

Vol. 1: Aproximación teórica

Bioética

y cuidados de Enfermería

Vicente Bellver Capella (ed.)



CECOVA

Consejo de Enfermería de
la Comunidad Valenciana

BIOÉTICA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Vicente Bellver Capella (ed.)

Vol. 1: Aproximación teórica

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

Imprime: Imprenta Senen, Alicante

© Los autores

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los propietarios del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático.

I.S.B.N.: 84-695-9470-2

CECVN75

ÍNDICE

VOL. 1

Prólogo	IX
<i>José Antonio Ávila</i>	
Introducción: Presente y futuro de la ética enfermera	XII
<i>Vicente Bellver Capella</i>	
Volumen 1: Aproximación teórica.	
I: Cuidado, salud y naturaleza humana	27
<i>Alfredo Marcos</i>	
II: La condición vulnerable del ser humano:	
Presupuestos para una ética de la fragilidad humana.....	39
<i>Aquilino Cayuela Cayuela</i>	
III: ¿Todos los seres humanos son personas?	
Acerca de la distinción en bioética entre persona y ser humano	57
<i>Juan Manuel Burgos</i>	
IV: Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional	
y social, desde enfermería.....	79
<i>Francisco Javier León Correa</i>	
V: Ética del cuidado en Enfermería	101
<i>Lydia Feito</i>	
VI: Responsabilidad y diálogo en Lévinas:	
Claves para reconstruir una bioética del cuidado	123
<i>Agustín Domingo Moratalla</i>	
VII: El Reconocimiento Recíproco como base de	
una Bioética Intercultural.....	137
<i>Juan Carlos Siurana</i>	
VIII: La ética narrativa como fundamento del encuentro	
entre cine y bioética	163
<i>Tomás Domingo Moratalla</i>	
IX: Salud, cuidados y autonomía.....	183
<i>Montserrat Busquets Surribas</i>	
X: Responsabilidad Enfermera	199
<i>José López Guzmán</i>	
XI: La globalización de los derechos humanos en bioética.....	213
<i>Vicente Bellver Capella</i>	
<hr/>	
Autores de la obra	245

VOL. 2

Volumen 2: Los desafíos de la práctica**A. Al inicio de la vida**

XII: Ética de la intervención sobre el Genoma Humano

Luis Miguel Pastor García

XIII: Derecho a la Salud de la Mujer y Nuevas Tecnologías Reproductivas

Ángela Aparisi Miralles

XIV: Estatuto biológico del embrión humano

Justo Aznar Lucea

XV: ¿Qué protección jurídica corresponde al embrión humano?

*Vicente Bellver Capella***B. A lo largo del camino.**

XVI: Aspectos bioéticos en la atención del paciente pediátrico

Javier M^o. Lluna Fernández

XVII: SIDA infantil: ética y enfermería

Julio Iranzo, Salvador Mérida, Enrique J. Jareño, M. Ángeles Crespo, Francisco J. Romero

XVIII: Capacidad y madurez del menor: una visión desde la ciencia:

Aproximación crítica a la teoría del menor maduro

Salvador Mérida, Julio Iranzo, Enrique J. Jareño, M. Angeles Crespo, Francisco J. Romero

XIX: El derecho a la intimidad de los pacientes

Javier Sánchez- Caro

XX: Persona y Rehumanización. Bases para una bioética personalista de las adicciones

José Luis Cañas

XXI: Bioética del cuidado del paciente crítico

África Camilleri Cuñat, Fina Monzón Soriano

XXII: Entre el rigor metodológico y la calidad ética en los ensayos clínicos: la perspectiva de los sujetos de investigación

Miguel Ruiz-Canela. Rosalía Baena

XXIII: Ética del medio ambiente

Alfredo Marcos

XXIV: La objeción de conciencia y su repercusión en el ámbito sanitario

Pedro Talavera



C. Comunicarse, gestionar y decidir.

XXV: Relaciones interpersonales y comunicación en el ámbito clínico

Gloria Saavedra, José Luis Díaz, Pilar Barreto

XXVI: La Autonomía Enfermera y la Participación
en la Toma de Decisiones

Josefa Palop Muñoz, Javier Cortes de las Heras, Thomas Baumert,

Soledad Giménez Campos, Josepha Montón Campos

XXVII: Ética de la gestión sanitaria: equidad y justicia social

María Lourdes Cantero González

XXVIII: Ética en las organizaciones sanitarias

Isabel Miguel Montoya

XXIX: Repensando la dirección de una organización
sanitaria en clave de generación de confianza

Ginés Santiago Marco Perles

D. En el final de la vida.

XXX: El final de la vida: problemas morales

Enrique Bonete Perales

XXXI: La eutanasia desde una perspectiva ético-jurídica

Pedro Talavera

Autores de la obra



PRÓLOGO

La publicación de este libro es una acción más de las que está llevando a cabo el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) para promover, revitalizar e impulsar el conocimiento de los aspectos éticos y deontológicos en la profesión enfermera. Un compromiso institucional señalado en sus estatutos que no sólo queda patente con el esfuerzo logístico que supone esta iniciativa editorial, sino también en otras que se enumeraran a continuación. La importancia otorgada a estas cuestiones desde la Organización Colegial Autónoma de Enfermería se pone de manifiesto en todas y cada una de las acciones emprendidas hasta la fecha.

La relevancia creciente que están tomando los usuarios y pacientes en la elaboración de las distintas políticas sanitarias, convirtiéndose en el centro de atención de cualquier sistema de salud, junto a los avances tecnológicos y científicos que se vienen produciendo de forma muy rápida en el campo de la sanidad, con gran repercusión e influencia en la atención clínica y trabajo diario que realizan los profesionales de la Enfermería, fueron algunos de los motivos que motivaron en el año 2006 la creación de un grupo de trabajo sobre Ética y Deontológica Enfermera por parte del CECOVA. La puesta en marcha de este grupo tuvo como objetivo dar soporte y asesoramiento en estos aspectos a las enfermeras, en un contexto sociosanitario y profesional donde valores y creencias van incrementando su protagonismo y presencia dentro de una sociedad cada vez más globalizada y multiétnica.

En 2007, el Grupo debuta con un trabajo de investigación con el propósito de averiguar el conocimiento, interés y formación en cuestiones éticas del colectivo de Enfermería de los diferentes departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, además de para conocer la forma de solucionar los dilemas que dicha temática planteaban en la práctica asistencial diaria. Los resultados fueron menos positivos de lo esperado. Además se puso de manifiesto, entre otras cuestiones, y de forma generalizada, la escasa utilización de los Comités de Bioética Asistencial por parte de las enfermeras para la resolución de esos dilemas éticos. Un resultado que llama la atención si se tiene en cuenta que una de las conclusiones obtenidas en el trabajo realizado por Laura Calvache y Porfirio Barroso acerca de la situación de los comités

de ética asistencial en España y en Europa a principios de los 2000 fue que los grupos profesionales más relevantes en los comités y comisiones de Ética Asistencial eran los médicos, y en una segunda posición las enfermeras.

Precedidos de varias y diferentes acciones formativas en el terreno de la ética enfermera, todas ellas organizadas por el mencionado Grupo de Trabajo del CECOVA, en el año 2010 se van a producir dos hechos muy relevantes para la Enfermería autonómica. Por un lado, la finalización, presentación y publicación del Código Ético y Deontológico de la Enfermería de la Comunitat Valenciana. Una iniciativa que persigue dotar a las enfermeras de la Comunidad Valenciana de un conjunto de reglas y preceptos de buena praxis profesional.

Por otro lado, con el apoyo y respaldo de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES), y la Universitat de València, el CECOVA ve hecha realidad la puesta en marcha del Máster de Ética Enfermera, una actividad formativa pionera que se llevó a cabo durante el curso 2010-2011. Una formación de postgrado que se desarrolló a la par que dos ciclos de conferencias impartidas por profesores pertenecientes al cuadro docente de dicho Máster.

Vicente Bellver, profesor titular de Filosofía del Derecho, Moral y Política de la Universitat de València y actual miembro del Comité de Bioética de España, fue el director del citado Máster, encargándose de conseguir que el conocimiento vertido en el mismo quedase a buen recaudo para el disfrute de todos los profesionales sanitarios, siendo por tanto el principal responsable de la publicación del libro que se tiene en las manos. Iniciativa y esfuerzo, que desde el CECOVA, en nombre de la Enfermería de esta comunidad autónoma, le agradecemos profundamente. Del mismo modo que lo hacemos a todos y cada uno de los profesores que tuvieron la amabilidad de participar en el desarrollo de dicha actividad formativa, así como a todas las personas que velaron por el correcto desenlace de la misma.

El trabajo de unos y otros ha dado como resultado la edición de un libro titulado Bioética y Cuidados de Enfermería, impreso en dos tomos y con un contenido que a buen seguro satisfará al profesional más exigente, ayudándole a resolver aquellas situaciones comprometidas en que se vea inmerso por su trabajo. Una publicación que llena de orgullo y satisfacción a la Junta de Gobierno del CECOVA, no sólo por ver ampliada su oferta editorial con un título de un alto contenido tanto científico como humanístico, a la vez



que vanguardista, dentro de una temática poco tratada en el conjunto de las publicaciones que le han precedido, sino además por estar convencidos de que el colectivo de Enfermería acogerá de muy buen grado la impresión de este libro, tal y como ha ocurrido con todos los que estamos al frente de la institución colegial autonómica. Más allá del deber estatutario como miembros directivos de la entidad profesional está nuestro compromiso con los compañeros de profesión y con su práctica clínica diaria, buscando, desde nuestra posición colegial, aquellas herramientas e instrumentos que la hagan más enriquecedora y gratificante.

Dos volúmenes cargados de reflexiones y propuestas que ven la luz en unos momentos socioeconómicos bastante difíciles. El profesor de la Facultad de Teología de Granada, D. Francisco Alarcos, en una reciente conferencia dictada en el marco de las X Jornadas de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), celebradas en Toledo, los días 14 y 15 de noviembre del presente año 2013, hablaba de la delicada situación que están atravesando los sistemas de salud debido a la limitación de recursos, siendo este contexto el ideal para aumentar la implicación ética de los profesionales sanitarios. Recalcaba el profesor: “A menos medios técnicos, más ética. A menos recursos, más implicación ética de los profesionales”.

En la actualidad se está invirtiendo el centro de atención de la gestión, pasando de los recursos materiales y económicos a gestionar valores, tanto de los pacientes como de los propios profesionales. La lectura de este libro espero que sirva, por un lado, para afrontar, con éxito esta nueva etapa social que estamos viviendo pudiéndolo hacer en toda su amplitud, y por otro, que valga para facilitar la pérdida de miedos y prejuicios que existen a la hora de acercarse los profesionales a los Comités de Ética Asistencial existentes en los diferentes departamentos de Salud de nuestra Comunidad Valenciana, despertando el interés de las enfermeras por las cuestiones éticas intrínsecas a su trabajo.

Como decía al principio, la Enfermería es una de las disciplinas que más evolución ha experimentado desde la mitad del siglo pasado, pasando de una profesión técnica y auxiliar de la médica a una profesión universitaria, sin techo académico y con un amplio campo competencial autónomo que lo desarrolla en una sociedad cambiante y repleta de nuevos valores, dentro de un

contexto sanitario difícil y teniendo como destinatario de sus prestaciones a un paciente cada vez más informado y formado, más activo y más comprometido con su salud a la vez que corresponsable con la sostenibilidad de la Sanidad.

En este nuevo contexto social, económico y profesional, las enfermeras brindan cuidados integrales y de forma holística a las personas, debiéndolo hacer no sólo con la máxima calidad en sus conocimientos, destrezas y habilidades técnicas, sino también respetando sus creencias y valores culturales e integrando la opinión de los pacientes en sus decisiones clínicas, en definitiva, buscando siempre la excelencia profesional. Para este objetivo, la profesión enfermera tiene la ayuda de un aliado imprescindible y estratégico, su Código Ético y Deontológico, y sus profesionales, a partir de ahora, tienen este libro cuya lectura les facilitará, sin ningún género de duda, llevar a la práctica sus normas de buena praxis.

José Antonio Ávila
Presidente del CECOVA



INTRODUCCIÓN

Presente y futuro de la ética enfermera

Vicente Bellver Capella

1.- ¿Pero realmente la ética es importante para la enfermería?

Hace pocos años el *American Journal of Nursing* publicaba la carta de una enfermera titulada “Nursing Ethics”. La autora, una enfermera jubilada, manifestaba su asombro ante el elevado número de nacimientos por cesárea que se producían en Estados Unidos, en especial en algunos condados como Miami-Dade (Florida), donde superaban con creces el 50% de los nacimientos. Daba por supuesto que ese alto porcentaje de cesáreas no obedecía en muchos casos a razones médicas y se preguntaba cuántas enfermeras a las que se había solicitado que participaran en esas intervenciones se habían opuesto a hacerlo por razones de ciencia o de conciencia. En su carta aseguraba que, así como es frecuente tener noticia de enfermeras que se han resistido a participar en abortos por las mencionadas razones, nunca había oído de ninguna que hubiera hecho lo propio ante una cesárea médicamente no indicada (1).

Dejando de lado si la cesárea electiva es una opción razonable o no, la observación de esta enfermera nos plantea un problema de primera magnitud: ¿debe anteponer la enfermera sus criterios científicos o de conciencia ante la decisión de un médico a favor de una cesárea? Si se trata de un problema de conciencia la enfermera tiene, en mi opinión, que priorizar la conciencia sobre la orden del médico. Y el Derecho, por su parte, debería amparar esa actuación de la enfermera. ¿Pero qué se debe hacer cuando la discrepancia de la enfermera con relación a la decisión del médico no se basa en razones de conciencia sino en la ausencia de una justificación clínica? En principio, la persona competente para prescribir una cesárea es el ginecólogo. Pero el elevado número de cesáreas que se prescriben en la actualidad nos hace pensar que un porcentaje de las mismas no se debe a razones médicas sino a otras menos confesables pero igualmente influyentes. Cuando una enfermera constata de manera inequívoca que la razón de una cesárea no es clínica, ¿debe renunciar a participar? ¿A costa, incluso, de los efectos negativos que pueda tener para su trabajo? ¿Debería, incluso, tratar de cambiar la decisión del médico para evitar que la lleve a cabo?

Afortunadamente en el sistema público de salud español es difícil que se planteen este tipo de problemas porque suelen estar bien determinados los supuestos en que se debe recurrir a una cesárea. En todo caso, la situación que comentaba la enfermera en su carta es una ilustración acerca de los problemas que surgen (o deberían surgir) cuando hay discrepancias entre el criterio médico y el enfermero. Hace cincuenta años estos problemas rara vez se daban porque las enfermeras, por lo general, estaban mucho menos formadas y eran consideradas por todos (tanto los médicos como la sociedad en su conjunto) como personal subalterno al que solo correspondía ejecutar órdenes. Hace tiempo que las cosas cambiaron: las enfermeras están bien formadas y, ante muchas situaciones, tienen capacidad para formarse un criterio sólido. En la medida en que el médico es el responsable último de ciertas intervenciones, corresponderá a él la última palabra. Ahora bien, la decisión de la enfermera de participar en una determinada intervención no debería ser automática. Solo debería producirse cuando no exista una discrepancia de la orden recibida, en base a razones consistentes. Por lo que se refleja en la carta, no es frecuente que la enfermera actúe así. De hecho, parte del “sufrimiento moral” (*moral distress*) del que tanto se habla en la profesión de enfermería tiene que ver con la impotencia de las enfermeras para actuar de otra manera ante decisiones médicas que consideran no correctas (2).

Con lo dicho hasta ahora no pretendo resolver los problemas éticos relacionados con el recurso a la cesárea y la participación enfermera en ellas. Tampoco pretendo profundizar en el complejo mundo de las relaciones entre médicos y enfermeras y los problemas éticos que suscitan (3). Mucho menos pretendo analizar el fenómeno del sufrimiento moral en enfermería. Únicamente quiero poner de manifiesto que la profesión de enfermería en la actualidad genera un buen número de problemas éticos que no son ni accidentales ni episódicos. Afectan a la entraña misma de la profesión. Tanto es así que podríamos decir que las respuestas que ofrezcamos a los grandes desafíos éticos de la enfermería condicionarán la concepción misma que tengamos de la enfermería. Pero también podemos decir lo contrario: que las respuestas a los desafíos éticos de la enfermería están condicionadas por la concepción que sostengamos de la enfermería. Por ello, quizá lo más adecuado es que la reflexión acerca del sentido de la profesión de enfermería y acerca de la ética enfermera vayan de la mano. Será difícil que mi actuación enfermera sea éticamente excelente si no tengo claro en qué consiste mi profesión. Pero



será igualmente difícil que acertemos a definir la profesión de enfermería si, a la hora de ejercerla cotidianamente, no soy capaz de encontrar criterios correctos para la acción.

Quien piense que el conocimiento de las evidencias científicas y las técnicas sobre los cuidados forjan el sustento sobre el que se levanta la profesión enfermera vive en el engaño o en el cinismo. La aplicación de esos conocimientos es completamente dependiente del sentido de la profesión y de las bases éticas del que los aplica. Por eso, nos encontramos con personas que con parecidos niveles de formación científica presentan unos niveles tan distintos en el ejercicio de la enfermería. De ahí que la ética enfermera no pueda considerarse en absoluto como un florero decorativo que colocamos cuando ya toda la casa está lista. La ética (y la inseparable reflexión sobre el sentido de la profesión enfermera) es la viga maestra que sustenta todo el quehacer de enfermería. Por ello, la ética enfermera ha de ser materia troncal en los planes de estudio de todo Grado universitario en Enfermería y, además, ha de informar la docencia de todas las demás materias. Pero eso, sin más, sería muy insuficiente. Es fundamental que la perspectiva ética esté presente, y sea objeto de formación permanente, a lo largo de todo el recorrido profesional: desde que una enfermera comienza a hacer prácticas hasta que llega a su jubilación; y tanto si está en atención directa a los pacientes como en responsabilidades de gestión o docencia.

2.- El presente de la ética enfermera.

Siendo como es tan medular la ética para la enfermería, y siendo en muchos casos bastante novedosos los problemas éticos que se presentan, llama la atención que no constituya una especialidad científica más robusta y floreciente. Es cierto que la ética enfermera se va construyendo de forma paulatina en todo el mundo y también en España. A nivel internacional cabe destacar dos revistas: una dedicada monográficamente a las cuestiones de ética enfermera “Nursing ethics”, que se publica desde 1994, y otra centrada en la filosofía de la enfermería, “Nursing Philosophy”, desde 2000. En nuestro país tenemos dos revistas que ocupan un espacio análogo al de las mencionadas y están ambas editadas por la Fundación Index: “Ética de los cuidados” (desde 2008) y “Temperamentum. Revista internacional de historia y pensamiento enfermero” (desde 2005). También contamos con la aparición ocasional de trabajos sobre estas cuestiones en revistas científicas españolas dedicadas a la enfermería o

a la bioética. Entre ellas destacan las revistas “Rol de Enfermería”, “Metas de Enfermería” y “Cuadernos de Bioética”. Sin embargo, no se puede decir que el área especializada de la ética enfermera sea objeto de una gran atención científica: más bien se mantiene en la marginalidad (4).

Y eso a pesar de que en nuestro país hemos tenido la fortuna de contar con un buen grupo de académicos que han venido publicando textos que no solo han servido para el estudio de la asignatura de “Ética y Legislación” (materia casi siempre presente en los planes de estudio de Enfermería) sino para poner las bases de lo que podría ser el desarrollo de esta disciplina. Pioneros en España fueron, entre otros, Adela Cortina, Pilar Antón, María Pilar Arroyo, Javier Gafo, Lydia Feito, Cecilio Eseverri, Paco León, Luis Miguel Pastor, Roser Valls, Inés Barrio, María Dolores Espejo, Montserrat Busquets, Julio Vielva. Este primer grupo ha seguido publicando y, al mismo tiempo, ha ido creciendo con otros autores que, desde distintas perspectivas, han ido abordando las cuestiones éticas de la profesión enfermera. A modo de ejemplo, y asumiendo el riesgo de no mencionar autores y obras destacables en este campo aparecidas en los últimos diez años, debo citar a los siguientes autores y libros: Lydia Feito (*Ética y enfermería*, 2011), Julio Vielva (*Ética profesional de la enfermería*, 2002; *Acompañar en la fragilidad*, 2010); Fernando Abellán y Javier Sánchez-Caro (*Enfermería y paciente. Cuestiones prácticas de Bioética y Derecho Sanitario*, 2007); Cecilio Eseverri (*Enfermería facultativa. Reflexiones filosófico-éticas*, 2006; *Enfermería: filosofía, historia y gestión*, 2012); Carmen Delia Medina (*Ética y legislación. Enfermería siglo XXI*, 2010); María José Torralba (*Ética-Bioética y legislación en enfermería*, 2011); Luis Cibanal (*Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*, 2010); Pilar Tazón (*Relación y comunicación. Enfermería siglo XXI*, 2011).

Pero el progreso científico en la ética de esta profesión es todavía lento por algunas razones que, de manera tentativa, esbozo a continuación:

- Primero, aunque la profesión de enfermería tiene una historia multiseccular (5), es bastante joven tal como se entiende en la actualidad. Si consideramos que Florence Nightingale (6) es la creadora de la enfermería moderna (no en vano el 12 de mayo, día de su nacimiento, se celebra en todo el mundo el Día Internacional de la Enfermera), la profesión se remonta a mediados del siglo XIX. Pero, además, resulta que en estos poco más de 150 años, ha



evolucionado notablemente lo que se entiende por profesión de enfermería. Buena muestra de estos cambios se refleja en los distintos nombres que ha recibido la profesión enfermera y en la evolución de los códigos deontológicos, en particular el Código Internacional de la Enfermería, aprobado en 1953 y varias veces modificado en profundidad, la última en 2012.

- Segundo, el desarrollo de la enfermería ha estado históricamente condicionado por la profesión médica. Es cierto que son ámbitos autónomos, pero están extraordinariamente interrelacionados. Los buenos resultados en cada una de estas profesiones están en función de los éxitos de la otra. Allí donde hay una buena relación entre médicos y enfermeras no solo se trabaja más a gusto sino que el paciente recibe una mejor asistencia (7). Durante muchas décadas esa relación se entendió en términos fundamentalmente jerárquicos. Desde hace años ya no es así. Sin embargo, las rémoras de aquel modo de relacionarse siguen compareciendo todavía hoy.

- Tercero, la enfermería ha alcanzado un alto desarrollo científico técnico en los últimos sesenta años. El reconocimiento más reciente, en España y en Europa, de que no se puede ser enfermera sin una sólida formación científico-técnica lo encontramos en la transformación de los estudios de enfermería en un Grado universitario y la posibilidad que se abre de realizar doctorados en las áreas de la enfermería. Ahora bien, el afán por desarrollar una enfermería científica ha hecho perder de vista en ocasiones que el sentido de la profesión no consiste en aplicar una serie de técnicas sino en cuidar de la salud de las personas. La filosofía, la ética y las humanidades han sido vistas, desde esa perspectiva de la enfermería altamente tecnificada, como elementos decorativos con escasa relevancia para el ejercicio profesional. De ahí el escaso peso que tienen estas disciplinas en los planes de estudio, en los proyectos de investigación de enfermería y en la percepción de la mayoría de las enfermeras.

Ahora bien, estos tres obstáculos para el desarrollo de la ética enfermera constituyen, al mismo tiempo, tres grandes oportunidades para que forme parte de la entraña misma de toda formación y práctica enfermera:

- Primero, la gran transformación de la enfermería desde mediados del siglo XIX y los replanteamientos acerca de su sentido durante el siglo XX no han hecho perder nunca de vista que el bien interno de esta profesión son los cuidados de salud a las personas (8). Y precisamente porque no es fácil determinar en qué consisten esos cuidados en cada momento histórico y social,

y porque los cuidados tienen innumerables aspectos que es necesario integrar para que lo sean de verdad, la reflexión filosófica y ética resulta imprescindible. Detrás de cada enfermera hay una concepción de su profesión, desde la cual la ejerce. Si toda enfermera dedica mucho tiempo a aprender las técnicas que tendrá que llevar a cabo en su trabajo, ¿no será más importante aún dedicar tiempo a indagar cuál es la concepción de enfermera que informa y debería informar el quehacer de quienes ejercen esta profesión?

- Segundo, hoy en día es difícil encontrar médicos o enfermeras que entiendan que las relaciones entre ambas profesiones deban ser relaciones de subordinación. Ahora bien, pocos serán los que nieguen la existencia de inercias del pasado que siguen dificultando el desarrollo de unas buenas relaciones (9). En todo caso, el nuevo modelo de relación entre médicos y enfermeras -basado en el reconocimiento mutuo y en su continua interacción- ha empezado a germinar pero está aún lejos de llegar a su madurez. Para que la alcance, y no se malogre en el camino, es imprescindible la formación y la investigación en ética, quizá incluso de forma conjunta (10). Sucede algo parecido a lo que nos encontramos en la relación entre paciente y profesional sanitario. Pocos se atreven a sostener que esa relación deba ser de subordinación. Pues bien, a pesar del reconocimiento oficial de que el paciente debe formar parte del equipo de salud (11), y de tantas normas que consagran los derechos del paciente y en particular del consentimiento informado, este camino de reconocimiento y cooperación entre pacientes y profesionales sanitarios está en buena medida por recorrer.

- Tercero, los avances científicos y tecnológicos en los cuidados de enfermería son percibidos como recursos formidables para mejorar la calidad de vida de las personas. Y sin duda lo son. Pero ese arsenal de conocimientos científicos y posibilidades técnicas no es algo neutro, que opera resultados positivos siempre que se utilice correctamente. Tiene, al menos, tres efectos colaterales frente a los que se debe estar prevenido.

a.- Incrementan exponencialmente el poder del sanitario, en nuestro caso la enfermera, sobre el paciente. Ese poder servirá para dañar o sanar en función de cómo sea empleado. Pero como ese poder es tan enorme, una mala praxis puede tener unos efectos demoledores sobre el paciente: y no solo sobre su integridad física sino también psicológica y moral. De ahí que las enfermeras deban reforzar su formación ética para asegurar que ese creciente poder científico-



técnico del que disponen sea siempre instrumento en favor del bien del paciente.

b.- Este poder tiende inevitablemente a alejarnos del contacto directo con el paciente. Cuando son muchos los instrumentos y las técnicas que median en la relación enfermera-paciente, es fácil que se desvirtúe su carácter personal. Por poner un ejemplo elemental. El ordenador es una herramienta formidable para documentar información necesaria sobre la salud de un paciente pero, al mismo tiempo, su presencia puede dificultar la imprescindible comunicación con él.

c.- Cuando se dispone de herramientas que tienen una gran capacidad de influir sobre las personas no solo existe el riesgo de producir graves daños como consecuencia de una mala praxis. Con frecuencia también se suscitarán dudas acerca de cuál es el modo correcto de actuar ante situaciones concretas. Cuando uno tiene en sus manos una amplia gama de técnicas con un extraordinario poder no basta con que sepa cómo funcionan y que tenga buena voluntad a la hora de emplearlas; es necesario que descubra cuál o cuáles son los cursos de acción correctos y cuáles los que de ninguna manera deberá transitar. Y para ello es imprescindible una sólida formación ética.

3.- El futuro de la ética enfermera.

Las dificultades para el desarrollo de la ética enfermera pueden convertirse, como acabo de señalar, en formidables oportunidades para llevarla a cabo. Pero, ¿qué contenidos debería tener esta disciplina para que adquiriera un desarrollo integral? Como propuesta para iniciar un debate al respecto sugiero estos cuatro:

1.- Los fundamentos. Cualquier propuesta de ética enfermera que pretenda tener solidez deberá volver una y otra vez sobre los fundamentos que, a mi entender, abarcarían tres ámbitos: el sentido de las profesiones y de la profesión de enfermería; el quehacer ético; y la bioética como área matriz a la que estaría principalmente vinculada la ética enfermera (12).

2.- La reflexión sobre el tiempo presente. Para saber qué es lo que uno debe hacer, que al fin y al cabo es lo que se plantea la ética, es imprescindible partir del conocimiento y reflexión sobre el tiempo en que se vive. Y, para

el caso concreto de la profesión de enfermería, entiendo que asistimos en estos momentos a tres fenómenos sociales que impactan directamente en ella configurando su propio perfil:

a.- La globalización. Su impacto en las políticas de salud a nivel mundial es enorme. Pero ciñéndonos exclusivamente al ámbito de la asistencia enfermera, podemos señalar algunos desafíos que trae consigo: la circulación de profesionales de la enfermería por el mundo; la diversidad de culturas presentes en la población a la que las enfermeras tienen que atender cada día; la normalización de las técnicas y de los cuidados de enfermería en todo el mundo, impuestos por la hegemonía de los países anglosajones; la fijación de unos criterios homogéneos en materia de salud pública y educación para la salud a nivel mundial etc.

b.- La cronicidad. La población mundial envejece y se hace sedentaria, lo que trae como inevitable efecto un incremento abrumador de la cronicidad. Cada vez más personas vivirán más años con más enfermedades. El éxito de las sociedades postindustriales trae consigo sus propias patologías. La atención que las personas requerirán en la mayor parte de los casos no se satisface desde hospitales de agudos sino con un modelo de asistencia sanitaria en el que los cuidados de enfermería (incluyendo la educación en hábitos de salud) tendrán un papel trascendental.

c.- La crisis del Estado del bienestar. La crisis que estalló en 2008 no es una crisis económica más sino un cuestionamiento al modo de vida vigente en Occidente en los últimos cuarenta años. Uno de los ámbitos en que se ha manifestado esta crisis con mayor crudeza es en el modelo de Estado vigente, el llamado Estado del Bienestar (13, 14). El principio de una asistencia sanitaria pública, universal y gratuita, uno de los pilares sobre los que se asentaba ese modelo de Estado, parece amenazado y ello repercute directamente sobre la profesión de enfermería.

3.- La ética aplicada. De ser un servicio auxiliar, poco cualificado y para cuyo desempeño parecía bastar con tener buena voluntad, la enfermería actual consiste en un desempeño altamente cualificado y con un amplio margen de autonomía profesional. Los ámbitos que alcanza son de lo más variados y los problemas éticos que se generan en cada una de las especialidades de



enfermería son innumerables y complejos. Obviamente disponer de una sólida formación en los fundamentos de la ética enfermera facilitará el acierto en el afrontamiento de esos problemas; pero igualmente importante para acertar en la toma de decisiones es el conocimiento de las características de cada especialidad. La enfermería pediátrica, obstétrica (matronas), geriátrica, psiquiátrica, quirúrgica, oncológica, de cuidados intensivos o paliativos, etc. ofrece un amplio abanico de situaciones en las que no basta con la buena voluntad para dar decidir correctamente. Y aunque ya existen algunos trabajos sobre los problemas éticos de estas especialidades, queda aún mucho por hacer.

4.- Los otros desempeños de la enfermería: docencia, investigación, gestión. El núcleo de la enfermería son los cuidados relacionados con la salud dispensados a las personas. Pero la enfermería tiene otras dimensiones fundamentales, que han adquirido un desarrollo exponencial desde la segunda mitad del siglo XX. Me refiero a la actividad docente, la investigación y la gestión sanitaria. Cada una de estas áreas participa tanto de los rasgos de la docencia, la investigación y la gestión en general como de los propios de la profesión de enfermería. Lógicamente cada una de esas tres actividades exige un desempeño ético, si cabe más exigente aún, porque los efectos de estas actividades repercuten directamente en la actividad enfermera, para bien o para mal.

Aunque, como se ha dicho, se ha avanzado en el camino de la ética enfermera, queda mucho por hacer. Y así como a nadie se le ocurre pensar que es suficiente lo alcanzado hasta ahora en el campo de los cuidados para combatir el dolor, tampoco nadie debería pensar que con lo conseguido hasta ahora en la ética enfermera se cubren suficientemente las necesidades básicas. Cada acción enfermera está impulsada por una concepción acerca de lo que es la enfermería, el paciente, la sociedad, la salud y la enfermedad. Y solo teniendo unas ideas razonables acerca de todas estas realidades es posible un ejercicio profesional de excelencia. De ahí que la formación en ética enfermera no solo sea necesaria sino que sea lo más importante que debe aprender una enfermera cuando empieza sus estudios y lo que más le debe preocupar a lo largo de toda su trayectoria profesional.

4.- Es de bien nacido ser agradecido.

El texto que ahora se pone en manos del lector no pretende más que ser una contribución menuda a la exigente empresa que he tratado de esbozar y que, como no puede ser de otra manera, deberá ser llevada a cabo por (y no

solo dirigida a) enfermeras. En él se reúnen algunos de los materiales que se utilizaron en el Master de Ética Enfermera de la Universitat de València que se celebró durante los años 2010-2011. A los autores de esos trabajos, que también fueron profesores del Master, les agradezco su contribución docente entonces y científica ahora.

Este libro no habría sido posible sin la decisiva colaboración, tanto en el Master como en el libro, de Maribel Castelló, matrona del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva y Presidenta del Comisión de ética y deontología del Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana. Ella se ocupó de recibir a los profesores que impartieron clase en el Master y ha realizado una impagable labor de edición de los textos para que tuvieran, en la medida de lo posible, un formato homogéneo.

El Master en Ética de la Enfermería, iniciativa de formación de postgrado pionera en el mundo, tuvo su origen en la propuesta de José Antonio Ávila, Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana (CECOVA). Precisamente el CECOVA, junto con la Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES) de la Generalitat Valenciana, aportaron un respaldo institucional y económico al proyecto, sin el cual habría resultado mucho más complejo llevarlo a cabo. Muchas gracias a las dos instituciones en nombre de la profesión enfermera.

