto de plantearse quién es, dónde estoy y qué hago aquí. Es el otro quien introduce a cada uno en la única situación original donde brota la inteligibilidad y la fuente de sentido, la ética. En las relaciones de alteridad el sujeto (persona individual, grupo, institución, etc.) no ejecuta materialmente nada, al contrario, resulta afectado e impactado por el otro experimentando la obligación de decirse y responderse desde lo que no es él, desde fuera de sí mismo, desde el otro que provoca y conmociona con su llamada, que exige y demanda explicaciones, que pone en el brete de tomar posición no para ejercer ninguna clase de poder (científico, político, económico, estadístico, etc.), sino para preocuparse, hacerse cargo y responsabilizarse de él.

En resumen, la relación de alteridad no es la negación del yo, ni la huida de la identidad individual, ni pura formalidad abstracta. Es salir de sí, «tránsito del yo al otro», ir hacia fuera donde está lo inmediato de la interpelación, el imperativo de quien me habla, el «cara-a-cara»⁶⁷.

4.2. La proximidad del rostro

El núcleo de estas relaciones de alteridad aparece condensado, según Lévinas, en las figuras del extranjero, el huérfano y la viuda, que utiliza como símbolos de la trascendencia que impregna todo tipo de relaciones intersubjetivas: «su epifanía misma (la del otro) consiste en sollicitarnos por su miseria en el rostro del extranjero, de la viuda y del huérfano».

En consecuencia, tanto la fundamentación como el contenido de la praxis biomédica actual encuentran la clave de su resolución proponiendo al «otro» como fuente de sentido. Desde esa óptica se percibe la urgencia de realizar tres cambios simultáneos de dirección: 1º) la necesidad de “pensar el ser”, la metafísica, gira hacia la relación objetiva con el otro porque es el lugar donde primero se desvela o se exhibe el ser y, también, porque es ahí donde se fundamenta en última instancia la inteligibilidad y la razón, o sea, el sentido de lo humano, 2º) la fundamentación metafísica de la bioética gira hacia la obligación de responder al otro y, consecuentemente, la responsabilidad aparece hasta tal punto como lo primero que, sin ella, carecería de sentido cualquier reflexión ulterior, y 3º) la pregunta por lo humano, la ética, responde al “por qué” de lo que se debe hacer cuando el yo gira hacia el otro y toma conciencia de la imposibilidad de pasar de largo ante él, en suma, justificando el sentido moral de la propia actuación a través del compromiso, la comunicación y el discernimiento con el otro.

A nadie le resultará extraño, pues, que la *relación* y la *alteridad* sean las cuestiones pendientes de la biomedicina actual, porque son también las claves de la ética contemporánea. El pretendido y legítimo humanismo de las ciencias biomédicas habrá que reconstruirlo poniendo el acento en el otro hombre, o sea, tomando como centro al prójimo que demanda al médico o al biólogo o al investigador un vuelco radical: una manera de ser *otro* hombre. La verdad del ser ya no se agota en el ámbito tecnocientífico, ni se basta por sí sola para dar razón cabal de su propio sentido. Tiene que abrirse a lo que está fuera de ella y reconocer que su sentido primigenio le viene otorgado por el hecho de revelarse también en un mundo habitado por otros con los que se cruza y a quienes no tiene más remedio que responder.

⁶⁷ E. LÉVINAS, *Totalidad...*, 62-63, 75-76.

Asimismo, la calidad moral de la respuesta biomédica viene avalada por la primacía que se concede a la escucha de una voz distinta de la suya, la del «otro», asumiendo cuatro exigencias básicas: 1ª) caer en la cuenta de que la pregunta acerca de “quién soy yo” sólo se resuelve planteándose con radicalidad “quién es el otro” que sale a nuestro encuentro, 2ª) tomar conciencia de que la respuesta a la llamada del otro, manifestada siempre como vida física, nos convierte en responsables del él a todos los efectos, 3ª) aceptar que esa responsabilidad se debe traducir en términos positivos de beneficencia a la situación de quien hace la demanda, lo cual obliga previamente a practicar la justicia, a justificarse ante al otro, y 4ª) reconocer que tanto la búsqueda como la comunicación de la verdad nunca va separada o al margen de los demás, es decir, se trata de una verdad práctica que cuenta con la totalidad humana de su destinatario.

En resumen, la tradición humanista centrada en la comprensión del ser humano como persona constituye un fondo patrimonial común cuyos principales rasgos son los siguientes: 1º) el hombre ocupa el centro de la realidad mundana y en ella ostenta, cuando menos, la *primacía* axiológica, porque es el más alto en la jerarquía de los valores, 2º) las nociones de sujeto y *persona*, aplicadas al ser humano, son primeras y fundamentales respecto a cualquier otra que se le pueda atribuir, 3º) entre el hombre y su entorno se da una ruptura esencialmente cualitativa, a saber, el ser humano concreto es irreductible a la pura biología, es *más* que ésta, 4º) en cuanto sujeto y persona, el hombre posee *dignidad* y le corresponde un valor absoluto, que obliga a tratarlo siempre como un *fin* y nunca como un medio, 5º) la biomedicina es uno de los espacios éticos donde se desarrolla la *responsabilidad* del hombre y de éste depende, por tanto, el sentido que quiera imprimir a su inteligencia creadora, y 6º) la ciencia y la técnica biomédicas, como productos de la creatividad humana, no son fines en sí mismos sino medios para *humanizar* la vida de las personas y toda su trayectoria vital.

Se podría decir, entonces, que la antropología que sostiene el edificio de la bioética gira en torno a cuatro ideas complementarias: 1ª) la de persona entendida como *unidad biopsíquica* o «biopsicosocial», como totalidad unitaria traspasada de dignidad y no sopesada por el precio⁶⁸, 2ª) la de persona reconocida como *interlocutor válido*, cuyo fundamento reside en el hecho de que la autonomía es constitutivamente dialógica y se desarrolla en la relación interpersonal⁶⁹, 3ª) la de que todos los seres humanos son dignos de ser tratados con *igual consideración y respeto* por razones de justicia⁷⁰, y 4ª) la de que la vida es un *valor* y un *derecho* igual para todos los seres humanos con independencia de su edad⁷¹.

Esta antropología exige cambiar el acento del qué al *quién*, de la cosificación patológica al *sujeto* que vive en estado patológico, del sentimiento de impotencia e infantilidad del enfermo al de su reconocimiento como *interlocutor* válido, de la cantidad a la *calidad*, del trabajar para el enfermo a trabajar *con* el enfermo, del lenguaje técnico al *diálogo* interpersonal, del ocuparse de la enfermedad al preocuparse de *tal* persona enferma.

Un conocido pensador español decía eso mismo, cuando puso bajo sospecha de abstracción y de irrealdad intemporal el adjetivo “humano” y el sustantivo “humanidad” puesto que también, y quizá sobremano, en el campo de la biomedicina se trata con «el hombre de carne y hueso, el que nace, sufre y muere –sobre todo muere-, el que come, y bebe, y juega, y duerme, y piensa y quiere: el hombre que se ve y a quien se oye, el hermano, el verdadero hermano»⁷²..., el «otro» que no soy yo y al que debo responder como médico o científico.

⁶⁸ E. CORETH, *Antropología filosófica*, Morcelliana, Brescia, 1978, 149-153; J. GEVAERT, *El problema del hombre. Introducción a la antropología filosófica*, Sígueme, Salamanca, 1976, 31-67.

⁶⁹ A.CORTINA, «La persona como interlocutor válido. Virtualidad de un concepto “transformado” de persona para la bioética», en F. ABEL - C. CAÑÓN, (eds.), *La mediación de la filosofía en la construcción de la bioética*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1993, 145-158.

⁷⁰ R. DWORKIN, *Los derechos en serio*, Ariel, Barcelona, 1995, 274.

⁷¹ J. HARRIS, *The value of life*, London, 1985, 87-110.

⁷² M. DE UNAMUNO, *Del sentimiento trágico de la vida*, Alianza Editorial, Madrid, 1997, 21.

5. LAS PREMISAS DE LA BIOÉTICA

El término «premisas» se utiliza aquí referido a una serie de proposiciones básicas que sirven de punto de partida para inferir o derivar posteriormente conclusiones lógicas. Dicho de manera más gráfica, son las columnas que constituyen el edificio de la bioética, los elementos que vertebran su estructura interna apoyándose con firmeza sobre el cimiento anterior.

Una vez establecido que el trato humano con la vida fundamenta y circunscribe el ámbito de la bioética, hay que plantearse: 1º) el significado y el valor de la vida, 2º) la clase de tratamiento que merece, 3º) el espacio ético donde eso se verifica, 4º) la idea de hombre hay en el fondo, y 5º) la antropología y los principios se derivan de todo ello.

