

PRINCIPIOS DE UNA BIOÉTICA HUMANISTA

Seminario de Bioética en la Universidad de Oviedo – Noviembre de 2000

En virtud de su orientación eminentemente práctica, la bioética tiene que empeñarse tarde o temprano en dar razones de las obligaciones morales que sustenta y, al mismo tiempo, en justificar razonadamente los principios y reglas que dirigen la actuación en el ámbito sanitario. Ese es el objetivo de las siguientes páginas, que se complementa con la pretensión de fundamentar esos principios y reglas desde la perspectiva humanista (por más que sea éste un término polisémico) y, en particular, desde el humanismo que sostiene la teología cristiana.

1. PRINCIPIOS UNIVERSALES DE LA BIOÉTICA

Actualmente sigue existiendo una amplia controversia sobre la posibilidad de justificar racionalmente la validez de uno o varios principios que sirvan a su vez de justificación racional de los fines, las normas y las acciones morales. Sin embargo, un principio ético en sentido estricto es la pauta y regla última que sirve como criterio para fundamentar los argumentos, los juicios y las normas morales subordinadas, así como para sentar las bases críticas de cualquier otra afirmación ética posterior¹. Así todo, conviene tener en cuenta que los principios éticos no poseen la misma densidad, alcance y funciones a la hora de aplicarlos. Ello nos permite distinguir entre principios universales, generales y técnicos, que distribuiremos en epígrafes sucesivos en orden a una mayor claridad de exposición.

Los principios universales son los que tienen mayor densidad de contenidos y, también, mayor alcance de aplicación, porque dan coherencia a toda la actuación moral y ofrecen cobertura sistemática a todo el ámbito de la bioética. Son poco operativos para resolver la complejidad de la casuística, pero sin ellos resultaría imposible definir el sentido de la deliberación y del razonamiento práctico. Marcan el límite que nunca se debe traspasar y la dirección que jamás se debe perder: «dibujan la línea»² más allá de la que queda todo lo que se califica de “nunca más”. Por eso esta clase de principios carece de excepciones.

1.1. El principio de la «sindéresis»

La discreción o capacidad natural para juzgar rectamente la moralidad de la conducta quedó plasmada en un principio que hizo fortuna, el de la «sindéresis», formulado por Santo Tomás de Aquino como «haz el bien y evita el mal» (S. Th., I-II, q.94, a.2). Se trata de un principio evidente por sí mismo y no necesita ulterior justificación. Es aplicable siempre y en todas partes, pero ayuda poco cuando hay que tomar decisiones concretas.

La tradición moral conoce también otro principio similar, conocido con el nombre de «regla de oro». Tiene su origen en el pensamiento griego y ha sido recogido en la Biblia con una formulación negativa y otra positiva (Tb 4,15 y Mt 7,12). Tratar a los demás como uno

¹ Véase M. Vidal, «Principios morales», *Diccionario de ética teológica*, Estella, 1991; W. Lesch, «Principio moral», *Nuevo diccionario de moral cristiana*, Herder, Barcelona, 1993; E. Höffe (ed.), «Principio moral», *Diccionario de ética*, Crítica, Barcelona, 1994; M^a. T. López de la Vieja, *Principios morales y casos prácticos*, Tecnos, Madrid 2000, 21-35. Desde la perspectiva de la ética teológica, puede verse la obra de J-R. Flecha, *Teología moral fundamental*, BAC, Madrid 1994, 213-236.

² La expresión es de R. Nozick, «How do Think With Principles», *The Nature of Rationality*, Princeton University Press, Princeton, 1993, 3-40.

querría ser tratado por ellos supone adoptar un punto de vista moral caracterizado por la ausencia de partidismo o acepción de personas. Expresa la reciprocidad de las relaciones humanas mediante una fórmula que es la vertiente práctica del principio de igualdad.

Recientemente el principio de la *sindéresis* se interpreta también como ley fundamental o norma generalísima de la ética y la moral materialista, donde se enuncia así: «debo obrar de tal modo que mis acciones puedan contribuir a la preservación en la existencia de los sujetos humanos, y yo entre ellos, en cuanto son sujetos actuantes que no se oponen con sus acciones a esa misma preservación de la comunidad de sujetos humanos»³.

Según este principio, la moralidad de la conducta bioética consiste en hacer el bien tratando a los demás como quisiera que ellos trataran a uno mismo y, más concretamente, se reduce al esfuerzo por preservar la propia vida y la de los demás en cuanto que ahí se concentra lo específico o esencial del ser humano. Por tanto el «principio eminente de la bioética»⁴, y el deber fundamental de la biomedicina, es proteger la realidad primordial y el valor primario de la vida promoviendo de la salud orgánica del ser humano enfermo.

1.2. La primacía del ser humano

Las formulaciones del principio anterior, aun siendo básicas e insustituibles, sitúan a la bioética en el plano de la mera supervivencia. Se corre así el evidente peligro, guste o no admitirlo, de ponderar sólo la bondad moral de preservar ciertas vidas a costa de otras y, lo que es todavía peor, de privilegiar la vida de algunos pocos a expensas de la de otros muchos. Es necesario introducirse en otra órbita ética de rango superior, que encuentra una expresión adecuada en la segunda formulación de imperativo categórico kantiano: tratar a todo ser humano en cuanto persona como un fin en sí mismo y jamás exclusivamente como un medio. Aquí se hace patente un nuevo planteamiento moral que ha sido recogido por el *Convenio Europeo de Bioética*⁵, firmado en Oviedo en 2007. Ya desde los primeros artículos se ordena el cumplimiento de tres deberes primordiales que, a su vez, se fundan en otros tantos valores básicos:

1. Proteger la dignidad e identidad del ser humano (art.1, párrafo 1)
2. Garantizar a toda persona el respeto a su integridad y demás derechos y libertades fundamentales (Ibid.).
3. Aceptar universalmente la primacía del ser humano (art.2).