-
- (1) Reagan, D. Nursing ethics: letters. *American Journal of Nursing* 2009; 109 (11): 15.
 - (2) Epstein, E.G., Delgado, S. Understanding and Addressing Moral Distress. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* 2010; 15 (3), Manuscript 1.
 - (3) Wilson, J. Ethics and the physician-nurse relationship. *Canadian Medical Association Journal* 1983; 129 (3): 290-293.
 - (4) Salido Moreno, P., Gálvez Toro, A. Ética y Enfermería. El estado de la cuestión en términos de producción científica. *Ética de los Cuidados* 2008; 1 (1).
<http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et1102.php> (acceso el 20 de septiembre de 2013).
 - (5) Siles González, J. Historia de la enfermería (vol. I y II). Alicante; CECOVA: 2004.
 - (6) Attewell, A. Florence Nightingale. *Perspectivas: revista trimestral de educación Comparada* 1998; 28 (1): 173-189.
http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/nightins.PDF (acceso el 1 de septiembre de 2013).
 - (7) Bartunek, J.M. Intergroup relationships and quality improvement in healthcare. *British Medical Journal quality & safety* 2011; 20 (Supl. 1): i62-i66.
 - (8) Foth, Th. Understanding 'caring' through biopolitics: the case of nurses under the Nazi regime, *Nursing Philosophy* 2013; 14 (4): 284-94.



- (9) Skela Savic B., Pagon M. Relationship between nurses and physicians in terms of organizational culture: who is responsible for subordination of nurses?. *Croatian Medical Journal* 2008; 49 (3): 334-43.
- (10) Hanson, S. Teaching health care ethics: why we should teach nursing and medical students together, *Nursing Ethics* 2005; 12 (2): 167-76.
- (11) López Guzmán, J. El paciente como parte del equipo sanitario. En Victoria Roqué. M^a. ed. *El sentido del vivir en el morir*. Cizur Menor: Aranzadi; 2013, 51-66.
- (12) Feito, L. *Ética y enfermería*. Madrid: Comillas-San Pablo; 2009, 11-22.
- (13) Ballesteros, J. Estado social contra Escuela Neoclásica. *Rivista di Filosofia del Diritto* 2013; 4: 61-84.
- (14) Esteve Pardo, J. *La nueva relación entre Estado y sociedad*. Madrid: Marcial Pons; 2013.

VOLUMEN 1
APROXIMACIÓN TEÓRICA



Cuidado, salud y naturaleza humana

Alfredo Marcos

Universidad de Valladolid

1. Introducción: la enfermería y sus bases antropológicas

Se suele entender que la función primordial de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. La afirmación reúne tres conceptos –cuidado, salud, ser humano– que, por diversos caminos, remiten a la noción de naturaleza humana. En consecuencia, si queremos entender con cierta profundidad lo que es la enfermería y cuáles son sus funciones, tendremos que referirnos necesariamente a la noción de naturaleza humana.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras, “la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas [...] incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas” (1). De hecho, a veces se distingue entre funciones independientes del profesional de enfermería y funciones (tareas) delegadas. Entre las segundas están las que dependen de la prescripción médica, como por ejemplo la administración de medicamentos. Y entre las primeras siempre se citan las relativas al cuidado. De nuevo el concepto de cuidado pasa a primer plano. Y es que el ser humano está necesitado de cuidados *por naturaleza*. En muchos momentos de la vida es uno mismo quien se cuida, pero en otros muchos, especialmente al comienzo y al final de la vida, así como en las fases de enfermedad, existe un déficit de autocuidado. Según la teoría de la enfermería de Dorothea Orem (2), precisamente este déficit es el que la enfermería contribuye a paliar. El filósofo alemán Martin Heidegger (3) llegó a señalar el cuidado de sí como una característica distintiva del ser humano. Y lo es, ciertamente, pero también lo es que por naturaleza el ser humano presenta un déficit de autocuidado. Este déficit no es casual, circunstancial o meramente transitorio, sino que pertenece a nuestra propia forma de ser. Dicho de otra forma, somos por naturaleza seres dependientes, necesitados de cuidados. Esta concepción de la naturaleza humana da sentido y base antropológica a las funciones de la enfermería.

Algo similar sucede con el concepto de salud. Al igual que el de cuidado, remite necesariamente a la naturaleza humana. No sabemos qué es la salud si no sabemos qué es el ser humano. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y

social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (4). Dicho estado de bienestar tiene un componente subjetivo. Depende en parte de lo que sienta el sujeto, pero tiene también un componente objetivo. Si no fuese así, podríamos llegar a considerar como saludable incluso un estado de alucinación o de locura, y como acertada la autoimagen de una persona anoréxica. Pues bien, difícilmente podríamos establecer los aspectos objetivos de la salud sin considerar previamente cuál es la naturaleza humana y en qué consiste llevar una vida propiamente humana. Por otra parte, algunos pensadores consideran la salud como un medio más que como un fin en sí misma. Es decir, entienden la salud como aquel estado que nos permite realizarnos como personas. Si la salud es un medio que nos habilita para llevar una vida propiamente humana, no podremos saber qué es la salud sin estudiar el fin al que sirve.

El tercero de los conceptos que caracterizan la enfermería es el de ser humano. La enfermería no puede prescindir de la perspectiva holista. Es decir, el cuidado de la salud que procura esta actividad va dirigido a la persona en su totalidad, no a una parte o aspecto de la misma. El profesional de enfermería no cuida la salud de un órgano, de un miembro, de una parte o de un aspecto de la persona, sino la salud del ser humano como tal. Es cierto que en los últimos tiempos la profesión ha conocido un proceso de especialización. La especialización es un fenómeno positivo en muchos casos. Lo que constituye un error, en palabras del filósofo español José Ortega y Gasset, es “la barbarie del especialismo” (5, pp. 63-173). Se puede cuidar, por ejemplo, la salud mental de un paciente, pero toda enfermera sabe que el cuidado no será correcto si no se tienen en cuenta los aspectos somáticos y la persona en su conjunto. Se pueden atender las escaras de un enfermo postrado en cama, pero el cuidado no va dirigido a una zona de la piel, sino a la persona enferma. Hay pues una diferencia importante entre especialización y especialismo. La especialización es compatible con una visión holista, desde la cual se dirige el cuidado a la persona como un todo. El especialismo, en cambio, es ciego frente a la totalidad del ser humano, solo ve las partes, y produce una indeseable parcelación del cuidado. Siendo así las cosas, no es extraño que la enfermería cobre sentido desde ciertas bases antropológicas que nos permitan ver precisamente a la persona como un todo integral, y no como una mera suma de partes. Una vez más, la reflexión sobre las funciones propias de la enfermería nos conduce hacia la reflexión sobre concepto de naturaleza humana. A este tópico dedicaremos las páginas que siguen, con el objetivo de profundizar en las bases antropológicas de la enfermería.



2. El debate sobre la naturaleza humana

El concepto de naturaleza humana cuenta con una larga y polémica tradición. Algunos pensadores han negado directamente que tal cosa exista. Incluso podríamos decir que esta negación ha sido la moda intelectual dominante durante una buena parte del pasado siglo. Sin embargo, recientemente se viene dando una corriente de recuperación y revitalización de la reflexión filosófica sobre la naturaleza humana. Esta recuperación se debe a dos factores. Por un lado, han crecido nuestras posibilidades de intervención técnica sobre el propio ser humano, lo cual ha generado un debate sobre la conveniencia y límites de dicha intervención. Y en el centro de este debate está el concepto de naturaleza humana. Por otro lado, la recuperación de este concepto ha venido de la mano de una tendencia más general hacia la naturalización de la filosofía. Tendríamos así una especie de “concepción naturalista de la naturaleza humana” (6, p. 23), valga la aparente redundancia.

2.1. La negación de la naturaleza humana

Los filósofos antiguos y medievales que podemos situar en la línea platónica no pusieron en cuestión la existencia de la naturaleza humana, entendida esta como esencia o Idea del ser humano. Antes bien, asumieron como una tarea propia la investigación de los elementos invariantes que condicionan y posibilitan la existencia humana, de los rasgos esenciales que hacen que seamos precisamente humanos y no cualquier otra cosa. También Aristóteles y los aristotélicos identifican una cierta naturaleza humana que consta de aspectos *animales*, *sociales* y *racionales* integrados en una unidad. El ser humano se halla, así, radicado en el mundo natural, por su condición de animal. Se puede decir que en Aristóteles hay ya una concepción naturalista de la naturaleza humana. Estamos ante un naturalismo moderado, no radical. La condición social y racional distingue al hombre del resto de los vivientes. Las líneas de pensamiento platónica y aristotélica se prolongaron a lo largo de la Edad Media. Y en general la afirmación de la naturaleza humana se vio reforzada en el pensamiento cristiano medieval, ya que el propio Dios es su creador, legislador y modelo.

Pero, a lo largo de la modernidad, han sido varios los pensadores que han afirmado que el ser humano carece de naturaleza. En lugar de la misma le han atribuido una libertad incondicionada, una necesidad de hacerse a sí mismo desde una suerte de autodeterminación radical. “Entre los fantasmas que ha

producido el delirio de la razón -afirma Jesús Mosterín (6, p.17)-, destaca por su extravagancia y recurrencia la idea filosófica de la inexistencia de una naturaleza humana”. Se suele citar en esta línea el precedente renacentista de Pico della Mirandola (1463-1494). Según este autor, Dios habría creado al ser humano fuera de las leyes naturales que determinan al resto de las criaturas, para que construyese su naturaleza sin barrera alguna, según su libertad y arbitrio. En la misma línea tenemos que poner a algunos autores ilustrados, como Condillac (1714-1780) y Helvétius (1715-1771), para quienes el ser humano es materia completamente maleable en manos de la omnipotente fuerza de la educación; y también a los idealistas como Fichte (1762-1814), promotores de la idea de libertad absoluta del yo. En este punto, el idealismo se da la mano con el materialismo de autores como Marx (1818-1883), para quien las relaciones de producción esculpen y determinan a lo largo de la historia lo que los filósofos clásicos llamaron naturaleza o esencia del ser humano. Si cambian las condiciones materiales, cambiará en consecuencia el aspecto del ser humano. Se puede lograr, por esta vía, el advenimiento del “hombre nuevo”. Hoy sabemos, por experiencia histórica, las cantidades ingentes de sufrimiento que ha producido esta suerte de experimento antropológico, así como el poco éxito que ha tenido en la utópica tarea de crear un nuevo hombre.

Ya en el siglo XX, Ortega y Gasset (1883-1956) afirmó que es erróneo hablar de naturaleza humana, pues el hombre tiene, en lugar de naturaleza, historia. Y a mediados del siglo, se extendieron como auténticas modas intelectuales dos corrientes de pensamiento claramente decantadas hacia la negación de la naturaleza humana. Me refiero al conductismo en psicología y al existencialismo en filosofía y literatura. Estas modas intelectuales iban un tanto a contrapelo de nuestras intuiciones, de la experiencia cotidiana y del sentido común. Si negásemos la existencia de una naturaleza humana, difícilmente podríamos recuperar los componentes objetivos de las nociones de salud y de cuidado. Y la bioética quedaría reducida entonces al simple principio de autonomía, sin el contrapeso tradicional del principio de beneficencia.

Desde los lejanos tiempos de la medicina egipcia y el chamanismo, el ser humano ha intentado huir de la enfermedad, paliar el sufrimiento, remediar las carencias y el deterioro. Mediante fármacos mejoramos nuestro estado de salud, a través de prótesis de todo tipo complementamos o corregimos las capacidades de nuestros órganos motores o sensoriales, cuidamos de la salud propia y de la de nuestros congéneres. Todos estos cuidados mantienen una relación



positiva con la idea de naturaleza humana, que ofrece una pauta de normalidad. Los cuidados sanitarios buscan devolver a la normalidad la temperatura del enfermo, es decir, volver a ponerla en unos 37° centígrados. Las gafas corrigen la visión hasta ponerla de nuevo cerca de lo normal. El antibiótico pretende devolvernos a un estado de salud normal. Incluso los psicofármacos buscan sacarnos de un estado que se juzga como patológico y ponernos de nuevo en situación de salud. Y las medidas higiénicas y preventivas se orientan hacia el mantenimiento de esta normalidad. No se entenderían en absoluto los cuidados sanitarios si no fuese por referencia a un estado de normalidad o de salud que consideramos ajustado a la naturaleza psico-biológica del ser humano. La actividad sanitaria corre un riesgo si se niega la naturaleza humana, pues se apoya conceptualmente en ella, pero dicha negación no tiene por qué ser la única ni la última palabra en este debate.

2.2. La naturalización de la naturaleza humana

En realidad, la expresión que da título a este epígrafe no es redundante, aunque a primera vista lo parezca. No lo es porque se pueden dar, e históricamente se han dado, diversas concepciones no naturalistas de la naturaleza humana. Para entender esto tendremos que abordar ya directamente el sentido del propio concepto de naturaleza, que hasta aquí veníamos utilizando de modo un tanto ambiguo. No cabe duda de que el término cubre un amplísimo campo semántico. El término latino *natura* traduce el griego *physis*. Ambos aportan las ideas básicas de nacimiento y movimiento autónomo. Se han utilizado tanto para referirse a la esencia de algo, lo que ese algo es de por sí, desde su nacimiento, como para nombrar el conjunto de las cosas sometidas a la dinámica autónoma del nacimiento, el movimiento y la corrupción. Así, una cosa es preguntarnos por la naturaleza del ser humano, valga decir por su esencia, y otra cuestionarnos si pertenece o no a la naturaleza, es decir, al conjunto de las cosas naturales, lo cual es tanto como preguntar si su naturaleza es natural. Y esta cuestión admite diversas respuestas, por más que parezca tautológica a primera vista.

Podemos asomarnos a la pluralidad de respuestas posibles a través del juego de los opuestos. El término naturaleza se opone a términos distintos en diferentes contextos. Así, en un cierto sentido, naturaleza se opone a *cultura*, como aquello que poseemos desde el nacimiento se opone a lo que hemos adquirido. Se podría definir incluso la cultura como la información transmisible por vía no genética. Podríamos, por tanto, sostener una visión culturalista de la

naturaleza humana, según la cual, lo esencial y determinante en el ser humano no son los genes o lo innato, sino precisamente lo adquirido por vía cultural.

En otro sentido la naturaleza se opone a la *sociedad*, como el bosque a la urbe. Sócrates decía que, en tanto que ser humano, no se le había perdido nada fuera de la polis. Es decir, proponía una visión social de la naturaleza humana. Muchas personas también actualmente se encuentran más ubicadas dentro de la ciudad que en la soledad de la naturaleza. Por ejemplo, Fernando Savater (7, p.23) escribe: “Nuestra naturaleza es la sociedad. En el bosque o entre las olas podemos llegar a sentirnos a veces (por un tiempo) a gusto; pero en la sociedad nos sentimos, a fin de cuentas, nosotros mismos”. Diríamos, en consecuencia, que el ser humano, por naturaleza, pertenece más a la sociedad que a la naturaleza.

La ubicación social del ser humano hace que esté sometido no sólo a las leyes naturales, físicas, sino también a una serie de leyes emanadas de la sociedad y que podemos juzgar como convencionales. En este sentido, naturaleza se opone a *convención*. De nuevo, podríamos considerar que el ser humano es tal en la medida en que se comporta conforme a tales convenciones y también en la medida en que tales convenciones progresan hasta recoger lo que hoy llamamos derechos humanos.

Se puede discutir si la ley de la ciudad debe, a su vez, compararse o aproximarse a alguna suerte de ley moral natural. En cualquier caso, esta ley natural-moral, a diferencia de las leyes naturales-físicas, sería reconocida por la razón humana y acatada por la libre voluntad de las personas. Aquí naturaleza se opone a *razón*, también a *libertad* y a *voluntad*. El ser humano puede entonces ser conceptualizado más por su razón que por su pertenencia a la natura, más por su libertad que por sus condicionamientos innatos, más por sus aspiraciones y proyectos voluntarios que por el punto de partida de su nacimiento.

Ya hemos visto más arriba cómo Ortega oponía naturaleza a *historia*. Así como el resto de los seres siguen su curso marcado por la naturaleza, el planeta su órbita y el animal su instinto, el ser humano traza su ruta social desde la libertad y la razón, de modo que acaba desarrollando una historia. Nos hallamos de nuevo ante una concepción no naturalista, sino en este caso historicista, de la naturaleza humana.

Hasta aquí hemos contrastado la estabilidad de la naturaleza, su carácter de dato, de ciclo, de ley inmutable, frente a lo humano, más dinámico, cambiante,



menos sumiso a una legalidad implacable, más elegible según preferencia o razón. Sin embargo, y por paradójico que parezca, también se pueden ver las cosas en un sentido contrario. Cuando se ha opuesto lo natural a lo *sobrenatural*, lo natural a lo *eterno*, la naturaleza al *espíritu* o a la *gracia*, entonces se ha hecho énfasis en el carácter mutable de la naturaleza. Se ha resaltado la sumisión de la misma al baile del nacimiento y la muerte. En el otro polo estaría lo sobrenatural y eterno. El ser humano, para muchos, pertenece fundamentalmente a este plano, sería una criatura dotada de una chispa divina, dotada de espíritu y asistida por la gracia. En este caso no se niega la naturaleza humana, sino que se la sitúa principalmente en el plano sobrenatural. Lo que se niega es una concepción estrictamente naturalista de la naturaleza humana.

Consideremos, por último, el contraste entre lo natural y lo *artificial*. Hasta hace poco se veía como la oposición entre dos dominios disjuntos de objetos. Los seres vivos, por supuesto, caían siempre del lado de lo natural. El ser humano, productor de los artefactos, era considerado también como parte de lo natural. Actualmente las cosas han cambiado. Tendemos a ver lo natural y lo artificial como fuerzas que confluyen en la producción de los mismos objetos, no como dominios disjuntos de objetos. Los seres vivos, tanto como los no vivientes, pueden ser producto a un tiempo de la naturaleza y del arte. Por ejemplo, los ecosistemas de un parque natural protegido están controlados técnicamente y legislados por leyes sociales. El ratón y el maíz transgénicos son al mismo tiempo hijos de la naturaleza y de la tecnología. Asimismo, el propio ser humano puede ser sometido a modificaciones técnicas, puede ser convertido en artefacto. Nos preguntamos si es deseable la artificialización del ser humano ¿Conviene que pasemos de ser entidades naturales a ser artefactos de nuestra propia creación? Si respondemos positivamente, entraríamos en una concepción no naturalista, sino artificialista, de la naturaleza humana.

Hemos comprobado, pues, que no hay nada de redundante en la idea de una concepción naturalista de la naturaleza humana. Uno de los filósofos más influyentes en la línea de la naturalización ha sido David Hume (1711-1776), con su *Tratado sobre la naturaleza humana* (8). Pero este enfoque naturalista, si se radicaliza, lleva en sí el germen de su propia destrucción. La naturalización radical de la ética -y en nuestro caso de la bioética- acaba derivando hacia un simple emotivismo e irracionalismo que amenazan a la propia moral. Hume asegura que “no nos expresamos estrictamente ni de un modo filosófico cuando hablamos del combate entre la pasión y la razón. La razón es, y sólo debe ser,

la esclava de las pasiones, y no puede pretender otro oficio que el de servir las y obedecerlas”. (8, p.561). Estos riesgos de una naturalización radical de la naturaleza humana fueron detectados tempranamente por Kant (1724-1804). Él aboga por un estudio científico de la naturaleza inanimada, conforme al método newtoniano, pero al mismo tiempo advierte que no es esperable, ni deseable, una radical naturalización del ser humano.

Es cierto, como sostiene Darwin (1809-1882), que compartimos origen con el resto de los vivientes, pero, en palabras del biólogo español Andrés Moya (9, p304), “las propiedades emergentes, nos han transportado a mundos radicalmente nuevos, mundos que solemos evaluar como progresivamente mancos de naturaleza. El mundo de los humanos es un mundo que se ha fabricado con hallazgos biológicos fundamentales que, una vez aparecidos, nos ha puesto en una tesitura de vida progresivamente desnaturalizada”. No se puede negar que el ser humano y todas sus facultades tengan base biológica, ni que se hayan ido gestando a lo largo de un proceso evolutivo. También tienen base física, por cierto. Es verdad que estamos constituidos por células, tanto como que estamos hechos de átomos. Tan cierto es que nos precede la filogénesis, como que venimos del Big Bang. Cualquier avance de las ciencias naturales que permita el esclarecimiento de estas bases y de estos orígenes será de utilidad para conocer mejor al ser humano. Pero aseverar esto, no es lo mismo que afirmar que el ser humano es un montón de átomos o de células. Es decir, el imprescindible estudio naturalista de la génesis y de las bases físicas y biológicas del ser humano no equivale a la completa naturalización del mismo. ¿Es posible un naturalismo no radical?, ¿un concepto moderadamente naturalista del ser humano?, ¿una noción de naturaleza humana que haga justicia a los principios de la bioética y a las buenas prácticas sanitarias?

3. La naturaleza humana en las tradiciones kantiana y aristotélica

3.1. La tradición kantiana

A la búsqueda de un concepto adecuado de naturaleza humana, podríamos explorar primero la perspectiva kantiana. En Kant no se niega la naturaleza humana y existe una resistencia a su plena naturalización. Sin embargo, quizá en Kant la desnaturalización de la naturaleza humana sea excesiva. Viene aquí al caso el pasaje de la *Crítica de la razón pura* (10, pp. A532 y B560) en el que Kant afirma: “Sólo podemos concebir dos clases de causalidad en relación con lo que sucede: la que deriva de la *naturaleza* y la que procede de la *libertad*”.



Este texto parece tener continuidad con otro más famoso que le sirvió de epitafio y que encabeza la conclusión de la *Crítica de la razón práctica* (11): “Dos cosas llenan el ánimo de admiración y respeto [...]: el cielo estrellado sobre mí y la ley moral en mí”.

En la concepción kantiana de la naturaleza humana quizá se dé un extrañamiento excesivo respecto de la naturaleza, al menos para el gusto contemporáneo. Los mundos de la naturaleza y de la libertad, el cielo estrellado y la ley moral, no tienen por qué ser tan ajenos el uno al otro como Kant sugiere. Aun así, entiendo que en Kant aparecen ideas muy valiosas sobre la naturaleza humana, muy útiles e iluminadoras en nuestros días. Especialmente interesante es la idea de que cada persona es un fin en sí misma; no debe ser vista ni tratada tan solo como un medio. Nunca se debe olvidar, ni en la atención sanitaria, ni en el debate bioético, esta concepción kantiana de la dignidad de las personas.

3.2. La tradición aristotélica

Otra tradición que a mi modo de ver resulta valiosa y prometedora para nuestra tarea es la aristotélica, que se sitúa claramente en la línea de una naturalización moderada de la naturaleza humana. Durante algún tiempo se dio en filosofía la tendencia a olvidar el aspecto corporal e incluso social del ser humano. En la estela de la filosofía cartesiana se llegó a construir una idea del hombre como un ser principalmente racional, y una idea de la razón como algo abstracto y completamente desencarnado. Desde esta perspectiva, difícilmente se podía pensar la vulnerabilidad y la dependencia como notas integrantes de lo humano. Más bien se veían como defectos o disminuciones de lo humano. De este modo, el ser humano por antonomasia sería el hombre racional, adulto, libre, autónomo, sano, lúcido y capaz. La versión más digna y aceptable de esta figura es la que aporta Kant al presentar al ser humano principalmente desde el ángulo de su autonomía, desde la razón que se da la norma a sí misma. La versión más exagerada y peligrosa la encontramos en el superhombre nietzscheano, que trasciende o niega la naturaleza humana y se inventa a sí mismo por completo desde la voluntad de poder.

En cambio la filosofía aristotélica ha definido siempre al ser humano como un animal racional y social (*zoon logon politikon*). En esta definición el término *animal* no debe ser minusvalorado, sino tomado en un sentido serio como parte de nuestra naturaleza. La razón no debe ser entendida como una instancia desencarnada, sino como la sensatez y la prudencia que nace de la

experiencia vital. Lo social, por último, nos indica que resulta connatural a los seres humanos la mutua dependencia. De modo que la vulnerabilidad animal y la dependencia social que nos acompañan necesariamente no son defectos de lo humano, sino partes de lo propiamente humano. La veta cristiana que santo Tomás de Aquino (1224-1274) añadió al aristotelismo puso de manifiesto el valor de los débiles, de los ancianos, de los niños y de los enfermos.

En los últimos tiempos, nuestra sociedad ha sentido también la necesidad de compensar los excesos de individualismo. Son varios los pensadores que han vuelto a poner en primer plano los vínculos de dependencia y la necesidad de mutuo cuidado. Es de interés en este sentido el libro del pensador neoaristotélico Alasdair MacIntyre, titulado *Animales racionales y dependientes* (12). Mi objetivo central al citar aquí a este filósofo contemporáneo es buscar unas bases filosóficas sólidas para el respeto a la dignidad humana, y muy especialmente en el caso de las personas más vulnerables y dependientes. El libro de MacIntyre es una obra de filosofía moral escrita no desde la condescendencia hacia las personas dependientes, sino desde el reconocimiento de que todos hemos sido, algunos lo son o lo somos, y todos seremos, un día u otro, personas dependientes. MacIntyre concibe al ser humano como un animal racional y autónomo, pero también por naturaleza dependiente.

Según MacIntyre, el “nosotros” que se suele utilizar en la literatura de la filosofía moral no será ya nunca más el “nosotros” exclusivo de las personas plenamente autónomas y en posesión de todas sus fuerzas y facultades. Ese “nosotros” del sujeto moral incluirá también a las personas no perfectamente autónomas, porque personas dependientes, en algún momento de la vida, lo somos todos. En la relación de dependencia hay alguien que proporciona cuidados y otro que los recibe. Ambos deben desarrollar virtudes propias, sin las cuales la vida humana se degradaría.

Aquí contamos con la ventaja de que el ser humano no aparece completamente separado de la naturaleza, pero tampoco absolutamente naturalizado. La idea de naturaleza humana que hay en Aristóteles incluye e integra seriamente nuestra condición animal, como ha destacado MacIntyre. Somos animales, y por ello vulnerables. Sin embargo, la naturaleza humana no se reduce a esta condición. Somos también sociales, y por tanto dependientes los unos de los otros, lo cual da perfecto sentido a la idea de déficit de autocuidado que está presente en la teoría de la enfermería. Y tenemos una dimensión racional que se proyecta hacia lo ético, lo lingüístico, la capacidad de autoconciencia y la voluntad libre. Con todo, cada ser humano es una unidad en la que estas dimensiones



aparecen integradas, no meramente yuxtapuestas. Por ello, cobra también sentido el enfoque holista al que nos hemos referido más arriba. A partir de esta concepción de la naturaleza humana, Aristóteles (13, pp. 1097b–1098a) identifica cuál es la función del ser humano, que se orienta hacia la felicidad, entendida esta como realización e integración plena de los aspectos animales, sociales y racionales del ser humano.

4. Resumen conclusivo

La enfermería tiene por función principal el cuidado de la salud del ser humano. Según hemos visto, estos términos remiten a la cuestión de fondo de la naturaleza humana. Hay distintos planteamientos filosóficos respecto de esta cuestión. Están los pensadores que niegan directamente que exista una naturaleza humana, así como aquellos que pretenden una naturalización radical de la misma. Por las razones ya expuestas, ninguno de estos dos planteamientos hace justicia a la idea de cuidado de la salud del ser humano, ninguno sirve como fundamento antropológico para pensar la enfermería. Hemos buscado, como alternativa, tradiciones filosóficas que no nieguen la naturaleza humana ni la reduzcan a simple hecho natural. Entre ellas tenemos la tradición kantiana, que propone ideas muy valiosas para la práctica y fundamentación de la enfermería, especialmente la idea de dignidad inalienable de la persona. No obstante, con esta tradición corremos el riesgo de separarnos en exceso del polo naturalista. La tradición aristotélica, como la kantiana, afirma la existencia de una naturaleza humana, pero, a diferencia de la kantiana, sitúa la naturaleza humana en el justo medio de un naturalismo moderado.

La tradición aristotélica reconoce nuestra condición biológica de animales, y con ella nuestra fragilidad y vulnerabilidad. Afirma nuestra condición social, y por lo tanto dependiente. Esta caracterización del ser humano ofrece una base antropológica muy sólida y objetiva a la teoría de la enfermería como compensación del déficit de autocuidado. En tercer lugar, la tradición aristotélica enfatiza los aspectos racionales del ser humano. Estos aspectos hacen del ser humano algo diferente del simple animal. A diferencia del resto de los animales, el ser humano está abierto a la autoconciencia, a lo lingüístico, a lo técnico y artístico, a lo científico, a lo moral y a lo espiritual. El énfasis en estas diferencias hace que la posición aristotélica se pueda considerar como una forma de naturalismo no radical, sino moderado. Ahora bien, todos estos rasgos no se hallan en nosotros yuxtapuestos, sino integrados. Lo animal,

lo social y lo racional están en cada uno de nosotros como rasgos de una entidad única e integral, que es la persona, no como sumandos yuxtapuestos. Esta concepción integral de lo humano nos sirve para dar base y sentido a la concepción holista de la enfermería.

Por último, una vez establecido en qué consiste la naturaleza humana, podemos saber en qué consiste el bien del ser humano, su función, es decir, la felicidad: se trata del pleno desarrollo de una vida propiamente humana, dotada de un suficiente bienestar, dada nuestra condición animal, de una armoniosa convivencia, dada nuestra condición social, y de un adecuado grado de desarrollo espiritual, dada nuestra condición racional. En función de todo ello podemos establecer también en qué consiste la salud, entendida como instrumento al servicio de la felicidad humana.

En suma, la concepción aristotélica de la naturaleza humana resulta hoy día una base muy adecuada para fundar y evaluar sensatamente cualquier actividad sanitaria y cualquier propuesta bioética.

Referencias bibliográficas

1. Consejo Internacional de Enfermeras. Definición de enfermería. [Consultado el 23 de marzo de 2012]. Disponible en: URL: <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>.
2. Orem, DE. *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson-Salvat; 1993.
3. Heidegger, M. *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer; 1927.
4. Organización Mundial de la Salud. Definición de Salud. [Consultado el 23 de marzo de 2012]. Disponible en: URL: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
5. Otega y Gasset, J. La barbarie del “especialismo”, en *La rebelión de las masas*. 37ª ed. Madrid: Revista de Occidente; 1963.
6. Mosterín, J. *La naturaleza humana*. Madrid: Espasa; 2006.
7. Savater, F. *Política para Amador*. Barcelona: Ariel; 2004.
8. Hume, D. *Tratado de la naturaleza humana*. Madrid: Tecnos; 1988 [primera edición en inglés de 1739].
9. Moya, A. La domesticación de la naturaleza: de la artificialización a la intervención, *Endoxa* 2010; 24: 291-310.
10. Kant, I. *Crítica de la razón pura*. Madrid: Alfaguara; 1978 [primera edición en alemán de 1781].
11. Kant, I. *Crítica de la razón práctica*. Madrid: Alianza; 2000 [primera edición en alemán de 1788].
12. MacIntyre, A. *Animales racionales y dependientes*. Barcelona: Paidós; 2001 [primera edición en inglés de 1999].
13. Aristóteles. *Ética Nicomaquea*. Madrid: Gredos; 1995.



La condición vulnerable del ser humano: Presupuestos para una ética de la fragilidad humana

Aquilino Cayuela Cayuela

Universidad CEU Cardenal Herrera

1. Introducción

La existencia humana no es únicamente, ni puramente, racional y volitiva sino también *patética*, nuestro carácter y condición no es solo *ethos* sino también *pathos*, nuestro devenir en el ser y la existencia, no se limita al dominio de la razón y la acción sino que se da el *acontecer* más allá del control racional y nuestros actos. El *pathos* es un elemento configurador del *ethos* hasta el punto de convertir el humano existir en condición paradójica. Indagar la paradoja es el objeto principal de la presente investigación:

“Un humanismo que no tuviese en cuenta los sufrimientos, los pecados y la muerte, que no los pusiera en el centro de su *visión del mundo*, sería radicalmente incompleto sería falso... La muchedumbre de los *humillados* y *ofendidos* se ha hecho inmensa, cubre la tierra. En esa multitud se pone de manifiesto *la tragedia de la condición humana, la desnudez que constituye el signo distintivo de la condición del hombre*. ¿Hay que hablar a todos esos desgraciados de la *ciudad terrena*, de confianza en el hombre, de progreso intelectual, de la paz del mañana? Saben perfectamente que eso no alcanza su mal profundo. Hace falta un *médico* más radical, una transformación más total”.¹

Indagar el carácter paradójico del *pathos* en el *ethos* del hombre, es el camino de retorno a un realismo moral, en esto se apoyan las articulaciones que vamos a seguir. Es un hecho real, incluso empírico, que la acción inteligente de los hombres está, siempre, acompañada por el padecimiento y la fragilidad:

“Los seres humanos son vulnerables a una gran cantidad de aficciones diversas y la mayoría padece alguna enfermedad grave en uno u otro momento de su vida. La forma como cada uno se enfrenta a ello depende solo en una pequeña parte de sí mismo. Lo más frecuente es que todo individuo dependa de

¹ Moeller, Ch., *Sabiduría griega y paradoja cristiana*, Encuentro, Madrid, 1989, pp. 18-19. Afirmación que alude directamente a la necesidad de redención de los hombres.

los demás para su supervivencia, no digamos ya para su florecimiento, cuando se enfrenta a una enfermedad o lesión corporal, una alimentación defectuosa, deficiencias y perturbaciones mentales y la agresión o negligencia humanas”.²

Esta observación nos sitúa en la indagación bioética y es uno de los campos donde vamos a centrar nuestro trabajo: ¿Qué aporta la perspectiva del *pathos* como humana condición a la hora analizar el *ethos* del cuidado de la vida humana, de las investigaciones biomédicas y de las nuevas tecnologías aplicables al vivir y morir de las personas? ¿Qué eticidad comporta el cuidado y la atención de los hombres en sus estados pacientes o patéticos?