5.1. La vida, realidad primordial y valor primario

La noción de vida ha sido objeto de numerosas explicaciones filosóficas, pero en general han predominado dos acepciones. La primera se refiere a la vida orgánica o física (*Zoè*), a la biología, al fenómeno global de la vitalidad compuesto por una gran complejidad de factores químicos y físicos, manifestado en múltiples niveles de organización desde las células hasta el ecosistema que nos envuelve, y caracterizado por un desarrollo ontogenético y filogenético que ha dado lugar a las distintas especies de seres vivos. La segunda incluye la anterior y se refiere a la vida humana entendida como estilo de vida o modo concreto de vivir del hombre (*Bíos*), a la biografía o manera en que cada ser humano va redactando y narrando su propia vida, el sentido que le confiere libremente en la medida en que dota de significado la duración temporal de su estructura biológica.

Ambas acepciones están indisolublemente coordinadas en el hombre constituyendo una totalidad unitaria o unidad viviente de carácter biopsíquico, un ser vivo uno y único. Si careciera de bases biológicas no tendría vida y si no pudiera ejercer sus potencialidades biográficas tampoco sería humana. La complementariedad entre ambas dimensiones permite afirmar que la realidad primordial es la vida, «mi vida», «nuestra vida»⁷³, y que el hecho humano por antonomasia es vivirla. El hombre es, además, el único viviente capaz de no limitarse a la pura vida biológica, contentándose con estar simplemente viviendo entre las cosas como si fuera una más de ellas. El componente biológico se encuentra irremediabilmente inscrito en el proyecto biográfico de cada uno y, como consecuencia, el grado de densidad moral o valor ético de la vida física es proporcional a la autocomprensión del propio hombre. Puede lograrse o malograrse, hacerse o deshacerse, pero no es capaz de prescindir de la realidad de saberse viviendo ni del hecho de decidirse por una determinada dirección que otorgue sentido a su trayectoria vital. En el plano humano la vida no se puede reducir a la cuestión de *qué* es, sino a la de *quién* es o quien *vive*. Por tanto, la vida es *más* que la mera existencia, implica la idea de plenitud y el esfuerzo de alcanzarla.

Resulta esclarecedor aquí acudir a la *Ética* de B. Espinosa⁷⁴. Según este autor, la condición que detenta todo lo real, como conjunto de partes dadas en Dios o integrantes de la naturaleza en su totalidad, es el poder o «potencia» de tender progresivamente a una mayor perfección. La filosofía espinosiana lo denomina *essentia actuosa*. (I, prop.34) Por tanto, las realidades no son mejores o peores sino «más potentes» unas que otras y, en ese sentido, más reales o perfectas en la medida en que incrementan lo que son: potencia de actuar para perfeccionarse.

También el hombre, como todo lo real, tiende a la perfección incrementando el dinamismo que lo constituye, activando su esencia: el esfuerzo o *conatus* autoconsciente, que le impulsa no sólo a conservar su ser sino a procurar aumentarlo. Se trata, pues, de una esforzada perseverancia cifrada en el *deseo* de ser más y más... hombre (III, props.6 y 9). Ese es el motivo por el que la *virtud* consiste en realizar dicho esfuerzo o deseo y, como consecuencia, las nociones de *bien* o *mal* y de *bueno* o *malo* son relativas a los efectos que produce en el hombre su propia actuación, es decir, se refieren a la utilidad o al daño de lo que se hace. Con otras palabras, es virtuoso y bueno

⁷³ J. ORTEGA Y GASSET, *¿Qué es filosofía?*, Revista de Occidente, Madrid, 1960, 191-264.

⁷⁴ B. ESPINOSA, *Ética demostrada según el orden geométrico*, Orbis, Barcelona, 1984. Cf. V. PEÑA, "Espinosa", en V. CAMPS (ed.), *Historia de la ética, II. La ética moderna*, Crítica, Barcelona, 1992, 108-140.

perseverar en el ser porque manifiesta la potencia humana y, viceversa, carece de virtud y es malo descuidar la conservación del ser porque demuestra la impotencia humana (IV, props.8 y 19-22).

Sin embargo, no todos los deseos cumplen las condiciones requeridas. Hay que filtrarlos con «el dictamen de la razón» porque obrar y entender, actuar y razonar, son para Espinosa funciones inseparables. A partir de este planteamiento el sistema de deberes éticos respecto a la vida humana se fundamenta en la *fortaleza* como virtud suprema (III, prop.59), que significa la misma realidad o impulso de la vida para mantenerse en su existencia. La fortaleza se manifiesta o subdivide en otras dos. 1ª) la *firmeza* cuando la acción o el deseo del individuo se esfuerza en conservar su ser, impidiendo cualquier otra actuación destinada al descuido o maltrato de la propia vida, y 2ª) la *generosidad* cuando se orienta a ayudar a los demás seres humanos respecto al cuidado y la promoción de su vida física.

En el plano en que nos estamos moviendo la vida ya es un valor *primario*, básico, y el hecho de vivir se presenta como un proyecto racionalmente lleno de sentido. Dicho con lenguaje de Espinosa, el ser humano tiene potencia o fuerza propia para mantenerse en vida. El deseo de vivir es universal. Sin embargo, desde esta perspectiva se podría legitimar cualquier clase de esfuerzo o empeño por mantener la vida a costa de las vidas ajenas, esto es, ejerciendo sobre los demás múltiples formas de sometimiento y eliminación. En ese contexto es muy difícil justificar la existencia de valores universales, entre ellos el de la vida, que sean objeto de obligado cumplimiento por parte de todos. Ahí nos encontramos dentro de una órbita ética donde la vida se encuentra en manos de la idiosincrasia particular o de los planes de autorrealización de cada cual, pero puede convertirse en objeto de dominio y hasta de manipulación arbitraria en manos del más fuerte. Resulta imprescindible dar un nuevo paso para saber si es posible otorgarle alguna cualidad específica introduciéndola en otra órbita éticamente superior.

5.2. El derecho a la vida y a una vida digna

La difusión de la bioética coincide con el hecho de haber adoptado como punto de mira la exigencia de tratar con sentido humano la vida de cada *persona*⁷⁵. Este término griego, referido al papel o personaje que representaba el actor de teatro, lo reincorporó el cristianismo a la cultura occidental y goza hoy de una gran aceptación para definir los rasgos más característicos del hombre aun cuando siga siendo objeto de múltiples versiones⁷⁶. Tiene entonces mucha importancia aclarar si hay en el ser humano alguna cualidad que le hace merecedor de algo de manera irrevocable o, con otras palabras, si existe en la persona alguna *condición* que obligue a tratarla con el máximo respeto siempre y sin ninguna clase de excepciones.

También en este caso resulta problemático elegir entre diferentes respuestas, pero sin duda sigue siendo actual la aportación de I.Kant: el ser racional se llama persona porque tiene «valor interno» y, además, porque tiene la cualidad de ser «fin en sí mismo», es decir, porque el sujeto personal es el único ser capaz de darse leyes a sí mismo y regirse por ellas: es el único capaz de *autonomía*. Todo aquello que en este mundo tiene un precio es intercambiable y puede ser sustituido por algo equivalente, pero lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente ni puede ser objeto de intercambio, aquello cuya existencia no posee un valor relativo o de medio sino un «valor absoluto», eso tiene una *dignidad*. Y esa es precisamente la condición del hombre en cuanto ser racional y libre⁷⁷.

Hay entonces moral porque los seres humanos tienen dignidad, y tienen dignidad porque poseen autonomía. Por eso sería un atentado contra la propia racionalidad humana afirmar que alguna persona, muchas o todas carecen de dignidad. Es irracional cualquier tipo de mundo que no tenga el proyecto de caminar hacia el reconocimiento de todos los seres que poseen valor in-

⁷⁵ Cf. G. MIRANDA, “Fundamentos éticos de la Bioética personalista”, Cuadernos de Bioética 17 (1994) 49-62; L. PALAZZINI, “Personalism and Bioethics”, *Ethics & Medicine* 10 (1994) 7-11; E. D. PELLEGRINO, “The Human Person, the Physician and the Physician’s Ethics”, *Linnacoe Quaterly* 1 (1995) 82.

⁷⁶ Cf. J. FERRATER MORA, “Persona”, *Diccionario de Filosofía*, 3, Círculo de Lectores, Barcelona, 1991, 2550-2555.

⁷⁷ I. KANT, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Espasa Calpe, Madrid, 1990, 102-104.110-112; *Crítica de la razón práctica*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1995, 146-147.

terno o absoluto. Nadie está legitimado para atropellar la dignidad de los demás en nombre de supuestos intereses particulares, porque conculcaría radicalmente lo que cualquier razón imparcial estaría dispuesta a admitir para todos sin excepción. De ahí se desprende como consecuencia el siguiente imperativo ético: trata siempre a cada persona no como “algo” sino como “alguien” absolutamente valioso, o esa, no la instrumentalices ni la conviertas en cosa u objeto de tu interés particular.

En este nuevo plano la vida humana cobra un valor cualitativamente superior a la de cualquier otro ser vivo y se introduce también en otra órbita ética, la de los derechos humanos⁷⁸, dentro de la cual sólo se puede girar en el sentido de la dignidad, es decir, reconociendo que cada persona tiene derecho a la *vida* y a una vida *digna*, a vivirla dignamente, y a tratarla con igual consideración y *respeto*. Todo ello lleva consigo admitir estos presupuestos⁷⁹: 1º) tanto la vida consciente como la integridad física y psíquica son bienes imprescindibles para hacer efectivo ese derecho, 2º) nadie puede imponer a otro, contra su voluntad, sacrificios ni privaciones que no redunden en su propio beneficio físico y psíquico, y 3º) los seres humanos deben ser tratados según sus decisiones, intenciones o manifestaciones de consentimiento.