A tenor de lo expuesto se podría establecer una jerarquía de estos valores y deberes con el fin de interpretar a su luz el resto del documento. Aun a sabiendas de su imprecisión conceptual, los valores de dignidad, identidad e integridad del ser humano, concentran toda la fuerza para proteger y garantizar siempre los derechos humanos ante el progreso de la biología y la medicina. Ahora bien, la razón de ser y el sentido de tal protección y garantía reside en el rotundo reconocimiento de la primacía del mismo ser humano. Afirmar que «el interés y el bienestar» del ser humano «*deberá prevalecer*» sobre cualquier otro interés «*exclusivo*» de orden social, económico, político, técnico o científico, equivale también a afirmar que ocupa el centro de la realidad mundana y que ostenta en ella, cuando menos, la *primacía axiológica*, porque es el más alto en la jerarquía de los valores. Por lo tanto, el valor y el deber tipificado en el punto 3 sostiene y justifica los valores y deberes de los puntos 1 y 2 señalados antes.

Si esta interpretación fuera correcta sería también más fácil armonizar los deberes recogidos en las reglas de acción desarrolladas posteriormente. En concreto, la primacía axioló-

³ G. Bueno, *El sentido de la vida*, Pentalfa, Oviedo, 1996, 57.

⁴ R. Andorno, *Bioética y dignidad de la persona*, Tecnos, Madrid 1998, 35-38.

⁵ Cf. C. G. Quintana, «El Convenio Europeo de Bioética», *Salmanticensis* 47 (2000) 241-271.

gica del ser humano exige cumplir las siguientes obligaciones: contar con el consentimiento libre e informado de la persona afectada (art.5), respetar su vida privada en lo referente a informaciones sobre la salud (art.10.1-2), no discriminar a ninguna persona a causa de su patrimonio genético (art.11), intervenir en el genoma humano sólo por razones terapéuticas (arts.13-14), realizar investigaciones científicas garantizando la protección del ser humano (art.15), no crear embriones humanos con fines de experimentación (art.18.2), extraer órganos de donantes vivos por razones terapéuticas del receptor cuando no existan otras alternativas (art.19.1), no convertir el cuerpo humano ni sus partes en objeto de lucro (art.21) y extremar las medidas de protección a las personas incapaces de expresar su consentimiento para cualquier clase de intervención (arts.6.1, 7-8, 17 y 20).

Más aún, si «el fin de la moral es dar finalidad humana, personal, al Universo»⁶, entonces el objetivo prioritario de la biomedicina es justificar y estimular comportamientos humanizadores y no sólo técnicamente correctos o simplemente legales. Estos últimos son necesarios e imprescindibles, pero no suficientes, porque «la extrema justicia es injusticia extrema»⁷ cada vez que el ser humano se subordine o deje de prevalecer sobre los intereses “legales” de la ciencia y de la técnica.

1.3. El principio de responsabilidad

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 indiferencia, sino la disposición a comprometerse con lo que manda el rostro de ese otro. En el campo de la bioética decir «Yo significa *heme aquí*, respondiendo de todo y de todos»⁸, siguiendo la terminología de Lévinas. Ello implica la necesidad de elevar este principio a la categoría de marco legitimador de la bioética, según han puesto de relieve diversos autores desde hace varios años⁹.

Ejercer la responsabilidad en biomedicina significa asumir la competencia *de* alguien *ante* alguien *para* algo. La talla humana de cualquier especialista en biomedicina es proporcional al *cuidado* que dispense al “otro, una expresión en la que se debería incluir tanto el sanar (*sanare*) como el cuidar (*curare*). Ejercer correctamente la propia profesión significa vivir preocupándose del enfermo, ocuparse por anticipado en decidir lo que vamos a hacerle¹⁰. En esta manera de proceder se demuestra el grado de calidad humana del médico, puesto que está obligado a evitar objetivamente el mal y realizar eficazmente el mejor bien posible.

Conviene tener en cuenta, además, que los médicos asumen un grado particular de responsabilidad tanto desde el punto de vista retrospectivo como del prospectivo¹¹. En la situa-

⁶ M. de Unamuno, *Del sentimiento trágico de la vida*, Orbis, Barcelona 1984, 161.

⁷ Cicerón, *Sobre los deberes*, Tecnos, Madrid 1989, 19 y 79, que cita probablemente a Terencio: «Ius summum saepe summa est malitia» (*Heautontimorúmenos*, v.795, ed. L. Rubio, Alma Mater, Barcelona 1961).

⁸ E. Lévinas, *De otro modo de ser, o más allá de la esencia*, Ediciones Sígueme, Salamanca 1987, 183.

⁹ Cf. A. Rowthorn, *Caring for creation: toward and ethic of responsibility*, Morehouse, Wilton, Conn., 1989; J. S. Lowenberg, *Caring and responsibility: the crossroads between holistic practice and traditional medicine*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1989; B. Cadore, *L'expérience bioéthique de la responsabilité*, Louvain-la-Neuve, 1994; H. Jonas, *El principio de la responsabilidad*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1994; VV.AA., «La responsabilité (I): les lois bioéthiques en débat» y «La responsabilité (II): Questions des principes», *Ethique* 8 y 9 (1993) 6-21 y 6-99 respectivamente.

¹⁰ J. Ortega y Gasset, *Ibid.*, 253-254 y 261-262, cit. en nota 17. Cf. M. Heidegger, «La “cura”, ser del “ser ahí”», en *El Ser y el Tiempo*, Fondo de Cultura Económica, México, 1951, 200-252 y 344-358.

¹¹ Véase A. Heller, *Ética general*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1995, 91-96.

ción retrospectiva responden de las normas básicas que definen su código deontológico, así como de las acciones derivadas de las habilidades y del conocimiento privilegiado que tienen en sus manos. En la situación prospectiva responden de las obligaciones contraídas por el tipo de cargo que desempeñan, es decir, de los riesgos y consecuencias que asumen profesionalmente.

Así pues, la responsabilidad biomédica implica la obligación de responsabilizarse del otro-enfermo para curarlo y cuidarlo integralmente satisfaciendo su derecho a la asistencia sanitaria. 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 futura.