Responder a estos y otros cuestionamiento, asentar la bases de una ética realista, constituyen el reto que vamos a desarrollar en el presente trabajo que constituirá, por una parte, una búsqueda genealógica, casi arqueológica y, sin duda, histórica de los momentos estelares de nuestra cultura donde el pensamiento ha resaltado u ocultado esta condición patética de nuestro existir y “por qué”; para , de otra parte, desarrollar sus posibilidades especulativas donde no vamos a escatimar argumentos y respuestas a los problemas vigentes. La *condición de menesterosidad* es objetiva y constituye una de las experiencias morales básicas de todos, absolutamente todos, los seres humanos; no es, pues, tema baladí, ni elucubración sutil de un grupo de jóvenes académicos que nos hemos encaprichado del asunto. Lo *patético del humano existir* es el otro lado de la paradoja de lo ético, y no se contrapone a éste sino que sitúa en lo real su condición de posibilidad. No hay acción pura, ni se ejerce un control racional soberano sobre nuestro devenir. El hombre “es un animal patético, alguien al que le pasan cosas, con más frecuencia incluso que cuando tiene en sus manos la iniciativa de los acontecimientos”.³ El hecho de que los humanos seamos frágiles, vulnerables, menesterosos y dependientes de otros, merece una rigurosa reflexión por parte de la filosofía moral y jurídica⁴, particularmente en el campo bioético; es más, suprimir o no contemplar esta condición elimina

² Este comienzo de la obra de Alasdair MacIntyre, *Dependent Rational Animals*, Carus Publishing Company, 1999, fue la idea que inspiró hacia el año 2003 el inicio de la línea de investigación sobre “la dependencia y la vulnerabilidad humana” de la que es fruto el presente trabajo, (ver la traducción castellana: *Animales racionales y dependientes*, Paidós, 2001, pp. 15-24).

³ Innerarity, D., *Ética de la hospitalidad*, Península, Barcelona, 2001, pp. 23-41. Son, aparte de los citados, numerosos los autores que revisan y articulan la ética hoy día desde los presupuestos indicados, destaco a: Williams, B., *Ethics and the limits of philosophy*, Harper Collins Publishers, 1985; Moral Luck. Philosophical Papers, Cambridge University Press, 1981. También ver Nussbaum, M. C., *The fragility of goodness. Luck and ethics in Greek tragedy and philosophy*, Cambridge University Press, 1986.



el basamento real y gnoseológico de cualquier investigación bioética seria y bien fundada.

Pensamos, además, que este enfoque que nos hemos hecho el propósito de acometer supone directamente resolver algunos de los principales problemas de las disputas éticas actuales, concretamente en tres aspectos relevantes:

- Primero: La concepción desvinculada del yo humano, que parte de la antropología cartesiana y sustenta toda la ética moderna, causa graves dificultades, por entender que el hombre es una dualidad de dos principios separados: la mente – razón – “yo pienso” (algo así como una “navecita” o “fantasma”, que es lo esencial de la persona, y dirige con absoluto dominio su cuerpo y entorno natural) y el cuerpo – herramienta (una especie de máquina - instrumento o robot mecánico sometido a la extensión espacial y bajo las leyes naturales) que es secundario e instrumental al primer principio. Esta visión de lo humano⁵ es impecable descriptivamente en cuanto a diferenciar dos principios reales, pero la escisión o dualidad radical de ambos es ficticia y se convierte en causa y basamento de una buena parte de las disputas bioéticas que afectan a la dignidad vida humana: Así distintas posiciones dan por supuesta esta antropología para argumentar acerca del tratamiento de la vida vulnerable con una importante merma respecto a las condiciones de la dignidad humana.

- Segundo: La base de los argumentos morales de la actualidad suponen, implícita o explícitamente, una concepción del *ethos*, en cuanto carácter o modo de ser humano, idealizada, bajo las antiguas premisas del idealismo racionalista, que niegan esta realidad *patética* que acompaña el carácter del humano existir. Dejando este elemento de lado, la ética se hace problemática (irresoluble) por lo que terminan negando la misma realidad de una *naturaleza moral humana*. El ejemplo más vigente, en nuestro tiempo, es el dominio de la moral utilitarista que solo fundamenta los actos en cálculos y proporciones que únicamente se sostienen bajo una noción de “razón idealizada”, sin tener en cuenta que los *acontecimientos* son y se dan al margen de ese supuesto “control racional”.

- En tercer lugar, algunos autores contemporáneos que se adscriben al llamado pensamiento posmoderno (post- metafísico) reivindican la

⁴ Cortina, A., *Alianza y Contrato*, Trotta, Madrid, 2001. Al respecto ver: Los bienes de la tierra y la gratuidad necesaria, pp. 159-171.

⁵ Criticada muy convincentemente por toda la tradición aristotélico – tomista y por autores contemporáneos de gran calado como G. Ryle o Ch. Taylor.

contingencia humana como elemento básico de la investigación filosófica, tanto en su versión hermenéutica, como en su versión pragmatista. Esta perspectiva *débil* y/o irónica de la condición humana parecería coincidir con nuestro presupuesto de indagar el *pathos* del hombre pero, muy por el contrario, nuestra investigación busca, a través de la *path-ética*, vincular la ética humana a *lo real* desenmascarando errores tanto del esteticismo posmoderno, como del neo-empirismo deshumanizado que determinamos como “deslizamiento neo-materialista”.

2. Ascensión

Hace mucho tiempo, entrado el periodo estival, un joven modesto y simpático viajaba desde su Hamburgo natal hasta el suizo cantón de los Grisones. En su itinerario ha ascendido y bajado varias veces en los vaivenes del largo trayecto que cruza la meseta meridional de Alemania, padeciendo con desgana y aburrimiento el transcurrir de ese tiempo. Llegado a la pequeña estación alpina de Landquart hace transbordo a un ferrocarril de vía estrecha para ultimar su ascenso.

Esto ocurría probablemente hacia 1907-1908 en el mundo anterior a la Gran Guerra, en “el mundo de la seguridad” donde “todo el mundo sabía cuanto tenía y cuanto le correspondía, qué le estaba permitido y qué prohibido”; un mundo donde “todo tenía su norma, su medida y su peso determinados” como precisa en sus memorias sobre aquel periodo, el escritor austriaco Stefan Zweig. La clave de la ilusión de ese “mundo de ayer” era que todavía esperaban, “cegados por el idealismo”, que el progreso técnico iría necesariamente acompañado por un igual progreso moral⁶.

Ese joven del que les hablo se llama Hans Castorp y el lugar al que se dirige es un sanatorio para tísicos, ubicado en Davos-Platz, inmortalizado por la prodigiosa narrativa de Thomas Mann como *Der Zauberberg: La Montaña Mágica*⁷.

Imaginemos por un momento que el joven Castorp en vez de dejar sobre el asiento adyacente de su compartimiento el libro *Ocean Steamships*, ha dejado

⁶ Zweig, S., *Die Welt von Gestern*, Williams Verlag, Zürich, 1976. (Trad. al castellano de Foncuberta, J.; Oszeszek, A.: *El mundo de ayer. Memorias de un Europeo*, Acanitlado, Barcelona, 2002, pp. 17-49)

⁷ Mann, T., *Der Zauberberg*, Fischer Verlag A. – G., Berlin, 1924. (Trad. al castellano de Verdaguier, M.: *La Montaña Mágica*, Plaza y Janés, Barcelona, 1993).

otro, obra de su propio creador y recientemente publicado bajo el título de *Der Tod in Venedig (La muerte en Venecia)*. Pensemos, por un momento, que el joven Hans ha contemplado con asombro y a veces repulsa el viaje final del reputado literato Gustav von Aschenbach⁸.

Castorp y Aschenbach son dos signos de nuestro tiempo, o mejor, de un tiempo algo anterior a nosotros pero, aun, contemporáneos nuestros. Ambos son pacientes, padecen enfermedades, el primero a temprana edad⁹ y el segundo en el declive de su madurez. Uno representa el decadentista y trágico fin de un cierto orden que ha prevalecido, el otro supone la ascensión de un joven a un iniciático e incierto momento. Ambos tienen la fragilidad en las manos y su condición menesterosa presenta metafóricamente el ocaso y decadencia de la edad moderna, motivo por el cual sus historias, “cubiertas de preciosa herrumbre”, son dignas de ser narradas y, por supuesto, leídas y analizadas con atención, por esto mismo nos servirán de guía en el ensayo que presentamos y con cierta frecuencia recurriremos a ellos y a su *pathos* vital.

3. La enfermedad, el tiempo y la muerte

El joven Castorp ha ascendido a la a-temporalidad del Sanatorio Internacional Berghof. Allí ha pasado una iniciación de siete largos años, (siete capítulos), para los del “mundo de abajo”. Para él el tiempo pasaba, resbalaba, seguía su curso. Allí arriba el tiempo es narración y la narración como la música: “realiza el tiempo, lo llena convenientemente, lo divide convenientemente y lo hace de manera que ocurra algo”. Allí arriba “el tiempo es una ilusión”, como pretendían los Doctores medievales para quienes “el transcurso que hace suceder el efecto a la causa, no era debido más que a la naturaleza de nuestros sentidos, y que el verdadero estado de las cosas era *un presente inmutable*”¹⁰.

Para Ricoeur *Der Zauberberg* es ante todo una novela sobre el tiempo y donde Mann contrasta dos formas de temporalidad diversa; el tiempo

⁸ “Aschen”: cenizas y “Bach”: arroyo. Llamarlo “Arroyo de Cenizas” puede ser una contraposición intencionada del personaje frente al prometéico filósofo Ludwig Feuerbach (= Arroyo de fuego), 1804-1872, principal impulsor del antropocentrismo ateo y de la izquierda hegeliana cuyo desarrollo conducirá diestramente su discípulo Kart Marx.

⁹ En La Montaña Mágica Thomas Mann está ejecutando una versión contemporánea y compleja del Bildungsroman, o novela iniciativa y de aprendizaje que tiene en la literatura alemana su origen en la obra picaresca de Grimmelhausen *El aventurero Simplicissimus* (1669) y su cumbre literaria en *Los años de aprendizaje de Wilhelm Meister* (1795-96) de J. W. Goethe.

¹⁰ Mann, Th., *La montaña Mágica*, ed. cit., pp. 749-758.

abolido, (pérdida del tiempo cuantificable), que Hans Castorp deja allá abajo en la llanura y el tiempo instaurado por la enfermedad, arriba en Berghof, que configura un *pathos* mágico y encantador en el que se desarrolla el aprendizaje iniciático del joven Castorp. Tiempo mágico que refleja la descomposición, decadencia y nihilismo de la cultura occidental¹¹.

La enfermedad es una de las configuraciones temporales por las que todos los hombres pasamos necesariamente a lo largo de nuestras vidas, un *pathos existencial* que nos retorna a la realidad de la presencia del *propio cuerpo*, de nuestra propia corporalidad, derogando, por verificación vivencial, lo que el constructo moderno ha imaginado como un *yo desvinculado* supra-temporal y supra-histórico, a saber, la ficción de un yo pensante con capacidad de desconectarse de su cuerpo, como una *navecita* que pudiese desacoplarse y elevarse sobre él. Por ello, no es de extrañar que en la novela el iluminista Settembrini afirme:

“Usted ha dicho que la enfermedad unida a la estupidez es la cosa más lamentable que hay en el mundo. Puedo aceptarlo. Yo también prefiero un enfermo espiritual a un imbécil físico. Pero mi objeción se inicia en el momento en que considera... la enfermedad como algo tan distinguido y respetable que no puede armonizarse en modo alguno con la estupidez... ¡Pues bien, no! La enfermedad no es en modo alguno distinguida ni digna de respeto... Se remonta a los tiempos dominados por la superstición, en que la idea de lo humano estaba degradada y privada de toda dignidad; a los tiempos angustiosos en que la armonía y el bienestar eran considerados sospechosos y diabólicos, mientras que la enfermedad era una especie de pasaporte hacia el cielo. Pero la razón y el Siglo de las Luces han disipado las sombras que pesaban sobre el alma de la humanidad”¹².

No se puede expresar mejor el humanismo del ideal racionalista e ilustrado de quitar los miedos a los hombres y particularmente los dos primeros miedos: el miedo al tiempo y la finitud que es *la muerte* y el miedo al cuerpo y sus limitaciones que es *la enfermedad*. Por esto mismo indicará Settembrini un poco después:

¹¹ Ricoeur, P., *Temps et Récit*, Tomo II, La configuration dans le récit de fiction, Seuil, Paris, 1989. Cfr. Cragnolini, M. B., *Tiempo de la salud, tiempo de la enfermedad*, en Escritos de Filosofía, Academia Nacional de las Ciencias, n. 33-34, Buenos Aires, 1999, pp. 109-119.

¹² *La Montaña Mágica*, p. 140.

“Un hombre que vive enfermo no es más que un cuerpo; eso es lo antihumano y humillante, pues en la mayoría de los casos no vale más que un cadáver...”

Es una muy buena expresión de lo que podemos denominar el deslizamiento de la deontología liberal al materialismo neo – empirista, lo que nos va ocupar un segundo y detallado análisis.

4. Fuentes de la visión contemporánea del cuerpo

El padecer humano de la temporalidad y la finitud se corresponde *objetivamente* con la *corporalidad*. Este *polo objetivo del pathos existencial* de los humanos ha sido interpretado desde antiguo por la tradición filosófica occidental como una especie de “prisión”, y visto negativamente por la *teoría dualista* que es la hermenéutica antropológica más arraigada y dominante en la senda principal de la filosofía occidental.

Desde Platón en la *gran filosofía* o desde las escuelas maniqueas y la gnosis pre-cristiana y pseudo-cristiana¹³, hasta las versiones agustinistas en la teología cristiana, medievales y modernas¹⁴, se ha presentado una imagen de *hombre dual*, en el que la pugna entre *materia* y *espíritu* queda a priori resuelta en la supremacía y dominio del principio espiritual sobre la realidad material, sumisa e instrumental. Desde antiguo se hace patente que esta visión tranquilizadora del sujeto humano, queda defraudada en las situaciones de enfermedad y padecimiento físico, donde el cuerpo se impone manifiestamente sobre el espíritu humano y tal estado de sufrimiento arrastra al sujeto a una sensación de presidio y opresión en lo material. Gran parte del despliegue intelectual de occidente se ha motivado en el afán de superar esta tensión.

La versión platónica es la primera gran teoría de la imagen del *yo invulnerable y desvinculado* y se centra en entender al ser humano como la *vida de una razón capaz de autosuficiencia* y que desde ella, desde esta altura, pueda “amarrar” y “atrapar” los elementos poco fiables del mundo comenzando por su propio cuerpo. Pero el mundo contemporáneo parte, en

¹³ Una incomparable exposición de este asunto la encontramos en: Jonas, H., *The Gnostic Religion*, Beacon Press, Boston, 1958; también en Orbe, A., *Introducción a la Teología de los Siglos II y III*, Sígueme, Salamanca, 1988. Ver también: *Los Gnósticos*, Vols. I y II, (Ed. de Monserrat Torrens, J.), Gredos, Madrid, 1983. En esta obra se recoge la obra de S. Ireneo de Lyon, *Contra las Herejías*, la más detallada exposición de la Gnosis de su tiempo.

¹⁴ De Lubac, H., *La posteridad espiritual de Joaquín de Fiore I: De Joaquín a Schelling*, Encuentro, Madrid, 1989; *El Misterio de lo Sobrenatural*, Encuentro, Madrid, 1991.

su imaginario, de concebir al hombre según la segunda gran versión del *yo*: *invulnerable y desvinculado*, que se corresponde con la antropología dualista de René Descartes para quien todo ser humano, a excepción de los recién nacidos y los idiotas, son una dualidad de dos principios:

- *El cuerpo humano o res extensa* que por estar en extensión en el espacio está sujeto a las leyes mecánicas, y cuyos procesos pueden ser controlados por observadores externos.

- *La mente o res cogitans*, que por encontrarse fuera del espacio esta capacitada para desvincularse de la extensión y sus procesos no pueden ser observado exteriormente, sino solo “yo” puedo tener conocimiento directo del transcurrir de procesos y estados que se dan en mi propia mente, al que denomina *conciencia*.

Este imaginario antropológico es equivalente a un robot en cuya cabeza se asienta un navecita con capacidad de conectarse y desconectarse del mismo, algo así como despegar y elevarse, al margen del robot que queda inerte, para cuando quiera volver aterrizar en él, y conectarse con él para asumir el control. Voy a denominar este modelo antropológico como *modelo Mazinger Z*, porque es, tal y como una serie de animación japonesa, de los años setenta, presentaba a un héroe de ficción que nos sirve, como ejemplo muy plástico, para exponer este asunto: El armazón y los engranajes mecánicos que componen los miembros del robot es el *cuerpo*, (es *Mazinger Z*) y la navecita que cuando conecta dirige los movimientos y las acciones del mismo (nave desde la que el muchacho *K. Kabuto* dirige los movimientos y acciones del gigantesco autómeta) es la *mente*.

Como se observa esto supone la bifurcación de dos vidas o dos mundos paralelos, una existencia física, compuesta de materia y que es mera herramienta o instrumento regido o dominado de otra existencia mental, que es autónoma y rectora de la primera. Este imaginario, supone, además, una precedencia de lo mental sobre lo corporal, otorgando a lo mental *capacidad de desconexión* y de *dominio* sobre lo material, que se relega a *mera herramienta instrumental*¹⁵.

A lo expuesto habría que añadir cómo el desarrollo empirista de esta doctrina cartesiana, iniciado por Locke, radicaliza esta des-encarnación con la noción

¹⁵ Cfr. Ryle, G., *The Concept of Mind*, Penguin Group, London, 2000, (trad. cast.: *El concepto de lo mental*, Paidós, Barcelona, 2005). Ver pp. 25-37. Ryle habla de este modelo como el del fantasma en la máquina.



de un “yo puntual” y el desarrollo de un “atomismo psicológico”. La clave de esta figura está en obtener el control racional a través de la desvinculación, (de la desconexión misma mente / cuerpo), es decir, se produce una objetivación empírica del cuerpo y se le neutraliza despojándole de su fuerza significativa y normativa. Locke deifica la mente y adopta un atomismo de la misma¹⁶ cuyo desarrollo en el empirismo actual, (no tanto en Locke), supone un relativismo radical: Lo que somos significativamente, cada uno de nosotros, se reduce a átomos psicológicos, a estados anímicos y mentales que se van sucediendo, es “mi yo puntual mental”, mi “aquí y ahora subjetivo”¹⁷.

La conclusión de esta antropología en nuestro tiempo está fuertemente agudizada por las posibilidades bio-médicas actuales. Desde estos supuestos se responde que la vida biológica humana y su presencia corporal pasa a ser *persona* en el momento en el que aparecen las condiciones de posibilidad o las condiciones mismas de la conciencia o de una racionalidad óptima y de los sentidos con clara primacía del placer sobre el dolor. Dadas estas condiciones, la vida biológica de la especie humana sí pasa a tener un *reconocimiento moral de su dignidad* como persona, que le otorgaría, en un segundo momento, una *dignidad ontológica*. Es decir, la presencia corporal de un ser humano, su *existencia*, tendría valor “en sí y por sí misma” desde que sus condiciones de conciencia y autonomía están presentes y mientras estas permanezcan. Esta visión presupone una antropología cartesiana, el citado modelo Mazinger Z, que entiende que la esencia o el valor intrínseco del ser humano está contenido en la racionalidad (navecita) y no en el cuerpo (robot), de forma que, hasta que la racionalidad (navecita) no ha aterrizado o presentado un cierto contacto con el cuerpo (robot) no estamos obligados moralmente a reconocer un valor absoluto a ese ser. De la misma manera, si por una enfermedad o por vejez la sensibilidad y la racionalidad (navecita) sufren deterioro o destrucción tampoco estaríamos moralmente obligados a reconocer ese valor intrínseco, de dignidad humana, que posee toda persona consciente y autónoma. En esta posición el momento de conferir la dignidad de un ser humano oscila según autores. Para algunos, la implantación del embrión en el útero, y la aparición de la corteza neural, basta para reconocer moralmente la dignidad de un ser

¹⁶ Ver en Taylor, Ch., Locke: El yo puntual, en *Fuentes del yo*, Paidós, Barcelona, 1996, en las pp. 175-192.

¹⁷ Cayuela, A., La corporalidad humana y la bioética, en Tomás, G.; Postigo, M. E., *Avances en Bioética Personalista*, EUNSA, Pamplona, 2006, Capítulo 3, pp. 71-87.

humano. Para otros, es algo posterior y hay que comprobar un cierto desarrollo cerebral y verificar una adecuada dotación cromosómica. Para otros se debe dar, de hecho, el nacimiento o el desarrollo adecuado de la conciencia en la infancia, para verificar este reconocimiento, aunque este caso los autores estarían tan al extremo que más bien se entenderían mejor en una posición argumentativa distinta, que voy a exponer a continuación.

5. El deslizamiento neo-materialista

Esta herencia dualista está sufriendo en los últimos tiempos y, principalmente, en lo que atañe a los problemas y nuevos retos que plantea la bioética, (avances biomédicos y posibilidades técnicas genéticas), un importante deslizamiento a una concepción extremadamente materialista en cuanto a la corporalidad. Los filósofos australianos Peter Singer o Michael Tooley afirman que la *humanidad* de un ser humano comienza a existir unos meses después de nacer, es decir, que esa *navecita*, (esencia de su dignidad humana), a la que se hacía referencia, acopla en el *robot* con bastante posterioridad al nacimiento de un individuo humano¹⁸. Tooley defiende el infanticidio hasta los dos meses de edad de un sujeto pues considera que la dignidad humana depende directamente de tres condiciones que son *la conciencia, los deseos y la futurilidad*¹⁹, dicho con nuestro ejemplo, considera que la humanidad del ser humano se da a partir del claro y empírico acoplamiento de la *navecita* (mente) con el *robot* (cuerpo). Todo el “ser” de lo “humano”, todo el “ser humano” se hace depender de esta *conexión*. Una *conexión* que desde este punto de vista neo – empirista se convierte en la *conexión ontológica* o *conexión relevante* que transforma o *da el ser* al despliegue biológico de la especie humana (cuerpo material), y de la cual, depende la presencia actual de una *conciencia de temporalidad*

¹⁸ Recientemente, en un artículo publicado el 23 de Febrero de 2012, en el *Journal of Medical Ethics*, bajo el título *After-birth abortion: why should the baby live?*, Alberto Giubilini y Francesca Minerva, de las facultades de Filosofía de Milán (Italia) y Melbourne (Australia), recuperan estas posiciones de Singer y Tooley para defender que un feto y un recién nacido son dos seres “moralmente equivalentes”, puesto que ambos tienen el potencial de convertirse en personas, sosteniendo el argumento de las mismas razones que justifican el aborto de un feto sirven también para el infanticidio: “El aborto posparto debería ser permisible en todos los casos en los que lo es el aborto. Incluso aunque el niño no presente ninguna discapacidad”.

¹⁹ Tooley, M., *Abortion and Infanticide*, *Philosophy and Public Affairs*, vol. 2, nº 1, 1972. La maldad que puede haber en el acto de matar reside en que la mayoría de los humanos son conscientes de su existencia a lo largo del tiempo, y alimentan deseos y propósitos de extender su existencia al futuro, desde el punto de vista de Tooley matar a un recién nacido defectuoso o retrasado mental no es en sí mismo malvado, y en todo caso es menos grave que matar a ciertos mamíferos superiores que muy probablemente sí tienen sentido de su existencia a lo largo del tiempo.

que, como sugiere M. Tooley, reside en la distinción entre seres que son “meramente conscientes” y “seres autoconscientes”, en el sentido que, son capaces de concebirse a sí mismos como entidades diversas, que existen en el tiempo con un pasado y un futuro.

Para Singer “la cuestión realmente importante, es la capacidad de un ser para experimentar dolor y felicidad, y los tipos de estado mental que hacen de ese ser una *persona* con derecho a la vida”²⁰. Afirma que “mientras que todos los seres adultos normales y algunos animales no humanos, tales como los grandes monos, *son personas*, muchos animales y algunos seres humanos, como los recién nacidos y los deficientes cerebrales, *no son personas en un sentido moral*. Su capacidad para experimentar dolor los hace moralmente considerables, pero *matarlos sin causarles dolor no es directamente malo*”. Por esto Singer defiende que *los recién nacidos son reemplazables*:

“En la vida real no es verosímil que deseemos matar y reemplazar a los bebés normales. Los padres que no desean conservar a los hijos pueden, y normalmente prefieren, darlos en adopción. Sin embargo, en los recién nacidos con graves defectos irremediables, el reemplazo podría ser una opción deseable. Supóngase que una pareja planea tener dos hijos. El primero de ellos es normal, pero el segundo es diagnosticado tan pronto nace de un caso grave de espina bífida. Si vive el niño vivirá paralizado desde el pecho para abajo, tendrá incontinencia y será retrasado mental –aunque, a pesar de todo esto, podría tener una existencia tolerable si estuviera siempre sujeto a cuidados intensivos. Supóngase que los padres no quieren ingresarlo en una institución por temor a que no reciba en ella la mejor atención posible. Pero son igualmente desgraciados ante la perspectiva de tratar de cuidarlo en la propia casa. Los dos siguen deseando tener dos hijos, pero comprenden que la carga de un niño anormal añadida a la del cuidado del otro les impide tener un tercero. El *principio de la reemplazabilidad* les permitiría dejar morir al pequeño anormal y luego iniciar otro embarazo”²¹.

Al finalizar este ejemplo - argumento que expone, Singer pregunta al lector: “¿Es demasiado escandaloso aceptar esta conclusión?”. He querido exponer el

²⁰ Singer, P., *Desacralizar la vida humana*, Cátedra, Madrid, 2002. Ver Introducción: La ética práctica de Peter Singer, pp. 11-27.

²¹ Singer, op. cit., pp. 160-161. Para una mayor comprensión del argumento ver Cap. 7, pp. 149-185.

desarrollo completo que hace Singer al argumentar con este ejemplo, primero para ser fiel a la posición del autor y segundo para mostrar la lógica de lo que he dado en llamar: *el deslizamiento neo-materialista*. Se trata de un fenómeno cultural que hace que hoy, buena parte de las élites intelectuales y de la opinión pública, que hace tan solo unos años se encontraban posicionados, en el debate bioético, dentro de una argumentación deontológica, se han deslizado a responder “sí” a la pregunta de Singer y a aceptar, como plausible, la opción moral que considera “reemplazables” y “eliminables” a los seres humanos en sus estados más vulnerables. Es un profundo cambio en la mirada hacia la dignidad de los hombres, al reconsiderar que la pregunta por la *dignidad humana* o por la *sacralidad de la vida humana* no es una buena pregunta, dado que desde una mirada neo-empirista y neo-materialista resulta difícil darle un sentido real, con lo cual reducen tales conceptos a una mera proposición pragmática: La dignidad humana es una apreciación subjetiva que por un acuerdo, muy antiguo, o un pacto de utilidad al que llegamos los humanos por una cuestión de autodefensa hemos ido, con el paso del tiempo interiorizando, como valor relevante: para ellos por tanto no existe una *dignidad ontológica del ser humano*. Dicho esto, entienden que sí hay una *dignidad moral* pero basada en una apreciación o valoración que hacemos los demás, (terceras personas), quienes sí disponemos de conciencia y autonomía, sobre aquellos que no han alcanzado aún estas condiciones o los que, por algún motivo, las han perdido.

Este enfoque se apoya en una concepción neo-empirista que sitúa el reconocimiento moral de la dignidad humana en el hecho de que se den ciertas condiciones externas muy evidentes y empíricas. Por ejemplo: Engelhardt²² lo sitúa en la aceptación de los padres y de la comunidad política, en el caso de un neonato; Singer²³, como hemos visto, en que haya unas condiciones claras y adecuadas de conciencia y sensibilidad, (un niño que ya empieza a mostrar uso de razón óptimo). Sin embargo, al margen de estos estados de conciencia su visión del cuerpo humano lo reduce a mero material biológico u orgánico de la especie humana donde el único criterio empírico y aceptable, por tanto válido, es el criterio de utilidad.

Tal deslizamiento se ha producido propiciado por el *naturalismo ético*, una moral en boga que considera que “el bien del hombre está limitado

²² Engelhardt, T., *Los fundamentos de la bioética*, Paidós, Barcelona, 1995, pp. 151-172.

²³ Singer, P., *Desacralizar la vida humana*, Cátedra, Madrid, 2003, pp. 233-254.

a su naturaleza fáctica y que la acción humana es un simple despliegue de capacidades naturales cuyos fines vienen determinados por la constatación empírica del placer - satisfacción, y del dolor - frustración”. En esta visión el “hombre” se considera el resultado de un cúmulo de influencias físicas, fisiológicas y sociológicas que le determinan como una pieza más de la naturaleza, alumbrando una sociedad emotiva y sensitiva cuyo horizonte lo da la vivencia del “aquí y ahora” particular. Bajo estas premisas el *pathos* pierde cualquier posibilidad de significación profunda y solo se contempla como un elemento absolutamente negativo del que hay que escapar a toda costa, y desde esta lógica la consideración moral a los más débiles, según la naturaleza, se borra, es decir, los seres humanos pacientes: neonatos, enfermos, minusválidos y moribundos son desconsiderados y se les arrebató el significado de su dignidad. El ser humano débil no es contemplado en su integridad personal sino visto como un objeto aislado, como una carga para los demás, o como un material de deshecho. Esta mirada contempla con buenos ojos la práctica eugenésica, la asistencia al suicidio, todo tipo de eutanasia, la reemplazabilidad de los recién nacidos y la investigación sin límites sobre embriones humanos.

6. “Humanidad” como tarea ascendente: Del lado de la literatura.

El propio Thomas Mann²⁴ dice de su *Montaña Mágica* que esta obra surge, de manera muy fidedigna, de un episodio de su vida acaecido en 1912 cuando su esposa fue ingresada en un sanatorio de la suiza región de Davos, a causa de una afección pulmonar. El primer capítulo de la obra, *La llegada*, es un retrato fiel de sus impresiones y sensaciones acerca del ambiente de la clínica, cuando en la primavera de ese año ascendió a visitar a su mujer, y a los diez días de estar allí el director del centro le detectó un punto enfermo en su pulmón y le aconsejó que se quedase. Thomas Mann no lo hizo, pero Hans Castorp sí, fue quien siguió en su vida ese decurso ficticio que Mann obvió.

Esta posibilidad de haber dado otro rumbo a su vida y la honda fascinación que causó, en el maestro, el ambiente de los tuberculosos del sanatorio le motivaron a escribir una novela, que sería el contrapunto irónico de *La muerte en Venecia* que acababa de concluir. Debía, por tanto, tratar con humor el

²⁴ Nos dejamos guiar por la propia introducción que el mismo autor hace de su obra en: Thomas Mann, Introducción a la “Montaña Mágica”, Conferencia pronunciada en la Universidad de Princeton, U.S.A., el 10 de Mayo de 1939.

tema de la muerte y del triunfo de la decadencia sobre una vida dedicada al orden, que con tanta sobriedad había encarnado la trágica historia de Gustav Aschenbag.

El misterio del tiempo es central en *La Montaña Mágica*: Por una parte, es una novela incardinada al momento histórico de la Europa de vísperas de la Gran Guerra. Es, en este sentido, un cuadro “epocal”, un relato que dibuja y plasma con exactitud el ambiente de un momento determinado del tiempo histórico. Pero más allá de la maestría con que detalla un ambiente espiritual de un periodo crucial, como lo fue este primer tercio del siglo XX, encontramos una novela cuyo tema central es *el tiempo ontológico* visto de un modo, esos sí, diverso al tratamiento de Heidegger, casi diría, contrario porque aquí Castorp, el joven héroe se ve encadenado a la *a-temporalidad*, porque su enfermedad le ata a quedarse en la Montaña; mientras que la filosofía de Heidegger, su búsqueda del *ser*, se inserta en una *filosofía de lo temporal*. Castorp, por el contrario, a través de su padecimiento corporal asciende a un mundo mágico fuera del tiempo:

“Lo que aprende (Hans Castorp) es que la salud más perfecta se adquiere mediante las profundas experiencias de la enfermedad y la muerte, del mismo modo que el conocimiento del pecado constituye una condición previa para la redención. Dice en una ocasión Hans Castorp a Madame Chauchat: *Para vivir hay dos caminos: Uno es el común, el directo, el correcto. El otro es tremendo, conduce a través de la muerte y es el camino genial*. Esta concepción de la enfermedad y la muerte como estación de paso necesaria en el camino hacia el conocimiento, la salud y la vida, convierte a *La Montaña Mágica* en una *novela de iniciación*.”²⁵

Cuando Hans Castorp, el iniciado en el mundo mágico de la montaña, desciende al valle se ve envuelto en la Gran Guerra, “arrastrado en el torbellino de las partidas precipitadas a las que el trueno había dado la señal”. Se interna en el “estrépito de explosiones, de crujidos, de gemidos, de gritos, de címbalos entrecrocados que amenazan romperse, de prisa cada vez más de prisa... Estamos en la llanura, es la guerra.” En este, aún cercano, primer tercio del siglo XX, se produjo una gran catarsis de sangre joven que fueron conducidos “como ovejas al matadero” a sembrar de muerte los campos de Europa. Esta catarsis provocaría otra más profunda y terrible prolongada en la Guerra

²⁵ Thomas Mann, en el discurso citado.

Civil española y más ampliamente en la Segunda Guerra Mundial. Pero no bastó el sacrificio voluntario en todos los frentes, sino que desencadenó el salvaje holocausto de los *enemigos absolutos*, millones de judíos asesinados sistemáticamente por Hitler y sus hordas, millones y millones de supuestos enemigos del partido único masacrados por la paranoia de Stalin. Nunca en la historia la violencia y la irracionalidad había alcanzado cotas tan altas de destrucción, nunca la ciencia y la tecnología habían aportado tan alto grado de eficacia para masacrar seres humanos, como indica Mann: “El producto de una ciencia que se ha convertido en bárbara”.