Así pues, en cuanto manifestación objetiva de toda la persona, la vida merece respeto y protección por lo que ella misma es y significa, porque su valor es proporcional al de su protagonista. En consecuencia, la calidad humana del trato hacia la vida es la verificación irrefutable del tipo de tratamiento que se dispensa a la persona entera.

5.3. La relación con la vida del «otro»

En Occidente ha predominado un prototipo de conocimiento empeñado en conquistar la identidad del “Yo” individual y, simultáneamente, en descifrar la realidad de su entorno para ponerlo a su servicio. Ha triunfado un modelo de racionalidad dedicada a someter cuanto le rodea bajo el poder omnímodo de la ciencia y la técnica. Es evidente que ello ha sido la causa de un espectacular progreso en todos los niveles, pero a costa de llevar por delante todo lo que de distinto se interpone en su camino. Se ha incurrido así en la reiterada tentación egocéntrica de olvidar o ignorar la realidad de *lo otro* y de *el otro* que nos rodea, de todo aquello que no soy “yo”. Y, a mayor abundamiento, se ha llegado a instaurar una mentalidad que mide el éxito de la acción por el predominio de los medios sobre los fines y la constante utilización de estrategias que instrumentalizan a las personas para conseguir intereses particulares.

Frente a este tipo de planteamiento se ha venido reivindicado, a lo largo del siglo XX, la necesidad de recuperar «la dirección hacia el otro que no es solamente colaborador y vecino o cliente, sino *interlocutor*»⁸⁰. Las cuestiones vitales más básicas acerca de cómo ser bueno, feliz, veraz y justo, por ejemplo, se ventilan en el permanente cruce de caminos producido por las relaciones interpersonales. Ese espacio donde tiene lugar el encuentro con los demás está impregnado de moralidad, porque lo *primero* que aparece en él es la *vida* del otro y hay que dar cuenta de ella sin instrumentalizarla, sin “cosificarla”. La primacía de ese espacio ético exige que el “yo” nunca debería poder sobre el “otro”, sino responder de él y solidarizarse con él, esto es, conferir sentido humano a relación interpersonal.

Ahora bien, la vida del “otro” es su rostro visible ante mí y me afecta de una u otra manera. Desde esta perspectiva se puede percibir la insuficiencia que entraña la versión kantiana de autonomía puesto que, aun cuando constituye un punto sin retorno para justificar racionalmente la dignidad del ser humano, lo encierra demasiado en sí mismo. Es imposible comprender la autonomía individual, y llevar a cabo los planes de autorrealización personal, prescindiendo por completo del espacio donde surge el encuentro con la vida de los otros. Tiene que desarrollarse inevitablemente en el plano intersubjetivo y utilizar la razón comunicativa, el *diálogo*, para responder o no las cuestiones más vitales.

⁷⁸ J. A. MARINA, *Ética para náufragos*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1997, 228-237.

⁷⁹ C. NINO, *Ética y Derechos Humanos*, Ariel, Barcelona, 1989, 204-205, 223-226, 239-240 y 285-291.

⁸⁰ E. LÉVINAS, *Humanismo del otro hombre*, Ediciones Siglo XXI, México, 1974, 56-57.

No ha sido entonces ninguna casualidad que «la introducción del sujeto», preconizada a principios del siglo XX por V. von Weiszäcker⁸¹, se haya considerado como el rasgo más profundo y característico de la biomedicina contemporánea. Propugnada tiempo después por otros autores del mundo francés⁸², español⁸³ y anglosajón⁸⁴, sostiene que el cuerpo humano no es una realidad muda de la que se van aislando células o patologías. La vida no es un trozo más de biología que se pueda mutilar para su ulterior estudio so pena de excluir o perder a su protagonista. Al contrario, es la manifestación visible de un sujeto al que se debe integrar por entero en los espacios del ámbito clínico.

En resumen, el cuerpo humano deja de ser también una realidad muda de la que se aíslan células o patologías. Se transforma en manifestación visible de una determinada persona a la que se debe integrar en el espacio ético de la relación clínica. No ha sido precisamente una casualidad que la «introducción del sujeto», preconizada a principios de nuestro siglo por V. von Weiszäcker, se haya considerado como el rasgo más profundo y característico de la biomedicina contemporánea⁸⁵. De hecho, el gran reto de la bioética continúa siendo el de humanizar la relación entre los profesionales de la salud y el enfermo que vive en estado patológico. Por eso la calidad humana de la asistencia sanitaria consiste en ofrecer «cuidados integrales de salud desde la perspectiva biopsicosocial al individuo, la familia y la sociedad»⁸⁶.

5.4. Los principios «trascendentales» de la bioética

A partir de lo expuesto ya es posible establecer los principios fundamentales de la bioética. Sólo que, al introducirlos en el espacio ético, adquieren la virtualidad de convertirse en principios de carácter trascendental, es decir, se caracterizan por lo absoluto de sus exigencias, la universalidad de su validez y la inmutabilidad de su contenido. Son *trascendentales* porque cubren todo el panorama del comportamiento moral, ejercen la función de bóveda o cúpula que abarca todo el edificio de la bioética, apoyándose sobre las columnas o premisas anteriores, y otorgan sentido a las decisiones más concretas. Llenan de contenido lo que se ha llamado antes marco formal o sistema de referencia y pueden formularse así:

- *«Haz siempre el bien y evita el mal».*
- *«Obra de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin y nunca como un medio».*
- *«Trata siempre la vida de cada persona con igual consideración y respeto, porque todo ser humano posee la misma dignidad fundamental».*
- *«Nunca trates a nadie como no quieres que te traten a ti o actúa con los demás como quieres que ellos actúen contigo».*
- *«Trata siempre cada patología y cada órgano del cuerpo humano como expresión de un todo viviente, que es la persona concreta del enfermo».*

6. EL CAUCE FUNDAMENTAL DE LA BIOÉTICA

Conviene tener presente, ante todo, que la opción fundamental por la vida y la salud del otro es lo que confiere sentido humano a la práctica clínica. Esa opción ya contribuye por sí sola

⁸¹ S. SPINSANTI, *Guarire tutto l'uomo. La medicina antropologica di V. Weiszäcker*, Paoline, Milano, 1988.

⁸² P. TOURNIER, *Medicina della persona*, Milano, 1967.

⁸³ P. LAÍN ENTRALGO, *Antropología médica*, Barcelona, 1984.

⁸⁴ G. L. ENGEL, "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science* 196 (1977) 129-136; "The clinical application of the biopsychosocial model", *American Journal of Psychiatry* 137 (1980) 5.

⁸⁵ P. LAÍN ENTRALGO, *La relación médico-paciente*, Alianza Editorial, Madrid 1983, 218.

⁸⁶ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, *Guía de Formación de Especialistas*, Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones, Madrid 1996, 282.

a elevar cada vez más las cotas de lo humano en esta clase de actividad. Tampoco está demás recordar que la misma ética, entendida como espacio donde se verifica el grado de tratamiento humano hacia la vida, no es un apósito de la biomedicina ni se puede reducir a la administración periódica de ciertas dosis de caridad o buenas intenciones, como si fuera una especie de bayeta mágica que se utiliza para limpiar de vez en cuando la deshumanización de su rostro. Muy al contrario, va incluida en ella⁸⁷ y forma parte intrínseca de ella porque sus protagonistas toman constantemente decisiones sobre el significado de lo medios que utilizan, evalúan de manera permanente sus resultados y los orientan hacia el bien de toda la persona enferma. ¿Por dónde debe transcurrir todo esto para que alcance sus objetivos? Hay que introducirlo en un cauce compuesto por cuatro elementos básicos: la responsabilidad, la solidaridad, el diálogo y las virtudes éticas.

6.1. La responsabilidad en bioética

Cuando habla el rostro concreto de “otro”, el propio “yo” se siente interpelado y se hace responsable ante alguien. Se puede decir, por tanto, que atender a sus requerimientos equivale a contraer con él una responsabilidad cuyo poder imperativo surge de la fuerza moral de un encuentro ante el que no cabe la pasividad, sino la disposición a comprometerse con lo que manda el rostro de ese otro. En el caso de un profesional sanitario el término «Yo significa *heme aquí*, respondiendo de todo y de todos»⁸⁸.

Ejercer la responsabilidad en biomedicina significa asumir la competencia *de* alguien *ante* alguien *para* algo. En esta manera de proceder se demuestra el grado de calidad humana del biólogo o del médico, puesto que el sentido ético de su vida profesional carecería de dirección y significado si no estuviera dispuesto ante el enfermo para hacerle el bien. La talla humana de cualquier especialista en biomedicina es proporcional al *cuidado* que dispense al “otro” y equivale a cuidar de él (*curare*). Ejercer correctamente la propia profesión significa vivir preocupándose del enfermo, ocuparse por anticipado en decidir lo que vamos a hacerle⁸⁹.