1.4. El principio de solidaridad

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 yuxtapuestos 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. Vamos poco a poco hacia el horizonte de lo humano basándonos en la solidaridad.

La solidaridad se inicia con la *empatía* entendida como participación afectiva en la realidad de otro cuyo rostro-enfermo llama pidiendo respuesta. Ahora bien, esta relación de alteridad es insuficiente si el profesional sanitario no es capaz de *compartir* con el enfermo los conocimientos y las habilidades que son de su responsabilidad¹². Por eso el respeto a sus derechos y libertades fundamentales 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 por anticipado de él para que tenga una vida digna de ser vivida¹³.

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.

La solidaridad implica el deber de orientar las acciones biomédicas hacia el objetivo de la vida humanamente buena y digna, lo cual 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 dis-

¹² Véase J. C. Bermejo (ed.), *Humanizar la salud*, San Pablo, Madrid, 1997, 7-28.

¹³ J. Habermas, «Justicia y solidaridad», en K. O. Apel - A. Cortina y otros (eds.), *Ética comunicativa y democracia*, Editorial Crítica, Barcelona 1991, 175-205; G. Piana, «Solidaridad», *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, Paulinas, Madrid 1992; J. Gafo, «Los principios de justicia y solidaridad en Bioética», *Miscelánea Comillas* 55 (1997) 78-115.

ponibles. 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 resumen, «dedicar la vida a la muerte»¹⁴ supondría introducir una enorme contradicción en el seno de la medicina, 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, ni de la rentabilidad económica, sino del sentido humano que se les otorgue, de la dirección y finalidad que se les confiera.

1.5. El principio de humanización

Lo humano es el horizonte que confiere sentido a la conducta moral. Es también la base del edificio de la bioética. «La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad; todos los pacientes tienen derecho a una asistencia médica de calidad humana y científica; el médico es un servidor de la vida humana»¹⁵. Son tres afirmaciones contundentes que ponen de relieve el significado humano y la tarea humanizadora de la biomedicina.

Ahora bien, el espacio donde se origina la bioética es la ineludible relación rostro a rostro entre médico y enfermo. Esa relación de alteridad constituye la matriz de uno y otro como sujetos morales, pero es sobre todo el lugar privilegiado en donde le incumbe al médico responder del otro-enfermo para hacerse cargo de él. Ahí se introduce constantemente humanidad y se pone a prueba la talla humana de los profesionales sanitarios. Por eso el principio de humanización condensa la respuesta a todos los desafíos de la biomedicina actual e incluye las obligaciones recogidas en los principios anteriores:

- Haz el bien y evita el mal.
- Actúa en defensa de la vida y en la promoción de la salud, evita el descuido, la negligencia y la incompetencia profesional.
- Obra de tal modo que trates a cualquier ser humano enfermo siempre como un fin y nunca como un medio, no lo instrumentalices por causa de ningún interés particular.
- Trata la vida de cada persona con igual consideración y respeto, pues 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.

2. PRINCIPIOS «GENERALES» DE LA BIOÉTICA

Los denominamos «generales» porque son comunes a todos los sujetos del ámbito bioético, pero con un tipo de obligación que no es absoluta: valen generalmente y deben seguirse

¹⁴ M. Bunge, *Ética y Ciencia*, Editorial Siglo XX, Buenos Aires 1972, 39-40.

¹⁵ Código de Ética y Deontología Médica de España, arts. 41; 18.1; 23.1.

siempre que no colisionen entre sí. Por eso suelen llamarse principios *prima facie*¹⁶. Su existencia y contenidos ha ido engrosando poco a poco el acervo cultural de la ética médica desde tiempos muy antiguos.

En un reciente estudio¹⁷ se ha puesto de relieve la siguiente jerarquización: ante todo no hacer daño, hacer el bien siempre que se pueda, proteger la vida por encima de todo, caer en la cuenta de que 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 escala de principios se confirma la tradición humanizadora de la medicina, sobre todo si se tiene en cuenta que los datos del estudio provienen de médicos cuyo currículo universitario ha sido marcadamente científico-técnico, no-humanista. Llama asimismo la atención el alto porcentaje de contestaciones (94%) que atribuyen a la ética la función de agudizar la percepción de dilemas conflictivos y facilitar su resolución.

En cualquier caso, el momento en que comenzó a tomar cuerpo la idea de ponerse de acuerdo sobre esta clase de principios 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 él se afirma que el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia, son «los criterios generales que sirven como justificación básica para muchos de los preceptos éticos particulares y evaluaciones de las acciones humanas»¹⁸.

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 justicia¹⁹. Desde entonces han pasado a convertirse en canon casi indiscutible de la bioética, pero continúan siendo objeto de análisis, polémica, reformulación y hasta de rechazo sistemático²⁰. En nuestro caso parece más práctico ofrecer una síntesis de cada uno de ellos, y exponer las exigencias éticas que comportan, teniendo siempre en cuenta que son interdependientes y que sirven de mediación entre los principios universales y las acciones concretas o particulares.

2.1. Principio de no-maleficencia

Es probablemente el principio más antiguo²¹, puesto que delimita negativamente el ámbito fuera del que la praxis biomédica incurriría en una flagrante contradicción consigo misma impidiendo realizar su objetivo más específico y positivo: «hacer el bien al enfermo».

¹⁶ La expresión es de D. Ross, *The Right and the Good*, Clarendon Press, Oxford, 1967, 16-20 (traducción española: *Lo correcto y lo bueno*, Sígueme, Salamanca 1994). Véase al respecto J. Dancy, «Una ética de los deberes “prima facie”», en P. Singer (ed.), *Compendio de Ética*, Alianza, Madrid, 1995, 309-321.

¹⁷ A. López - M. Martínez - P. Suárez, *Aflorar la ética poco a poco*, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Asturias, Oviedo, 1997.