7. “Humanidad” como “Auto-comprensión ética”: Del lado de la filosofía

Hoy día este *deslizamiento neo-materialista* que acabo de describir, en el anterior apartado, pone de manifiesto cómo los productos de la ciencia pueden volver a resultar monstruosos, porque hay un nuevo *enemigo absoluto* que son, en nuestro caso, los estados de vida débiles y vulnerables (especialmente claros en los periodos prenatales, en la infancia, en la enfermedad y en la vejez). Ahora “quien con su enfermedad, su minusvalía, o, más simplemente, con su sola presencia pone en cuestión el bienestar y el estilo de vida de los más aventajados, tiende a ser visto como un enemigo del que hay que defenderse o a quien hay que eliminar”²⁶. Autores como Jürgen Habermas preocupados, también, por estas inercias entienden el *comportamiento moral* “como una respuesta constructiva a las dependencias y necesidades derivadas de la imperfecta dotación orgánica y la permanente fragilidad de la existencia humana” y entienden la regulación normativa de las relaciones interpersonales como “envoltura protectora porosa contra las contingencias a las que se ven expuestos *el cuerpo vulnerable y la persona en él encarnada*”: la *autonomía* es una conquista precaria de existencias finitas que tienen presente su fragilidad física. Este es, –dice Habermas–, “el fundamento de la moral, de él se derivan sus fronteras”, sus límites. Así en el contexto liberal en que nos movemos, la prioridad de lo justo sobre lo bueno “no puede impedir ver que la moral racional abstracta de los sujetos a derechos humanos se apoya a su vez en una *auto-comprensión ética de la especie preexistente* y compartida por todas las *personas morales*. Le preocupa (como le preocupaba a Heidegger)

²⁵ Juan Pablo II, Encíclica *Evangelium Vitae*. Cfr. Cayuela, A., *Vulnerables. Pensar la fragilidad humana*, Encuentro, Madrid, 2005, pp. 76-80.

la tecnificación de la naturaleza humana y si dicha “tecnificación” acabará modificando sustancialmente la especie humana de manera que ya nos podamos ver “como seres vivos éticamente libres y moralmente iguales, orientados a normas y razones”.²⁷

Sobre esta base y con firmes argumentos post-metafísicos, Habermas defiende la *indisponibilidad de la vida humana prepersonal* y niega la eticidad de la eugenesia liberal por incompatible con la dignidad humana que reclama unas condiciones de igualdad, libertad y autonomía originarias. La eugenesia introduce una asimetría entre manipuladores, aún cuando sean los padres, y manipulados, los niños por nacer y borraría la distinción relevante entre *sujeto* y *objeto*, reduciendo la humanidad a mero *producto*.

Pero, más allá de prolongar un largo debate que se muestra estéril y a pesar de la fuerza real de las razones y argumentos que manifiestan una victoria clara y más racional de aquellos que defienden la *dignidad de la vida humana* sobre cualquier otra causa (lo han hecho de manera eminente autores como Hans Jonas, Robert Spaemann, Johannes Rau o el propio Habermas) nos queda *ascender a la recuperación de una metafísica, más humilde* si cabe, pero metafísica al fin y al cabo. En sus principios podemos proponer, con belleza poética, aquello que dice el Rabino a Deborah, la esposa de Mendel Singer, protagonistas del *Job*²⁸ de Joseph Roth, cuando le presentan en la Sinagoga a su enfermo y deforme hijo Menuchim, para que le dé su bendición:

“- Menuchim, el hijo de Mendel, sanará. No habrá muchos como él en Israel. El dolor le hará sabio. La deformidad, bondadoso. La amargura, dulce. Y la enfermedad, fuerte. Su mirada será amplia y profunda. Su oído, fino y lleno de resonancias. Su boca callará, pero cuando abra los labios, anunciará cosas buenas. ¡No tengas Miedo y vuelve a casa! ... No abandones a tu hijo ni siquiera cuando te resulte una carga. No te deshagas de él. Viene de ti, igual que un niño sano”.

Esta mirada, esta visión ontológica del ser humano, es a la que hay que retornar, no como a un pasado superado sino como a la luz esplendente que ha iluminado y motivado lo mejor de nuestra cultura. No ver al *ser humano* así pone de manifiesto, por el contrario, que andamos por caminos tenebrosos.

²⁷ Habermas, J., *¿Hacia una eugenesia liberal? El debate sobre la auto-comprensión ética de la especie*, Paidós, Barcelona, 2002, pp. 56-64.

²⁸ Roth, J., *Job*, Acantilado, Barcelona, 2007.

La verdadera ascensión supone aspirar a esta luz, esperar con la misma esperanza que Thomas Mann:

“De esta fiesta mundial de la muerte, de este temible ardor febril que incendia el cielo lluvioso del crepúsculo, ¿se elevará algún día el amor?”²⁹.

²⁹ Adjunto un breve elenco de Bibliografía complementaria que apoya el tratamiento de este capítulo:

CAYUELA, A., (Ed.), *Vulnerables: pensar la fragilidad humana*, Encuentro, Madrid, 2005; Path-Ética, Peradoja del humano existir, Marova, Madrid, 2007.

HAUERWAS, S., *Suffering presence. Theological reflections on Medicine, the mentally handicapped and the Church*. University of Notre Dame Press 1986. Notre Dame, Indiana. EE.UU.

HABERMAS, J., *¿Hacia una eugenesia liberal? El debate sobre la auto-comprensión ética de la especie*, Paidós, Barcelona, 2002.

LAÍN ENTRALGO, P., *Idea de hombre*, Galaxia Gutenberg / Círculo de Lectores, Barcelona 1996.

MACINTYRE, A., *After Virtue*, University of Notre Dame Press, Indiana, 1984. (Trad. Cast.:Tras la virtud, Crítica, Barcelona, 1987); Justicia y racionalidad,

EIUNSA, 1994; *Tres versiones rivales de la ética*, Rialp, Madrid, 1992; *Animales racionales y dependientes. Porqué los humanos necesitamos de las virtudes*, Paidós, Barcelona, 2001.

NUSSBAUM, M. C., *The fragility of goodness. Luck and ethics in Greek tragedy and philosophy*, Cambridge University Press, Nueva York, 1986. (*La fragilidad del bien. Fortuna y ética en la tragedia y la filosofía griega*, Visor, Madrid, 1995).

SANDEL, M., *The Case Against Perfection. Ethics in the Age of Genetic Engineering*, The Belknap Press of Harvard University Press, Estados Unidos, 2007.

WILLIAMS, B., *Ethics and the limits of Philosophy*, HarperCollins Publishers, 1985. (*La ética y los límites de la filosofía*, Monte Ávila, Caracas -Venezuela-, 1991). ZUBIRI, X., *Sobre el hombre*, Alianza Editorial, Madrid, 1986.



¿Todos los seres humanos son personas? Acerca de la distinción en bioética entre persona y ser humano

Juan Manuel Burgos

Universidad CEU-San Pablo

1. Introducción

En el uso común del lenguaje, la distinción entre ser humano y persona es poco relevante. En principio, entendemos ambos significados como sinónimos: ser humano, hombre, persona, serían diversos modos de referirnos a ese peculiar ser que somos nosotros mismos y cuya singular valor, por encima del de cualquier otro ser, reflejamos en conceptos como la dignidad de la persona o los derechos humanos. Sin embargo, en la bioética contemporánea, esta identificación está siendo cuestionada por algunos autores que entienden que solo un determinado sector de los seres humanos serían personas, que, en otros términos, y en contra de lo que parece dictar el sentido común, ambos conceptos no coincidirían: no sólo podría haber seres humanos que no fueran personas sino, lo que es más llamativo, podría haber personas que no fueran seres humanos y, ello sin tomar en consideración a Dios ni a otros seres superiores como los ángeles, si se cree en ellos. Habría seres, perfectamente observables, en concreto, algunos animales superiores, que serían personas, pero no seres humanos.

Esta tesis, ciertamente sorprendente, se apoya en una argumentación que, de un modo preliminar, podríamos sintetizar del siguiente modo. La persona es un ser que posee una serie de cualidades como la autorreflexión y la conciencia. Ahora bien, de hecho, no todos los seres humanos tienen esas cualidades; por el contrario, hay o puede haber seres no humanos (como los animales superiores) que las tengan. Por tanto, y en contra de lo que podría parecer inicialmente, ambos términos no coinciden. A partir de estas premisas, la argumentación procede con coherencia lógica hacia el terreno ético. La persona, como es sabido y aceptado universalmente, requiere un respeto absoluto, según el conocido lema kantiano que impide su instrumentalización, pero no así los seres humanos. Estos requieren también un respeto, como todo ser vivo, pero no absoluto, sino limitado y que habría que determinar en cada caso, según las cualidades o características concretas que manifiesten cada uno de ellos.

Es fácil advertir que las consecuencias éticas que se derivan de ese planteamiento son de una relevancia y magnitud difícil de sobrevalorar. Si se mantiene la coherencia hasta el final – y algunos autores, como Singer, lo hacen- se debería afirmar, por ejemplo, que un mamífero superior (que posee autoconciencia, al menos en un cierto sentido), tendría una dignidad superior a un niño recién nacido. Y, en el mismo sentido, que no solo un embrión, sino un niño recién nacido (que, desde luego, no es capaz de reflexionar) no sería, en sentido estricto, una persona y, por lo tanto, no poseería una dignidad absoluta, sino relativa, lo que, para algunos, como Tooley, llevaría en último extremo a una justificación teórica del infanticidio (1).

Todo ello puede parecer tan exagerado y desmesurado que conduzca, de algún modo, a mirar para otro lado; es decir a concluir que quienes sostienen estas teorías no van a ser realmente coherentes con las consecuencias que se derivan y que apuntan directamente contra percepciones éticas básicas presentes en todo hombre. Es posible que así sea, pero, lamentablemente, sabemos que el hombre es capaz de llevar a la práctica las mayores aberraciones y que para ello se nutre –sobre todo en las sociedades más civilizadas- de presupuestos teóricos que justifican *racionalmente* sus acciones, de acuerdo con los mecanismos de defensa freudianos. Por ello, resulta muy importante atender a los presupuestos teóricos de esta línea de pensamiento, analizarlos y valorarlos con atención, intentando mostrar sus deficiencias para así evitar las conclusiones éticas que –lógicamente- se derivan. Porque si se establecen unas bases teóricas que conducen racionalmente a determinadas consecuencias, su no puesta en práctica solo dependería de una “sensibilidad” ética cuestionada racionalmente que puede mantenerse vigente en una determinada época, pero puede perderse en las siguientes generaciones. Hoy, por ejemplo, el infanticidio nos parece horrible, pero no ha sucedido lo mismo a lo largo de la historia (piénsese, por ejemplo en Esparta o Roma). Por tanto, si bien no todos los autores que sostienen este tipo de planteamiento llegan a posiciones tan extremas, están sentando unas bases teóricas que permitirían defender esa tesis (y otras), y cuya raíz teórica es la rotura de la identidad entre persona y ser humano.

En estas páginas pretendemos realizar un análisis detallado de esta tesis, empresa que está facilitado porque, si bien los autores que la sostienen son muchos y muy diversos, emplean un esquema argumentativo muy similar. El razonamiento, la plataforma intelectual que conduce a sostener la diferencia



entre personas y seres humanos es sustancialmente la misma, lo que permite realizar un análisis conjunto puramente racional (independientemente de que ya de partida discrepemos de unas consecuencias que se enfrentan con las normas morales más básicas). Comenzaremos exponiendo la posición de cuatro autores: Singer (4, 5, 6), Engelhardt (8), Álvarez (9) y Harris (10, 11). Los más relevantes son, sin duda, Singer y Engelhardt, pero hemos añadido otros dos –con premisas ideológicas diferentes– para recalcar la uniformidad de la argumentación. En la misma línea de pensamiento se encuentran también Michael Tooley, Daniel Dennett, Norbert Hörster, Tom Regan y otros.

El núcleo central de la argumentación presente en todos ellos es una reformulación del concepto de persona (2, 3, 23). Por ello, debemos empezar por aquí. Tenemos que establecer qué entienden estos autores exactamente por persona y por ser humano. Después podremos analizar las consecuencias y la consistencia de esta teoría.

2. La reformulación del concepto de persona en algunos bioéticos contemporáneos

2.1. Peter Singer

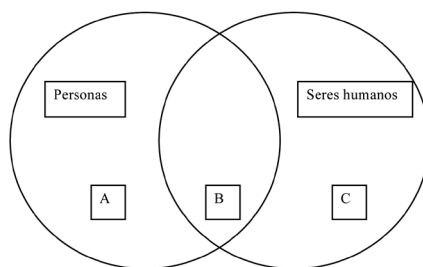
Peter Singer es el autor más conocido –y del que dependen muchos otros– que propone de una manera sistemática y elaborada una distinción entre el concepto y alcance de los términos ser humano y persona. Par él, persona es aquel ser que, de hecho, *en acto*, reúne determinadas cualidades y, en concreto, la racionalidad y autoconciencia. Persona, en otros términos, es el ser capaz de ejercer de modo real y actual la razón y consciente de sí mismo; si no posee actualmente estas capacidades –aunque las pueda poseer en el futuro–, no es propiamente una persona, aunque posea otros rasgos que, de modo evidente, le permitan encuadrar en el concepto diverso de ser humano. “Lo que propongo, afirma Singer, es usar *persona* en el sentido de ser racional y autoconsciente, para abarcar aquellos elementos del sentido popular de *ser humano* que no entran en el concepto de ‘miembro de la especie *homo sapiens*’” (4, p. 101).

Un ser que posee estas cualidades es digno de respeto por sí mismo y no debe ser instrumentalizado. Posee, en terminología kantiana, una dignidad absoluta. Lo que ocurre, continúa Singer, es que, quizás en contra de lo que se podría esperar inicialmente, no todos los seres humanos (desde el punto de vista biológico) son personas. Muchos de ellos, en efecto, no son ni racionales ni autoconscientes: los embriones, los fetos, los niños en las

primeras fases de desarrollo, las personas en coma, etc. Y, por tanto, no se les puede llamar personas porque no tienen, de hecho, las cualidades específicas del ser personal. Además, y también en contra de lo que podía inicialmente esperarse, hay que constatar que existen otros seres, los animales superiores, que sí son conscientes y racionales y, por tanto, también en contra del sentir común, pero apoyados en la argumentación racional no queda más remedio que considerarlos como personas (5).

Por tanto, en el pensamiento de Singer, aparecen tres categorías fundamentales de seres que representamos gráficamente en el esquema 1: a) Los animales-personas como los mamíferos superiores y quizás ballenas, delfines, elefantes, perros, cerdos y otros animales; b) los seres humanos personas, es decir, los seres humanos autoconscientes y racionales y c) los miembros de la especie humana no personas: fetos, embriones, personas en coma, etc.

A las personas, pertenezcan a la especie que pertenezcan, les corresponde un especial respeto si bien, cabe añadir, que en el planteamiento general de la ética de Singer, este concepto pierde relevancia a favor de la sensibilidad ante el dolor. Al final, a Singer no le importa tanto saber si un determinado ser es persona o no (lo cual tampoco resulta llamativo a partir de estas premisas) sino luchar por intentar evitar el dolor a cualquier ser con sensibilidad. En este sentido, y hablando en general de los animales, afirma que “la prueba de que son personas es hoy en día más concluyente para los mamíferos superiores, pero con el tiempo se podrá demostrar que las ballenas, los delfines, los elefantes, los perros, los cerdos y otros animales también son conscientes de su propia existencia en el tiempo y pueden razonar. Por tanto también se les tendrá que considerar personas. Pero, ¿qué importa si un animal no humano es persona o no? En cierto sentido, importa poco. Sean perros o cerdos personas o no lo sean, sin duda pueden sentir dolor y sufrir de diferentes modos y nuestra preocupación por su sufrimiento no debería depender de lo racionales o conscientes de sí mismos que puedan ser” (6, p. 181).



Esquema 1: Personas y seres humanos según Singer

A: Mamíferos superiores y quizás ballenas, delfines, elefantes, perros, cerdos y otros animales

B: Seres humanos autoconscientes y racionales

C: Miembros de la especie humana no racionales: fetos, embriones, personas en coma

2.2 Hugo Tristram Engelhardt

El planteamiento general de la bioética de Engelhardt es muy distinto del de Singer, pero su modo de entender los conceptos de persona y ser humano coinciden. La persona, también ahora, *es el ser que posee algunas características determinadas en acto*, lo que conlleva automáticamente la distinción entre seres humanos y personas. La diferencia fundamental con Singer, es que Engelhardt entiende que los animales no son personas porque no poseen la racionalidad; además, señala que existen unas “personas potenciales”, a medio camino entre los seres humanos y las personas en sentido estricto.

Para Engelhardt, en concreto, la persona es el agente moral (de tipo kantiano) que se caracteriza por “autorreflexión, racionalidad y sentido moral”. Y, más específicamente, como resultado de una reelaboración del principio de autonomía bajo la influencia del libertario Nozick (7), entiende a la persona como el ser “capaz de dar permiso”, es decir, de manifestar una autonomía moral frente a las pretensiones de los otros sujetos. A este agente moral se le debe el respeto incondicional que la ética kantiana concede a la persona. Pero, añade explícitamente Engelhardt, “no todos los seres humanos son personas, no todos son autorreflexivos, racionales o capaces de formarse un concepto de la posibilidad de culpar o alabar. Los fetos, las criaturas, los retrasados mentales profundos y los que se encuentran en coma profundo son ejemplos de seres humanos que no son personas. Estas entidades pertenecen a la especie humana, pero no ocupan una posición en la comunidad moral secular en sí mismas, ni por sí mismas; no pueden culpar o alabar, no son censurables ni loables; no toman parte principal en la empresa moral secular porque sólo las personas tienen esa posición” (8, p. 155).

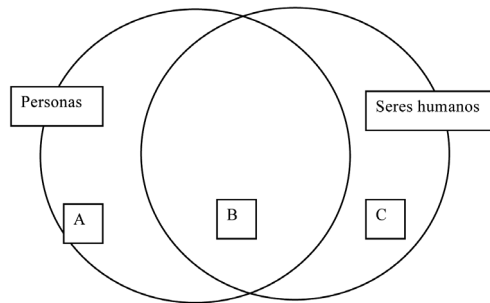
¿Qué derechos tienen entonces este tipo de seres? No los de las personas, puesto que no lo son, pero parece realmente inhumano no concederles ninguno. Engelhardt intenta resolver esta difícil cuestión considerándolos personas “en sentido lato”. De hecho, señala hasta 4 variantes de personas según la tipología que presenten pero establece que estas personas potenciales no tienen

derechos por sí mismos sino solo en la medida en que la comunidad moral (las personas) decida *concedérselos*. Para ello, tales derechos deben ser justificados socialmente sobre la base del utilitarismo y consecuencialismo, es decir, hay que mostrar que esa concesión conviene de algún modo a las auténticas personas, que son las únicas que tienen derechos inalienables por sí mismas.

Engelhardt es consciente de que este planteamiento ofrece unos estándares morales muy pobres pero, en su opinión, es lo único a lo que se puede llegar desde una moral secular, es decir, a partir de una ética estrictamente racional y no religiosa que pueda ser asumida por todos. Otra cuestión es lo que pueda proponer una moral canónica de contenidos (8, p. 157). De hecho, Engelhardt ha escrito un texto que refleja lo que él personalmente, como cristiano ortodoxo, piensa que deben ser los contenidos de bioética (*The foundations of a Christian bioethics*, 2000). El problema es que ese texto, por su carácter religioso y, por lo tanto, restringido, no puede ser presentado al debate público.

En cualquier caso, el resultado final es que encontramos en Engelhardt las tres categorías fundamentales de seres que ya habíamos encontrado en Singer, si bien con algunas modificaciones (esquema 2):

a) Posibles personas no humanas: seres extraterrestres quizá, siempre que sean pacíficos y posean una estructura moral básica (E.T. sería un posible ejemplo), pero no los animales; b) Seres humanos personas, es decir, los seres humanos capaces de “dar permiso” o manifestar autonomía moral y c) los miembros de la especie humana no personas: fetos, embriones, personas en coma, etc.



Esquema 2: Personas y seres humanos según Engelhardt

A: Quizá algún ser extraterrestre, pero no los animales

B: Seres humanos capaces de dar permiso

C: Seres humanos incapaces de dar permisos (personas potenciales): embrión, feto, retrasados mentales profundos, en coma profundo, etc.

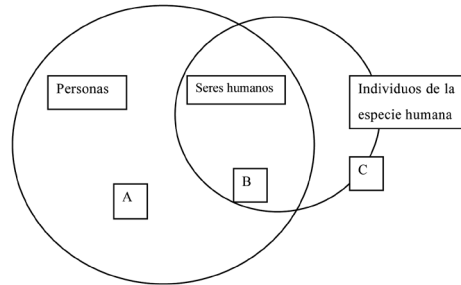
2.3 Juan Carlos Álvarez

Álvarez es un autor dependiente de los anteriores, pero lo presentamos aquí porque ofrece una modalidad más de la argumentación con la que ya nos estamos familiarizando. En efecto, si bien parte de unas premisas teóricas distintas tanto de las de Singer como de las de Engelhardt, su concepción de la persona y del ser humano es similar. Distingue tres términos básicos: ser humano, individuo de la especie humana y persona que pueden ser descritos así:

a) persona: es el término más amplio e incluye seres muy variados, como Dios, los ángeles, homínidos, el “pacífico agente moral extraterrestre” de Engelhardt, etc., b) los individuos de la especie humana (genéticamente hablando) y c) los “seres humanos”, intersección entre a y b y que comprenden los individuos de la especie humana con derechos de persona.

De su propuesta se puede resaltar, ante todo, que le conduce a prescindir del término “persona” porque “continuar utilizando un término tan ambiguo, confuso y polisémico como el de ‘persona’ no parece que nos ayude mucho, por el contrario nos crea más problemas” (9, p. 38). Remarca que el hecho de que existan simples “miembros de la especie *homo sapiens*” que no sean seres humanos, no “disminuye un ápice el respeto con el que debemos tratarlos” (9, p. 38), si bien no aclara cuál es ese tipo de respeto. Y, por último, deja abierto un punto muy problemático, “la cuestión más difícil y que creo que va a quedar sin resolver. *Cuál es el criterio para incluir un elemento dentro del subconjunto de los seres humanos*” (9, p. 40). En otros términos, no especifica -lo que resulta bastante sorprendente- el criterio que determina cuándo un ser humano es persona y, por lo tanto, posee todos los derechos de la “persona”.

Las tres categorías fundamentales para este autor, en definitiva, son (esquema 3): a) Dios, los ángeles, homínidos, el agente extraterrestre de Engelhardt, etc.; b) Seres humanos que poseen lo propio y específicamente humano; y c) Seres genéticamente humanos pero que no poseen lo específico humano: sujetos en muerte encefálica, estados vegetativos permanentes, embriones en fases iniciales o congelados, fetos anencefálicos, etc.



Esquema 3: Personas y seres humanos según Álvarez

A: Dios, los ángeles, homínidos, el agente extraterrestre de Engelhardt, etc.

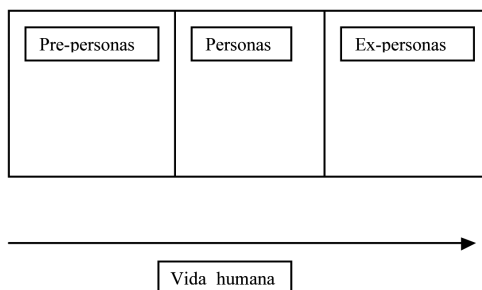
B: Seres humanos que poseen lo propio y específicamente *humano*.

C: Seres genéticamente humanos pero que no poseen lo específico humano: sujetos en muerte encefálica, estados vegetativos permanentes, embriones en fases iniciales o congelados, fetos anencefálicos, etc.

2.4 John Harris

Por último, presentamos muy brevemente –y por los mismos motivos que en el caso de Álvarez- la posición de John Harris, un autor que desde unas premisas vitalistas particulares sostiene unos planteamientos de fondo prácticamente idénticos. Su peculiar vitalismo se manifiesta en la afirmación de que la existencia humana es un fluido continuo de vida que comienza con los gametos y que continúa con el individuo que ambos conforman pero sin que quepa señalar una separación neta entre el antes y después de la fecundación. En un momento de la compleja y continua evolución de ese flujo aparece (o desaparece) la persona y, según Harris, el criterio que lo determina esa aparición o desaparición es la capacidad *de valorar su propia existencia*. Es decir, cuando la evolución de ese fluido vitalista conduce al ser que lo sustenta a la capacidad *actual* de valorar su propia existencia, nos encontramos con que ese ser se ha convertido, o ha llegado a ser una persona; pero si, por las causas que sean –pérdida de conciencia, degeneración, etc.-, el ser deja de ser capaz de valorar su existencia, deja de ser persona convirtiéndose en una ex – persona (10, p. 25, 11).

De este modo, y aunque en este caso por vía evolutiva, volvemos a encontrarnos con una clasificación de los seres humanos y las personas muy similar a la que ya hemos descrito varias veces (esquema 4): a) las pre-personas: individuos, seres humanos, personas en formación; b) las personas: Seres humanos capaces de valorar su propia existencia; c) las ex-personas: seres humanos que han perdido la capacidad de valorar la propia existencia (lo cual no sucede necesariamente). Y, al igual que en los otros autores que hemos considerado, Harris, que no se pronuncia sobre el estatuto de los animales, entiende que solo las personas, los seres con capacidad actual de valorar su propia existencia (por tanto, no los seres vivos o seres humanos en general) poseen los derechos plenos de la persona.



Esquema 4: Ser vivo y persona
según Harris

Pre-persona: individuos, seres humanos, persona en formación

Personas: Seres humanos capaces de valorar su propia existencia

Ex-personas: Seres humanos que han perdido la capacidad de valorar la propia existencia (no sucede necesariamente)

3. Algunas consecuencias éticas

Ya apuntamos en la introducción que las consecuencias éticas de esta propuesta eran devastadoras pero, probablemente, un conocimiento más detallado habrá permitido tomar una mayor conciencia del problema. Mi intención no es detenerme en este punto, sino pasar al análisis de la argumentación, pero no parece superfluo exponer algunas de esas consecuencias tal como son presentadas directamente por quienes las sostienen.

Engelhardt, por ejemplo, afirma que los fetos de animales son igual de importantes o más que los humanos: “El nivel de obligaciones debidas al feto, *ceteris paribus*, en la moralidad secular general, es el mismo que se debe a un animal que tenga un nivel similar de integración y percepción sensoriomotora” (8, p. 162). Y, todavía más paradójicamente, sostiene que *la moral secular no permite herir a los bebés pero sí matarlos*: “El interés por los derechos contingentes de las futuras personas protege a las entidades que se convertirán en personas contra la mutilación, pero no a los bebés, a los retrasados mentales profundos, ni a quienes padecen la enfermedad de Alzheimer en un estadio avanzado, de ser asesinados de forma indolora por capricho” (8, p. 166). Aunque puede resultar algo surrealista, la “razón” que justifica esta afirmación estriba en que todo ser que llegue a ser persona tiene derecho (en ese momento, y, por lo tanto, con efecto retroactivo) a la integridad física, mientras que si nunca llega a convertirse en persona (porque, por ejemplo, es asesinado) nunca ha tenido ese derecho.

Singer, por su parte, estima que los experimentos con seres humanos no-personas deben colocarse al mismo nivel que el de los animales. “Si los experimentadores no están dispuestos a usar huérfanos humanos con daños cerebrales graves e irreversibles, cabe pensar que su disposición a usar animales no humanos es discriminatoria sobre la base exclusiva de la especie, ya que simios, monos, perros, gatos e incluso ratas y ratones son más inteligentes, se percatan más de qué es lo que les está sucediendo, son más sensibles al dolor, etc. que muchos humanos con lesiones cerebrales que apenas se limitan a sobrevivir en hospitales y otras instituciones. No parece que haya ninguna característica moralmente relevante que se observe en tales humanos de la que carezcan los animales no humanos” (4, p. 81).

Otra de las consecuencias éticas posibles –aunque en este caso solo algunos la sostienen de una manera explícita– sería la licitud del infanticidio, puesto que los niños recién nacidos –o con algunos meses (¿años?) de vida– son no-personas ya que no tienen ni autoconciencia ni racionalidad y, por lo tanto, no se les debe un respeto absoluto. En este caso, Singer no es tan explícito como en otros temas y, según Torralba, “no afirma que, en sí mismo, el infanticidio o el aborto sean prácticas moralmente aceptables, tampoco afirma que no lo sean, sino que cada sujeto debe evaluar los beneficios y los perjuicios de dichas prácticas. Para el pensador australiano, si el infanticidio constituye un modo de reducir el sufrimiento ajeno, es aceptable y, del mismo modo, si el aborto es un modo de paliar el dolor de una madre que no desea procrear, pero que ha sido fecundada, la interrupción voluntaria del embarazo es, a su juicio, aceptable” (2, p. 161). Recordemos, en efecto, que su criterio moral fundamental es la eliminación del dolor.

Por último, hay que subrayar, como ha hecho muy acertadamente Spaemann, que un problema estructural fundamental que subyace a todas estas gravísimas cuestiones que acabamos de presentar es que la distinción entre persona y ser humano implica automáticamente que “el reconocimiento de los derechos humanos se convertiría en una concesión” (12, p. 292, 13) con toda la arbitrariedad que ello supone. En efecto, si no todos los seres humanos son personas, *alguien* tiene que establecer quién es persona y quién es solo ser humano y, no parece difícil predecir, que esa decisión puede estar plagada de arbitrariedades, tergiversaciones y contradicciones, como hemos podido comprobar ya en los autores que hemos presentando, puesto que cada uno de ellos presenta criterios diversos para la identificación como persona. De este



modo, un problema teórico de difícil resolución se transforma en una cuestión de vida o muerte, ya que de su solución en una u otra dirección puede depender que determinados seres humanos pasen a engrosar el número de las personas y, por tanto, a tener derecho absoluto a la vida o permanezcan en el grupo de los seres humanos en el que su existencia no está garantizada.

4. Críticas a la argumentación

Como hemos podido comprobar, todas estas consecuencias éticas –y otras que podrían añadirse– se basan en unos presupuestos teóricos y argumentativos que, a pesar de las diferencias tan importantes que existen entre los autores analizados, son muy similares. El esquema básico de razonamiento, en efecto, es el siguiente:

1) Persona es un ser que exige un respeto moral absoluto por poseer determinadas características en acto.

2) Descripción de dichas características, que varían según los autores. Para Singer son la racionalidad y autoconciencia; para Engelhardt la capacidad de dar permiso y para Harris la capacidad de valorar la propia existencia; Álvarez no da un criterio.

3) Comprobación experimental que muchos hombres tienen esas características, *pero no todos*. Por ejemplo, los fetos, los embriones, las personas discapacitadas, no las poseen (mientras que, para Singer, sí las poseen algunos animales superiores).

4) Necesidad de establecer una distinción entre personas y seres humanos. Algunos seres humanos son personas, pero no todos, solo los que poseen las cualidades establecidas (además, para Singer, algunos animales son personas).

5) Conclusión última. Las personas exigen un respeto absoluto, mientras que los seres humanos no personas exigen también un respeto, pero diverso y menor.

A continuación nos dedicaremos a analizar este esquema comenzando por una presentación de las objeciones que se le han planteado desde diferentes instancias y que apuntan fundamentalmente a tres núcleos conceptuales.

4.1 Primera crítica: Una incorrecta definición de persona

La concepción de persona que usan todos estos autores es radicalmente actualista: persona como ser que posee determinadas cualidades en acto. Ahora bien, esta descripción no es adecuada ni refleja certeramente al ser personal.

La persona, en efecto, *no se confunde con sus propiedades* sino que está por encima de ellas; la persona es el todo, no solo contiene las cualidades sino también el sujeto portador que les da unidad y continuidad. ¿Qué sentido tiene hablar de una persona en la que no hay ninguna conexión entre su futuro y su pasado? ¿Dónde queda o en qué se fundamenta la identidad evidente de los sujetos si estos son meros flujos de vivencias sin conexión? Es cierto que hay filósofos –como Hume– que han apostado por una disolución del sujeto en las vivencias que lo configuran, pero tal posición se enfrenta manifiestamente con los hechos, con las identidades personales permanentes y consistentes de las que tenemos una evidencia constante tanto interior: la más fuerte, nuestra propia identidad; como exterior: la identidad de aquellos que nos rodean. El hecho de que estas identidades existan de manera manifiesta, de que las personas no sean meras propiedades sino *sujetos* con nombre y apellidos, anula ese intento de reducirlos a sus propiedades o capacidades.

Por eso, que una persona deje en un determinado momento de poseer una o varias de las cualidades habituales y paradigmáticas de la persona, no quiere decir que deje de *ser* persona, del mismo modo que una persona coja no deja de ser hombre porque le falte una pierna. Es una persona coja, pero no una no-persona. Esto se hace especialmente patente en el caso más difícil de resolver para la argumentación actualista: el de la *persona dormida*. La persona más lúcida, racional y autoconsciente deja de serlo cuando duerme y, por lo tanto, en coherencia con las premisas actualistas, dejaría de ser persona (14). Nos encontraríamos así con el inmenso absurdo de que una persona merecería un respeto limitado cuando está dormida (o cuando ha caído víctima de un desvanecimiento) y un respeto absoluto cuando está despierta, lo cual podría suceder en un lapso de breves instantes. Un absurdo que se incrementaría argumentado que, para asesinar legalmente a una persona, bastaría con dejarla previamente sin consciencia, porque, de ese modo, perdería su condición de persona y, en cuanto mero ser humano, podría ser eliminada si hubiera razones que lo justificaran o si resultara utilitaristamente beneficioso (Engelhardt) para las auténticas personas (que harían bien en intentar mantenerse despiertas).

Cabe añadir, por último, que tradicionalmente se ha usado el concepto de *substancia o de subsistencia* para fundamentar filosóficamente este supuesto. La substancia (*sub-stare*), según la filosofía aristotélica, es el principio que hace de soporte (metafísico, no físico) a los accidentes, es decir, es aquella realidad que permite justamente explicar que encontramos entes (cosas) que,



a pesar de que se modifican de modo accidental, siguen siendo las mismas (plantas, animales y especialmente personas).

4.2 Segunda crítica: la potencialidad del embrión

El segundo argumento que se suele utilizar en contra del actualismo es el de la potencialidad. Que un ser (por ejemplo, el embrión) no posea determinadas cualidades en acto no quiere decir que no las vaya a poseer, sino que no las ha desarrollado. Basta, en efecto, con esperar para comprobarlo. Eso significa que tiene la potencialidad o la capacidad de poseer esas cualidades y, en esa medida, es persona. Este argumento se apoya además, en los datos científicos que muestran tanto que no existe ninguna solución de continuidad en la evolución del embrión y, por tanto, no puede plantearse la existencia de sujetos diferentes, como la autogestión esencial por parte del embrión de su proceso evolutivo. Si bien hay información externa (epigenética) que influye en el proceso, el control lo lleva siempre el propio embrión, de modo que todas las cualidades y capacidades que se deriven de ese proceso hay que atribuírselas al embrión (15).