La responsabilidad implica la obligación de responder con competencia, por parte del médico, a fin de cuidar a la persona enferma satisfaciendo su derecho a la asistencia sanitaria y, si fuera posible, la recuperación de su salud. Todo lo cual se puede recoger en el siguiente imperativo: que el hombre *viva*, que tenga vida. Y formulado negativamente diría así: no es lícito atentar contra la integridad física ni psíquica de ningún ser humano, ni fomentar agresiones o violencias de ningún tipo ni sufrimientos innecesarios o, en otros términos, no se deben hacer apuestas de acción que pongan en peligro la vida de la humanidad presente ni futura⁹⁰.

6.2. La solidaridad en bioética

La dirección hacia el otro, como persona enferma, no puede detenerse a mitad de camino ni reducirse a simple benevolencia. La relación entre médico y paciente es uno de los espacios donde se pone en práctica la convicción de que los seres humanos están constitutivamente vinculados entre sí, no meramente entreverados como los animales ni juxtapuestos como las cosas. Es una característica exclusiva del hombre el saberse y hacerse humano saliendo siempre fuera de sí mismo, yendo constantemente hacia los demás, porque ello contribuye de manera decisiva a configurar su propia identidad individual. Los seres humanos formamos una red de relaciones que, a pesar de los desastres acumulados, va ampliando lentamente los vínculos de sus lazos comunes para hacer frente a la degradación provocada por el solipsismo y el egoísmo. Caminamos poco a poco hacia el horizonte de lo humano basándonos en la solidaridad.

El fundamento de la solidaridad biomédica reside en llevar a cabo la *empatía* ética, en ser capaces de percibir y hacerse cargo de la condición humana del paciente como un todo en el que

⁸⁷ M. VIDAL, «Ética de la actividad científico-técnica», *Moralia* 5 (1983) 419-443.

⁸⁸ E. LÉVINAS, *De otro modo de ser, o más allá de la esencia*, Ediciones Sígueme, Salamanca, 1987, 183.

⁸⁹ J. ORTEGA Y GASSET, *Ibid.*, 253-254 y 261-262, cit. en nota 17. Cf. M. HEIDEGGER, “La ‘cura’, ser del ‘ser ahí’”, *El Ser y el Tiempo*, Fondo de Cultura Económica, México, 1951, 200-252 y 344-358.

⁹⁰ H. JONAS, *El principio de responsabilidad*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1994, 173-175 y 356-358; ID., *Técnica, medicina y ética*, Editorial Paidós, Barcelona, 1996, 99-108.

se revelan múltiples aspectos personales²⁴. Sin embargo, esta comunión afectiva del médico con el enfermo es insuficiente si el primero no es capaz de *compartir* los bienes que tiene a mano con el segundo, es decir, los conocimientos y medios tecnocientíficos que son de su competencia. Por eso el respeto hacia los derechos y libertades fundamentales del enfermo y, en particular, el de garantizarle una asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que a cualquier otro, hay que completarlo con el deber de hacerle el bien y preocuparse para que tenga una vida digna de ser vivida⁹¹.

Sin embargo, todo lo anterior también sería insuficiente si no se beneficiaran de ello los que padecen mayor desigualdad, los más necesitados vitalmente, los pobres, puesto que transformaría la solidaridad en una pura comedia o farsa que finge lo que no siente. Se trastocaría en una radical injusticia porque no sería capaz de priorizar la atención sanitaria en favor de quienes malviven en situaciones inhumanas. Romper esas barreras, salir en esa dirección y tomar partido por esa clase de personas es una exigencia bioética de primer orden, que impregnaría a todo su ámbito de nuevos aires humanizadores.

En definitiva, la solidaridad implica el deber de orientar las acciones biomédicas hacia el objetivo de la vida humanamente buena y puede formularse en el siguiente imperativo: que el hombre viva *bien*, que haya más y mejor vida para todos o, con otras palabras, que se garantice la posibilidad de vivirla *dignamente* y de repartir con *equidad* los recursos sanitarios disponibles. Su formulación negativa quedaría así: no es lícito fomentar desigualdad en la asistencia sanitaria, ni encastillarse en el prestigio profesional, ni alejarse o huir del enfermo o, en otros términos, es inhumano hacer apuestas de acción que pongan en peligro los derechos fundamentales de las personas y, en especial, los de los más desfavorecidos.

En conclusión, «dedicar la vida a la muerte»⁹² supondría introducir una tremenda contradicción en el seno de la tecnociencia médica, que arrastraría consigo su propia descalificación ética por irresponsable e insolidaria, por su radical inhumanidad. La ética biomédica no depende sólo del conocimiento adquirido, ni de la eficacia de las técnicas médicas, ni de la rentabilidad económica de sus aplicaciones, sino del sentido humano que se les otorgue, de la dirección y finalidad que se les confiera.

6.3. El diálogo en bioética

Uno de los humanistas más conocidos, F. Petrarca (1304-1374), recurría a la insigne figura de Sócrates para explicar a sus contemporáneos las funciones humanizadoras del lenguaje: «Bien dijo Sócrates, contemplando a un hermoso joven en silencio: “Habla para que te vea”, porque pensaba que el hombre se ve no tanto en el rostro como en las palabras»⁹³. Esta manera de ver las cosas ya contiene mucha fuerza moral, porque convierte el diálogo en una de las actitudes que mejor caracterizan la relación médico-enfermo. No es ninguna perogrullada afirmar que la razón, el *lógos*, jamás se realiza por medio del monólogo sino del *diálogo*. La matriz más fértil de la creatividad humana es esencialmente dialógica.

Sólo que aquí no se trata de hablar por hablar, ni discutir por discutir, encerrándose cada uno en sus argumentos y sin pretensiones de averiguar si es posible llegar a entenderse. Tomar el diálogo con seriedad significa ocuparse de los problemas que afectan a la vida y a la decisión personal de un determinado paciente, con el fin de querer y de saber buscar juntos una solución ética. Eso hay que hacerlo mediante el diálogo «discursivo»⁹⁴.

En el caso de la biomedicina hay varias comunidades de diálogo que funcionan en círculos concéntricos. En primer lugar está la que componen el médico y el enfermo. En segundo lugar se encuentra la formada por el médico y la familia o representantes legales del paciente, si

⁹¹ J. HABERMAS, «Justicia y solidaridad», en K. O. APEL, A.CORTINA y otros (eds.), *Ética comunicativa y democracia*, Editorial Crítica, Barcelona, 1991, 175-205.

⁹² M. BUNGE, *Ética y Ciencia*, Editorial Siglo XX, Buenos Aires 1972, 39-40.

⁹³ Citado por G. REALE - D. ANTISERI, “El Humanismo y el Renacimiento”, en *Historia del pensamiento filosófico y científico*, II, Barcelona, 1988, 53.

⁹⁴ A.CORTINA, “Ética discursiva2, en V.,CAMPS (ed.), *Ibid.*, 533-576, cit. en nota 8.

éste se halla disminuido o incapacitado para decidir. Hay que mencionar también la constituida por el equipo de especialistas al que pertenece cada médico u otros profesionales de la sanidad. Y, por último, existen cada vez más comités éticos para asesorar o resolver dilemas conflictivos de particular relevancia. Todas son comunidades de hablantes sobre la vida y la salud.

Las condiciones de un verdadero diálogo en el campo de la bioética son las siguientes: 1ª) que las personas implicadas se acepten mutuamente como interlocutores válidos y ninguno se quede fuera o sin espacio para defender sus intereses, 2ª) que formen parte de una misma comunidad de hablantes y estén afectados por los mismos problemas, 3ª) que el diálogo se celebre entre ellos en suficientes condiciones de simetría, y 4ª) que el tipo de razón utilizada sea la de carácter comunicativo, no la instrumental ni la estratégica, porque sólo la primera permite establecer normas que todos los afectados podrían querer como obligatorias para cada uno, o sea, universalmente válidas.

Este planteamiento posee la virtualidad de otorgar significado real a la idea de *dignidad* del paciente, mostrando que éste no sólo tiene derecho a que se le haga un bien sino a que se cuente con él para tomar las decisiones que le afectan. El tradicional paternalismo médico ha quedado abolido y, en su lugar, se ha situado el «consentimiento informado»⁹⁵ como núcleo de una nueva manera de entender las relaciones entre médico y enfermo. El primero tiene la capacidad y el deber de asesorar e informar, el segundo tiene el derecho a decidir sobre su propia concepción del bien por ser el beneficiario del acto médico.

Por todas esas razones se puede decir que el diálogo presupone la relación interpersonal, implica la obligación de contar con el otro y puede formularse en el siguiente imperativo: nunca impongas tu decisión a otro sin contar con él porque, en cuanto interlocutores válidos, estáis obligados a armonizar la idea de “bien” que tiene cada uno o, dicho positivamente, toma tus decisiones en el seno de tu propia comunidad de hablantes y hazlo siempre por medio del diálogo racional y el respeto a la libertad de conciencia. También es necesario recordar que la validez de una norma ética no depende del pacto o consenso entre las partes implicadas, sino de la universalidad de su aceptación. Por tanto hay que proceder de acuerdo con este otro imperativo: considera moralmente válida una norma de conducta siempre y cuando estén dispuestos a darle su consentimiento todos los afectados por ella, sólo si satisface intereses universalizables y no particulares o de grupo⁶.