¹⁸ Ministerio de Sanidad y Consumo, «The Belmont Report», *Ensayos clínicos en España (1982-1988)*, Anexo 4, Madrid, 1990, 123.

¹⁹ 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).

²⁰ Bastaría con repasar las siguientes publicaciones: S. Toulmin, «The Tyranny of Principles», *Hastings Center Report* 6 (1981) 31-39; K. Clouser - B. Gert, «A critique of principlism», *Journal of Medicine and Philosophy* 15 (1990) 219-236; 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; D. Gracia, «Cuestión de principios», en L. Feito (ed.), *Estudios de bioética*, Dykinson, Madrid, 1997; G. Bueno, «Principios y reglas generales de una Bioética materialista», *El Basilisco* 25 (1999) 61-71; J. D. Rendtorff, «Principios básicos de la Bioética y el Bioderecho europeos», *Perspectivas Bioéticas* 9 (2000) 74-90.

²¹ Cfr. D. Gracia, *Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica*, Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1991.

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 las posibles consecuencias y riesgos negativos de tu actuación, y 3ª) haz siempre lo que está indicado porque su omisión o descuido lleva a incurrir en maleficencia.

2.2. Principio de justicia

Tiene también antecedentes muy antiguos. En el siglo I. d. C ya afirmaba Cicerón que la justicia exige «no causar daño a nadie» y «usar en común los bienes comunes»²². Establece asimismo cierta prioridad sobre los demás deberes, porque es la mejor manera de contribuir a la construcción del bien común cifrado en la solidaridad y en la convivencia pacífica. Ulpiano (s. III d. C) y Justiniano (s. I d. C) lo llegaron a definir incluyendo en él tres obligaciones: «vivir honestamente, no dañar a los demás y dar a cada uno lo suyo». Hoy parece haber cierta convergencia entre las teorías sobre la justicia²³ aplicadas a la biomedicina: garantizar unos niveles elementales de asistencia sanitaria para toda la población, un «mínimo decente»²⁴.

Este principio conlleva dos obligaciones básicas: 1ª) tratar con igual consideración y respeto a los enfermos en el orden biológico y en el orden social, esto es, otorgar igualdad de trato a la vida corporal y al acceso equitativo en la distribución de recursos sanitarios, y 2ª) tratar con igual consideración y respeto las situaciones que son iguales y con prioridad o preferencia aquellas otras que redunden en beneficio de los menos favorecidos.

2.3. Principio de autonomía

Es una conquista de la Época Moderna y de la filosofía kantiana. A partir de entonces se fue 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 él para decidir corresponsablemente lo que es bueno para su salud, porque es digno de ser considerado como interlocutor válido. Alcanza su máxima expresión en el «consentimiento informado», que se desarrolla a través de una relación dialógica en la que el médico tiene el deber de informar y el enfermo el derecho de elegir. De lo contrario, el trámite sería formalmente legal, pero quedaría ética y moralmente vacío.

2.4. 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.

²² Cicerón, *Tratado de los deberes*, Editora Nacional, Madrid, 1975, 45-47, 49-50 y 103-107.

²³ La obra más influyente al respecto ha sido la de J. Rawls, *A Theory of Justice*, Oxford University Press, London 1973 (traducción española: *Teoría de la justicia*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1979).

²⁴ La expresión se debe a Charles Fried y Norman Daniels, según D. Gracia, *Fundamentos de bioética*, Universidad Complutense, Madrid, 1989, 253-255.

Carece pues de fundamento afirmar que este principio sea meramente «exhortativo e indeterminado» o que sólo se refiera a una simple «forma de actuar loable»²⁵. Es erróneo confundir la beneficencia con la actividad caritativa de dar limosna por motivos de compasión, y es igualmente erróneo reducirla a pura benevolencia. Al médico no le basta querer el bien. Tiene que asumir la responsabilidad de actuarlo objetivamente contando con el enfermo.

3. PRINCIPIOS «TÉCNICOS» DE LA BIOÉTICA

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 la expresión de principios *prima facie*. 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 medios²⁶. 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 de manera indiscriminada 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*²⁷. No se pretende con él invertir la jerarquía o graduación 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».

²⁵ H. T. Engelhardt, *Los fundamentos de la bioética*, Paidós, Barcelona, 1995, 118 y 124.

²⁶ Véase el artículo de S. Privitera, «Principios morales tradicionales», *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, Paulinas, Madrid, 1992.

²⁷ H. Weber, «Il compromesso etico», en T. Goffi, (ed.), *Problemi e prospettive di teologia morale*, Queriniana, Brescia, 1976, 199-219.

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 eso es interesante recordar uno de los antiguos axiomas morales: *ultra posse nemo tenetur*, «nadie está obligado a hacer más de lo que puede»²⁸.

4. EL CAUCE DE LA BIOÉTICA: LAS VIRTUDES

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 éticas*²⁹: 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 (*êthos*), 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 encaucen la tarea de preservar la vida y promover la salud. 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, 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»³⁰.

Esta constelación de virtudes pone de manifiesto que quienes ejercen la profesión sanitaria deberían conquistar un alto grado de excelencia³¹ humana, entendida como la calidad o bondad que hace digna de singular aprecio a una persona. Ya hace algunos años que se viene insistiendo en la necesidad de recuperar esta parcela de la bioética³². Hay incluso códigos de ética médica que lo recogen expresamente: «El ejercicio de la Medicina es un servicio basado en el conocimiento científico, en la destreza técnica y en las *actitudes éticas*, cuyo mantenimiento y actualización son un deber individual del médico y un compromiso de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión»³³.

4.1. Firmeza y generosidad

Según la ética de Espinosa, el origen de la conducta buena reside en el esfuerzo o deseo de perseverar en el ser. Será por tanto mala la conducta enraizada en la despreocupación y

²⁸ J. Fuchs, «Il carattere assoluto delle norme morali operative», en *Responsabilità personale e norma morale*, Edizioni Dehoniane, Bologna, 1978, 77-125.