4.3 Tercera crítica: las graves consecuencias éticas negativas

Las gravísimas consecuencias éticas que se derivan de un comportamiento coherente con las conclusiones de la argumentación, permite afirmar sin género de duda que se trata de un planteamiento antropológicamente erróneo.

5. Respuesta a las críticas y valoración

Los autores actualistas son conscientes de la existencia de estas críticas y han respondido a ellas con una serie de observaciones. Presentaremos ahora esas observaciones y, para no complicar excesivamente la exposición, las valoraremos a renglón seguido.

5.1 Respuesta a la primera crítica: la incorrecta definición de persona

La defensa o crítica al primer argumento se basa sobre todo en un *rechazo del concepto de sustancia*, que se entiende como una reminiscencia de posiciones filosóficas ya superadas por el pensamiento moderno, especialmente a partir de Locke en el que Singer se inspira explícitamente. Locke, en efecto, habría mostrado que no existe ningún sujeto escondido de tipo aristotélico que permanezca en medio de los cambios y que, en realidad, tal sujeto no es

más que una invención postulada por la necesidad intelectual del aristotelismo de suponer ese sustrato, pero un análisis racional muestra que no es posible considerar en serio su existencia.

Un texto lúcido y al mismo tiempo sarcástico de Locke sintetiza muy bien el núcleo de su crítica al concepto de sustancia. “De manera que si alguien examina su propia noción de sustancia pura en general, encontrará que no posee más idea de ella que la de que es una suposición de no saber qué cualidades que son capaces de producir ideas simples en nosotros, cualidades que se conocen con el nombre de accidentes. Si a alguien se le preguntara ‘cuál es el sujeto en donde el color o el peso está inherente’, sólo podría responderse ‘que las partes extensas y sólidas’; y si se le volviera a preguntar ‘a qué se adhiere la solidez y la extensión’, no se hallaría en mejor situación que aquel indio que, habiendo afirmado que el mundo descansaba sobre un gran elefante, se le preguntó sobre que descansaba el elefante, y repuso entonces que sobre una gran tortuga; y como se le presionara otra vez para que dijera sobre qué se apoyaba la tortuga, repuso que sobre algo: ‘no sabía qué’... La idea que tenemos y designamos con el nombre general de sustancia no es más que el soporte supuesto o desconocido de unas cualidades que existen y que imaginamos que no pueden existir *sine re substante*, sin algo que las soporte, a lo que llamamos sustancia...” (16, p. 97).

Eliminada la sustancia, no queda más que la actualidad de la conciencia sin un sujeto portante (17). En otros términos, no existe ese sujeto o identidad personal persistente sobre la que se basa la crítica más central al concepto de persona actualista. Lo que realmente existe, según la posición de Harris (y de otros) es un flujo de vida o de conciencia con características variables. En consecuencia, para valorar a un sujeto en un momento dado, lo que hay que ver es qué es ese ser en este momento dado, ahora, sin recurrir a una categoría metafísica no observable que, por lo tanto, se autocoloca fuera de la argumentación científica. En definitiva, la invalidez del concepto de sustancia, confirmaría, por contraposición, la validez de la concepción actualista o funcionalista de la persona.

Un problema especial: el caso de la persona dormida

El denominado “caso de la persona dormida” parece, sin embargo, resistir de algún modo a esta argumentación. Lo recordamos muy sumariamente. Si una persona solo lo es en la medida en que posee determinadas cualidades en



acto, cuando la persona se duerme desactiva automáticamente esas cualidades y, por lo tanto, deja de ser persona. Y, volverá a serlo cuando se despierte, lo cual, evidentemente, es absurdo.

De hecho, Engelhardt, que comparte en cierta medida la crítica a la sustancia, o, al menos, entiende que no se puede argumentar desde esas bases en el marco de una moral secular, se toma la molestia de estudiarlo con detalle. Su análisis lo realiza desde una postura de corte fenomenológico, centrándose en el significado y consecuencias de que el hombre sea una persona corpórea y, en concreto, en la capacidad que esa cualidad le proporciona de integrar la multiplicidad temporal. “Ser una persona finita, espaciotemporal y sensorialmente intuitiva, afirma, implica la tarea de integrar constantemente como propias experiencias que son temporalmente diversas” (8, p. 172). Esto significa, en otras palabras, que la autoconciencia de la persona no puede ser continua, como si fuera cuasi-divina, sino “una conciencia de la propia identidad, que es una integración repetida de una experiencia que abarca discontinuidades” (8, p. 173). Se podría contra-argumentar que esta necesidad de integración se produce también en el feto, pero Engelhardt advierte que la diferencia es que este nunca ha demostrado cualidades personales, de ahí la necesidad de la teoría de la potencialidad. El caso de la persona dormida es diverso: las muestra, solo que de manera intermitente.

Sobre estas premisas procede a exponer su argumento central: “El cuerpo, que es la expresión física de la vida de una persona y que posee plena capacidad de integración sensomotora, es esa persona en el mundo. Las capacidades del cuerpo son también las capacidades de la persona. Tenemos que distinguir entre la potencialidad *de convertirse* en una persona y la potencialidad *de* una persona. Existe una diferencia cualitativa entre saber quién está durmiendo, en el caso de un ser humano adulto competente, y saber en qué se convertirá un feto” (8, p.173-174).

Engelhardt, en otras palabras, integra indisolublemente a la persona con su cuerpo, concluyendo que si está el cuerpo (de una persona, no de un feto) también está la persona. La afirmación, en sí, parece correcta; efectivamente hay una inseparabilidad de la persona con su cuerpo, pero, justamente por eso, lo que resulta difícil de aceptar es que la corporalidad aparezca sólo *ahora*. Si esa relación es, y así lo asumimos, indisoluble: ¿no sería necesario tenerla presente desde las bases estructurales de la antropología que emplee la bioética? Y, si es así, ¿es coherente definir a la persona *exclusivamente* como

un ser capaz de dar permiso? Parece que no, porque concebida de este modo la persona se describe según un esquema trascendental de raíz kantiano en la que la “naturaleza corpórea” queda excluida o, por lo menos, no está explícitamente presente. Ahora bien, ¿es lícito utilizar un concepto excluido inicialmente para resolver en última instancia un problema generado justamente por un punto de partida reduccionista? Además, si al final se admite una cierta capacidad de integración temporal por parte de la persona para poder responder al argumento de “la persona dormida”: ¿por qué limitar ese periodo de integración al intervalo característico del sueño y no extenderlo a semanas, meses o años? En otros términos, ¿cuál es el intervalo máximo de duración capaz de integrar la corporalidad y cuáles son sus consecuencias para la concepción de la persona? Engelhardt, que sepamos, no responde a estas cuestiones.

5.2 Respuesta a la segunda crítica: la potencialidad

Estos autores rechazan también el contraargumento de la potencialidad que afirmaría: el embrión es un ser humano en acto, pero una persona en potencia; por tanto, tiene los derechos de la persona porque es ya, en cierto sentido, una persona. La forma de su argumentación es la siguiente: “Si X es un Y en potencia, todavía no es Y, y por lo tanto no puede tener los mismos derechos”. Por ejemplo, alguien puede ser el presidente en potencia de un país porque se está presentando a las elecciones y tiene posibilidades de ganar. Pero, de hecho (en acto), todavía no es presidente y, por lo tanto, no tiene los derechos de un presidente aunque puede llegar a tenerlos en el caso de que sea efectivamente elegido. En el marco de nuestra discusión, esta tesis adoptaría la fórmula siguiente: una persona en potencia no es todavía una persona y, por lo tanto, no tiene los derechos de una persona (8, 160).

Desde el punto de vista formal, el razonamiento es lineal y perfecto. Y, de hecho, si las premisas fueran ciertas sería incontestable, pero no lo son. Hay que “negar la mayor” en términos silogísticos. Entonces la argumentación pierde consistencia hasta el punto de que, a mi juicio, la conclusión claramente resulta invalidada. El límite fundamental de esta argumentación radica en el punto de partida, en la formulación de la que se parte. En efecto, es incorrecto afirmar que el embrión es una persona en potencia, porque entonces, lógicamente, se concluye que no lo es, de hecho. *El embrión no es una persona en potencia, sino una persona en una fase determinada de su desarrollo.* Y, por lo tanto, tiene todos los derechos de una persona, si bien en una determinada



fase de desarrollo, lo cual le puede añadir o quitar determinados derechos o grados de dignidad, pero no modifica lo esencial: su *status* de persona y su correspondiente dignidad.

Abundando en este punto, cabría resaltar que, de modo algo sorprendente, el argumento contrario a la potencialidad solo se usa para los seres humanos, no para los animales. Un huevo de una especie de ave protegida, no se parece en nada al ave que surgirá de él, y desde luego, no tienen prácticamente ninguna de las potencialidades en acto que tendrá el ave cuando alcance su madurez. Pero, desde luego, a nadie se le ocurre afirmar que no se trata del mismo ave y que, por lo tanto, por ejemplo, no está protegido por las leyes que protegen a ese ave, pero, de acuerdo con la teoría actualista, esta debería ser la consecuencia. Si el ave (o el animal de que se trate) no tiene las cualidades que lo definen esencialmente en acto, no es ese ave, sino un ser en otra fase de evolución.

5.3 Respuesta a la tercera crítica: las consecuencias éticas negativas

Por último, en relación a las consecuencias éticas negativas que se derivarían de esta tesis, los bioéticos que las defienden contrargumentan respondiendo que no son tales. Su razonamiento es el siguiente. La ética se guía por la razón, y si la razón nos muestra que hay que actuar de un determinado modo contrario a nuestros estándares habituales, la actitud coherente debe llevar a modificar esos estándares y no a continuar actuando en contra de lo que dicta la razón. De otro modo, por ejemplo, nunca se habría suprimido la esclavitud y se habría seguido discriminando a la mujer. Si la razón muestra como correctos ciertos comportamientos hay que seguir a la razón y no a la emoción, que es naturalmente engañosa.

Estamos de acuerdo sustancialmente con esta idea y, por eso, estamos analizando la argumentación teórica para mostrar los fallos que, a nuestro juicio, esconde, pero además, hay que añadir otra consideración. La ética (y la bioética), en cuanto ciencias, buscan explicar de modo científico las percepciones morales básicas que proceden de nuestra experiencia. En ese proceso se puede –y, en ocasiones, se debe– realizar una tarea de purificación o de pulimentación de esas percepciones fundamentales básicas. Ahora bien, cuando las conclusiones de la ética y de la bioética científica conducen o justifican posiciones radicalmente contrarias a las percepciones morales más básicas (como sería, por ejemplo, el infanticidio), cabe también concluir, lógicamente, que esa teoría ha errado el camino y debe ser revisada.

6. Reflexiones conclusivas y propuestas de trabajo

A lo largo de estas reflexiones hemos procurado mostrar que la concepción actualista o funcionalista de la persona, a pesar de las conclusiones éticas tan sorprendentes y, en muchos casos, totalmente rechazables a las que llega, cuenta con un sustrato teórico sólido que conviene analizar para que ese rechazo no se base únicamente en actitudes que podrían calificarse fácilmente de viscerales o, por lo menos, de insuficientemente justificadas. Esta argumentación, como hemos visto, tiene su punto fuerte en que realiza una descripción fenomenológica de la persona estableciendo las cualidades más esenciales que la caracterizan, y, a partir de allí, obtiene consecuencias de una manera relativamente lógica: sólo es persona quien posee esas cualidades. Quien no las posee es un ser humano que merece cierto respeto pero no tiene una dignidad absoluta y no instrumentalizable. A nuestro juicio, la argumentación que hemos presentado, muestra de manera fehaciente que esta teoría se sostiene sobre premisas inválidas desde diversos puntos de vista y, además, que se enfrenta a contraejemplos –como el caso de la persona dormida– que no está en condiciones de justificar. Nos gustaría concluir estas páginas reflexionando sobre la vía para profundizar y mejorar la fundamentación de algunas de las críticas que hemos planteado.

Como hemos visto, uno de los puntos débiles de este razonamiento –también a nivel fenomenológico– radica en que la experiencia no muestra ningún cambio significativo de los sujetos en su proceso de devenir adultos y, por tanto, ha de introducirse un criterio artificial para establecer quién es persona y quién no lo es, con todos los problemas que conlleva. En ese punto es, justamente, donde se apoya el argumento de la potencialidad. Si hay continuidad total en la evolución del hombre, resulta natural concluir que estamos siempre ante *el mismo sujeto*, aunque en diferentes fases de desarrollo y despliegue de sus capacidades. Por tanto, el respeto que se le debe solo puede variar de manera accidental, no sustancial. El sujeto es el mismo; el despliegue de sus capacidades, distinto. Lo hemos ejemplificado con el caso de los animales, que ilumina la reflexión al desideologizar el problema.

La existencia de este sujeto, de este soporte continuo de la identidad personal es un dato de experiencia: el análisis de la realidad así lo muestra. Nos encontramos con personas concretas e irrepetibles con su nombre y sus apellidos. Ahora bien, ¿cómo teorizarlo? ¿Cómo explicitarlo? Aquí hay que reconocer que aparece una cierta dificultad, en particular si se acude a la metafísica para



sostenerlo, sobre todo porque puede dar la impresión de que, mediante este procedimiento, se produce *un cambio del plano de argumentación* que deriva de lo experimental –en principio conocible directamente por todos- al plano metafísico, sólo admitido por determinadas teorías filosóficas y, por ende, no comprobable empíricamente. La diferencia entre el concepto de sustancia y el de conciencia o racionalidad da una idea de lo que queremos decir. El primero es blanco fácil de discusiones y de interpretaciones; el segundo no es cuestionable.

Para avanzar en este terreno, entiendo que hay dos líneas básicas en las que se puede trabajar:

1) Desarrollar una *fenomenología de los procesos humanos* que permita fortalecer conceptualmente la descripción del paso de embrión a persona adulta sin necesidad de recurrir explícitamente al concepto de sustancia. De esta manera se haría hincapié en una argumentación más directamente experimental en el sentido desarrollado por Karol Wojtyła (18, 19), es decir, un conocimiento basado en una experiencia directa pero que va más allá del conocimiento científico, que solo alcanza lo estrictamente material.

Los límites actuales de la teoría se pueden apreciar, por ejemplo, en que se suele usar el mismo término de “potencialidad” para referirse tanto a la posibilidad de que un embrión sea presidente del gobierno o persona adulta, cuando, en realidad, se trata de procesos muy diferentes. El segundo refleja una potencialidad intrínseca porque responde a un desarrollo necesario de la misma naturaleza del sujeto. El otro no es más que una mera posibilidad que puede o no darse. Se observa, por tanto, un déficit del análisis de la narratividad humana frente a la potencia del desarrollo teórico de la persona como ser actual y puntual. Se trataría, en otras palabras, de tirar del hilo soltado por Engelhardt recurriendo a autores que hayan estudiado el desarrollo dinámico del hombre como Julián Marías (20) o Paul Ricoeur (21).

2) Elaborar un concepto sustitutivo de la sustancia capaz de superar críticas fáciles como las de Locke, pero que mantenga la instancia fundamental: la permanencia en los cambios y la posibilidad de una fundamentación ontológica del sujeto. La filosofía personalista (22, 24) ha trabajado en esta dirección y la propuesta fundamental consiste en sustituir el concepto de sustancia por el de subsistencia, que está más libre de residuos aristotélicos y permite una conexión más directa con una antropología más moderna y cercana a la

subjetividad. De hecho, Zubiri ha dado pasos importantes en esta dirección a través de su teoría de la “substancialidad”, pero queda todavía mucho camino por recorrer hasta llegar a formulaciones alternativas al concepto de sustancia que estén realmente consolidadas.

3) Por último, es muy importante insistir en el carácter naturalmente limitado y débil de la persona. La perspectiva actualista parte –implícitamente– de una concepción idealizada de la persona, concebida como un ser perfecto, con sus cualidades completamente en acto, sin debilidades ni límites ni enfermedades que empañen esa autoposesión perfecta de sus cualidades, pero esta visión de la persona no es real. La enfermedad, la limitación, la fragilidad, la debilidad, el envejecimiento son cualidades intrínsecas –lo queramos o no– de los hombres y de las mujeres reales (25). No tener en cuenta este hecho básico, que se presenta de modo continuo en las profesiones de la salud – médicos, enfermeras, personal sanitario en general– puede conducir a una visión inhumana y cruel que desplace y deseche del grupo de los elegidos a aquellos que no cumplen los estándares de perfección requeridos por esa visión idealizada. Lamentablemente, no es una mera posibilidad sino, justamente, las consecuencias éticas que los bioéticos actualistas derivan expresamente de sus posiciones teóricas.

Referencias bibliográficas

1. Tooley M. *Aborto e infanticidio*, en VV.AA., *Debate sobre el aborto*. Madrid: Cátedra; 1983.
2. Torralba F. *¿Qué es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris*. Barcelona: Herder; 2005.
3. Ferrer JJ, Álvarez, JC. *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. 2ª ed. Bilbao: Desclee de Brower; 2005.
4. Singer P. *Ética práctica*. Barcelona: Ariel; 1984.
5. Singer P. *Una izquierda darwiniana: política, evolución y cooperación*. Barcelona: Crítica; 2000.
6. Singer P. *Repensar la vida y la muerte*. Barcelona: Paidós; 1997.
7. Nozick R. *Anarquía, Estado y Utopía*. México: FCE; 1988.
8. Engelhardt HT. *Fundamentos de bioética*. 2ª ed. Barcelona: Paidós; 1995.
9. Álvarez JC. *Ser humano-persona: planteamiento del problema*, en Masía J. (ed.), *Ser humano, persona y dignidad*, Bilbao. Desclee de Brower; 2005, 17-41.
10. Harris J. *The value of life*. London: Routledge; 1989.
11. Harris J. *Superman y la mujer maravillosa*, Madrid: Tecnos; 1998.



12. Spaemann R. *Ética, política y cristianismo*. Madrid: Palabra; 2007.
13. Spaemann R. *Personas*, Pamplona; Eunsa; 2000.
14. Suárez, A.. *Cuadernos de Bioética*. N°4 (1990) pág. 38-42.
15. López Moratalla N, Iraburu MJ. *Los quince primeros días de la vida humana*, Pamplona: Eunsa; 2004.
16. Locke J. *Ensayo sobre el entendimiento humano*. Barcelona: Orbis, 1985.
17. Rorty AO. (ed.), *The identities of persons*. Berkely: University of California Press, 1976.
18. Wojtyła K. *Persona y acción*. Madrid: Palabra, 2011
19. Burgos JM. *The method of Karol Wojtyła: a way between phenomenology, personalism and metaphysics* . Rev. Analecta husserliana, n°104, 2009, pág.107-129.
20. Marías, J. *Antropología metafísica*. Madrid: Alianza; 1987.
21. Ricoeur P. *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI Editores; 2006.
22. Burgos JM. *Introducción al personalismo*. Palabra. Madrid 2012.
23. Arregui JV. *La importancia de ser humano*. Anuario Filosófico n°27, 1994 pág. 37-60.
24. Mondin, B. *Storia dell'Antropologia Filosofica*, vol. 2. Bologna: ESD; 2002: Le antropologie personaliste, pág. 514-660.
25. Laín Entralgo, P. *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Alianza; 1983.



Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social, desde enfermería

Francisco Javier León Correa

Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción

En estos últimos años ha habido un desarrollo importante de la bioética en España y Latinoamérica. Necesitamos entender mejor los retos actuales que enfrenta y cuáles pueden ser las líneas que nos van a exigir una mayor dedicación en el futuro, dentro de la situación general de nuestros países (1). Estamos en los comienzos de la difusión y aplicación de la bioética clínica, en el ámbito académico y en el clínico, también en Enfermería, con el desarrollo legislativo de los derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud y la institucionalización de los comités de ética en los hospitales, pero es necesario desarrollar y promover además una bioética institucional y social, en la que la enfermera debe tener una gran participación (2).

Objetivo de las actuales instituciones de salud es vigilar y promover el compromiso de respeto a los derechos de los pacientes (3), pero muchos de los problemas ético-clínicos, no provienen directamente de la relación profesional de la salud-paciente, sino de otros dos factores importantes: los problemas institucionales, y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud. La bioética debe afrontar tanto la promoción de la ética institucional, como el control desde la ética social de las políticas públicas de salud y de la evolución del propio sistema de salud, así como, de las relaciones y adecuación entre el sistema y las exigencias y necesidades de la sociedad.

Esto se puede lograr dando contenido a los principios de la bioética y buscando una fundamentación complementaria de las visiones éticas, al menos, de las que promueven principios universalizables. No basta con una aplicación superficial de los cuatro principios clásicos, entendida en muchas ocasiones desde el individualismo neoliberal dominante, para asegurar en nuestros países el respeto a los derechos o la mejora de la situación vulnerable de una parte importante de la población. Ya tampoco basta con una bioética de principios. Debemos complementarla y sostenerla en Enfermería desde una ética del cuidado, de la compasión y de la “mirada atenta al otro”, en definitiva, de la solidaridad individual, institucional y social comprometida con los que sufren.

2. La ampliación del campo de estudio y del campo de visión de la bioética

El propio desarrollo de la Bioética global de Potter (4), la bioética ecológica (5,6) y las propuestas de una bioética cotidiana (7,8), por un lado; por otro, el desarrollo de la ética institucional y empresarial aplicada a las instituciones de salud (9,10), las propuestas de las éticas del desarrollo (11,13) y de la interculturalidad (14,15), y la necesidad de legislar y los debates sociales y en los medios de comunicación, han llevado a un reciente desarrollo de la Bioética como una ética institucional, social y política (16), con estudios sobre justicia e igualdad en salud (17,19), y género y ética en salud (20,21) que van más allá de la bioética general y clínica.

Es un campo importante de promoción de los derechos humanos fundamentales -especialmente el derecho a la vida y a la salud- y de análisis de las consecuencias prácticas de la justicia en nuestras sociedades, para superar defectos institucionales que están en la base de muchas quejas de los usuarios de nuestros hospitales (22,23) pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética en las sociedades democráticas.

El éxito de la bioética clínica ha sido la elaboración de una buena y eficaz metodología, la implementación de una buena propuesta de formación de los profesionales, y la penetración en el ámbito de la salud a través de los comités de ética de los hospitales. Para elaborar una bioética social, debemos completar esa metodología y ampliar las funciones de los comités de ética, y por supuesto, es primordial la educación en el diálogo social, académico y profesional.

Deberemos jerarquizar los principios bioéticos, sin reducciones fáciles y superficiales. Puede ayudar para ello la propuesta realizada hace ya algunos años por el Prof. Diego Gracia (24) de establecer un primer nivel, con los principios de justicia y no maleficencia; y un segundo nivel –importante, pero segundo- con los principios de autonomía y beneficencia.

Y también, quizás, no hemos profundizado aún lo suficiente en las exigencias que el principio ético –no jurídico solamente- de justicia aporta al análisis bioético. “Si la cuestión primera era la de los derechos de los pacientes frente al paternalismo ético de la vieja tradición hipocrática y frente a la invasión tecnológica, una ganancia que no se debe arruinar, la de ahora se centra en la denuncia de que el derecho a la salud es una prerrogativa de unos pocos, frente al abandono y la vulnerabilidad que sufre la mayoría. El hecho es



que la justicia –como redistribución y reconocimiento- se nos aparece como la condición de posibilidad de la autonomía” (25).

También debemos profundizar en los cambios de perspectiva que nos aporta la consideración del principio de beneficencia no solamente como la complementación del de no maleficencia, sino como un deber responsable de solidaridad, más allá de la calidad o excelencia de los cuidados del profesional de la salud.

3. La aportación desde la ética de los bienes básicos y el personalismo

En este sentido, pensamos que aportan mucho al debate los estudios que profundizan en la ética de los bienes básicos, la ética personalista, y la ética del cuidado.

Se debe complementar la ética del discurso con la ética de los bienes básicos, y con la visión antropológica y ética del personalismo filosófico. No deben ser mundos separados, sino visiones complementarias, y desde luego, deben estar presentes en el diálogo bioético plural, desde el respeto mutuo.

La llamada “nueva escuela de derecho natural” parte de la fundamentación de los derechos de las personas en los que John Finnis llama “*basic values*” o valores básicos, que se refieren a aspectos fundamentales del bienestar humano. Estos bienes humanos básicos son “*aquellas formas básicas de realización humana plena como bienes que se han de perseguir y realizar*” (26). Son aprehendidos y orientados por la razón práctica y se explican como bienes que perfeccionan al hombre y lo conservan unido en sociedad salvaguardando su dignidad. No son básicos para su existencia, sino para su subsistencia y perfeccionamiento personal y social. En este mismo sentido escribe Gómez-Lobo sobre los que llama “*bienes humanos básicos*” (27) y los analiza como complementarios de la racionalidad práctica, aplicándolos en el ámbito de la vida humana y la bioética. Estos bienes humanos básicos forman el primer nivel de referencia, para analizar las decisiones antes de la aplicación de los principios “*prima facie*”.

El personalismo, partiendo en algunos de sus representantes del realismo aristotélico (28), añade al esencialismo la dimensión relacional de la persona, al partir de la existencia personal desde la fenomenología (29). El respeto a la dimensión biológica del hombre –en el personalismo (30)- está unida esencialmente a su primer principio ético de la “*afirmación de la persona por sí misma, como sujeto y objeto del amor*” (31), más allá de no utilizarla

como un simple medio. Y esto se aplica a toda vida humana, que siempre debe ser tenida en cuenta en el diálogo bioético entre equipo médico y pacientes, gerentes de hospitales y usuarios, legisladores y ciudadanos, tanto en su condición de “interlocutor válido”, como en la de “presente-ausente”, cuando está en condiciones más vulnerables, con mayor fragilidad, sin poder ejercer su autonomía, y especialmente cuando está en juego el bien personal básico de la vida.

Esta es la aportación clave que, desde el personalismo, se hace al debate bioético: poner en el centro de la discusión un “cable a tierra”, centrar todo en la persona concreta, del médico o del profesional de la salud, del paciente y del usuario. No son sólo decisiones clínicas de profesionales altamente cualificados, o análisis de sistemas organizativos o políticas de salud, o deliberación sobre la relación entre los principios éticos básicos. Todo esto nos interesa, y mucho, porque afecta a las personas concretas, a cada uno de nosotros, a través del modelo de salud elegido, de la formación de nuestros profesionales, de las leyes que se votan en el Parlamento sobre Bioética, etc.

4. Complementación de visiones: ética dialógica, neokantismo y personalismo

La corriente personalista surge frente a la visión individualista y racionalista del hombre: al considerarlo como persona lo entiende más que como pura razón individual, la persona es razón, voluntad y corazón, relación *ad intra* y *ad extra*, o en palabras de Buber, *la persona es el lugar del encuentro yo-tú* (29: p.373-75). Esto es en parte diferente de la visión kantiana, por ejemplo, pero es complementaria (29: p.320-21), y así se entiende en propuestas recientes de establecer una bioética sin adjetivos (32).

Desde la ética dialógica, algunos autores insisten más en el universalismo de los principios y las normas éticos, frente al particularismo de los valores, que orientan las preferencias individuales (33); pero en otros –como, por ejemplo, Adela Cortina– está muy presente la conciencia de los límites de la propia ética dialógica, fundamental en el espacio de la ética pública de sociedades democráticas, pero abierta a la complementación desde el utilitarismo o desde el personalismo (34).

Por otra parte, el mismo Habermas, ha insistido recientemente en la posibilidad de complementar desde el universalismo filosófico los tres momentos de evaluación ética que establece: el pragmático (desde el



utilitarismo individual o social), el normativo (desde la deontología kantiana y la ética del discurso) y el valorativo o moral (desde el pluralismo y la libertad como valores universalizables, entre otros) (35).

Se puede ser pluralista como individuo o como grupo social o sociedad, respecto a distintos tipos de valor, o a su jerarquización, por influencia social, cultural o religiosa –como ocurre, por ejemplo, con la justicia en Latinoamérica, o con la autonomía en USA- y no serlo en valores morales y políticos que asumimos como normativos para todos. Con esto Habermas rechaza el contextualismo de Rorty u otros autores, e insiste la objetividad de lo normativo y también de lo valórico, al igual que Putnam: no cabe solamente “una solidaridad pragmática dentro de un escepticismo contextual”, pues existen razones que objetivamente ha de sostener un agente implicado en ciertos contextos prácticos, racionales y, por tanto, universalizables (35, p.38). Putnam agrega además una propuesta de pluralismo más allá de la tolerancia, con una naturalización de los valores compatible con Aristóteles y Kant (35, p.73-78) y propone una “mesa de varias patas” con la suma de las propuestas de Levinas, Kant, Aristóteles y Dewey. Habla de la compatibilidad (y complejidad del encaje) entre todos porque la ética no descansa en un único fin o preocupación humana, ni se identifica con un único conjunto de reglas o sistema de principios, sino con una pluralidad de intereses y valores humanos, conclusión a la que también se llega desde la ética de los bienes básicos o desde el personalismo (35, p.40-42).

Pensamos que estas posiciones son un puente entre la ética dialógica actual y las corrientes que hablan de la racionalidad del bien o los bienes básicos “conocidos por sí mismos por todos”, y también, desde luego, con la visión del personalismo de una experiencia moral de los valores universalizables, en la línea de Max Scheler (36).

5. Principios bioéticos: propuesta de articulación desde la ética

La ética tiene dos caras, la que apunta al bien que anhelamos realizar y que llamamos felicidad, y la que nos muestra el deber o la norma que debemos cumplir. En Aristóteles y las éticas teleológicas, la atracción por el bien, y el ideal de felicidad nos llevan a obrar con la ayuda de las virtudes. En Kant, y las éticas deontológicas, descubrimos en nosotros mismos los imperativos universales que norman nuestro actuar. La ética se vive en plenitud cuando se articulan las dos caras, teleológica y deontológica.

Por esto, analizaremos la relación de la ética y los principios bioéticos desde la propuesta de “intención ética” que hace Paul Ricoeur, y que define así: *“anhelo de vida realizada –y, como tal, feliz-, con y para los otros, en instituciones justas”* (37). El sujeto moral, en este análisis, no es solamente el paciente sino también la enfermera y todos los profesionales de la salud.

5.1. Primer nivel ético: anhelo de una vida realizada: autonomía y no maleficencia

Lo primero es “desear eficazmente una vida lograda”. La ética es ese deseo, antes que una mera normativa. Deseamos ser felices, disfrutar de una vida que vale la pena ser vivida, lograda, realizada, en un proyecto de autorrealización. La libertad está en la raíz del deseo: es el medio para lograr la felicidad. El enfermo, el paciente debe aún en su situación explorar sus potencialidades y no renunciar a ese deseo. Y la enfermera también.

Acorde con ese deseo está la estima de sí mismo, psicológica (autoestima) y moral: la autoconfianza, que no sólo es constatar nuestras capacidades sino tener una conciencia lúcida de las propias limitaciones. Todos somos sujetos de dignidad, e iguales, y así Ricoeur comenta que *“la estima de sí es moral cuando no es ególatra, reconoce a los otros como sujetos de autoestima dignos”*.

Todos ejercemos nuestra libertad en el horizonte de una vida buena que pretendemos realizar, en el horizonte que nos dan los ideales, pero, ¿qué es una vida plena, lograda, realizada? Podemos contestar que es una vida que alcanza unos niveles de excelencia externos al sujeto: el genio científico, el rico empresario, el médico exitoso, el deportista de élite, realizan plenamente su vida, en ese aspecto de su actividad, que no quiere decir por eso que sea realizada en todo, vida familiar, afectos, ideales, etc. En los enfermos, este nivel de excelencia externa puede estar muy afectado, con una plenitud a medias.

Quizás una contestación más plena, desde un sentido propiamente moral, sería que una vida realizada es aquella en la que hay concordancia entre lo que acabamos haciendo y siendo y los ideales que nos marcamos desde las potencialidades que tenemos, incluyendo las personales y las que nos aportan los demás, las potenciales sociales exigibles desde la justicia para todos. Esta sería una vida lograda con niveles de excelencia internos, y a esta autorrealización estamos todos llamados, también los enfermos y las enfermeras.



Visto así, la autonomía sería “la cara deontológica de la estima de sí que se concreta en un horizonte de realización”. Se hace pasar al deseo de felicidad por la criba de la norma. No sólo es un mero deseo, porque también debe tenerse presente la ley, pero tampoco hay una negación de la estima de sí, porque la ley que debemos obedecer nos la damos a nosotros mismos, guiados por la universalidad razonable de la misma. Planteada así, la autonomía, está centrada por un lado en el sujeto, permite hablar de deberes para consigo mismo, no sólo hacia los demás, de modo que pudiéramos realizar con nosotros lo que queramos. Estamos un poco distantes del “soberano sobre sí mismo” de Stuart Mill, pero por otro lado, se da siempre en una perspectiva relacional: debemos siempre considerar al otro como sujeto, con estima de sí, con autonomía.

Todos estamos convocados a vivir nuestra vida con una autonomía desde la que nos hacemos cargo de nosotros mismos, con responsabilidad. Todos los sujetos éticos son sujetos con responsabilidad que deben decidir por criterios adecuados y hacerse cargo de las consecuencias de los propios actos.

5.2. Segundo nivel ético: autonomía con y para los otros. Articular Beneficencia y Autonomía

Nuestros proyectos de realización, autónomos, no son estrictamente individuales, o por precisar mejor, individualistas. La apertura a los otros es precisamente lo que nos construye moralmente y posibilita la realización personal. La acogida equilibrada del otro, la solicitud, la compasión, el respeto y el reconocimiento del otro son fundamentales en nuestra propia construcción moral. Es importante, en la relación clínica y en la asistencia en salud, el respeto a la autonomía de la persona a la que se dirige la acción benefactora. Entre otras consecuencias, podemos mencionar éstas:

- No se puede hacer el bien sin contar todo lo que se pueda con aquel a quien se le hace ese bien. En la base de toda relación humana está el respeto a la dignidad, a quien es persona con dignidad.