6.4. Las virtudes bioéticas

Ya decía Aristóteles que al hombre no le basta la inteligencia teórica para desarrollar lo más propio y específico suyo. Si quiere vivir moralmente bien necesita ejercer la inteligencia o sabiduría práctica. Esta tarea se lleva a cabo mediante las *virtudes* éticas⁹⁶: disposiciones o hábitos adquiridos para actuar de una manera determinada. El ser humano no nace virtuoso. Es una cualidad que se conquista por libre elección, aprendiendo a utilizar la inteligencia con rectitud y regulando los actos con prudencia. Las virtudes constituyen el modo de ser o carácter (*éthos*), la segunda naturaleza que se va incorporando a lo largo de la vida. Actualmente suele utilizarse como sinónimo el concepto de *actitudes*, referido al conjunto de disposiciones adquiridas que nos llevan a reaccionar positiva o negativamente ante los valores morales.

Además de aquellas que caracterizan la personalidad moral de cada uno, los profesionales sanitarios están llamados a adquirir un conjunto de virtudes que orienten su disposición positiva hacia el valor de la vida concretada en cada enfermo. A causa del tipo de sabiduría y de misión que traen entre manos, la tradición más antigua de la ética médica ya les viene exigiendo un gran número de cualidades: «desprendimiento, modestia, pundonor, dignidad, prestigio, juicio, calma,

⁹⁵ P. SIMÓN LORDA - L. CONCHEIRO CARRO, “El consentimiento informado: teoría y práctica (I y II)”, *Medicina Clínica* 100 y 101 (1993) 659-663 y 174-182, respectivamente; ID., “El consentimiento informado: de la historia de las decisiones judiciales a la fundamentación ética”, *Jano* 48 (1995) 41-54.

⁹⁶ ARISTÓTELES, *Moral, a Nicómaco*, Libro II, Espasa-Calpe, Madrid, 1978, 86-106. Cf. A. MACINTYRE, *Tras la virtud*, Crítica, Barcelona, 1986.

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»⁹⁷.

Esta constelación de virtudes pone de manifiesto que quienes ejercen la profesión sanitaria deberían conquistar un alto grado de excelencia⁹⁸ humana, entendida como la calidad o bondad que hace digna de singular aprecio a una persona. Uno de los autores actuales que se ha dedicado a cultivar esta parcela de la bioética propone las siguientes⁹⁹: 1ª) la *benevolencia*, referida al estilo o talante con que se realizan los actos diagnósticos y terapéuticos; 2ª) la *veracidad*, relacionada con los distintos aspectos de la comunicación entre médico y paciente; 3ª) el *respeto*, relativo a la toma de decisiones morales en la práctica clínica; 4ª) la *amistad*, que cultiva los sentimientos humanos en las relaciones sanitarias; 5ª) la *justicia*, que se encarga de las exigencias sociales y públicas del ejercicio de la biomedicina; y 6ª) la *religiosidad*, correspondiente a una especie de sacerdocio laico que lleva a tratar con el máximo respeto la realidad “sagrada” e inviolable de la vida.

Por nuestra parte parece poner de relieve las que se han mencionado en los capítulos anteriores¹⁰⁰: 1ª) la *responsabilidad*, como disposición a preocuparse constantemente de la vida del enfermo, contar con él a la hora de tomar decisiones y ponderar las consecuencias que se deriven de ellas; 2ª) La *solidaridad*, como compromiso en favor de una vida digna, practicando una medicina integradora que tenga en cuenta la totalidad de la persona enferma, el respeto a sus derechos fundamentales y la atención a los más desfavorecidos; y 3ª) *capacidad dialógica*, como disposición que consiste no sólo en oír sino en escuchar prestando atención a lo que se oye (*auscultare*) y reconociendo que la enfermedad no revela un objeto patológico sino a “tal” enfermo que es siempre interlocutor válido a la hora de decidir.

7. LOS PRINCIPIOS «GENERALES» DE LA BIOÉTICA

La existencia de estos principios ha ido engrosando poco a poco el acervo cultural de la ética médica desde tiempos muy antiguos. Llama la atención, por cierto, que en un reciente estudio llevado a cabo por la Unidad Docente de MFyC de Asturias¹⁰¹ se haya puesto de relieve la siguiente jerarquización de criterios éticos: ante todo no hacer daño, hacer el bien siempre que se pueda, proteger la vida por encima de todo, caer en la cuenta de sin equidad lo demás no vale, respetar la voluntad del paciente, considerar la ley como el mejor criterio para actuar, y admitir que el despilfarro es imperdonable.

Es evidente que en esa jerarquía de principios se condensa un determinado enfoque humanizador de la medicina reforzado, además, por el alto porcentaje de contestaciones (94%) que atribuyen a la ética la función de agudizar la percepción de dilemas conflictivos y facilitar su resolución. Estos datos revisten aún mayor interés si se tiene en cuenta que proceden de médicos cuyo currículo universitario ha sido marcadamente científico-técnico, no humanista.

En cualquier caso, el momento histórico en que comenzó a tomar cuerpo la idea de ponerse de acuerdo sobre una serie de principios para orientar la toma racional de decisiones fue en 1978. Nos referimos al llamado *Informe Belmont*, un documento elaborado en Estados Unidos por la Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de Experimentación Biomédica. En

⁹⁷ C. GARCÍA GUAL (ed.), «Sobre la decencia», *Tratados hipocráticos*, I, Gredos, Madrid, 1983, 202-203.

⁹⁸ D. GRACIA, “Consideraciones éticas de la gestión sanitaria”, en AA.VV, *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*, Editorial Masson, Barcelona, 1988, 156-161.

⁹⁹ J. F. DRANE, *Becoming a Good Doctor: The place of Virtue and Character in Medical Ethics*, Kansas-Montana, Sheed and Ward, 1988. Véase también E. D. PELLEGRINO - D. C. THOMASMA, *The Virtues in Medical Ethics*, Oxford University Press, New York, 1993.

¹⁰⁰ Cf. C. G. QUINTANA, «Humanismo y Medicina», en SAMFYC, *Actas del III Congreso Astur-Castellano-Leonés de Medicina Familiar y Comunitaria*, Oviedo 1998, 21-23.

¹⁰¹ A. LÓPEZ - M. MARTÍNEZ - P. SUÁREZ GIL, *Aflorar la ética poco a poco*, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Asturias, Oviedo 1997 (trabajo pendiente de publicación).

él se afirma que el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia deben inspirar todas las decisiones que se tomen en ese ámbito.

Al año siguiente, T. L. Beauchamp y J. F. Childress publicaron un libro en el que desarrollaban más sistemáticamente el trabajo de dicha Comisión, justificando la necesidad de atenerse a los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia. Desde entonces han pasado a convertirse en canon casi indiscutible de la bioética.

Vamos a dejar a un lado, por razones prácticas, el análisis pormenorizado de los dos trabajos anteriores y la polémica que ha suscitado su interpretación¹⁰², así como el rechazo más o menos sistemático de que han sido objeto llegando incluso a descalificarlos de manera exagerada¹⁰³. Parece mucho más práctico ofrecer una síntesis de cada uno de ellos y exponer las exigencias éticas que comportan, considerando su interdependencia y viendo su estrecha relación con los principios «trascendentales» del sistema de referencia.

7.1. Principio de no-maleficencia

Es probablemente el principio más antiguo que guía la praxis biomédica, puesto que tiene la finalidad de proteger su objetivo más específico y positivo: «hacer el bien al enfermo». Por lo tanto, obliga a no causar daño a nadie, está íntimamente relacionado con el de justicia y se explicita en tres reglas: 1ª) no hagas daño a nadie, porque todos merecen igual consideración y respeto; 2ª) no dañes a nadie innecesariamente o, con otros términos, minimiza siempre los posibles riesgos negativos de tu actuación; y 3ª) haz siempre lo que está indicado, porque su omisión hace incurrir en maleficencia.

7.2. Principio de justicia

Aparece mucho más tarde, pero tiene antecedentes muy antiguos. En el siglo I. d. C, concretamente, Cicerón afirma que la justicia exige «no causar daño a nadie» y, al mismo tiempo, «usar en común los bienes comunes»¹⁰⁴. Tiene también prioridad sobre los demás deberes, porque es la mejor manera de contribuir a la construcción del bien común cifrado en la fraternidad humana y en la convivencia pacífica. Posteriormente, la obra de Ulpiano (s. III d. C) y de Justiniano (s. VI d. C) lo llegó a definir incluyendo en él tres obligaciones: «vivir honestamente, no dañar a los demás y dar a cada uno lo suyo». Hoy día parece haber cierta convergencia entre las distintas teorías sobre la justicia cuando se aplican a la biomedicina: tratar a todos con justicia obliga a garantizar unos niveles elementales de asistencia sanitaria para toda la población, un «mínimo decente»¹⁰⁵.