²⁹ Aristóteles, *Moral, a Nicómaco*, Libro II, Espasa-Calpe, Madrid, 1978, 86-106. Cfr. A. MacIntyre, *Tras la virtud*, Crítica, Barcelona, 1986.

³⁰ C. García Gual (ed.), «Sobre la decencia», *Tratados hipocráticos*, I, Gredos, Madrid, 1983, 202-203.

³¹ D. Gracia, «Consideraciones éticas de la gestión sanitaria», en AA.VV., *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*, Editorial Masson, Barcelona, 1988, 156-161.

³² J. F. Drane, *Becoming a Good Doctor: The place of Virtue and Character in Medical Ethics*, Kansas-Montana, Sheed and Ward 198; E. D. Pellegrino - D. C. Thomasma, *The Virtues in Medical Ethics*, Oxford University Press, New York, 1993.

³³ Código de Ética y Deontología Médica de España, art.21.1.

el descuido por conservarse en el propio ser, puesto que no estaría de acuerdo con lo más distintivo del hombre (IV, props.8 y 19-22).

A partir de este planteamiento el sistema de deberes éticos respecto a la vida humana hay que encauzarlo a través de la *fortaleza* como virtud suprema (III, prop.59), que significa la misma realidad o impulso del ser para mantenerse viviendo. 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.

Todo ello significa que los profesionales de la sanidad deben adquirir el hábito de actuar con pulso firme a la hora de respetar la vida y promover la salud. Actúan con firmeza mediante el compromiso de renovar constantemente sus conocimientos científicos y sus habilidades técnicas, de no provocar ninguna clase de discriminación negativa firmeza, y de favorecer a los enfermos más necesitados o desfavorecidos por razones de justicia. En resumen, cuando mantiene sin titubeos los principios de su propio código deontológico.

Asimismo deben adquirir la actitud de la generosidad para ayudar a sus pacientes en la conservación de una vida digna de ser vivida. El enfermo acude con la totalidad de su vida al profesional sanitario y éste debe responder ofreciéndole un trato global e integrador, huyendo de la estadística, la burocracia, las prisas y la cosificación. Ser generosos en la relación clínica exige continuidad, tiempo, delicadeza, paciencia y, sobre todo, proximidad.

4.2. Diálogo y comunicación

Uno de los humanistas más famosos recurría a la insigne figura de Sócrates para explicar 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»³⁴. Esta manera de ver las cosas 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 puesto que relacionarse es hablar, como decía Lévinas, y ese es el lugar original del sujeto humano como persona.

Tomar el diálogo en serio significa ocuparse de los problemas que afectan a la vida y a idiosincrasia de un determinado paciente, con el fin de querer y de saber buscar juntos la solución clínica y ética más correcta. Eso hay que hacerlo mediante el diálogo «discursivo»³⁵, exigido por las relaciones de alteridad, creando un clima o proceso dialógico, hablado, donde se produce un continuo intercambio de confianza e información

En nuestro ámbito hay varias comunidades de diálogo en círculos concéntricos: 1º) el médico y el enfermo, 2º) el médico y la familia o representantes legales del paciente, si éste se halla disminuido o incapacitado para decidir, 3º) el equipo de especialistas al que pertenece cada médico, y 4º) los diversos comités éticos para asesorar o resolver dilemas conflictivos de particular relevancia. En cualquiera de estos cuatro círculos es imprescindible que las personas implicadas se acepten como interlocutores válidos, que formen parte de una misma comunidad de hablantes y que el diálogo se celebre con suficientes condiciones de simetría.

³⁴ Se trata de F. Petrarca (1304-1374), citado por G. Reale - D. Antiseri, «El Humanismo y el Renacimiento», en *Historia del pensamiento filosófico y científico*, II, Barcelona, 1988, 53.

³⁵ A. Cortina, «Ética discursiva», en V. Camps (ed.), *Historia de la ética*, III, Crítica, Barcelona, 1989, 533-576.

Esta actitud protege la dignidad del paciente y demuestra que tiene derecho a que se cuente con él para tomar las decisiones que le afectan. El tradicional paternalismo médico ha quedado casi abolido y, en su lugar, se ha situado el «consentimiento informado»³⁶ como núcleo de una nueva manera de entender las relaciones entre médico y enfermo. El primero tiene el deber de asesorar, informar y actuar clínicamente bien, y el segundo tiene el derecho a consentir la intervención por ser el destinatario de las prestaciones sanitarias.

A su vez el diálogo implica la comunicación mediante multitud de signos y símbolos impregnados de elocuencia. Ahora precisamente en que las relaciones tienden a tecnificarse y a hacerse distantes tiene enorme importancia recuperar la comunicación a través de la sensibilidad, la corporeidad y el lenguaje no verbal, que transmiten una gran polifonía de sentimientos y emociones con discursos sin palabras. Es una respuesta profundamente humanizadora en todo el ámbito de la biomedicina, donde el contacto físico resulta insustituible.

4.3. Fidelidad y lealtad

Los indicadores que dominan nuestra sociedad giran en torno a la autonomía personal y la independencia, como cualidades distintivas de un modelo de racionalidad que ha terminado imponiéndose. Hasta tal punto es esto así que se ha establecido una estrecha dependencia entre esos indicadores y la autoestima personal o el sentido de la vida³⁷.

No cabe duda de que muchos enfermos ya saben lo que significa carecer o tener mermaidas algunas esas cualidades, pero donde se experimenta con la mayor crudeza es ante los aquejados de demencias, los ancianos y los moribundos. Estas situaciones están poniendo actualmente del revés la concepción occidental acerca del hombre, el valor de la vida y de las relaciones humanas. Los acontecimientos cotidianos lo demuestran con terquedad. Cuando un amigo del alma o un familiar querido va dejando de ser quien era, pierde la noción de sí mismo, siente que ya no es útil o entra en una fase terminal, se conmocionan los esquemas mentales a los que estamos habituados y se plantean preguntas tremendas: ¿Quién es realmente ahora esa persona que antes era mi padre o mi hermano o mi amigo? ¿Cuál es el estatus moral de estos seres humanos? ¿Cómo se justifica la responsabilidad de atenderlos y cuidarlos?