- El paternalismo, o el “maternalismo”: la decisión efectiva por parte del benefactor sobre lo que es bueno para el beneficiario, sólo está justificado si responde a carencias reales de autonomía en éste, si se expresa sólo en el ámbito de esas carencias y en proporción a las mismas, y si se ejerce con la intención prioritaria de que pueda superarlas en la medida de lo posible.

- La beneficencia debe prolongarse todo lo posible en autonomía, y ser sustitutiva de ésta sólo en lo inevitable.

- En aquellos ámbitos en los que las personas tienen suficiente capacidad, tienen derecho al respeto a su autonomía, frente a cualquier paternalismo, aunque después desde ella les toca discernir lo que es su bien y tenerlo presente en su relación con el benefactor (el médico o la enfermera), esa es su responsabilidad.

- Por lo tanto, en la decisión del paciente responsable, es la autonomía la que debe abrirse lúcida y libremente a la beneficencia.

- Dentro de la responsabilidad en la construcción de una vida lograda desde su autonomía, puede estar en muchas ocasiones para el enfermo el pedir ciertas ayudas del médico, de la enfermera y de los demás profesionales de la salud. Autonomía no se identifica, en nadie, con autosuficiencia en sentido duro, aunque sí con la gestión de las propias insuficiencias.

- La acción benefactora no sólo debe respetar la autonomía, debe acogerla, debe transformarse desde las demandas del beneficiario, que son en este sentido un factor de discernimiento para el médico o la enfermera.

5.3. Tercer nivel ético: Articular autonomía, beneficencia y justicia

El médico y la enfermera están ligados al paciente por un contrato profesional, y en el marco de una institución. Es, por tanto, el médico (o la enfermera), un agente que interviene en lo Ricoeur denominó el tercer nivel de la intención ética, el de la justicia (38), pero a la vez, debe establecer relaciones personalizadas con los pacientes que atiende, y por eso su actuación se mueve en el segundo nivel ético del “con y para los otros”. No puede ignorar la justicia, pero debe actuar con beneficencia, desde una ética de las virtudes que ayude al otro a conseguir una vida lograda, en la mayor medida posible.

Por tanto, debemos construir también desde el principio de justicia, base de los principios de autonomía y beneficencia. Aquí es donde deben unirse la bioética y el derecho sanitario, pues ambos buscan el mismo fin: la atención de salud justa y, donde sea posible, una relación interpersonal que lleve a una vida lograda al paciente y al profesional de la salud.

6. Valores, principios y normas en Enfermería

Veamos ahora la aplicación de estos principios éticos fundamentales en el quehacer de Enfermería.

Actualmente, se ha expandido el ámbito de la ética en Enfermería (39,41), que antes estaba centrada fundamentalmente en las decisiones de los cuidados



enfermeros (42,43), en su relación con las decisiones médicas, y en la ética de la educación (44,45) y promoción de la salud (46), y que ahora abarca además, la ética de gestión clínica de la atención de salud (47). La enfermera es la que lleva muchas veces directamente la gestión de los cuidados en los servicios de salud como se ha manifestado en bastantes modelos sanitarios basados en la gestión del cuidado (48).

Existen algunas normas deontológicas propias que debe conocer el profesional de Enfermería, sobre todo en el Código de ética y deontología que representa el consenso ético acerca del ideal de la propia profesión (49), pero sobre todo, debe formarse y distinguir con claridad la aplicación de los principios éticos y la priorización de valores en su quehacer. La deontología debe complementarse con la mirada más amplia de la bioética sobre el quehacer de Enfermería.

Como comenta Guy Durand, “la reflexión bioética se basa en los hechos y en principios y reglas. La bioética no quiere principios determinados de forma abstracta y que se impongan a la realidad de forma autoritaria. Tampoco quiere un sistema de principios que funcionaran como prohibiciones incuestionables... quiere concluir en los hechos, pero necesita sin embargo de principios y reglas.” (50, p.41).

La palabra valor incluye dos aspectos, la significación y la orientación a la acción, por lo que también puede utilizarse en relación con los principios, aunque en su acepción filosófica una moral de valores se opone a una moral de principios. Los valores pertenecen al orden del bien o del ser, como el valor de la vida, la dignidad de la persona o la libertad. El respeto a esos valores funda los principios éticos de respeto a la vida, prohibición de matar, autodeterminación, etc. Los principios y las reglas -las normas- deben estar al servicio de los valores y traducirlos en términos operativos.

Existen dos valores fundamentales en la tarea de Enfermería, que son complementarios: el respeto y cuidado de la vida humana, que pertenece al orden de la objetividad y debe servir de finalidad a la actuación ética; y el valor de la libertad de la persona, con el respeto a sus derechos, que remite al dominio de la subjetividad y es esencial en la ética. Estos dos grandes valores fundamentan los principios, las reglas y las normas más concretas y específicas.

Los principios pueden clasificarse en dos categorías (51): *principios fundamentales*, que resguardan y son expresión directa de la dignidad de la persona y de sus derechos humanos fundamentales, que serían los cuatro

clásicos: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia; y *principios instrumentales*, que nos ayudan en la práctica en la toma de decisiones, para actuar de un modo más prudente y valorar todas las circunstancias en búsqueda de la mejor solución posible: el principio de proporcionalidad, el de totalidad, el principio de subsidiariedad, del doble efecto, el principio de imparcialidad (el “observador imparcial”), el principio de buscar el mejor interés del paciente, el principio de subrogación de la autonomía, el principio de mediación que nos lleva a buscar siempre una solución de consenso racional político en lugar de la imposición en casos de conflicto, etc.

La enfermera debe conocer y saber aplicar los principios instrumentales en las decisiones de su propia competencia y en las decisiones primariamente médicas, que deben ser compartidas por todo el equipo que atiende al paciente. Puede así ayudar a realizar el juicio de proporcionalidad de un determinado tratamiento, a tomar una decisión de limitación del esfuerzo terapéutico con mayor conocimiento de los valores de la familia (52), aclarar las voluntades anticipadas y deseos del paciente (53), ayudar a valorar los posibles efectos no previstos, completar la información clínica y no clínica del paciente y su familia, pero debe velar también, de modo prioritario, por la aplicación de los principios fundamentales, tanto por su tarea de complementación en equipo de la actuación clínica del médico, como por su función profesional de defensa de los derechos de los pacientes (54), de gestión de los cuidados que se otorgan en las instituciones y sistemas de salud, muy especialmente en lo referente al final de la vida de los pacientes (55), y de promoción, prevención y educación para la salud (EpS).

Las reglas, las normas, están en cambio más cerca de la misma acción, la determinan y enmarcan, y en definitiva, permiten la aplicación concreta de los principios. Es tarea importante la elaboración de guías de acción clínicas, guías de gestión, legislación adecuada, reglamentos, etc., pero la enfermera no puede olvidar que siempre las normas están al servicio de los valores y deben ser interpretadas a la luz de los principios éticos. Es importante que la enfermera haga cumplir las normas, o mejor, ayude al paciente, a los familiares y a todo el equipo de salud, a recordar y acatar las normas, pero precisamente porque éstas son salvaguarda de los valores y principios éticos, y en la medida en que lo sean.



6.1. Principios fundamentales: no maleficencia y justicia

6.1.1. La *no maleficencia* es primariamente no dañar física o psíquicamente, evitar el dolor físico y el sufrimiento psíquico. La obligación de tener la debida competencia clínica es esencial para la enfermera al igual que para el médico. Su tarea es también fundamental en la implementación de los cuidados paliativos por ejemplo al final de la vida.

Puede concretarse en tres principios: *deber de no abandono* del paciente o sujeto de investigación; *principio de precaución*, que nos ayuda a evitar cualquier mala praxis, y a extremar la seguridad a nivel del equipo clínico y de la institución (56); y *principio de responsabilidad* ante las consecuencias de las decisiones ético-clínicas, o de toma de medidas en una institución o en salud pública.

También puede existir el abandono, no sólo por parte del equipo profesional de salud, sino de la familia y la comunidad: están los deberes de responsabilidad familiar (no abandono familiar del paciente), y responsabilidad comunitaria (no abandono institucional y social) que la enfermera debe tener muy presentes.

6.1.2. El de *justicia* es primariamente dar a cada uno lo suyo, lo debido, a lo que tiene derecho, pero contiene otros varios:

a) principio del respeto a los derechos o a la legalidad vigente; ver en el paciente o usuario también un sujeto de derechos legítimos, y claridad en los derechos y deberes mutuos de los profesionales de la salud y los pacientes y entre ellos y el sistema.

b) principio de equidad que es distribuir las cargas y beneficios equitativamente, más que mero equilibrio entre costes/beneficios o recursos/servicios prestados. Primero consiste en *no realizar discriminaciones injustas* (cabén las discriminaciones justas por motivos clínicos, de urgencia, en catástrofes, etc.) y segundo en la *igualdad en las posibilidades de acceso y en la distribución de los recursos de la salud*, al menos dentro del mínimo ético exigible en cada situación concreta;

c) y más allá de esto, el principio de protección para conseguir efectivamente un nivel adecuado de justicia con los más vulnerables o ya vulnerados, en la atención de salud o en la investigación biomédica (57,58).

d) También pertenece a la justicia el deber de eficiencia a nivel profesional, institucional o del propio sistema de salud. Es “la relación entre los servicios prestados y los recursos empleados para su realización... es una exigencia

moral puesto que todos estamos obligados a optimizar los recursos –que son limitados- sacando de ellos el mayor beneficio posible” (59: p.72). Es exigible la eficiencia a los profesionales –y más especialmente a las enfermeras- que trabajan en el sistema de salud, a las instituciones privadas o públicas que están dentro de una medicina gestionada que debe necesariamente racionalizar el gasto. Aquí es primordial poner el fin de la salud –propio del profesional y del sistema- por encima del fin económico, importante pero secundario, y cuidar la ética de la gestión en cada nivel de la organización.

e) Es de justicia finalmente asegurar la continuidad de la atención, tanto entre Centros de Salud y Hospitales, como del médico tratante y de las enfermeras, en lo posible.

f) A nivel institucional, es un deber asegurar la sostenibilidad del sistema y la continuidad de la atención al usuario.

g) Y es un deber de justicia prioritario para el sistema de salud asegurar la sostenibilidad de las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos.

6.2. Autonomía y beneficencia: promover la competencia y solidaridad

6.2.1. En cuanto a la *autonomía*, la implementación del consentimiento informado es esencial y un deber del médico y enfermera tratante. El médico debe informar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento al paciente, de modo general, pero es misión de la enfermera comprobar que el paciente lo ha entendido, y ayudarlo a asimilar la información (60). En los actuales Códigos Deontológicos de Enfermería está muy presente la importancia de la actuación directa de la enfermera para resolver los problemas éticos que se presentan en la atención, en su papel de promover la autonomía del paciente con el consentimiento informado: “a través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona que es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería” (61). “La enfermera debe verificar que las personas (paciente, familia, acompañante) reciban información suficiente para aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos” (62). También puede superar la barrera de distancia que con frecuencia se interpone entre los médicos y los pacientes, y establecer un diálogo con tiempo suficiente para desarrollar una relación de ayuda, que normalmente el médico no puede realizar (63).

Pero la autonomía, no es solamente el *respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente* a través del proceso del consentimiento informado. Existe también más allá el deber ético de los profesionales de



promover la competencia y de ayudar –sin paternalismos- a que el paciente pueda ejercer una libertad responsable.

Y más allá de la subrogación de la autonomía desde el punto de vista legal –muchas veces confundido con el ético- en los casos de falta de competencia momentánea o definitiva, está buscar al representante mejor de los intereses del paciente, y el papel de la familia en nuestra cultura. No se trata de una autonomía individualista, en muchos casos, sino del individuo en el ámbito familiar, y a veces comunitario, más amplio. Coexisten en nuestros países de hecho dos modelos, el de la salud privada y el de la salud pública, pero no podemos mantener la idea de que la privada sería el ámbito del paciente que desea ser autónomo, mientras la pública queda –de hecho, no en los teóricos derechos- como el ámbito de la beneficencia y la justicia. Este planteamiento sería radicalmente injusto.

6.2.2. Por último, *el principio de beneficencia* que es hoy en día mucho más que hacer al paciente el mayor bien posible según su propia escala de valores (64).

En primer lugar, la beneficencia supone atender el bien de la calidad de vida del paciente como fin propio de la atención en salud: no solamente curar, sino cuidar y dar la mejor calidad de vida posible. Calidad de vida, se entiende así, como un bien del paciente, y no sólo como un instrumento o principio instrumental para medir la proporcionalidad de un determinado tratamiento.

Se entiende que el paciente desea una *atención de calidad y excelencia*, y éstas son valores que deben incorporar los equipos y profesionales de la salud. La calidad de la atención conlleva varios aspectos: excelencia, en cuanto a obtener los mejores resultados, valor en cuanto al precio de los servicios ofrecidos, ajuste a unas determinadas especificaciones o estándares, y satisfacción de las expectativas de los usuarios (59). Esto se puede conseguir mediante los compromisos explícitos de las instituciones a través de las Cartas de Servicios, por ejemplo, y mediante los procesos de acreditación de las instituciones de salud.

Se requiere también una medicina mucho más cercana al paciente, con una “relación más personal, más humanizada”, tanto por parte del médico, de la enfermera y de los demás profesionales de la salud, como por parte de la institución, por ejemplo, con planes concretos de humanización de la atención que se presta. Esta es un valor fundamental de cualquier gestión de calidad o gestión de la atención en salud.

La enfermera está ligada al paciente por un contrato profesional, y en el marco de una institución. Es, por tanto, un agente que interviene en lo que hemos denominado el tercer nivel de la intención ética, el de la justicia, pero a la vez, debe establecer relaciones personalizadas con los pacientes que atiende, y por eso su actuación se mueve en el segundo nivel ético del “con y para los otros”. No puede ignorar la justicia, pero debe actuar con beneficencia, desde una ética de las virtudes que ayude al otro a conseguir una vida lograda, en la mayor medida posible. Y aquí son básicos los postulados de la ética del cuidado (42), que acerca la decisión al paciente concreto, con atención a lo singular, circunstancial, y no sólo al universalismo racional de los principios.

Y también es imprescindible *el principio de solidaridad* más allá de la justicia, tanto a nivel social como individual (65). Una sociedad puede implementar un sistema que generalice la asistencia en salud a todos, con prestaciones de alta calidad si lo permite el desarrollo económico, pero podría ser calificado como deshumanizado, distante, no acogedor, por parte de los usuarios, y puede dar lugar a un aumento de las quejas o a una mala percepción de la atención recibida. Mientras que por el contrario, un sistema con menos recursos –económicos y humanos- como el sector de salud público chileno, ve de hecho compensadas sus deficiencias actuales por una solidaridad beneficiadora desde la propia sociedad o los individuos, pero existe también un deber ético de solidaridad por parte de todos los ciudadanos comprometidos con la justicia y por parte de las instituciones públicas a todos los niveles.

Ojalá sea cierta en todos los casos la afirmación de que “algunos individuos, por ejemplo, los docentes, los enfermeros o los bomberos, no miden el valor de su trabajo exclusivamente por la cantidad de dinero que reciben o podrían recibir a cambio, sino también por la satisfacción personal que obtienen del mismo. No es que tengan motivaciones más éticas, sino que perciben con más claridad las necesidades humanas y el deber moral de contribuir a satisfacerlas, cosa que no ocurre igual en las relaciones sociales dominadas por el mercado”(66).

Estos principios designan, por tanto, una orientación fundamental, inspiradora de la acción de la enfermera. Las reglas están en cambio más cerca de la misma acción, la determinan y enmarcan, y en definitiva, permiten la aplicación concreta de los principios.

Como puede verse, el equilibrio entre todos estos principios y valores no es siempre fácil. En el ámbito de la bioética clínica nos encontramos frecuentemente



con conflictos de principios y valores que es necesario jerarquizar o regular, en los casos concretos y a nivel teórico. De cualquier manera, está claro que toda reflexión bioética de la persona está condicionada por sus propios valores, por sus opciones y creencias, por la manera de entender al hombre, la vida y la propia profesión. Son decisivas las opciones fundamentales sobre el sentido de la vida humana y su definición, el sentido de la persona, del sufrimiento, de la vejez y de la muerte, el sentido de la procreación y de la sexualidad, y por supuesto, el sentido de la misma ética.

7. Ética del cuidado desde Enfermería

Aunque parte importante de las decisiones que han de tomar los equipos de salud en este campo corresponderán al médico o al equipo médico, no es menos cierto que las consecuencias de esas decisiones afectan de manera muy clara al quehacer diario y a la conciencia de las enfermeras que deben cuidar y atender a esos pacientes (67). Por otro lado, “la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad, justicia e igualdad” (68).

Es propio de Enfermería “el proceso de cuidar que se centra en las interrelaciones humano-humano, con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación moral e interpersonal con el sujeto de cuidado” (69). Es decir, con una ética del cuidado que debe tener en cuenta siempre el mejor bien del paciente (70). Así lo señala el Consejo Internacional de Enfermería: “Al dispensar los cuidados la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad” (71), y al referirse al final de la vida, comenta: “la función de la enfermera es fundamental para unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de la vida de los pacientes moribundos y de sus familias mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales” (72).

Se ha elaborado así una ética del cuidado desde Enfermería, que sólo en parte tiene relación con la ética del cuidado feminista (73) y con las visiones de género (74). Comparte con ésta última la necesidad de concretar los principios generales y universales de la ética con la perspectiva del caso concreto y del paciente concreto, hombre o mujer, pobre o rico, sólo o acompañado, que se

atiende. La diferencia de género es importante en las discriminaciones sociales en salud, pero es uno de los varios determinantes sociales que la enfermera debe tener en cuenta.

El cuidado tiene mucho que ver con “*la mirada atenta al otro*” (75), con “*la solidaridad de los conmovidos*” o de “los conmovidos” de la que hablaba Patocka (76): cuando se ha visto el sufrimiento y el dolor extremos, nada es igual en nuestra vida ni en nuestra conciencia moral. La presencia del “otro” concreto al que “yo” debo cuidar fundamenta la obligación ética, más que solamente profesional, del servicio que realiza la enfermera/o: “la presencia del rostro –en la conocida frase de Lèvinas- significa así una orden irrecusable, un mandato, que detiene la disponibilidad de la conciencia”(77: p.61). El paciente es siempre un *tú*, que nunca puede ser tratado como un *eso* ó *esto*. (77: p.82).

Por eso una ética del cuidado es también una ética de la intimidad (78) y de la compasión (79). Y el telón de fondo de la compasión es la singularidad, la situación, la biografía, la ambigüedad, la ausencia y la asimetría. No tiene que ver con el diálogo o el consenso, con la reciprocidad o la simetría, con la comunicación o las competencias, temas básicos de la bioética clínica tradicional. “Es una ética de la situación y de la respuesta, de la ineludibilidad de la respuesta, una respuesta gratuita que no espera nada a cambio: es una ética de la donación, en la que el don no puede volver al donante y que, por tanto, desafía la reciprocidad; (...) no puede entrar en el círculo de lo económico” (79: p.87).

Por eso podemos hablar de unos principios éticos del cuidar distintos de los principios instrumentales de la razón práctica: más allá del deber, de la prudencia, del respeto o del reconocimiento del otro, están la atención, la confianza, la empatía, la compasión, la solidaridad con la persona que sufre.

Así, “el ‘cuidado’ es un principio que sirve para guiar la conducta. Se aplica a las relaciones personales. Relaciones asimétricas, sobre todo. Las personas que no pueden atender a sus propias necesidades, por edad, enfermedad, o por encontrarse en una situación de dependencia, necesitan algo más que buena voluntad. Necesitan la atención de otras personas, sus cuidados” (80), muy frecuentemente en manos de las mujeres por tradiciones culturales o patriarcales, y hoy en día además, profesionalizados en la Enfermería.

Más allá de la diferencia de puntos de vista, de las visiones de la ética individualistas o utilitaristas “masculinas” y del cuidado y atención



“femeninas”, podemos desarrollar el diálogo y buscar la complementariedad, a través de las vías abiertas por algunas y algunos filósofos contemporáneos y por la reflexión desde el ámbito de la Enfermería hacia una ética racional, sí, pero más centrada en lo personal, lo afectivo y, en definitiva, lo humano.

8. Conclusiones

1.- La visión de la bioética basada en principios debe complementarse con la enfocada en el cuidado. La ética del cuidado desarrollada desde Enfermería supone una importante contribución a la adecuación de la ética clínica a la situación concreta de los hospitales y de la atención general en salud, y enriquece la propia reflexión bioética.

2.- Es importante el papel de Enfermería en la gestión del cuidado y la atención en salud, y a ello apunta la creciente profesionalización y especialización de la Enfermería. Para ello, debe incorporar la reflexión ética sobre la gestión de salud y a esto puede ayudar el desarrollo de la bioética institucional y social. Pensamos que la Enfermería no puede perder en este desarrollo la cercanía al paciente y la tarea de humanización de la gestión y la atención que le es propia.

3.- Es necesario subrayar la “independencia moral” de la enfermera respecto a las decisiones médicas, y para esto es cada vez más importante su propia formación en la bioética clínica. A la vez, la enfermera es una pieza clave del trabajo en equipo y la bioética puede ayudarle a tomar decisiones con el médico y el equipo de salud, a intervenir en las decisiones que involucran dilemas ético-clínicos con los pacientes, y en definitiva a tomar entre todos – incluidos los pacientes- las mejores decisiones compartidas..

Cuadro 1 Sistema de principios en bioética. Principios de Bioética clínica, institucional y social

Bioética Clínica	Bioética institucional	Bioética social
<i>No maleficencia</i>		
Deber de no abandono Precaución Responsabilidad profesional Responsabilidad familiar	No abandono institucional Precaución: sistemas seguridad Responsabilidad institucional	No abandono social Prevención salud Responsabilidad política
<i>Justicia</i>		
Respeto derechos paciente Equidad Equidad reparto recursos Protección más débil Eficiencia profesional Continuidad atención	Respeto derechos pacientes Equidad acceso atención salud Equidad en recursos escasos Protección población vulnerable Eficiencia institucional Sostenibilidad sistema	Promoción derechos Priorización salud No discriminación injusta Seguimiento inequidades Discriminación positiva Control, acreditación Sostenibilidad de la atención
<i>Autonomía</i>		
Respeto autonomía Consentimiento informado Promover competencia Responsabilidad: deberes Confidencialidad	Participación pacientes Participación familiar Educación en salud Custodia información y confidencialidad	Control social salud Participación comunidad Prevención/educación Control ley de privacidad
<i>Beneficencia</i>		
Calidad vida: fin clínica Excelencia profesional Humanización cuidado Solidaridad: compasión Ética del cuidado	Calidad asistencial Excelencia institucional Plan humanización institucional Solidaridad institucional	Calidad sistema Acreditación Acreditación Subsidiariedad

Referencias bibliográficas:

- 1.- León FJ. *Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales*. In: Lolas F, ed. *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago: OPS-OMS; 2004: 145-152.
- 2.- León FJ. *De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile*. *Revista Médica de Chile* 2008; 136: 1084-1088
- 3.- Ministerio de Salud. *Estándares generales para prestadores institucionales de atención abierta. Respeto a la dignidad del paciente*. Santiago: Ministerio de Salud; 2007.
- 4.-Acosta JR. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002.
- 5.- Cely G. *Ecología humana, una propuesta bioética*. Bogotá: CEJA; 1998.
- 6.- Cely G. *Bioética global*. Bogotá: Universidad Javeriana; 2007.
- 7.- Berlinguer G. *Ética, salud pública y medicina*. Montevideo: Nordan-Comunidad; 1994.
- 8.-Berlinguer G. *Bioética cotidiana*. México DF: Siglo XXI; 2002.
- 9.- Simon P ed. *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela; 2005.
- 10.- García Marzá D dir. *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón, España: Universitat Jaume I; 2005.
- 11.- Martínez Navarro E. *Ética para el desarrollo de los pueblos*. Madrid: Trotta; 2000.
- 12.- Goulet D. *Ética del Desarrollo. Guía teórica y práctica*. Madrid: IEPALA; 1999.
- 13.- Sen A, Kliksberg B. *Primero a la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008.
- 14.- Lolas F, Martín DK, Quezada A ed. *Prioridades en salud y salud intercultural*. Santiago: CIEB Universidad de Chile; 2007.
- 15.- Salas R. *Ética intercultural. Ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos*. Santiago: Ediciones UCSH; 2003.
- 16.- Kottow M. *Salud pública, genética y ética*. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36 (5): 537-544.
- 17.- Kliksberg B. *América Latina. El caso de la salud pública*. In: Sen A, Kliksberg B. ob.cit: 121-186.
- 18.- Parenti F. *Bioética y biopolítica en América Latina*. In: Acosta JR. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002:171-184.
- 19.- Lolas F ed. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2000.
- 20.- Valdebenito C, Lama A, Lolas F. *Relación mujer y biotecnología: aproximación al impacto de la Bioética*. *Acta Bioética*, 2006, 12 (2): 145-150.
- 21.- López de la Vieja T. *La mitad del mundo, ética y crítica feminista*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2004.
- 22.- Superintendencia de Salud. *Estudio de Satisfacción de Usuarios*. Santiago: Ministerio de Salud; 2007.
- 23.- Chomali M, Mañalich J. *La desconfianza de los impacientes. Reflexiones sobre el cuidado médico y la gestión de riesgos en las instituciones de salud*. Santiago: Mediterráneo; 2006.
- 24.- Gracia D. Prólogo. In: Beauchamp T, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.
- 25.- Guerra MJ. *Hacia una Bioética global: la hora de la justicia. A vueltas con la desigualdad humana y la diversidad cultural*. In: Feito L ed. *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004: 15-33.

- 26.- Saldaña J. *El derecho a la vida. La defensa de Tomás de Aquino y de John Finnis*. In: Da Silva IG. Ed. *Direito Fundamental a Vida*. Sao Paulo: Quartier Latin; 2005: 51-54.
- 27.- Gómez-Lobo A. *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*. Santiago: Mediterráneo; 2006.
- 28.- Burgos M. *El personalismo*. Madrid: Palabra; 2000:168-180.
- 29.- Torralba F. *¿Qué es la Dignidad humana?* Barcelona: Herder; 2005: 361-380.
- 30.- Chalmeta G. *La dimensión biológica del hombre en el personalismo ético*. *Medicina y Ética*, 2007; 18: 15-26
- 31.- Wojtyla K. *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*. Madrid: Palabra; 1997.
- 32.- Guerra R. *Por una bioética sin adjetivos. Bioética, interdisciplinariedad y sociedad plural*. *Medicina y Etica*, 2008; 19 (3): 245-257.
- 33.- Guariglia O. *Una ética para el siglo XXI. Ética y derechos humanos en un tiempo postmetafísico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2006: 79-95.
- 34.- Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993: 236-240.
- 35.- Putnam J, Habermas J. *Normas y valores*. Madrid: Trotta; 2008.
- 36.- Burgos JM. *Repensar la naturaleza humana*. Madrid: EIUNSA; 2007.
- 37.- Ricoeur P. *Soi Même Comme un Autre*. París: Editions du Seuil; 1990.
- 38.- Ricoeur P. *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Trotta; 2008.
- 39.- Sánchez-Caro, Javier; Abellán, Fernando. *Enfermería y paciente: Cuestiones prácticas de bioética y derecho sanitario*. Granada: Comares; 2007.
- 40.- Malagutti, William (org.). *Bioética e Enfermagem. Controvérsias, desafios e conquistas*. Río de Janeiro: Rubio; 2007.
- 41.- Oguisso, Taka; Zóboli, Elma (orgs.). *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo: Editora Manole; 2006.
- 42.- Feito Grande, Lydia. *Ética Profesional de la Enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. Madrid: PPC; 2000.
- 43.- Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. *El arte y la ciencia del cuidado*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2002.
- 44.- Arratía, Alejandrina. *La Bioética y sus implicaciones en la Educación para la Salud*. Tesis de Doctorado en Filosofía de Enfermería, Florianópolis, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
- 45.- León Correa, Francisco Javier. *Bioética y educación para la salud*. En: León Correa, Francisco Javier. *Temas de Bioética social*. Santiago de Chile: Fundación Ciencia y Vida; 2011: 153-165.
- 46.- Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos (Organizadores) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- 47.- Fundación Victor Grafols i Lucas. *La gestión del cuidado en Enfermería*. Barcelona, 2005.
- 48.- Estefo Agüero, Silvana; Paravic Klíjn, Tatiana. *Enfermería en el rol de gestora de los cuidados*. *Ciencia y Enfermería*, 2010, XVI (3): 33-39. Juvé Udina, Maria Eulàlia; Anton Almenara, Pilar. *Consideraciones éticas en la gestión enfermera: una revisión actual*. *Nursing* 2012; 30 (3):52-58.
- 49.- Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: Consejo General de Enfermería; 1989.
- 50.- Durand, Guy. *La Bioética*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992.
- 51.- León Correa, Francisco Javier. *Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social*. *Acta Bioética* 2009; 15 (1): 70-78.

- 52.- León Correa, Francisco Javier; Espinoza Atencio, Paz; López Moraga, Marcela; Muñoz Salinas, Mara. *Orden de No Reanimación en Unidades de Cuidados Intensivos. Análisis comparativo de percepciones del Equipo Médico y de Enfermería*. Coordinación Académica de Bioética. Salud e interculturalidad: desafíos y proyecciones. Temuco, Chile: Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera; 2009: 115-129.
- 53.- León Correa, Francisco Javier; Abrigo Chavarría, Carolina; Délano Luco, Claudia. *Voluntades anticipadas en pacientes terminales. El rol de Enfermería*. Ética de los Cuidados. 2009; 2(3). Disponible en www.index-f.com/eticuidado/n3/et6878.php Consultado el 24 de febrero 2012.
- 54.- Pico Merchán, M^a Eugenia; Tobón Correa, Ofelia. *Sentido del rol de profesional de enfermería en el primer nivel de atención en salud*. Index Enferm 2005;51: 19-23.
- 55.- León Correa, Francisco Javier (Coord.) *Cuidados al final de la vida*. Bioética y Enfermería. Santiago de Chile: Fundación Ciencia y Vida, Colección Bioética y Enfermería 1; 2010.
- 56.- Martínez Ques, Ángel Alfredo; Rumbo Prieto, José María. *Ética de la Seguridad en las organizaciones sanitarias*. Ética de los Cuidados. 2009 jul-dic; 2(4). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n4/et0149.php> Consultado el 24 de febrero 2012.
- 57.- Roland, Fermin; Kottow, Miguel. *Principios bioéticos en Salud Pública: limitaciones y propuestas*. Cadernos de Saude Pública, 2001; 17(4): 949-956.
- 58.- Roland F, Rego S, Braz M, Palacios M. *Bioética, riscos e proteção*. Rio de Janeiro: UFRJ, Fiocruz; 2005.
- 59.- García Marzá, Domingo (Dir.) *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón, España: Universitat Jaume I; 2005.
- 60.- León Correa, Francisco Javier; Burattini, Carla; Schwartzmann, Jennifer. *El consentimiento informado y el profesional de enfermería. Estudio cualitativo en Hospital público de Chile*. Rev. Eleuthera. Caldas, Colombia. Vol. 3, enero - diciembre 2009: 221-237.
- 61.- Comisión Interinstitucional de Enfermería. *Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México*. México DF, 2001: 11.
- 62.- Código de Ética del Colegio de Enfermeras de Chile. Santiago, 2008. Capítulo 1, art. 3º.
- 63.- León Correa, Francisco Javier; Piwonka, M^a Angélica (Coord.) *Información al paciente y consentimiento informado*. Bioética y Enfermería. Santiago de Chile: Fundación Ciencia y Vida, Colección Bioética y Enfermería 2; 2011.
- 64.- Tauber, A. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts: MIT Press; 2005.
- 65.- León Correa, Francisco Javier. *Bioética y solidaridad*. En: León Correa, Francisco Javier. *Temas de Bioética social*. Santiago: Fundación Ciencia y Vida; 2011: 97-122.
- 66.- Puyol, Ángel. *El sueño de la igualdad de oportunidades. Crítica de la ideología meritocrática*. Barcelona: GEDISA Editorial, 2010: 41-42.
- 67.- Gómez, Marina. *No me da miedo la muerte, me da miedo el dolor*. Revista Index de Enfermería, Granada, 2007, 16 (58):63-67.
- 68.- Comisión Interinstitucional de Enfermería. *Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México*. México DF, 2001.
- 69.- Código de Ética de la Enfermería colombiana. En: <http://www.anec.org.co/>
- 70.- Torralba, Francesc. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Institut Borja de Bioética y Fundación Mapfre Medicina; 2002.
- 71.- *Código de Ética del CIE para la profesión de Enfermería*. Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra; 2006.

- 72.- *La función de la enfermera que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias*. Declaración de posición del Consejo internacional de Enfermería, Ginebra, 2000, revisada 2006.
- 73.- León Correa, Francisco Javier. *Ética del cuidado feminista y Bioética personalista*. Persona y bioética, Bogotá; 2008, vol. 12, 1 (30): 53-61.
- 74.- Villela Rodríguez, Esther. Editorial: *Género y enfermería: una tarea crítica y reflexiva*. Desarrollo Científico de Enfermería. México, UNAM, 2008, Vol. 16 (9): 379-380.
- 75.- Esquirol, Josep M^a. *El respeto o la mirada atenta. Una ética para la era de la ciencia y de la tecnología*. Barcelona: GEDISA editorial; 2006.
- 76.- Jan Patocka, *philosophie, phénoménologie, politique*. Textes réunis par Etienne Tassin et Marc Richir. Grenoble: Millon; 1992:131.
- 77.- Lévinas, Emmanuel. *Humanismo del otro hombre*. México: Siglo XXI Editores; 1974.
- 78.- Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Comissió Deontològica. *L'ètica de la intimitat: un repte per a les infermeres*. Barcelona; 2008.
- 79.- Mélich, Joan-Carles. *Ética de la compasión*. Barcelona: Herder; 2010
- 80.- López de la Vieja, M^a Teresa. *Salud y género*. En: G^a Gómez-Heras, José M^a; Velayos, Carmen (Editores) *Bioética, perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos, Grupo Anaya; 2005: 73-97.