Conviene notar, asimismo, que este principio conlleva dos obligaciones básicas: 1ª) tratar con igualdad las situaciones que son iguales y con desigualdad aquellas otras que redunden en beneficio de los menos favorecidos, y 2ª) prescindir de tratamientos especialmente costosos y desproporcionados a pacientes cuya muerte es irreversible y, también, contemplar la posibilidad de negar esa clase de tratamientos a quienes sí los necesitan, pero su vida no corre peligro o no existen suficientes garantías respecto a su eficacia.

7.3. Principio de autonomía

Ya se ha dicho más atrás que es un logro de la Ilustración. A partir de esta época se ha ido introduciendo la convicción de que el médico incurre en paternalismo cuando se empeña en hacer el bien al enfermo sin informarle previamente ni tener en cuenta sus opiniones. Así pues, este principio obliga a respetar la libertad del paciente y a contar con su responsabilidad por ser él quien decide en última instancia lo que es bueno para su salud, porque es digno de ser considera-

¹⁰² D. GRACIA, “Cuestión de principios”, en L. FEITO GRANDE, (ed.), *Estudios de bioética*, Editorial Dykinson, Madrid, 1997, 19-42.

¹⁰³ A. PARDO CABALLOS, “El punto de vista de las hipótesis secularistas en bioética: Una presentación crítica”, en A. POLAINO-LORENTE, (dir.), *Manual de Bioética General*, Rialp, Madrid, 1994, 162-175.

¹⁰⁴ CICERÓN, *Tratado de los deberes*, Editora Nacional, Madrid 1975, 45-47, 49-50 y 103-107.

¹⁰⁵ La expresión se debe a Charles Fried y Norman Daniels, según D. GRACIA, *Ibid.*, 253-255, cit. en nota 4.

do como interlocutor válido. Alcanza su máxima expresión en el «consentimiento informado»³⁷, que se pone en práctica a través de una relación dialógica en la que el médico tiene el deber de informar y el enfermo el derecho de elegir.

7.4. Principio de beneficencia

En él se condensa el santo y seña de la biomedicina desde los tiempos más antiguos. Va estrechamente unido a todos los anteriores y obliga a hacer el bien al enfermo teniendo en cuenta las siguientes normas: 1ª) haz siempre el bien suprimiendo el mayor número de perjuicios porque, de lo contrario, incurres en maleficencia; 2ª) haz el bien a otro siempre y cuando lo acepte de manera voluntaria e informada, pues de no ser así negarías su autonomía; y 3ª) protege especialmente la vida de aquellas personas cuya autonomía esté disminuida o no posean capacidad de decisión, porque atentaría contra el principio de justicia.

7.5. Principios «técnicos»

Los principios anteriores son válidos para orientar habitualmente las cuestiones de bioética, pero conviene saber que son de carácter *general*, esto es, contienen mandatos plenamente vinculantes en circunstancias normales. Por eso ha hecho bastante fortuna denominarlos con la expresión de principios *prima facie*¹⁰⁶. Sucede, sin embargo, que debido a su generalidad pueden colisionar entre sí. En ese caso es necesario recurrir a otros principios *técnicos*, que faciliten la lógica de la decisión moral ante una situación conflictiva. La tradición ética occidental ha utilizado varios de ellos a lo largo de la historia: el principio de doble efecto, el de totalidad, el de excepción o el del fin y los medios. Todos y cada uno de ellos han intentado mantenerse equidistantes entre dos puntos que, si se encerraran por completo sobre sí mismos, haría imposible y hasta obsesiva la solución de situaciones aparentemente contradictorias.

Nos estamos refiriendo, por un lado, a la posición *deontológica*, según la cual hay acciones buenas o malas en sí mismas, por principio (*déon*), independientemente de las circunstancias en que se realizan y de las consecuencias que producen. Y se encuentra, por otro lado, la posición *teleológica*, según la cual el baremo para medir la moralidad de una acción reside en la bondad o maldad del fin que persigue (*télos*) y en sus respectivas consecuencias. Reducirlo todo a la primera es imposible porque, de hecho, se han llegado a justificar con el paso del tiempo diversas excepciones como es el caso de la pena de muerte, la legítima defensa o el aborto indirecto. Y empeñarse en reducirlo todo a la segunda carece de sentido, porque terminarían triunfando los intereses particulares o imponiéndose el predominio de los medios sobre los fines.

Así pues, no queda otro remedio que acudir a uno de esos principios técnicos, si se quiere abordar cualquier conflicto de valores o de bienes buscando y eligiendo aquél que sea el mayor de los posibles en esa situación concreta. Es probable que el más clarificador de todos ellos sea el denominado como teoría del *compromiso ético*¹⁰⁷. No se pretende con él invertir la jerarquía de los valores y los bienes, porque se incurriría en un situacionismo radical donde reinaría sistemáticamente la confusión. Trata de afrontar con realismo el hecho de que en la vida cotidiana lo mejor es con frecuencia el enemigo de lo bueno: no es posible elegirlo todo a la vez, tampoco lo es permanecer en la duda enfermiza de la indecisión y, menos aún, quedarse sin decidir. Por todo ello, y tras ponderar detenidamente los elementos del conflicto, es legítimo conceder prioridad a la elección de uno de esos valores o bienes en juego, optando por el «compromiso» del mayor posible aunque sea a costa de otro que se considera en ese momento como «mal menor».

Todo esto presupone, indudablemente, un análisis pormenorizado de la casuística, una sensibilidad refinada de la conciencia y una rigurosa capacidad de argumentar razonadamente, pero obedece a las limitaciones que condicionan muchas veces el comportamiento humano. Por

¹⁰⁶ W. D. OSS, *The Right and the Good*, Clarendon Press, Oxford 1930 (traducción española: *Lo correcto y lo bueno*, Ediciones Sígueme, Salamanca, 1994).

¹⁰⁷ H. WEBER, "Il compromesso etico", en T. GOFFI, (ed.), *Problemi e prospettive di teologia morale*, Queriniana, Brescia, 1976, 199-219.

eso es interesante recordar uno de los antiguos axiomas morales: *ultra posse nemo tenetur*, «nadie está obligado a hacer más de lo que puede»¹⁰⁸.

8. EL MÉTODO DE TOMA DE DECISIONES EN BIOÉTICA

Cuando comenzó a extenderse la enseñanza de la bioética en las universidades norteamericanas, a principios de los años setenta, ya se vio la necesidad de establecer procedimientos para analizar los casos y tomar las decisiones correspondientes. Desde entonces para acá se han propuesto diversos métodos¹⁰⁹ para llevarlo a cabo que, en líneas generales, pueden resumirse en los dos siguientes: principialista y casuista o casuístico.

El enfoque *principialista*, defendido por T. L. Beauchamp y J. F. Childress¹¹⁰, consiste en el arte de aplicar automáticamente los principios universales que se tengan a mano a cada uno de los casos concretos. Tiene una larga tradición histórica y ve en cada caso el lugar donde se particularizan los principios generales, lo cual implica conceder prioridad al mecanismo de la razón deductiva para buscar certeza moral en la actuación. Procede siempre a través del silogismo práctico que utiliza dos momentos complementarios: uno de carácter universal y deontológico, compuesto por principios universales, y otro de carácter particular y teleológico, constituido por las circunstancias y consecuencias que es necesario examinar por medio de la prudencia entendida como justo medio entre todos los factores relevantes de una situación (*recta ratio agibilium*).

Esta manera de proceder, utilizada habitualmente en la vida cotidiana, no es a mi juicio suficiente en el ámbito de la bioética por dos motivos: primero, porque los anteriormente llamados principios «trascendentales», aun siendo en sí mismos inderogables, no resuelven todas las incógnitas de los casos particulares y, segundo, porque los cuatro principios «generales» de la bioética suelen colisionar entre sí a la hora de resolver la casuística. Quiérase o no, y sin incurrir en ningún relativismo, es en la situación concreta donde se percibe el conflicto entre valores y principios morales.

Por su parte, el enfoque *casuístico* se caracteriza por utilizar un razonamiento inductivo y netamente pragmático, tal como lo han expuesto A. R. Jonsen y S. Toulmin¹¹¹. Dado que la búsqueda de fundamentos es una cuestión muy polémica, lo más útil y eficaz es decantarse por una clase de método que facilite la resolución de conflictos siguiendo estos pasos: 1º) exposición del «caso clínico», que se ajusta por completo a la descripción recogida en su respectiva historia clínica; 2º) «comentario» moral, que se hace teniendo en cuenta los criterios médicos (beneficencia), las preferencias del paciente (autonomía), la calidad de vida (bienestar) y consideraciones socioeconómicas (justicia o equidad); y 3º) «consejo» moral, que pretende aconsejar sobre la importancia de los hechos, las opiniones y las circunstancias, desde la perspectiva de las anteriores categorías éticas.