En cualquiera de esos casos, aun contando con sus peculiaridades, las únicas actitudes que permanecen en pie son la fidelidad y la lealtad. Significan la disposición a seguir ofreciendo confianza al otro que ya no parece tal, implican la exigencia de cuidarlos basándose no en su capacidad cognitiva o de autoestima o de independencia, que quizá ya no tengan, sino en la gratuidad absoluta del servicio y de la entrega hacia ese otro de quien sigo siendo su hijo o su hermano o su amigo. Son dos actitudes inseparables y cuentan con una larga tradición que ha llegado hasta nuestros días: «La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia»³⁸.

Cuando ya no se puede curar todavía se debe cuidar poniendo en práctica las virtudes de la lealtad y la fidelidad, enraizadas en la firmeza, en la generosidad y en la solidaridad con la vida de los más desfavorecidos por la salud mental, la edad o la llegada de la muerte. Nada tiene de ingenuo este planteamiento ante el gran desafío que supone tanto para la mentalidad reinante como para la equitativa distribución de recursos sanitarios.

³⁶ 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.

³⁷ Para lo que sigue, cfr. D. C. Thomasma - T. Kushner, *De la vida a la muerte. Ciencia y Bioética*, Cambridge University Press, Madrid, 1999, 160-180 y 218-225.

³⁸ Código de Ética y Deontología Médica de España, art.4.3.

4.4. Compasión y sentimiento compartido

Afirmar que la compasión y el sentimiento compartido son actuaciones moralmente virtuosas, o reconocerlas como virtudes, supone admitir que son una provocación para “el sistema” político occidental (quizá también para no pocos sectores cristianos) y una provocación frente a la “aldea global” del mundo contemporáneo. Es, también, una provocación molesta e insidiosa porque hay una enorme cantidad de seres humanos padecen enfermedades, hambre, penuria...y muerte no solo a diario sino en cada minuto de tiempo que pasa.

Es cierto que resulta hiriente escuchar que la compasión es el “déficit” de un espíritu pequeño que se derrumba ante el sufrimiento ajeno, como diría Séneca, o que se trata de un producto propio de una mente débil cuya única preocupación es el interés personal (como la gratitud de la víctima o el aplauso del entorno), la prolongación del sufrimiento ajeno, así como la falta de respeto y el desprecio al otro, según lo podría haber dicho Nietzsche.

Sin embargo, la compasión puede cabalmente ser una virtud que permite superar el individualismo y el egoísmo, proponiendo una ética del sentimiento compartido que suscita altruismo y reciprocidad como fundamento de la moral³⁹.

El foco del sentimiento compartido no se dirige a la persona como tal, sino al estado en el que se encuentra. Un estado que, para mover a compasión, tiene que estar en estrecha relación con la vida misma o, al menos, con el bienestar básico de la persona (salud, vivienda, comida, higiene). Debe de ser además describable en término de miseria, necesidad, sufrimiento o algo parecido. La compasión se refiere, por tanto, a un estado negativo que señala una deficiencia grave y posible de describir a la vida de una persona e independientemente del sentimiento subjetivo. Dicho con otras palabras⁴⁰: es una actitud de percepción, de dedicación y de identificación participativa con alguien cuya identidad, física o psíquica, está en peligro; una preocupación por el bienestar del otro entendida como el establecimiento de una realidad común de fondo que construye comunión y, por ello, compasión y sentimiento compartido.

Nos encontramos, así, ante la convicción de que el estado de una persona que sufre, o de todo un colectivo, tiene que ser remediado en la medida de lo posible. En consecuencia, dado que la compasión crea un puente entre mí y el otro, como también entre lo que soy y lo que debo hacer, la compasión es capaz de mediar entre el querer y el deber. Por ello, el sentimiento compartido es central respecto a la identidad personal y, a la vez, es una de las fuentes para entender por qué debemos actuar moralmente y, en concreto, por qué debemos actuar en favor de quienes sufren y/o malviven, es decir, por qué la bioética, cualquier bioética, debería fundamentarse en el desarrollo del principio de la responsabilidad.

5. BIOÉTICA Y TEOLOGÍA: UNA APUESTA POR LA VIDA HUMANA

Según hemos expuesto más atrás, el otro no es un *alienus* hostil que me desposee de mí mismo, sino el *alter* que funda mi identidad. Nadie se comprende solo, ni se realiza solo, ni vive solo. La identidad personal se forja sobre la prueba de la alteridad. Tal es el impacto producido por el encuentro con el rostro del otro, que resulta imposible escuchar su llamada y no responderle de algún modo. Las relaciones de alteridad constituyen la matriz del sujeto moral.

³⁹ A. Schopenhauer, *Los dos problemas fundamentales de la ética*, Siglo XXI Editores, Madrid, 2002, 233.

⁴⁰ Véase el excelente artículo de H. Haker, «La compasión: ¿programa mundial del cristianismo?», *Concilium* 292 (2001) 566-567.

«El hombre bíblico ha descubierto que no puede comprenderse sino como ser en relación»⁴¹. El Dios de la Biblia ha creado al hombre como «otro» diferente y esencialmente relacionado con Él. Lo hizo «a imagen suya» (Gén 1,26-27), no como algo entre las cosas sino como alguien capaz de responderle. Es el origen configurador del «yo» humano, que resulta por ello engrandecido en vez de sentirse morir a su contacto, no queda degradado sino dignificado. Por eso Dios es la garantía y el fundamento de las relaciones de alteridad. El creyente lo vive como un descentramiento que consiste en salir hacia el Otro-divino mediante el encuentro con el otro-humano. No queda más remedio que adoptar esa dirección para ser uno mismo. La única diferencia es que la alteridad de Dios garantiza y salva la alteridad humana. Así pues, la autonomía del hombre es relativa al Otro-Trascendente y al otro-semejante o inmanente.