Ética del cuidado en Enfermería

Lydia Feito

Universidad Complutense de Madrid

Introducción: La identidad de la profesión de enfermería

La enfermería es una labor orientada al cuidado de los enfermos, que se realiza dentro del equipo de profesionales encargados de la sanidad. Esta sencilla definición nos ofrece un marco con el que podemos establecer algunos rasgos característicos: que la enfermería es una actividad que presta un servicio, tiene por tanto un valor social y una responsabilidad derivada de la realización de un “bien interno”, esto es, un elemento valioso al que se debe y que le dota de sentido y legitimidad. La enfermería tiene que ver con la salud y la enfermedad, por tanto, con la condición de vulnerabilidad del ser humano, y con el cuidado, aunque este cuidado podrá entenderse de diversas formas y será preciso determinar qué implica y qué exige. Todas estas cuestiones son las que requieren análisis y ponderación, para poder afirmar que la enfermería es una auténtica práctica moral.

La enfermería es una labor en plena transformación que, a pesar de ser una actividad reconocida como necesaria, pugna por lograr un espacio profesional y un reconocimiento que hasta ahora no ha adquirido, en buena medida como resultado de la historia. El recorrido de la enfermería a lo largo de los siglos no deja lugar a dudas sobre su relevancia, no es una tarea de la que podamos prescindir. Sin embargo, ha sido entendida de muy diversos modos y ha estado ligada a conceptos tales como la caridad o la obediencia que han ido marcando su propio quehacer. En la actualidad, su constitución como disciplina científica que se enseña en las universidades, la ruptura de la vinculación de la enfermería con el género femenino y la transformación acaecida en la relación clínica, pasando del paternalismo al respeto a la autonomía, han obligado a una reconsideración del papel de la enfermería. Y este debate se centra, sobre todo, en torno a su profesionalización, y lo que ello conlleva.

En ese contexto, el análisis de ese “bien interno” que define a la profesión de enfermería, es esencial para su identidad y la validez social de su ejercicio. La indagación acerca de ese bien interno, el cuidado, es, en última instancia, la pregunta por la identidad de la enfermería. Se trata de explorar el mismo sentido de la enfermería, lo que la alienta y le da vida, lo que explica su existencia. En el fondo es construir una filosofía de la enfermería.

2. La actitud de cuidado ante la vulnerabilidad

La enfermería, en tanto que labor de cuidado, tiene que ver con la realidad frágil y vulnerable del ser humano. Esta es una condición antropológica de la que no podemos escapar. Ser vulnerable implica fragilidad, una situación de amenaza o posibilidad de sufrir daño. Por tanto, implica ser susceptible de recibir o padecer algo malo o doloroso, como una enfermedad, y también tener la posibilidad de ser herido física o emocionalmente. También las condiciones sociales pueden hacer al ser humano vulnerable, en tanto que limiten sus posibilidades de enfrentarse a la adversidad. Y hay también una fragilidad ante la existencia del “mal moral” que daña en otro sentido, que puede ser más lacerante, a pesar de su falta de marcas físicas. La vulnerabilidad tiene que ver, pues, con la posibilidad de sufrir, con la enfermedad, con el dolor, con la fragilidad, con la limitación, con la finitud y con la muerte. (1)

Lo más sorprendente de la condición humana es cómo, a pesar de su radical vulnerabilidad, trata de realizarse como sujeto autónomo. Ésta es la que P. Ricoeur llama “paradoja de la autonomía y de la vulnerabilidad”: suponemos que somos autónomos, y esta presuposición se convierte en la garantía de buena parte de nuestras convicciones y de nuestras reclamaciones de derechos u obligaciones. (2) Sin embargo, la autonomía es una tarea, es algo que hay que ganar. Debemos llegar a ser autónomos, precisamente porque somos vulnerables y nuestro horizonte, nuestro objetivo es la búsqueda de esa autonomía. La vulnerabilidad antropológica, intrínseca, es, entonces, no sólo una afirmación de nuestra impotencia o debilidad, sino, antes bien, una constatación de la vida como quehacer, como algo por construir, desde nuestra radical finitud.

Ante esta vulnerabilidad, es necesaria una respuesta ética. Y los cuidados son una forma de responder. Se prestan cuando existe una situación de necesidad o debilidad que imposibilita o dificulta la independencia en la atención a uno mismo. Es decir, cuando es necesaria la ayuda en condición de vulnerabilidad, como forma de colaborar y ser coadyuvante en el logro de la autonomía. Y puede llegar al extremo de que se trate de un ser humano cuya vida depende, en mayor o menor medida, de esos cuidados. Es decir, esa condición frágil inaugura la dimensión solidaria y pone en juego una respuesta de atención solícita. Ese cuidado que se otorga gratuitamente ante la vulnerabilidad del otro, pretendiendo su bien, es un modo de comunicación entre seres que reconocen al otro como suyo, como alguien que merece vivir. Y esto, que es una respuesta humana en general, en el caso de la enfermería,



esa atención y ese reconocimiento se constituyen en un deber moral, derivado de su constitución como labor profesional.

El modo que tiene el ser humano de padecer la enfermedad es específicamente propio. Su enfermabilidad es mayor que en el caso de otros animales, y, además, existen enfermedades que son producto de su “civilización”, rigurosamente propias de su especie. La enfermedad siempre es dañosa y dolorosa. Pero lo característico de la enfermedad humana es la posibilidad de dotarla de sentido: En primer lugar, la enfermedad es una realidad sensible y cognoscible para el hombre. Segundo, más allá de la mera vicisitud biológica más o menos grave en el curso de su existencia, es un episodio en el curso de su autorrealización que puede adquirir significaciones distintas y del que siempre queda cierta experiencia vital. Es un mal del que es posible obtener algún bien. Tercero, es también, en cuanto enfermedad de otro y, por tanto, como realidad de su mundo, motivo para una modificación de ese mundo dotada de carácter creador. De aquí nace el arte de curar. Cuarto, todo esto la convierte, por vía de aceptación o de repulsa, en objeto de apropiación personal, con lo cual, además de ser una vicisitud física, es un problema moral. Finalmente, la enfermedad humana lleva siempre en su seno la inteligencia y la libertad del sujeto enfermo.

Todo esto nos lleva a intentar definir qué es la enfermedad. Laín Entralgo propone la siguiente definición: «Esta es, a mi entender, un modo afflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo, en el cual padecen las acciones y funciones vitales y por el cual el individuo afecto vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal) o queda en deficiencia vital permanente (enfermedad cicatrizal).» (3, p.49) Enfermar aparece, así, como un cambio: el paso del “estado de salud” al “estado de enfermedad”, el cual tiene dos aspectos fundamentales: (a) aspecto somático o físico: síntomas de una enfermedad objetiva, manifiesta o detectable, y (b) aspecto psíquico, donde se juegan los siguientes sentimientos por parte del sujeto enfermo: invalidez (no poderse valer por uno mismo); molestia (aflicción, malestar); amenaza (riesgo de morir, amenaza a los proyectos); succión por el cuerpo (tener que estar pendiente de él como algo que se subleva a mi dominio); soledad (incomunicabilidad del dolor mío); anomalía (ruptura con la regularidad de la vida); recurso (sirve para algo: como refugio, cambio de vida, etc.). Todos estos elementos están condicionados por la clase de enfermedad, el tipo biológico del paciente, la situación social del enfermo, la situación histórica y la personalidad individual.

Lo importante de estos rasgos es que forman parte de una experiencia, a la que la enfermera debe ser sensible, porque la enfermedad nos dice algo acerca de la existencia humana, acerca de la realidad de la persona en cuanto tal: (a) la enfermedad hace patente la condición corpórea de la existencia humana, es decir, la determinación corporal de la identidad. La condición de enfermedad muestra las limitaciones que podemos sufrir. (b) También pone de manifiesto la “coexistencialidad”, la constitutiva apertura de la existencia humana al “otro”, ese carácter de necesidad y ayuda solícita que se ha mencionado. Suscitada por (c) la vulnerabilidad, la permanente susceptibilidad de la existencia humana a la destrucción, y por (d) la doloribilidad, la constitutiva susceptibilidad de la existencia humana al dolor físico. Pero también, junto a estos rasgos que destacan los aspectos negativos de la enfermedad, también se da la experiencia de (e) la capacidad de apropiación, esto es, el hecho de que la persona puede hacer y hace personalmente suya su propia experiencia, incluso cuando ésta es penosa. Y en cuanto apropiación es un acto de creación (aquel por el cual la persona, además de padecer la enfermedad, la “hace”) y un acto de interpretación, (aquel en cuya virtud el enfermo interpreta el sentido de su dolencia en la trama de su vida). Todo ello, en última instancia, remite a (f) el valor, la condición radicalmente valiosa de la existencia humana.

Todos estos elementos están en la base de la labor de enfermería y constituyen en buena medida su razón de ser. Por eso su tarea es la de producir un bien: el cuidado. La atención solícita a otro ser humano que la necesita. Y tal labor ha de llevarse a cabo desde una comunicación con la persona que está pasando por una situación difícil o dolorosa, y que ha de integrar en su vida la experiencia de la enfermedad. Por eso es tan importante la labor de quienes prestan su ayuda. Se trata de una “actitud de cuidado” que depende de la sensibilidad ante el sufrimiento o la necesidad de otro ser humano. No tiene que ver con lo que tradicionalmente se ha considerado propio del cuidado y del rol femenino: la acogida maternal y cariñosa. Antes bien es una actitud humana derivada del reconocimiento de las personas como seres humanos que, en cuanto tales, no nos son indiferentes.

En buena medida puede decirse que la existencia de este sentimiento de solidaridad con los otros seres humanos es la base de los comportamientos morales. La capacidad de ser morales está inscrita en la exigencia de responder ante el mundo, de actuar de un cierto modo elegido libremente y del que se puede dar justificación. Esa respuesta, al reconocer al otro ser humano



como digno de respeto, inaugura el interés por el otro. Es lo que los clásicos llamaron “la Regla de Oro”, no hacer a los demás lo que no queramos que nos hagan a nosotros. No hace falta más fundamento para esta observación que la consideración del otro como ser humano. Es la base del respeto mutuo, de la convivencia pacífica, de la libertad y del diálogo. Y también de la ayuda, que se expresa en el conocido refrán: “hoy por ti, mañana por mí”.

Es preciso, no obstante, tener en cuenta que la obligación ética generada por este reconocimiento de lo humano en condiciones de igualdad, es una exigencia básica de no dañar. Y por tanto, no ofrece excesiva dificultad. Sin embargo, en su versión positiva, hacer a los otros lo que nos gustaría que nos hicieran a nosotros, resulta más problemática. Es el reconocimiento del otro ser humano como alguien como yo, y a quien, por tanto, le debo las mismas acciones que yo querría para mí mismo. Parece también sostenido por el mismo compromiso de consideración y respeto. Pero, en un mundo plural en el que no todos defendemos las mismas creencias, no tenemos las mismas costumbres y modos de vida, y consideramos que la libertad es un valor esencial a defender, es fácil comprender que la elección de lo que uno quiere para sí mismo puede no coincidir con la perspectiva de lo bueno de otra persona. Imponerle al otro (el paciente) un bien según mi criterio (el profesional) podría suponer una actitud paternalista —y por tanto sin el debido respeto—, por más que estuviera justificada por un acto benevolente y bienintencionado.

Igualmente, conviene no olvidar que la ayuda no puede ser “a pesar del otro”. No se puede ayudar a quien no quiere ayuda, o de un modo en que no quiera ser ayudado. Precisamente porque reconocemos al otro como ser humano, en su individualidad y libertad, su semejanza vital con los demás no permite estructurar una ayuda “objetiva” que sea buena universalmente. La ayuda, el bien que se le quiere ofrecer, estará marcado por sus propias expectativas y valores. Por eso la determinación de qué signifique “cuidar”, en tanto que no es un concepto unívoco, es una tarea compleja.

3. La ética del cuidado y el debate con la ética de la justicia

El cuidado como labor propia de la enfermería ha sido una constante a lo largo de la historia. Es claro que la enfermera tiene que cumplir, principalmente, el objetivo de cuidar bien a los pacientes. Sin embargo, los cambios en la definición de las obligaciones de las enfermeras y las transformaciones producidas en el último siglo han hecho que el cuidado sea hoy tema de discusión.

La reflexión sobre la importancia del cuidar en la vida humana no es novedosa. La filosofía ha analizado esta cuestión desde su relevancia antropológica —ya mencionada— y también la ética se ha preocupado por las actitudes de cuidado, solidaridad y benevolencia destacando su profundo significado moral. Son muchas las tradiciones y propuestas de la historia de la filosofía que podrían mencionarse al respecto. Por ejemplo, en el siglo XX, autores como M. Heidegger, E. Levinas o P. Ricoeur, entre otros, muestran cómo no puede construirse una reflexión sobre el ser humano sin atender a su debilidad y a las raíces de su comportamiento solícito de ayuda al otro.

M. Heidegger (1889-1976), desde una perspectiva existencialista, insiste en la idea de la “cura” (*Sorge*) como preocupación. El ser humano es un ser arrojado a un mundo al que no pidió venir, donde se enfrenta con la condena segura de su propia muerte. En esta situación, el cuidado de sí es el único modo de afrontar la angustia vital, el dolor de estar vivo. Esa preocupación radical nos hace ser humanos, aunque nos sume en la afirmación de nuestra temporalidad y finitud.

E. Lévinas (1906-1995) considera que la sociedad occidental ha perdido la perspectiva y que es precisa una nueva prioridad normativa: la solicitud hacia el otro como camino hacia la paz. La paz como búsqueda de la comunicación, consideración de las dificultades del otro, altruismo que va más allá de la ética individualista y que fomenta las relaciones. Y el otro se nos hace presente a través de su rostro, lo que, al mostrar la vulnerabilidad, genera inexorablemente una respuesta, una reacción de responsabilidad ante su llamada que se da sin esperar reciprocidad.

Por su parte, P. Ricoeur (1913-2005) tiene una visión positiva y creativa del ser humano: es alguien que hace su vida, desde sus condicionantes históricos, culturales, etc. Así va construyendo un relato, una historia que puede ser narrada. Por eso nos reconocemos mutuamente como seres humanos: todos somos constructores de relatos y con ello vamos haciendo la historia del mundo. En ese reconocimiento es donde reside la obligación moral del cuidado, porque el otro es un alguien, una persona con una narración que merece ser contada, un ser como yo con quien tengo obligaciones de respeto, con quien elaboro una misma historia en solidaridad.

Sin embargo, el desencadenante de la reflexión sobre la ética el cuidado es la obra de C. Gilligan *In a different voice* (1982). Con este libro origina una fuerte discusión referente a dos aproximaciones aparentemente contrapuestas: la que



prima el ideal de la justicia y los derechos (los modelos de fundamentación basados en la universalidad y el respeto) frente a la que defiende la atención al contexto y el cuidado. Este debate se enlaza con la crítica existente respecto a la presunta “masculinidad” de los modelos de la justicia, lo cual hace que estas dos aproximaciones vengan a representar los distintos enfoques éticos de hombres y mujeres. Y tendrá fuertes repercusiones en la reflexión sobre la enfermería, que en la obra de algunas autoras, se colocará rápidamente en el lado de la ética del cuidado, considerando que aquí reside la clave que estaba buscando para lograr su nueva identidad.

Gilligan enfoca su obra (4) en referencia a la teoría del desarrollo moral de L. Kohlberg. El presupuesto del que parte es que la teoría psicológica de este autor incurría en un error evidente: haber realizado su estudio sólo con informes de varones. Kohlberg había mostrado que el desarrollo moral se realizaba conforme a unos estadios progresivos, a través del estudio de niños. Sin embargo, no había tenido en cuenta a las niñas. Gilligan está convencida de que el desarrollo de las mujeres es diferente y por eso realiza su investigación entrevistando a sujetos de ambos géneros para delimitar las diferencias en sus aproximaciones a los mismos casos de conflicto moral. El libro de Gilligan es, básicamente, un estudio de encuestas, que revela cómo ante temas tales como el aborto, las perspectivas de hombres y mujeres difieren. Mientras que los varones parecen resolver los problemas éticos conforme a patrones de derechos y de imparcialidad, las mujeres enfocan la cuestión desde la consideración del contexto y desde la empatía o la compasión. Tales diferencias son las que le permiten hablar de “una voz diferente” de las mujeres, que parece no haberse tenido en cuenta hasta el momento.

La ética de la justicia, que sería la propia de los modelos de fundamentación basados en la igualdad y en el respeto mutuo, es la asignada al prototipo masculino. Se trata de una aproximación en la que prima la construcción de principios universales que puedan ser aplicados con imparcialidad a todos los sujetos. El acento se coloca en la idea de unos derechos que deben ser respetados y, por tanto, se defiende la no intervención. La libertad tiene una dimensión negativa: una justicia que garantiza la elección individual tratando a todos por igual.

Por su parte, la ética del cuidado, propia de los modelos de fundamentación más cercanos a la consideración de los sentimientos y del ideal de solidaridad, es la que parece más propia del género femenino. En este caso cobra preeminencia

la idea de colaboración y de promoción del individuo. Se subraya la idea del contexto, de la atención a las circunstancias particulares y concretas del caso, desestimando esos principios generales abstractos. Y se defiende el no hacer daño como principio fundamental, entendiendo que la conducta dañosa puede ser tanto una acción como una omisión. La preocupación por el otro lleva al intento de su crecimiento personal individual.

La ética feminista que se desarrolla también a partir de los años 70 recoge estas ideas tergiversándolas en muchos aspectos. Se plantea un enfrentamiento entre dos modelos que parecen absolutamente incompatibles. Si los hombres han estado durante siglos imponiendo su sistema de normas universales, y de derechos basados en la igualdad, las mujeres, que ahora empiezan a hacer oír su voz, defenderán una aproximación alternativa basada en normas particulares, en donde no existe la igualdad sino la diferencia, donde no importa la imparcialidad sino la atención a la especificidad. A ello añaden, en muchos casos, que la diferente captación de la ética viene propiciada por el género, de modo que, a pesar de algunas excepciones de entendimiento, lo habitual es que estos dos modelos estén condenados a no entenderse. Por eso se configura la reivindicación feminista de introducción de “su” visión en un mundo que ha estado dominado por varones. Se trata de sumar otra perspectiva que ha estado ausente de la construcción masculina de la sociedad.

En ese contexto, no es extraño que se plantee la dicotomía cure/care en el ámbito sanitario. El modelo masculino, de justicia imparcial, corresponde a los médicos (cure); el modelo femenino, de atención y cuidado, corresponde a las enfermeras (care). La enfermería asume el contexto del cuidado como propio, recuperando una tradición pero añadiéndole los nuevos tintes feministas. Se trataría de una búsqueda de la benevolencia que se sume a la justicia, quitándole parte de su reino. Los principios éticos se unirían así a la solidaridad, en cuanto ética de actitudes y virtudes que compensaría las posibles deficiencias de un sistema excesivamente afincado en la racionalidad y alejado del individuo concreto y, en el caso sanitario, sufriente.

Sin embargo, Gilligan no había dicho que los dos modelos estuvieran enfrentados ni que fueran irreconciliables. De su planteamiento no se deduce la propuesta de una ética femenina del cuidado que venga a sustituir a la ética de la justicia. Antes bien, a partir de la constatación de que hombres y mujeres reaccionaban de modos diferentes, extraía la conclusión de que los momentos de maduración personal eran distintos y, por tanto, el desarrollo moral seguía



patrones diferentes en cada género. Sin embargo, estas diferencias tenían que resolverse en un mismo conflicto personal. Tanto mujeres como hombres tienen que encontrar una articulación entre los aspectos de justicia (derechos) y los aspectos de cuidado (responsabilidad) de la ética. No se trata de la primacía de uno u otro modelo, sino de la integración de ambos, de modo que una persona madura es aquella que logra una articulación de esas dos perspectivas, pues son complementarias y ninguna de ellas es suficiente en sí misma. El debate, pues, ha estado errado: justicia y cuidado no son elementos contrapuestos, sino dos modelos que han de comunicarse.

«La moral de los derechos se basa en la igualdad y se centra en la comprensión de la imparcialidad, mientras que la ética de la responsabilidad se basa en el concepto de igualdad y el reconocimiento de las diferencias de necesidad. Mientras que la ética de los derechos es una manifestación de igual respeto, que equilibra los derechos de los otros y del yo, la ética de la responsabilidad se basa en un entendimiento que hace surgir la compasión y el cuidado. Así, el contrapunto de identidad y de intimidad que marca el tiempo transcurrido entre la niñez y la edad adulta queda articulado por medio de dos morales diferentes, cuya complementariedad es el descubrimiento de la madurez.» (4, p.266).

Conviene, además, hacer algunos comentarios críticos ante las propuestas simplificadoras que se han manifestado en este debate: en primer lugar, la pretendida novedad de sus planteamientos, como reivindicación de un ideal de reconocimiento del otro más allá de la justicia, no es tal, pues, como se ha indicado, son muchos los autores a lo largo de la historia de la filosofía que destacan el ámbito de la solicitud y de la virtud. En segundo lugar, resulta insostenible una diferenciación tajante entre éticas “masculinas” (es decir, “racionales”) y éticas “femeninas” (esto es, “sensibles”). El reduccionismo simplificador de que hace gala tal asociación resulta evidente, por cuanto los contenidos de la moral no son directamente dependientes de una condición o género y porque la determinación del comportamiento, actitud y reflexión de un individuo es resultado de una compleja interacción entre múltiples variables que no pueden explicarse de un modo tan sencillo ni, menos aún, quedar restringidas a una determinación biológica. Además, es una distinción que reproduce esquemas obsoletos acerca del papel que corresponde a hombres y mujeres, siendo por tanto incluso paradójica la denominación de “feminista” para esta ética, pues sigue asignando un patrón de conducta “típicamente femenina” a la mujer.

4. La ética del cuidado en la enfermería

A pesar de lo dicho, las aportaciones de Gilligan son tomadas por buena parte de las autoras feministas y por quienes reflexionan sobre el nuevo rol de la enfermera como una clave de interpretación de lo que supone la labor del cuidado como contrapuesta a la aproximación “masculina” de la justicia. En este grupo se sitúa Nel Noddings, cuya obra es una de las piezas clave de esta propuesta y un referente obligado para la enfermería. (5)

Noddings propone, siguiendo a Gilligan, una teoría ética que tiene el cuidado como elemento fundamental, su idea clave es el rechazo a la aproximación “masculina” imparcial y basada en principios, a favor de una aproximación “femenina” basada en el cuidado. Este elemento sería todo lo necesario para construir una ética enfermera. La propuesta de Noddings ha tenido un gran éxito y ha sido desarrollada por otras autoras como Patricia Benner y Sara Fry.

Su punto de partida es la distinción entre el “cuidado ético” y el “cuidado natural”. Según Noddings, existe una experiencia primigenia de cuidado, basada en una inclinación natural. Hay una relación humana, una respuesta afectiva básica que el ser humano experimenta y aprende en el núcleo familiar. Desde este cuidado natural hay una expansión hacia la preocupación por las otras personas, que dará lugar al cuidado ético. El cuidado, pues, sería algo asequible a todas las personas, aunque es más propio de la experiencia femenina, en la medida en que deriva del cuidado recibido. Es una preocupación por uno mismo que se transforma en cuidado del otro.

Los elementos que caracterizan la relación de cuidado —que Noddings aplicará a la enfermería— son tres: (a) la receptividad (*receptivity*): aceptación de la persona cuidada por parte del cuidador. Quien cuida ha de considerar la naturaleza, modo de vida, necesidades y deseos de la persona cuidada. Es un intento de conocer y ayudar al paciente, basado en la orientación hacia él. Este reconocimiento de la realidad del otro es lo que posibilita el crecimiento personal de la persona que cuida. (b) La conexión (*relatedness*): el hecho de que exista una relación que genera obligaciones de respuesta por parte de la enfermera. Y (c) la respuesta o sensibilidad (*responsiveness*): el compromiso que adquiere el cuidador hacia la persona cuidada. Esto exige una disponibilidad por parte de la enfermera que desplaza el yo hacia la persona que requiere ayuda. Esto supone un grado de implicación del cuidador que hay que evaluar con cautela.

Estos elementos surgen espontáneamente, forman parte del “cuidado natural”, pero en la medida en que han de extenderse más allá del ámbito de las



personas por quienes surge sin esfuerzo, son modulados por el “cuidado ético”. Es decir, en la relación la enfermera está buscando un modo de realización personal, de modo que la proyección del ideal ético pretendido es lo que determina cuál ha de ser el mejor cuidado, incluso cuando no se manifiesta ese cuidado espontáneo (porque el paciente es desagradable o por cualquier otra razón adversa en la relación). El sentimiento que tiene la enfermera de que debe ayudar a otro exige un compromiso de realización del ideal de cuidado. Esto quiere decir que la relación de cuidado se considera superior a cualquier otra porque permite un crecimiento personal por parte de los implicados en ella. Noddings introduce una cuestión de reciprocidad en el cuidado que tiene dificultades en su aplicación a la enfermería, pues la relación en este ámbito es, por definición, desigual. La enfermera cuida sin esperar que el paciente pueda responder de modo efectivo en esa relación, pero no por ello se elimina su obligación de cuidado. Esto significa que no es posible llegar a un completo “ser con el otro”, de modo que la relación de cuidado en enfermería se practica en un estado éticamente disminuido que no propicia el desarrollo personal.

La propuesta de Noddings insiste mucho en la preeminencia de este modelo “femenino” del cuidado, entendido como relación y considerado posibilitador de un crecimiento personal. Es la idea de una implicación total que propicia el desarrollo humano. Tal aportación ha tenido una acogida bastante amplia, y forma parte de un grupo de perspectivas de la enfermería que la entienden como una entrega a una comunicación intensa con el paciente, de modo que haya una mutua implicación que posibilite conocerse como personas y crecer conjuntamente.

En esta línea se sitúa también la aportación de V. Tschudin (6), que considera el cuidado como un concepto relacional en el que el grado de intimidad es muy profundo, hasta el punto de afirmar que “el cuidar trata sobre el amor”. Tschudin se basa en autores como M. Buber o M. Mayeroff, que, desde una perspectiva psicológica, insisten en la idea del reconocimiento y cuidado del otro como modo de completar el propio yo, y también, desde la perspectiva enfermera, en M. S. Roach (7) que considera el cuidado como un modo humano de ser, el elemento fundamental que nos hace ser personas. Esta autora propone las “cinco C del cuidar” que también recoge Tschudin: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso.

La compasión implica una inmersión en la condición del ser humano, un reconocimiento del otro como persona y una respuesta vivencial de solidaridad, derivada de la experiencia personal. La competencia es la capacidad técnica y

teórica para desarrollar las actividades necesarias en la actividad profesional. La vinculación entre competencia y compasión es un elemento básico para moderar una y otra recíprocamente en su ejercicio. La confianza se refiere a una cualidad que ha de darse entre los miembros de la relación (la enfermera y el paciente mutuamente) y que permite tener la tranquilidad de que el otro no nos hará daño. La conciencia es la base de la elaboración de juicios morales. Tiene que ver con un aprendizaje desde la infancia, que permite sentir una responsabilidad moral ante las cosas que ocurren. Finalmente, el compromiso es una respuesta afectiva que se refiere a la convergencia del deseo personal y la obligación elegida. El “sentir con”, pues, es la base de estos elementos que Tschudin, como Noddings, consideran “naturales”. El cuidado, como expresión de ese “sentir con” se manifiesta entonces en unos valores que determinan la acción de enfermería: la receptividad hacia el otro, la relación con él y la respuesta a sus demandas.

Todo esto le lleva a concluir que en el ámbito de las relaciones sanitarias de la enfermería hay varios principios éticos aplicables. Los más relevantes son los principios que rigen la relación entre enfermeras y pacientes que serían dos, la confidencialidad y la defensa, en el sentido de la representación de los derechos del paciente que la enfermera ejerce, y, por otro lado, la autonomía de la enfermera y la toma de decisiones independientes, en el ámbito de la relación entre enfermeras y médicos.

Esta idea de la relación profunda con el paciente también es la que se encuentra en la propuesta de J. Salvage (8) de una “nueva enfermería” basada en la idea del “compañerismo”. La enfermería, centrada en el paciente, se mueve en un terreno caracterizado por un enfoque de comunicación e integración en una suerte de “destino común”. La enfermera cuida al enfermo buscando el grado óptimo de su intervención, en una relación basada en la afirmación de que ambos se encuentran vinculados en la consecución de un mismo objetivo. Las ideas de relación interpersonal de Buber junto a las aportaciones de la psicología humanista, sirven de marco para definir la tarea de la enfermería en términos de amabilidad, sensibilidad y cordialidad. La expresión que recoge esta pretensión es la de “estar juntos en esto”, es lo que se considera un “cuidado real”, que ayuda a la persona a ajustar e integrar su situación en su vida. La enfermera, desde su experiencia, su compasión y su compromiso, es una ayuda vital para que los enfermos puedan enlazar su situación externa con lo que experimentan internamente.



En buena medida, todas estas perspectivas de la enfermería como relación completa con sentido con el paciente tienen una idea interesante de fondo que es la visión integral del ser humano. Lejos de concebir al paciente como un organismo enfermo, como ocurría en tiempos pasados, se trata de considerar su persona en conjunto, como alguien, un individuo con rostro y nombre, que padece una enfermedad y que requiere ayuda. Esta aproximación es valiosa en cuanto al reconocimiento del sujeto en su totalidad. Probablemente no cabe un enfoque de la enfermería que pierda de vista esta perspectiva.

5. La integración entre la justicia y el cuidado

No cabe duda de que estas aportaciones han sido de gran relevancia para la enfermería. Con ellas se ha construido el debate sobre su identidad en las últimas décadas. Y los modelos que presentan tienen elementos que resultan ya irrenunciables en cualquier propuesta contemporánea. Sin embargo, la mayoría de ellas comparten la idea de un “encuentro total” con el paciente: la visión de la enfermería como una labor que, además de la ejecución de una serie de tareas técnicas específicas, conlleva una relación interpersonal con sentido, que contribuya al desarrollo personal, no sólo del individuo enfermo, sino también de la propia enfermera. Esta misión es poco ejecutable en la situación laboral real de las enfermeras, pero además resulta difícilmente defendible desde el punto de vista ético. Reconociendo que la apuesta de Noddings —la más importante de las presentadas—, y también las demás, tienen elementos interesantes, es importante poner de manifiesto su principal problema: es claro que el cuidado resulta un elemento irrenunciable de la enfermería, sin embargo es una condición necesaria para no suficiente para justificar y dar sentido a esta labor profesional.

En la relación con alguien que ha perdido la salud, la enfermera ha de estar atenta al significado que tal evento tiene en la vida del sujeto, cómo él o ella lo interpreta, qué relevancia tiene para sus proyectos, para el concepto de sí mismo. Sin embargo, dada la diversidad de conceptos existentes sobre la salud y la vida, cualquier proyección de patrones de salud (que no sólo depende de lo meramente biológico, sino que atañe a la cultura, valores y expectativas de la persona), será una falta de respeto a la autonomía del paciente y un error de escucha por parte de la enfermera.

En la medida en que la enfermera está más cerca del paciente que ningún otro profesional sanitario, es la persona más idónea para conocer cuál es

ese modelo de salud que el paciente asume como propio. Y si la labor de enfermería está regida claramente por el ideal de la beneficencia —hacer el bien al otro—, es claro que, la relación con el paciente ha de tener en cuenta que tal beneficencia ha de determinarse desde la libertad de decisión del propio paciente. De ahí que las actividades profesionales de la enfermera dependan de esa relación de comunicación con el paciente, en la que se decidirán los bienes a realizar conforme a su expectativa de bienestar. Y esto incluso en el nivel de las obligaciones de mínimos —como pueden ser curar heridas, quemaduras, etc. con eficacia; dar la medicación correctamente; atender a los cuidados del paciente en general—, que se rigen por la no maleficencia, pero que también requieren un “pacto de cuidados” con el paciente, conforme a su idea de salud.

Pacto de cuidados, como lo expresa P. Ricoeur, (9) implica una relación de confianza y comunicación, en la que paciente y profesional realizan lo que clásicamente se llamó una “alianza terapéutica” (entre médico y paciente), esto es, un compromiso frente a la lucha contra la enfermedad, en el que cada uno, desde su lugar y perspectiva, colabora para hacer frente a la adversidad, el dolor o la patología. En este pacto de cuidados es esencial atender al modelo de salud del paciente, a su proyecto de vida, sus expectativas y sus deseos, pues él o ella es el protagonista de esta experiencia vital en la que se encuentra.

Los modelos de enfermería que pretenden que esa relación de comunicación sea una experiencia significativa de encuentro con el otro y de crecimiento personal, no pueden perder de vista esta perspectiva, pero tampoco pueden ser excesivamente optimistas, dejando de atender a la realidad de la práctica enfermera. En primer lugar, porque no todos los pacientes quieren tener ese tipo de relación con las enfermeras. Algunos demandarán estrictamente una atención competente, meramente técnica. Otros se excederán en caprichosas peticiones de atención desmesurada. En segundo lugar, porque la enfermera debe también ejercer un autocuidado, estableciendo un pacto con el paciente para atenderlo de modo adecuado, pero sin una implicación emocional que limite su propio desarrollo personal y profesional. En tercer lugar, por la propia estructura y condiciones en las que se realizan los cuidados, que en ocasiones no facilitan ese entorno de comunicación.

De ahí que la enfermera, si busca la excelencia en la realización de su labor profesional, debe encontrar un equilibrio complejo. Es un deber de justicia que trate siempre correctamente a unos y a otros pacientes, sin escatimar sus cuidados a unos, ni excederse en su atención a otros. Pero, al mismo tiempo,



debe responder a las características individuales de cada uno, ofreciéndole lo que necesita, conforme al pacto de cuidados establecido y en continua comunicación y revisión del mismo. Esto quiere decir que ha de situarse en una posición de equilibrio, manteniéndose siempre alerta y no dejándose llevar por las circunstancias de la situación.