Este método prescinde de los principios «trascendentales» y convierte los principios «generales» de la bioética en máximas, entendidas como criterios sabios y prudentes de actuación práctica en los que coincide todo el mundo o, al menos, los especialistas del campo biomédico. Los conflictos se resuelven entonces a base de obtener juicios que alcanzan probabilidad y permiten tomar decisiones sabias y prudentes, que ya es mucho, pero carecen de conocimiento suficientemente seguro y claro al no poder contrastarlos con un sistema o marco de referencia fundamental.

¹⁰⁸ J. FUCHS, «Il carattere assoluto delle norme morali operative», en *Responsabilità personale e norma morale*, Edizioni Dehoniane, Bologna, 1978, 77-125.

¹⁰⁹ D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid, 1991.

¹¹⁰ T. L. BEAUCHAMP - J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, 1979 (traducción española: *Principios de ética biomédica*, Masson-Salvat, Barcelona, 1997).

¹¹¹ A. R. JONSEN - S. TOULMIN, *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, University of Chicago Press, Berkeley, Los Angeles-London, 1988.

Todo ello conduce, en mi opinión, al predominio de la razón estratégica característica de los sistemas parlamentarios, donde las decisiones se adoptan por convergencia, pacto o consenso entre las partes implicadas. Se trata de un razonamiento perfectamente válido en el ámbito de la política, pero no está del todo claro que pueda trasladarse “*ipso facto*” al de la bioética, al menos por dos motivos: 1º) porque no es cierto que no exista aquí ningún principio ético universal, dado que a nadie se le escapará la importancia decisiva que tiene el reconocimiento de la *persona* como *interlocutor válido* con todo lo que ello implica (valor en sí misma, fin y no medio, digna de igual consideración y respeto), y 2º) porque los interlocutores de la biomedicina no se dedican a pactar o consensuar valores ni principios, cediendo cada uno de su parte, sino a tomar decisiones ajustadas a un marco permanente de referencia sin el que es muy difícil mantener en pie normas de conducta aceptadas universalmente por todos los implicados.

Por consiguiente, parece más razonable buscar el acercamiento entre los dos métodos antes expuestos y, si fuera posible, conseguir su articulación. En este sentido es muy sugestiva la propuesta de D. Gracia, que intenta ofrecer un «procedimiento fundamentado o un fundamento procedimental», convencido como está de que sería «pobre procedimiento aquél que no esté bien fundamentado, y pobre fundamento aquél que no dé como resultado un procedimiento ágil y correcto»¹¹². Por nuestra parte, se van a añadir algunos matices que han demostrado ser eficaces en la formación bioética de médicos de Medicina Familiar y Comunitaria¹¹³.

Paso 1: Recogida de datos

1. Detección de problemas y definición de términos (historia clínica).
2. Búsqueda de experiencias semejantes (propia, del equipo, bibliográfica).
3. Consulta del Código de Ética Médica y de la legislación vigente.
4. Estudio de las circunstancias del caso concreto.

Paso 2: Posibles cursos de acción

Elenco de posibilidades viables según el médico y el paciente, analizando:

1. la capacidad o competencia de los sujetos implicados.
2. el grado de *corrección*: no-maleficencia y justicia.
3. el grado de *bondad*: beneficencia y autonomía.
4. la adecuación a las circunstancias descritas.
5. las consecuencias previsibles, positivas o no, queridas o no.

Paso 3: Toma de decisión

1. Elección de una de las posibilidades o cursos de acción
2. Justificación respecto a los principios y al marco de referencia.
3. Ejecución o puesta en práctica.

Es necesario añadir alguna clarificación más. Se habrá observado que en el paso 2, relativo a «posibles cursos de acción», hay dos momentos que se han denominado grado de *corrección* (no-maleficencia y justicia) y grado de *bondad* (beneficencia y autonomía), respectivamente. Es una de las contribuciones más importantes realizadas por D. Gracia al método de toma de decisiones, inspirándose en la conocida distinción entre éticas de mínimos y éticas de máximos¹¹⁴. Según este planteamiento hay que establecer dos momentos o niveles jerarquizados y sucesivos a la hora de tomar una decisión:

¹¹² D. GRACIA, *Ibid.*, 95-96, cit. en nota 51.

¹¹³ M. N. MARTÍN - T. DELGADO - R. ALTISENT, “Bioética aplicada en Atención Primaria”, en AA.VV., *Biblioteca básica Dupont Pharma para el médico de Atención Primaria*, Doyma, Barcelona, 1996, 10-25.

¹¹⁴ Cf. A. CORTINA - E. MARTÍNEZ, *Ibid.*, 117-119, cit. en nota 6; A. CORTINA, *Ética aplicada y democracia radical*, Tecnos, Madrid, 1993, 202-206.

Nivel 1: Está formado por los principios de *no-maleficencia* y *justicia*. Constituyen una ética de mínimos que se caracteriza por aceptar y compartir una serie de valores entre todos los que quieren convivir en paz dentro de una sociedad pluralista y democrática. La Constitución Española, por ejemplo, «propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político» (Art.1.1)¹¹⁵. Hay también otros que están recogidos en el código ético de cada profesión, como es el caso de la medicina¹⁵.

Ese es el marco en cuyo interior surgen *deberes perfectos*, contundentes, precisos y de carácter negativo («no matarás»), que afectan sin ninguna clase de excepción a todos los implicados y les obligan desde fuera, incluso bajo posible sanción, a no hacer daño a nadie. Se trata del nivel de lo éticamente *correcto*, presidido por la idea de *justicia*, que es más apremiante y tiene mayor primacía por el hecho de garantizar el bien común. En el caso de la bioética, el deber de no hacer daño es siempre exigible por razones de justicia, porque la obligación de tratar a todos los pacientes con igual consideración y respeto debe tenerla siempre por justa cualquier biólogo o médico que no se deje llevar por intereses particulares o de grupo, sino universalizables, es decir, porque lo haría cualquier otro ser racional que quisiera proceder moralmente en idénticas circunstancias.

Nivel 2: Está formado por los principios de *beneficencia* y *autonomía*. Pertenece a la ética de máximos cuyo rasgo característico es la idea de bien y de felicidad propia de cada individuo, a quien le corresponde elegir el cómo o el modo de conseguirlo a partir de su escala de valores subjetivos, desde la propia idiosincrasia personal. En esta clase de éticas la idea de lo bueno y de lo felicitante que tiene cada uno se puede ofrecer y aconsejar, pero nunca se debe imponer a otro sin contar con él porque conculcaría su derecho único e irrepetible a vivir conforme a su propio ideal de vida buena y feliz.

Por tanto, en este otro marco de actuación surgen *deberes imperfectos*, que tienen carácter positivo y son también obligatorios pero con menos contundencia y precisión que los anteriores, pues ordenan conductas que pueden realizarse de muchas maneras y con diferentes grados de intensidad («honrarás a tus padres»). Se trata del nivel de lo éticamente *bueno*, presidido por la idea de *hacer el bien*, que puede ser mucho más elevada en el plano individual pero no obliga de modo absoluto porque requiere el consentimiento del otro. Relacionándolo con la bioética, la beneficencia es una obligación que se debe poner en práctica contando siempre con la autonomía del enfermo o, en su defecto, con la de sus representantes legales, porque a ellos les concierne el derecho de tomar decisiones únicas e irrepetibles. De lo contrario podría incurrirse en múltiples formas solapadas de paternalismo y hasta de maleficencia.

9. CARACTERÍSTICAS DE LA BIOÉTICA

Los antiguos códigos deontológicos continúan siendo necesarios, pero resultan insuficientes para afrontar la cantidad ingente de interrogantes que se suscitan y para resolverlos adecuadamente en el seno de la sociedad actual. A su vez, las comunidades morales que está hoy vigentes alimentan sin cesar el sustrato de la ética, pero es muy difícil ponerlas de acuerdo en bastantes situaciones conflictivas. Por todo ello, y a pesar de las lógicas resistencias que aún perduran, la difusión de la bioética exige adoptar una serie de requisitos o características fundamentales¹¹⁶ si en realidad quiere ser mínimamente aceptada por todos:

9.1. Ética civil

Significa ponerse de acuerdo en utilizar un lenguaje común, compartido por todos, sin hacer distinciones de ideología ni de religión. En la sociedad actual, donde concurren mentalidades y credos muy diferentes, se ha elevado a la categoría de derecho fundamental la libertad de

¹¹⁵ G. PECES BARBA, “Los valores superiores”, en *Derecho y Derechos Fundamentales*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1993, 241-260.

¹¹⁶ D. GRACIA, “Planteamiento general de la bioética”, en M. VIDAL (ed.), *Conceptos fundamentales de ética teológica*, Trotta, Madrid, 1992, 428-430; G. DURAND, *La Bioética*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1992, 23-28.

conciencia y se acepta como compromiso colectivo la exigencia de convivir en paz. No se quiere decir con ello que las ideologías y las religiones queden aparcadas o anuladas, sino que ya no pueden imponerse por la fuerza de la ley. Las instituciones públicas tienen al respecto las siguientes obligaciones: 1ª) establecer unos mínimos morales exigibles a todos⁵⁷, 2ª) garantizar la libertad de concurrencia a cada una de esas cosmovisiones, y 3ª) velar por la ampliación progresiva de los mínimos morales a través del diálogo constructivo y la discusión racional.