Según el libro del Génesis había dos árboles «en medio del jardín» (Gén 2,9) donde vivía el hombre⁴². Ambos juegan un papel simbólico de primer orden dentro del relato. Representan a Dios como origen de la vida y como fundamentación de la ética. El «árbol de la vida» ocupa el centro porque de él procede la vida creada por Dios, el viviente y vivificador por antonomasia. El árbol de la «ciencia del bien y del mal» ocupa también el centro porque en él reside el conocimiento práctico de lo que se debe o no hacer con la totalidad de lo real.

Los dos árboles simbolizan al Otro-Trascendente pero, curiosamente, el empeño del hombre por adueñarse del segundo conlleva de manera inevitable el olvido y hasta la eliminación de lo que produce el primero. Usurpar el lugar de Dios decidiendo exclusivamente por sí mismo sobre el bien y el mal, cerrarse obsesivamente a la experiencia de encontrarse con el Otro como matriz original de la ética, conduce al hombre a erigirse en juez y árbitro único de sus actuaciones y, lo que es aún peor, le convence de que nunca será hombre mientras no pueda saciar su sed de conquista y de dominio sobre cuanto le rodea. De este modo, en vez de descentrarse en el Otro, el hombre se autoconcentra sólo sobre sí mismo: «en lugar de mirar a Dios, el hombre se mira a sí mismo»⁴³ y pierde el sentido de la dirección correcta.

Prueba de ello es que Caín estaba convencido de que no le incumbía para nada el paradero de Abel cuando, realmente, eludir aquella conducta, sustraerse al peso de su enorme responsabilidad, significaba autodescalificarse como hermano tras haberlo asesinado. Sólo un fratricida es capaz de responder con un «no» a la pregunta «¿acaso soy yo el guardián de mi hermano?» (Gén 4,9). El «sí» a la vida sólo surge, en cambio, cuando se acepta la presencia del otro no como intruso ni perturbador o cosa sobre la que se puede poder, sino como espacio privilegiado de la propia identidad personal.

Los pasajes del Génesis recién citados ofrecen las claves de la historia humana. El «otro» adquiere un «rostro» cuando deja de ser tratado como cosa, es decir, cuando surge la relación ética⁴⁴. Ahí es donde tenemos acceso a la Trascendencia que visita el rostro del otro, porque en ese cara-a-cara que me incumbe y me obliga hay una palabra que viene más allá de él, de Otro que lo visita y lo manifiesta como Rostro.

Por eso no soy yo quien constituye al otro como rostro, como «imagen», ni él tampoco a mí, sino que se le ha dado un rostro al igual que a mí la obligación de abrirme a él, recibirlo en mi casa, convertirlo en mi «huésped» y responderle. El episodio de Emaús pone de mani-

⁴¹ Juan Pablo II, Carta Encíclica *Fides et ratio*, 21. Para lo que sigue, cfr. J. L. Ruiz de la Peña, *Imagen de Dios. Antropología teológica fundamental*, Sal Terrae, 1988; A. Gesché, «L'identité de l'homme devant Dieu», *Revue Théologique de Louvain* 29 (1998) 3-28 (*Selecciones de Teología* 39, 2000, 29-43).

⁴² Para lo que sigue, véase la excelente obra de J. L. Ruiz de la Peña, *El don de Dios. Antropología teológica especial*, Sal Terrae, Santander 1991, 59-62.

⁴³ D. Bonhöffer, *Ética*, Estela, Barcelona 1968, 11.

⁴⁴ Para lo que sigue, cfr. Y. Cattin, «La metáfora de Dios», *Concilium* 242 (1992) 641-658.

fiesto que el hecho de recibir al otro permite recibirse a sí mismo y reconstruir la identidad perdida: fue sólo entonces cuando «se les abrieron los ojos y le reconocieron» (Lc 24,31).

El binomio llamada-respuesta, mediante múltiples formas de encuentro, es una constante a lo largo de la Biblia. Se ha condensado en el término «vocación»⁴⁵, que ha hecho fortuna en la tradición judía y cristiana: «Aquí estoy, por que me has llamado» (1 Sam 3,8), «Heme aquí, envíame» (Is 6,8). San Pablo exhortará después a los cristianos a «vivir de una manera digna de la vocación a la que habéis sido llamados» (Ef 4,1), cifrada en «reproducir la imagen» de Cristo (Rom 8,29). Hasta tal punto esto es así que la teología moral y la bioética será necesario reconstruirlas siempre en lenguaje vocacional, es decir, fundamentándolas en las relaciones de alteridad dado que, por un lado, «la razón más alta de la dignidad humana consiste en la vocación del hombre a la unión con Dios»⁴⁶ y, por otro, el ser humano «no puede vivir ni desplegar sus cualidades sin relacionarse con los demás»⁴⁷.

- ✓ La **ética teológica** «deberá mostrar la excelencia de la vocación de los fieles en Cristo y su obligación de producir frutos en la caridad para la vida del mundo»⁴⁸. Ello comporta a su vez una doble exigencia de respeto hacia el ser humano: 1ª) asumiendo que «el principio, el sujeto y el fin de todas las instituciones sociales es y debe ser la persona humana»⁴⁹, y 2ª) «cuidando en primer lugar de su vida y de los medios necesarios para vivirla dignamente»⁵⁰.
- ✓ Por su parte, la **bioética**, como espacio privilegiado para la reflexión, el diálogo, y la colaboración entre los hombres, tendrá que adoptar estos objetivos: 1º) «el criterio de la dignidad personal», o sea, «el respeto, la gratuidad y el servicio»⁵¹ a la vida humana, 2º) la defensa y promoción de la vida como «deber y responsabilidad de todos»⁵², y 3º) el compromiso de «hacerse cargo de la vida y de la vida de todos»⁵³. La bioética es, en fin, un escenario idóneo para el Evangelio de la Vida.

La bioética tiene que fundamentarse sobre la primacía del ser humano, la protección de la vida, la responsabilidad y la solidaridad. Lo contrario equivaldría a poner en evidencia un humanismo selecto, romo y elitista, incapaz de responder a estas preguntas: «¿Dónde está tu hermano?» (Gén 4,9) ¿«Por qué me has abandonado?» (Mc 15,34). Apostar con decisión por la vida, tomar partido explícito por cuantos malviven en situaciones de dolor y sufrimiento, significa ser-por los otros, estar-por los otros allí donde la vida humana va perdiendo su figura (Jn 19,5) y careciendo de «rostro». Significa decir aquí estoy, «heme aquí respondiendo de todo y de todos...constricción a dar a manos llenas»⁵⁴.

⁴⁵ Cfr. L. Coenen, «Llamada», en AA.VV., *Diccionario Teológico del Nuevo Testamento*, III, Sígueme, Salamanca 1983; E. Masseroni, «Vocación y vocaciones», *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, Paulinas, Madrid, 1992; K - H. Ducke, «Vocación», *Nuevo diccionario de moral cristiana*, Herder, Barcelona, 1993.

⁴⁶ Vaticano II, *Gaudium et spes*, 19.

⁴⁷ Vaticano II, *Gaudium et spes*, 12.

⁴⁸ Vaticano II, *Optatam totius*, 16.

⁴⁹ Vaticano II, *Gaudium et spes*, 25.

⁵⁰ Vaticano II, *Gaudium et spes*, 27.

⁵¹ Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, 23.

⁵² Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, 29.91.101.

⁵³ Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium vitae*, 87.

⁵⁴ E. Lévinas, *De otro modo que ser, o más allá de la esencia*, Sígueme, Salamanca, 1995, 183.217.221.223.

La opción en favor de la vida y del derecho a vivirla dignamente revela que la causa de Dios es la causa del hombre, que el cristianismo no es tal si no toma en serio lo humano⁵⁵ y que carecerá de signos de credibilidad mientras existan vidas abandonadas, maltratadas u olvidadas, porque la única mediación irrefutable de la identidad cristiana, de la fe, es el amor al prójimo (Mt 25,31-46; Jn 4,20-21)...al «otro» indigente y vulnerable. Si la ética surge en las relaciones de alteridad, poniendo a prueba nuestra talla humana, la bioética nace cuando introducimos humanidad en la vida del otro-enfermo responsabilizándonos de él.

Sin embargo, la parábola del buen samaritano (Lc 10,29-37) demuestra que no vale cualquier ética: el sentido de la dirección correcta consiste en ir hacia abajo y no hacia arriba, no hacia lo grande sino hacia lo pequeño y débil donde la vida está objetivamente amenazada. Tampoco sirve dar rodeos ni pasar de largo. Esta parábola es una síntesis de la actuación de Dios con su pueblo («he bajado para librarlo...», Éx 3,8) y la de Cristo con cada ser humano («se despojó de sí mismo tomando la condición de siervo...», Fil 2,6-9). Es un resumen de la ética cristiana: vivir desviviéndose por el otro-hombre.

En consecuencia, la fe cristiana también debería conceder cierta prioridad a la ética⁵⁶. El hombre puede ser religioso o no, sin que por ello tiemble el mundo, pero no puede dejar de ser ético, ni abandonar este asunto al arbitrio de cada uno, so pena de que el mundo se despedace. La fundamentación teónoma de la bioética no tiene por qué gozar de aceptación universal, pero sus propuestas humanizadoras tienen que hacerse valer racionalmente para todos justificando la urgencia de una responsabilidad solidaria. Por eso la teología no estorba en el ámbito de la bioética⁵⁷. Al contrario, está llamada a aportar la riqueza de su experiencia de alteridad ayudando a percibir el sentido de lo humano, interrogando acerca de lo humano y replanteando constantemente los valores y las prioridades humanas.

Precisamente ahora en que la idea de globalización, tan prometedora como sospechosa, se está difundiendo por todas partes, ahora en que la vida se convierte en medio de múltiples intereses y queda expuesta a lo mejor y a lo peor, vuelven a recobrar plena actualidad las máximas del estoicismo: «anteponer los deberes de la justicia a las ocupaciones de la ciencia»⁵⁸ y de sus aplicaciones técnicas, actuando siempre movidos «por la justicia y el bien común y no por lo que parezca agradable y popular»⁵⁹. Por eso lo realmente decisivo no consiste en saber «qué estás haciendo sino *cómo* lo estás haciendo»⁶⁰, una pretensión que conduce de manera inevitable a examinar «qué acción es la mejor y no la que más se usa»⁶¹.

Los grandes poetas saben definir como nadie el sentido más humano de la vida:

«Qué alegría, vivir
sintiéndose vivido.
Rendirse a la gran certidumbre, oscuramente,
de que otro ser, fuera de mí, muy lejos,
me está viviendo...
De que este vivir mío no era sólo
mi vivir: era el nuestro. Y que me vive
otro ser por detrás de la no muerte»⁶²

⁵⁵ E. Schillebeeckx, «Identidad cristiana e integridad humana», *Concilium* 175 (1982) 183-196.

⁵⁶ Cfr. E. Schillebeeckx, *Cristo y los cristianos. Gracia y liberación*, Cristiandad, Madrid 1982, 40-41.

⁵⁷ Cfr. J. Masiá Clavel, «¿Estorba la teología en el debate bioético?», *Estudios Eclesiásticos* 71 (1996) 261-275 (*Selecciones de Teología* 142, 1997, 141-147).

⁵⁸ Cicerón, *Sobre los deberes*, Tecnos Madrid 1989, 79-81.

⁵⁹ Marco Aurelio, *Meditaciones*, Círculo de Lectores, Barcelona 1998, 67.165.

⁶⁰ Epicteto, *Un manual de vida*, Harper Collins Publishers, Palma de Mallorca 1997, 22.

⁶¹ Séneca, *Sobre la felicidad*, Edaf, Madrid 1997, 66.

⁶² P. Salinas, en G. Diego, *Poesía española contemporánea (Antología)*, Taurus, Madrid 1968, 317.