9.2. Ética pluralista

El pluralismo moral es un hecho comúnmente admitido y un valor constitucionalmente protegido en los países occidentales. Una sociedad es pluralista cuando en ella conviven personas que tienen distintas concepciones morales sobre el hombre, la historia, el mundo y la vida buena pero que, al mismo tiempo, son capaces de convivir pacíficamente porque comparten al menos unos mínimos morales que generan la unidad superior del bien común. Esa es la razón por la que la calificación moral de cualquier conducta es directamente proporcional a su respectiva universalización, o sea, debe tener en cuenta y respetar los intereses de todos sin ninguna clase de excepción. El pluralismo deja de ser así un obstáculo y se convierte en condición de posibilidad para construir una ética comúnmente compartida, racional y humana.

9.3. Ética interdisciplinar

El progreso de la biomedicina es impensable sin la contribución simultánea de diferentes especialidades. Las reglas de juego y las decisiones no se ponen ni se toman aisladamente, sino en equipo. La función de cada uno de los expertos sigue siendo muy importante, pero hay muchas decisiones que superan la responsabilidad individual. Por eso la bioética transcurre por un cauce interdisciplinar. Necesita por un lado la colaboración e interacción de diversas ciencias y, por otro, la participación activa de todas las partes implicadas a la hora de encontrar soluciones adecuadas.

9.4. Ética racional

Significa que la bioética ha de apoyarse en la racionalidad humana secular y ha de ser compartida por todas las personas. La razonabilidad humana es el asidero más importante para acogerse a valores y principios comunes en una sociedad secular y pluralista. No se trata de una razón absoluta que pueda garantizar infaliblemente la escapada del desastre, pero sí es capaz de establecer criterios universales para decidir y actuar superando las tentaciones del relativismo y del escepticismo. La bioética ha de plantearse dentro de una racionalidad ética demarcada por los parámetros de la democratización, el diálogo pluralista y la convergencia integradora¹¹⁷, así como por los valores que configuran el bien común.

9.5. Constructiva

Es la característica que aglutina a todas las anteriores. En el campo de la biomedicina las decisiones éticas se afrontan con responsabilidad dentro de un espacio caracterizado a menudo por el riesgo y la incertidumbre. Esto no quiere decir que se carezca de valores ni de principios universales ni, menos aún, que sean sustituibles por otros según las circunstancias. Significa que han de ser permanentemente “reconstruidos”, o sea, revalidados, contrastados y enriquecidos en el seno de cualquier comunidad secular, pluralista, interdisciplinar y racional. La interacción entre ciencia y conciencia, cuyo punto de encuentro es el horizonte de valores y principios éticos, transcurre a través del diálogo discursivo con la única finalidad de entenderse y de buscar de manera cooperativa comportamientos morales, humanizadores¹¹⁸.

¹¹⁷ M. VIDAL, *Bioética. Estudios de bioética racional*, Tecnos, Madrid, 1989, 19-20.

¹¹⁸ V. GÓMEZ MIER, “Ética y Tecnociencia”, *Moralia* 20 (1997) 9-34.

Al hilo de las características anteriores conviene añadir otros dos rasgos distintivos¹¹⁹. El primero se refiere a la procedencia y la clase de autores que se dedican a elaborar la bioética. Hasta ahora dependía casi exclusivamente de las Iglesias y de las organizaciones profesionales. En la actualidad corre básicamente a cargo de numerosos expertos, que componen un variado abanico interdisciplinar en cuyas manos está la publicación directa de sus reflexiones e investigaciones. Bien sea formando parte de Comisiones o Comités de Bioética en organismos supranacionales, nacionales u hospitalarios, bien integrando Centros o Institutos de Bioética, ellos son los principales artífices de esta nueva disciplina.

El segundo tiene que ver con la creciente intervención del Derecho a través de disposiciones legales y de pronunciamientos de los tribunales en asuntos relacionados con la bioética. La regulación de estos temas venía estando confiada a las comisiones deontológicas de las profesiones sanitarias¹⁵. Hoy día las cuestiones bioéticas aparecen reflejadas en textos jurídicos del mayor rango¹⁶, donde quedan condensados valores morales y preocupaciones éticas con la finalidad de proteger bienes y derechos fundamentales de las personas en relación a la vida y la salud. El Derecho tiene un valor educativo ético de gran importancia y constituye uno de los capítulos más relevantes de la bioética actual¹²⁰.

10. EL PAPEL DE LA BIOÉTICA ANTE EL FUTURO

Existe hoy una interesante controversia respecto al estatuto de la bioética y a las funciones que ejerce dentro de la sociedad occidental. Hay quienes defienden la idea de que forma parte de la ética general, sin más, compartiendo con ella sus principios de fundamentación y adquiriendo luego características particulares cuando se aplica a cada uno de los ámbitos donde se desarrolla la actividad humana, como sería el caso de la economía, la política, la ecología, la biología o la medicina, pongamos por caso¹²¹.

Para otros, sin embargo, representa una nueva manera de entender la ética en sí misma, sobre todo en el seno de las sociedades pluralistas, puesto que debido a sus peculiaridades constituye un verdadero cambio de actitud respecto a la situación anterior hasta el punto de otorgarle el calificativo de «salvadora»¹²² de la ética y de afirmar, también, que «la bioética va a ser la ética civil de todas nuestras sociedades durante la última década del siglo XX»¹²³. Hay también otros autores, finalmente, que fiando las cosas a más largo plazo sostienen la necesidad de elaborar una bioética sistemática, netamente interdisciplinar, cuya misión sería la de aglutinar el estudio de todos los problemas relacionados con la vida desde el punto de vista antropológico, histórico, biológico, médico, ecológico, social y legal, como una nueva especialidad que se debería desarrollar de manera autónoma y dentro de departamentos específicos¹²⁴.

En cualquier caso, todo ello va abriendo camino a medida en que se avanza, como decía el poeta. De lo que no cabe duda es que la bioética está contribuyendo a una espectacular “vuelta a la ética” en general, a despertar la preocupación colectiva por la sensibilidad moral. Por eso no parece ningún desatino afirmar que la influencia de esta nueva disciplina va mucho más allá de las puras cuestiones biomédicas porque, en el fondo, está en juego la supervivencia de toda la humanidad y el sentido humano que todos seamos capaces de conferir a la utilización de los medios

¹¹⁹ F. J. ELIZARI, “Notas a los 25 años de Bioética”, *Moralia* 19 (1996) 231-240.

¹²⁰ R. MARTÍN MATEO, *Bioética y Derecho*, Ariel, Barcelona, 1987; C. M. ROMEO CASABONA, *El médico ante el Derecho*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985.

¹²¹ A. CORTINA, *Ética aplicada...*, 161-284, cit. en nota 56.

¹²² Expresión de S. Toulmin que recoge J. F. DRANE, «La Bioética en una sociedad pluralista», en J. GAFO, (ed.), *Fundamentación de la bioética y manipulación genética*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1988, 88-89.

¹²³ D. GRACIA, “The intellectual basis of bioethics in southern european countries”, *Bioethics* 7 (1993) 97-107.

¹²⁴ C. G. QUINTANA, *Dos siglos de lucha por la vida: XIII-XIV. Una contribución a la historia de la bioética*, Universidad Pontificia de Salamanca, 1995, 255-261.

tecnocientíficos. Si «el fin de la moral es dar finalidad humana, personal, al Universo»¹²⁵, el objetivo primordial de la bioética es justificar y estimular la necesidad de comportamiento humanizadores y no sólo técnicamente correctos o simplemente legales.

En definitiva, lo realmente decisivo no es saber «*qué* estás haciendo sino *cómo* lo estás haciendo»¹²⁶, una pretensión que conduce de manera inevitable a examinar «qué acción es la mejor y no la que más se usa»¹²⁷.

Quizá parezca una veleidad terminar citando los versos de un cantautor actual, tras haber dicho en estas páginas cosas tan sesudas, si no fuera porque estos poetas acostumbran a decir grandes verdades y profundos sentimientos con lenguaje sencillo. Pueden venir bien, además, a quienes ven pasar los años y caen en la cuenta de que sus bellos ideales profesionales se han quedado a mitad de camino o, acaso con cierta tristeza, van reconociendo que es muy difícil alcanzar con la mano y llegar hasta los horizontes más atractivos. En esas situaciones, sin embargo, siempre es posible ir dejando pequeños trozos de razón, de humanidad:

«Porque el tiempo pasa,
me voy haciendo viejo
y no reflejo amor...,
en cada abrazo, en cada beso
va quedando un pedazo de razón»
(*Años*, P. MILANÉS)

Constantino González Quintana
Guadalajara, 27 de julio de 1998

¹²⁵ M. DE UNAMUNO, *Del sentimiento trágico de la vida*, Ediciones Orbis, Barcelona, 1984, 161.

¹²⁶ EPICTETO, *Un manual de vida*, Harper Collins Publishers, Palma de Mallorca, 1997, 22.

¹²⁷ SÉNECA, *Sobre la felicidad*, Ediciones Edaf, Madrid, 1997, 66.