El cuidado, como atención solícita al otro que requiere ayuda, no es renunciabile, pero su ejercicio debe realizarse en el marco de la justicia. Una defensa exclusiva del cuidado puede llevar a un exceso de celo en un mal entendido ejercicio de la beneficencia que sobrepase el respeto debido a la autonomía del paciente, pero además puede entrar en conflicto con otros principios como la justicia y la no maleficencia.

Habitualmente se tiende a pensar que el cuidado es lo opuesto de la justicia, y que las dos tradiciones —como se presenta en la simplista dicotomía de algunos enfoques feministas— son dispares porque sus acentos se sitúan en perspectivas comunicables entre sí. Nada más alejado de la realidad. Ambos son elementos que se necesitan mutuamente y una ética a la altura de nuestro tiempo no puede renunciar a ninguno de ellos. El olvido del cuidado y el enfoque más contextual y relacional lleva a una ética excesivamente impersonal y fría, que, acogida a sus principios, no atiende a la realidad de la vida. El olvido de la justicia y su énfasis en la imparcialidad y en los derechos, lleva a una ética débil y arbitraria, poco útil para las decisiones más allá del nivel estrictamente individual. Por tanto se trata de dos aproximaciones que han de combinarse. De hecho, como ya se mencionó, la propia Gilligan había comentado que la madurez de la persona venía dada por su capacidad de articular ambos enfoques.

6. El cuidado como bien interno de la enfermería

La gran pregunta que queda planteada es hasta qué punto y de qué modo el cuidado —si bien en el marco de la justicia, de la que no puede prescindir— puede ser apropiado para fundamentar una ética de enfermería, puesto que hay un acuerdo unánime en que es la piedra clave de la tarea enfermera. (10)

Los cuidados de enfermería fueron definidos por V. Henderson (11) en 1965 del modo siguiente: «asistir al individuo enfermo o sano, en la realización de las actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz), que él realizaría por sí solo, si tuviera la fortaleza, voluntad y conocimientos necesarios». Esta definición, referida exclusivamente al

individuo, anuncia ya esa dimensión relacional de la enfermería, aunque todavía está centrada en los elementos más específicos del cuidado a nivel físico. Tendremos que esperar al final de la década de los 70 para que M. Leininger (12) proponga el cuidado como esencia de la enfermería. Su definición del cuidado cambia notablemente respecto a la de Henderson: «aquellos métodos, humanísticos y científicos aprendidos cognitivamente, de ayudar o permitir a un individuo, una familia o una comunidad recibir servicios personalizados a través de modos de cuidado, procesos, técnicas y patrones específicos, definidos o atribuidos culturalmente, para mejorar o mantener una condición favorablemente saludable para la vida o la muerte». L. Curtin (13) irá más allá expresando que la enfermería está basada en un compromiso moral de cuidado a otros seres humanos, y B. Carper (14) analizará el origen de esta preocupación por el cuidado, que sitúa en un proceso de despersonalización de la asistencia sanitaria, producido por el exceso de tecnificación y de especialización y por un incremento de la burocracia. A partir de las aportaciones de estas autoras, el cuidado será una constante, un elemento fundamental y omnipresente en las teorías enfermeras.

La convicción actual es que las tareas de enfermería incluyen algo más que la mera ejecución competente de ciertas labores de cuidado. Lo difícil es determinar en qué consiste ese “algo más”. Algunos autores han propuesto la idea de que, si la enfermería es considerada una práctica moral, lo que se le exige al profesional es, no sólo la competencia técnica, sino además una “virtud” que será la que dote de sentido su tarea. Esa idea fue lanzada en 1990 por A. Bishop y J. Scudder, (15) quienes definían la enfermería como «una práctica moral basada en la exigencia moral de promover el bienestar del paciente por medio de cuidar de él mediante una relación personal». Según Gastmans, Dierckx de Casterle y Schotsmans (16) esa definición conlleva la afirmación de tres componentes en la práctica de la enfermería: la relación del cuidado, el comportamiento del cuidado y el “buen cuidado”. Esto genera una nueva definición: la enfermería es «la totalidad de técnicas y actitudes (comportamiento de cuidado) que se aplican en el contexto de una particular relación de cuidado, con la intención de proporcionar “buen cuidado” (la meta) a la persona (usualmente enferma)». Aunque esta definición está centrada en la idea de la relación, dejando de lado otros elementos, resulta interesante porque introduce dos modos de entender el cuidado: como una finalidad en la labor de enfermería y como el medio que permite lograr tal fin.



Con esta perspectiva, la práctica de la enfermería se entiende como algo que incorpora valores. Es una actividad moral cuya meta viene definida por su bien interno: el cuidado. La enfermera no es neutral en su cuidado, es alguien capacitado para hacer elecciones y tomar decisiones, no sólo en el ámbito técnico, sino también en el de los juicios morales. Por tanto, se exige, además de la competencia en la realización de una labor experta, el desarrollo y puesta en práctica de una virtud moral. Y ello porque si en las tareas técnicas rige el criterio de la eficiencia, en aquellas actividades que requieren una relación con seres humanos se exige el bien moral. El cuidado, en la medida en que atiende al carácter único de las personas y presupone una relación de comunicación, respeto y colaboración al bien, es el fundamento de la enfermería.

La relación entre enfermera y paciente ha de estar basada, en primer lugar, en el reconocimiento del otro como persona única y valiosa en sí; en segundo lugar, en la implicación de la enfermera en el proceso de atención, la preocupación por el otro; en tercer lugar, en la libertad del paciente para participar activamente en la relación y en el proceso del cuidado. Todo ello se concreta en ciertas funciones que recogen las dos dimensiones anteriormente mencionadas: la competencia técnica, basada en una formación a nivel teórico y en un entrenamiento en habilidades y destrezas prácticas, y la capacidad moral o virtud, que se inspira básicamente en la sensibilidad ante el sufrimiento y en la atención solícita y solidaria al otro. Esas funciones se refieren, en el nivel técnico, a la monitorización del paciente, la administración de regímenes terapéuticos, la competencia organizativa y de trabajo, la resolución efectiva de situaciones cambiantes, etc. En el nivel de comportamiento moral se incluye preservar la dignidad humana en situaciones de dolor y crisis, proporcionar compañía, consuelo y comunicación a través del tacto, guiar y ayudar a los pacientes en la integración de las consecuencias de la enfermedad, etc.

La meta de la enfermería es el “buen cuidado”, que estos autores entienden como una promoción del paciente en todas las dimensiones como persona humana: física, relacional, social, psicológica, moral y espiritual. Si bien este enfoque vuelve a tomar una perspectiva holística, conviene decir que apoyan su propuesta en un elemento fundamental de toda teoría ética: el respeto a la dignidad de la persona humana. Por ello consideran que el “buen cuidado” es un término normativo que permite determinar la finalidad de una práctica profesional como la enfermería y también evaluar la práctica específica de las enfermeras.

La importancia de conceder un rango de práctica moral a la enfermería es notable, porque implica su consideración como tarea que, en cuanto se refiere a una relación humana, no puede ser entendida como una mera ejecución técnica. La insistencia en este punto es fundamental. Labores como la enfermería, la medicina o la enseñanza, no pueden estar basadas en meros criterios de eficacia, sino que han de remitir a valores de comunicación entre los seres humanos. Por ello, sin rodear de componentes heroicos la tarea de la enfermera, sí es pertinente, sin embargo, insistir en que no puede ser una tarea como cualquier otra.

Por otro lado, la insistencia en el cuidado tiene sentido, siempre que se entienda dentro del marco de otras metas superiores, es decir, comprendiendo el cuidado como “cuidado para” el logro de un fin. El “buen cuidado” que propugnan estos autores es una meta de calidad que ha de ser tomada en consideración, sin embargo es un objetivo instrumental, no es un fin sino un medio para lograr algo más radical: la salud de la persona o, en su defecto el alivio del sufrimiento o el acompañamiento en la muerte. El “buen cuidado” marca el nivel de excelencia que ha de exigirse a un buen profesional. Pero no es el fin perseguido. Las labores sanitarias tienen como finalidad el restablecimiento o prevención de la salud, y la reducción o eliminación del dolor y el daño provocados por la enfermedad. Un cuidado adecuado es el medio correcto para lograr tal meta.

Por eso el papel de la enfermería, como indica C.R. Taylor, (17) es el de “posibilitar”: permitir a las personas alcanzar las metas valiosas para ellas –sus proyectos vitales—, a través de la información, la ayuda y la provisión de los recursos necesarios para su obtención. El tipo de asistencia que el paciente puede necesitar depende de tales metas: el cuidado físico, el consejo, el acceso a recursos de salud, la ayuda para tener una muerte pacífica, la compañía y la comunicación, etc. Es, como se dijo antes, el propio paciente quien ha de determinar sus fines y, con ello, los bienes que desea alcanzar. Esto significa que la razón de ser de la enfermería es el cuidado, como concepto que delimita las tareas a realizar, pero el sentido final que orienta el cuidado, el objetivo que busca y la meta que persigue, es la salud (en sentido amplio).

7. Conclusión

La enfermería es una práctica moral, esto significa que incorpora una actitud o comportamiento ético (el cuidado excelente), basado en una virtud moral (la



solidaridad y la preocupación por el bien de los seres humanos), que se ejerce conforme a patrones éticos (corrección técnica y moral) y por la que se exige responsabilidad. Todo ello hace que la formación y el ejercicio profesional que lleva a cabo la enfermera deban estar basados en la observación de los requisitos que permiten que esa práctica moral sea considerada buena. Esto quiere decir, más brevemente, que no se puede ser una buena enfermera sin cumplir ciertas exigencias. Ese «ser buena enfermera» hace referencia a una idea de perfección moral.

Para lograrlo, es preciso atender a ese ideal del cuidado, desarrollando una serie de valores propios de la profesión de enfermería. Entre esos valores —de los que se han hecho muchas y variadas propuestas— están los que establece A. Cortina como «actitudes de una enfermera madura» para alcanzar el bien interno de la enfermería, el cuidado (que es definido como toda acción que contribuye a promover y fomentar la vida y la salud de las personas y los grupos): la compasión por el sufrimiento de la persona cercana que depende de mí; una actitud vocacionada, entendida como sensibilidad suficiente como para dejarse impactar por el sufrimiento concreto de la persona a mi cargo y sentirse responsable de él; un sentimiento de responsabilidad ante el que me ha sido encomendado; capacidad de comunicación (diálogo); capacidad para promover que los pacientes se vayan haciendo en lo posible dueños de sí mismos y no se encuentren siempre en situación de dependencia; competencia técnica, excelencia en el ejercicio de las habilidades específicas de la profesión; y autoestima, esto es, una razonable confianza en las capacidades propias. (18)

La realización de esos valores al servicio del cuidado buscan otro fin más ambicioso: la salud. Meta que puede ser entendida como búsqueda del mayor grado de integridad del paciente para que, desde su libertad y sus capacidades, desarrolle su proyecto vital; como prevención de la enfermedad o el daño; como eliminación o reducción de secuelas y consecuencias negativas de la enfermedad; o como acompañamiento y ayuda en los procesos terminales. Se convierte así la profesión de enfermería en una auténtica práctica moral, al realizar unos valores que la legitiman, y prestar un servicio que también es considerado valioso. Y por tanto, los «rasgos morales» o características que definirían la ética enfermera (19), es decir, el mejor modo de realización del bien interno de la enfermería, que es el cuidado, son:

a) Respeto a la realidad del otro y a su dignidad. El reconocimiento del ser humano como fin en sí obliga a respetarlo y a tratarlo con justicia. La

diversidad y pluralidad de opciones morales hace que este respeto sea aún más necesario, como base de la convivencia y fuente de un diálogo no impositivo.

b) Actitud de cuidado, una cierta sensibilidad ante el sufrimiento del otro que no proviene exclusivamente de elementos afectivos, sino del reconocimiento del otro ser humano como un igual que necesita atención, por tanto una compasión en el sentido etimológico del término: «padecer con». Esta actitud es la que permite la acción solidaria. También se sitúa aquí la vocación, como sentimiento de obligación de actuar ante esta situación percibida.

c) Comunicación, una capacidad de escucha y respuesta basada en la atención al otro, en el reconocimiento de la persona como sujeto. El diálogo, como base de la relación sanitaria, en el que se asumen ciertos requisitos fundamentales: la confianza, la confidencialidad, la información veraz, el respeto mutuo, la colaboración.

d) Competencia y colaboración profesional, la exigencia de una buena formación y de un ejercicio profesional excelente, tanto en el ámbito de las acciones técnicas, en las labores de cuidado y en las tareas organizativas, como en la toma de decisiones morales. Capacidad de colaboración con otros profesionales en el proceso continuo de la atención al enfermo.

e) Autonomía y responsabilidad, juicio independiente en el ejercicio profesional, capacidad para evaluar principios y consecuencias de los cursos de acción posibles, determinación de un sistema de valores propio, responsabilidad por las acciones realizadas tanto a nivel personal (conciencia) como social.

Referencias bibliográficas

1. Feito, L. Vulnerabilidad. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007; Vol. 30, Supl. 3: 7-22.
2. Ricoeur, P. Autonomía y vulnerabilidad. En: *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Trotta, 2008. Domingo Moratalla, T. Lectura bioética del ser humano: autonomía y vulnerabilidad. *Thémata. Revista de Filosofía* 2004; 33: 423-428.
3. Lain Entralgo, P. *El estado de enfermedad. Esbozo de un capítulo de una posible antropología médica*. Madrid: Moneda y Crédito, 1968.
4. Gilligan, C. *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: FCE, 1985.
5. Noddings, N. *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press, 1984.
6. Tschudin, V. *Ethics in nursing: the caring relationship*. Londres: Butter-worth-Heinemann, 1992.
7. Roach, M.S. *The human act of caring: a blueprint for the health profession*. Ottawa: Canadian Hospital Association, 1987.
8. Salvage, J. The theory and practice of the “new nursing”. *Nursing Times* 1990; vol.86,1: 42-45.



9. Ricoeur, P. *Lo justo* 2. Madrid. Trotta: 2008.
10. Feito, L. *Ética y enfermería*. Madrid: San Pablo, 2009.
11. Henderson, V. *The nature of nursing*. Londres: Collier-Macmillan, 1965.
12. Leininger, M. Caring: the essence and central focus of nursing. *Nursing Research Report* 12 (1977) n. 1: 2-14.
13. Curtin, L. «Ethical issues in nursing practice and education», en *Ethical issues in nursing and nursing education*. National League for Nursing, Nueva York, 1980.
14. Carper, B.A. The ethics of caring. *Advances in Nursing Science* 1 (1979) n. 3: 11-19.
15. Bishop, A., Scudder, J. *The practical, moral and personal sense of nursing: a phenomenological philosophy of practice*. Nueva York: State University of New York Press, 1990.
16. Gastmans, C., Dierckx De Casterle, B., Schotsmans, P. Nursing considered as moral practice: a philosophical-ethical interpretation of nursing. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8 (1998) n. 1: 43-69.
17. Taylor, C. R. Reflections on "Nursing considered as a moral practice". *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8 (1998) n. 1: 71-82.
18. Arroyo, M. P., Cortina, A., Torralba, M. J., Zugasti, J. *Ética y legislación en enfermería. Análisis sobre la responsabilidad profesional*. Madrid: McGraw-Hill - Interamericana, 1997.
19. Feito, L. *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. Madrid: PPC, 2000.



Responsabilidad y diálogo en Lévinas: Claves para reconstruir una bioética del cuidado ⁽¹⁾

Agustín Domingo Moratalla

Universitat de València

1. Introducción

Desde sus inicios, la Bioética se ha presentado como una *ética de la responsabilidad*. Para ello no sólo nos exigía distinguir entre *convicciones* y *responsabilidades*, sino que reclama el desarrollo de una *racionalidad dialógica*. El diálogo desempeña un importante papel como herramienta para la investigación biomédica y el trabajo interdisciplinar, también es constitutivo de la práctica clínica cuando los profesionales se relacionan entre ellos para establecer un diagnóstico adecuado o se relacionan con el paciente. Se habla de diálogo entre distintos tipos de profesionales o incluso entre gestores y pacientes. ¿Puede haber responsabilidad profesional sin tener convicciones personales? ¿Puede haber diálogo verbal si no hay confianza interpersonal entre quienes hablan?

La finalidad de este trabajo es clarificar los conceptos de responsabilidad y diálogo en una de las tradiciones éticas más importantes del siglo XX: la ética de Lévinas. Este pensador judío no sólo es importante porque nos propone una original ética del cuidado sino porque nos ayuda a plantearla en términos de diálogo responsable y de responsabilidad convencida. Estas páginas pretenden presentar la ética del cuidado de Lévinas en relación con los teóricos de la ética de la responsabilidad (M. Weber) y con otros filósofos de matriz dialógica como Gabriel Marcel, Martín Buber o P. Ricoeur.

2. Responsabilidad y filosofía moral

La responsabilidad se ha convertido en una categoría central de la filosofía moral de las últimas décadas. Desde el principio del siglo XX con Max Weber hasta las últimas décadas del siglo con Hans Jonas, asistimos a una progresiva consolidación de la responsabilidad como categoría ética central. Esta centralidad puede ser considerada desde dos dimensiones. Por un lado para caracterizar un modo propio y específico de hacer filosofía donde la reflexión es definida como rendición de cuentas y apropiación vigilante de un tiempo histórico. Ante los desafíos de la revolución científico-tecnológica en

todos los aspectos básicos de la vida humana, ante las nuevas movilizaciones sociales, ante el drama de las sucesivas guerras mundiales y ante el crepúsculo de la Metafísica, la Filosofía se siente obligada a revisar lo que hasta entonces había hecho desde sus orígenes y se reconoce como respuesta vigilante ante una civilización en crisis. Tanto el movimiento fenomenológico iniciado por Edmund Husserl como el personalismo comunitario creado por Emmanuel Mounier son respuestas a la crisis de civilización. Recordemos dos obras importantes; la de Husserl que lleva por título *Crisis de las Ciencias Europeas y la filosofía trascendental* (2), la de Mounier que lleva por título *Manifiesto al servicio del personalismo* (3).

Por otro, para revisar, reconstruir y reanimar el sentido de una experiencia moral empobrecida o despreciada por el sentido instrumental del quehacer social, histórico o científico. Con la emergencia de la responsabilidad aparece la pregunta por el sentido de la experiencia moral y la necesidad de plantear la pregunta por sus fuentes. Esta pregunta será la que nos lleve a plantear la *Ética como Filosofía Primera*. Con Lévinas, la Ética aparece como Filosofía primera para mantener despierto y vigilante el sentido de una vida moral planteada en términos de responsabilidad. Así pues, la responsabilidad no es sólo una categoría más, aplicable a las transformaciones que se han producido en la filosofía del siglo XX, sino la categoría central de la filosofía moral del siglo XX. Aunque sea una clarificación terminológica innecesaria, sí puede ser útil afirmar que la responsabilidad mantiene abierta la pregunta por las fuentes de la moral, haciendo que no se identifiquen o confundan los términos *Ética* y *Moral* (4).

Este enfoque de la responsabilidad no exige un olvido o enfrentamiento entre dos tipos o modelos de teoría ética; la ética de la convicción (*Gesinnungsethik*) y la ética de la responsabilidad (*Verantwortungsethik*). Recordemos que esta contraposición que plantea Max Weber en su famosa conferencia a los estudiantes alemanes no es utilizada para describir dos modelos sino para plantear el carácter dramático de la vida moral donde tan importante como las responsabilidades (fruto de una racionalidad calculadora, instrumental o consecuencialista) son las convicciones (fruto de una racionalidad deontológica, teleológica o axiológica). Por eso, la filosofía moral no abandona el término responsabilidad sino que plantea su alcance, sus límites y sus fuentes cuando exige convicciones. Siguiendo al propio Weber, sería más correcto hablar de *responsabilidad convencida* o *convicciones responsables*.



Como hemos señalado en otros textos, Weber hace un uso muy particular del término “*Gesinnung*”, que traducimos por “convicciones”. Weber tiene presente los textos del idealismo alemán, y sobre todo de Schelling para quien el término designa la determinación y resolución interior del hombre religioso de acuerdo con la cual constituye su voluntad de conformidad con la gracia divina, estando disponible para el plan de Dios. Sería una creencia interiorizada con capacidad para determinar la racionalidad del comportamiento. Según el modelo profético de las religiones de salvación, se trataría de un proceso de interiorización de las prescripciones religiosas que actúan sobre la ética racional de la acción intramundana. En la modernidad, estas creencias religiosas se transformarían en “convicciones” morales.

Así, la religiosidad interior se expresa en prescripciones normativas que explican las conductas exteriores (5). Esta interpretación no se queda ahí y en Weber la convicción se plantea como racionalización de un impulso carismático. Habermas integra estos planteamientos en su *Teoría de la acción comunicativa* y los sitúa en la acción axiológicamente orientada. La acción racional axiológica es el resultado de una ascética intramundana donde la matriz o *fuerza religiosa* (universal y trascendente) se ha secularizado en una *fuerza axiológica* (intrahistórica o inmanente y universal). Esta consideración es importante porque el término “convicción” traduce de una manera más exacta la palabra alemana “*überzeugung*”, vinculado con “*bezeugung*” que traducimos por dar testimonio o testificar. Obsérvese que Ricoeur no lo ha traducido al francés como “convicción” sino como “*attestation*” para indicar que no estamos en el ámbito de intimidad moral de una convicción religiosa sino en el ámbito de la presencia y realización histórica de una creencia, una convicción o un valor. Esta clarificación es necesaria para que no se confundan las convicciones que remiten a la matriz de una religión post-convencional de salvación con ocurrencias subjetivas o incluso con convicciones irreflexivas, irracionales o arbitrarias de un sujeto (6).

3.- Contra la desmoralización de la responsabilidad

En este contexto, Lévinas aparece como un filósofo de la responsabilidad en los dos sentidos a los que nos hemos referido. Primero porque su filosofía es respuesta y reacción a un contexto filosófico moderno donde la inicial reivindicación de la subjetividad se ha transformado en una reivindicación del individualismo que, a su juicio, ha olvidado categorías morales básicas como

alteridad, sensibilidad, filiación o maternidad. Segundo porque en su filosofía moral el concepto de responsabilidad sufre un desplazamiento interesante para plantearse en términos de descentramiento del sujeto; es decir, para plantearse en términos de pathos personal y no sólo de actividad de un agente moral.

El sujeto responsable no es quien se justifica por sí mismo o desde sí mismo, sino quien responde, atiende, cuida, o está al servicio del otro. Quien tiene la autoría y, por consiguiente, tiene a su cargo el cuidado de otros. El sujeto responsable no es aquel agente moral que se toma su vida como proyecto y se sitúa como soberano autónomo en el mundo. Es aquel que se des-vive y entiende su autonomía como vicaria y heterónoma. Su autonomía es autoría y responsabilidad del cuidado de otros. Aquí hay algo de contradictorio, radical y paradójico porque la responsabilidad no se determina desde los niveles de la conciencia del agente moral sino desde su atención, sensibilidad y autoría en el cuidado del otro. Cuando la ética se reduce al cuidado de sí corre el peligro de convertirse en *egología*, en puro ensimismamiento, y así reducirse a simple ontología o metafísica, haciendo del sujeto, bien un objeto más, o bien el ente supremo. Por eso no es baladí situar a Lévinas entre los filósofos post-metafísicos.

Frente a las filosofías que entienden la responsabilidad como cuidado del yo, o de uno mismo, Lévinas reivindica la responsabilidad como cuidado del otro, como atención al otro, como autoría en el cuidado del otro. Como ha visto Ricoeur, esta integración de la alteridad y el reconocimiento no plantea una “ética del uno mismo” sino una “ética del sí mismo”. Ahora bien, el “sí mismo” (*soi-même*) entendido como otro (*Autre*). De no ser así, la responsabilidad no sería una responsabilidad *ética* sino ontológica, neuronal o psicológica, propia de una metafísica de la subjetividad que ensimisma y agiganta al yo.

Aquí podríamos hablar de una primera desmoralización de la responsabilidad del pensamiento contemporáneo cuando no se parte de este des-centramiento o des-ensimismamiento. Cuando nuestras explicaciones por la acción responsable se centran únicamente en la primera persona e intentan dar cuenta y razón del yo que actúa, el sujeto rinde cuentas de sí y corre el peligro de reducir la responsabilidad a pura justificación del cuidado de uno mismo. Como si la responsabilidad se redujera a un mecanismo de defensa o protección del yo. Esto explicaría un tipo de vida moral sin horizonte comunitario ni conciencia histórica, reducida a la inmediatez del presente y acostumbrada a juzgar sin perspectiva ni horizonte histórico. Esta desmoralización de la responsabilidad



sería una consecuencia de una entronización del yo, de una radicalización individualista y monológica de la autonomía moral (7).

Junto a esta desmoralización de la responsabilidad hay otra que se ha producido cuando comprobamos la transformación jurídica del concepto. La apuntó hace unos años Paul Ricoeur cuando indicó que el moderno derecho de responsabilidad tiende a dejar de lado la idea de “falta” porque se ampara en valores como la solidaridad, la seguridad y el riesgo. La desmoralización sería entendida como des-culpabilización. Por ejemplo, cuando un conductor provoca un accidente por un alcance con otro vehículo, dicho conductor no sólo es el responsable del siniestro provocado, sino que además tiene una determinada culpabilidad. No sólo se le atribuye la responsabilidad por las consecuencias sino que se le imputa la culpabilidad por la impericia, descuido, negligencia o falta de diligencia (8).

El seguro le permite al conductor despenalizar sus responsabilidades porque le facilita resarcir los daños causados. Ahora bien, podría darse el caso de que el conductor no se reconociera culpable y no considerase su falta. En este caso, tendría que seguir resarciendo los daños que se le atribuyen a la acción de su vehículo, con independencia de que reconociera su culpa, falta o negligencia. Nos encontramos aquí con dos modos de plantear la responsabilidad, por un lado una responsabilidad que asume la falta, la negligencia o simplemente la culpabilidad; por otro, una responsabilidad donde se asumen los daños, los riesgos y las consecuencias dejando intocable el ámbito de la interioridad moral del sujeto. Estaríamos ante un cierto blindaje del sujeto civil ante cualquier imputación que afecta a su seguridad. El seguro permite que el conductor no sea castigado y que repare los daños como sujeto responsable, y en este sentido la despenalización del sujeto es un paso positivo, estaríamos entonces ante una responsabilidad sin conciencia de falta.

Es más habitual de lo que nos imaginamos describir esta negligencia o culpabilidad como “error” que como “falta” o debilidad. La despenalización de la responsabilidad no puede confundirse con su desmoralización o desculpabilización, y esto sucede habitualmente en la vida moral. La ética contemporánea tiende a plantear la responsabilidad en términos despenalizadores porque una cultura del seguro, del riesgo y de la solidaridad ampara las consecuencias de las acciones sobre las cosas. De esta forma, deja en manos de la psicología, la psiquiatría o la medicina la vulnerabilidad del sujeto y, por consiguiente, su grado de negligencia. Con ello, aparece en la

ética un concepto de responsabilidad sin vulnerabilidad, sin fragilidad y, por consiguiente, sin culpabilidad.

La primacía que Lévinas concede a la Ética como filosofía primera nos alerta de este doble sentido de la desmoralización. Al poner al otro como fuente de moralidad y al convertir al otro en fuente de la obligación, se produce un desplazamiento donde la moralización no es el cuidado del “uno mismo” sino del “otro”. La prioridad ética del otro es el primer camino para evitar la desmoralización. A la luz de estos planteamientos, la moralización a la que la ética contemporánea de la responsabilidad ha dado la espalda por haberse limitado a la despenalización, no puede plantearse como re-culpabilización o recuperación del sentido de la falta y la culpa. Si así fuera, entenderíamos la moralización como incremento de las garantías y como desarrollo de una prudencia preventiva que nos blindara mejor ante nuestras propias vulnerabilidades.

En Levinas, el desplazamiento hacia el cuidado del otro se convierte en inversión absoluta. No se trata sólo de evitar la desmoralización evitando el descuido, la desatención y el abandono del prójimo. Se trata de invertir el camino para cargar con la vulnerabilidad del otro. La responsabilidad no se plantea en términos de simetría sino en términos de asimetría, de prioridad ética del otro que tengo a mi cargo. El objeto de la responsabilidad no es únicamente el otro o la relación que mantengo con él sino la condición vulnerable misma de la humanidad.

Este planteamiento de la responsabilidad se extiende al conjunto de las relaciones humanas y, por generalización, a la condición vulnerable de la especie humana. No sólo trata de evitar el descuido, la desatención y el abandono del prójimo, sino la vulnerabilidad de la especie humana y su entorno (el conjunto de la creación, en términos de alianza). La responsabilidad tiene un alcance que no sólo es retrospectivo (referido al pasado), o respectivo (referido al presente) sino prospectivo (referido al futuro). Con ello daríamos paso a una reformulación de los imperativos kantianos y llegaríamos a formular lo que Hans Jonas ha llamado *El principio de responsabilidad* (9).

El propio Ricoeur nos advierte de los riesgos que corremos cuando en lugar de atender al desplazamiento donde apunta Lévinas seguimos al pie de la letra su inversión. Nos recuerda que esa extensión histórica o epocal de la responsabilidad ante la que nos sitúan Lévinas y Jonas plantea tres problemas importantes. Primero la dificultad para identificar a los autores de



los actos, segundo las dificultades que acarrea establecer límites temporales a la cadena de efectos de nuestras acciones y, tercero, la desaparición de la reciprocidad. ¿Podemos ser responsables de todo y de todos? ¿Pagamos nosotros con responsabilidades de nuestros antepasados? ¿Somos responsables de las generaciones futuras? ¿No caeríamos en una teoría irresponsable de la responsabilidad?

4.- Del diálogo verbal al diálogo presencial y constituyente

Aunque la ética de Lévinas no puede llamarse propiamente una ética dialógica de la responsabilidad, en ella hay conversaciones interesantes con los padres de la ética dialógica, Martín Buber y Gabriel Marcel. Ante todo, es importante señalar que con el protagonismo del lenguaje, la conversación y el diálogo se quiere evitar la violencia, como si comunicación y violencia tuvieran que ser, de suyo, incompatibles. Este suelo común se traduce en una solidaridad común hacia un determinado tipo de diálogo que no es puramente verbal o apalabrado sino presencial y constituyente. Por eso son importantes los comentarios que Lévinas hace al modo de entender el diálogo que presentan Buber y Marcel.

Por lo que respecta a Martín Buber, Lévinas considera que presta poca atención a lo que llama el fundamento gnoseológico del encuentro. Como si echara de menos en Buber ciertos análisis fenomenológicos donde el tú fuera pensado como “otro”. Echa de menos en Buber que el camino del diálogo no es sólo el camino de la alianza sino el camino de la presencia. La racionalidad dialógica es aquella donde la relación entre el yo y el tú es una relación únicamente de “alianza” sino una relación de “presencia”. Además de hacer hincapié en la alianza, en la relación, en lo que Buber llama categoría del “entre” (*zwischen*), Levinas hubiera preferido que hiciera hincapié en la categoría de presencia, en el hecho de que cuando tengo el “otro” ante “mi” su presencia puede forzar a entrar al diálogo. Como si un diálogo presencial (de cuerpos y existencias) fuera previo a un diálogo verbal o comunicativo (de palabras y conversaciones).

Lévinas recuerda que en Buber las categorías de encuentro y relación son anteriores a las categorías de “sujeto” y “objeto”, como si todo el trabajo fenomenológico fuera derivado del diálogo originario, como si el diálogo entre sujetos y la intersubjetividad misma fueran categorías derivadas del encuentro interpersonal previo. Además, a Lévinas le interesa señalar que el acceso a lo

sagrado se produce a través del camino del diálogo. No es la presencia de lo sagrado lo que fuerza a entrar en diálogo sino el diálogo como categoría que permite el acceso a lo sagrado. Y en este contexto es importante la importancia que para ambos tiene las categorías de filiación, fraternidad y humanidad. La humanidad no es anterior a la fraternidad, ésta es previa a aquella. La filiación es fuente de solidaridad. Por eso, la identidad de los sujetos y su autonomía siempre son derivadas y no originarias. En este sentido, es interesante recordar las raíces judías e incluso feuerbachianas (de Feuerbach) de ambos donde la autonomía moral puede describirse como una “autonomía teónoma” (10).

Lévinas y Buber comparten un judaísmo que no está presente en Marcel. Gabriel Marcel es un pensador católico que despierta un gran atractivo en Lévinas por varias razones, a saber:

a.- Se sigue manteniendo en el horizonte dialógico donde la relación yo-tu es más originaria que cualquier otra. No se trata de una simple relación de percepción o generadora de conceptos sino de una relación constitutiva y constituyente que Lévinas describe como “significación”. La significación no es un problema sintáctico, lógico o gramatical, es un problema relacional, aunque no de la relación “yo-ello” sino de la relación “yo-tu”.

b.- La primacía de la relación “yo-tu” frente a la relación “yo-ello” nos permite diferenciar claramente el universo personal del universo de lo anónimo e impersonal. Frente al mundo de lo neutro y contra las filosofías de lo neutro se yerguen las filosofías de las personas y los significados. Marcel ha marcado una diferencia atractiva con los existencialistas que Lévinas quiere recordar, no es un pensador de la existencia sino un pensador de la co-existencia.

c.- Marcel se ha planteado que esta coexistencia no es sólo una posibilidad para construir una racionalidad dialógica sino un límite. Que viene marcado por la corporalidad y por el valor de una ética del cuerpo que Marcel es capaz de iniciar. Los límites del lenguaje, los límites de la comunicación y los límites del encuentro no son únicamente lingüísticos, también son co-existenciales, físicos y corporales. La ética tiene que afrontar el tema del cuerpo con mayor radicalidad de la que ha tenido hasta ahora. Incluso el pensamiento dialógico tiene que ser consciente de que el tema del cuerpo condiciona radicalmente el tipo de reflexión filosófica. Ahora bien, la recuperación de la encarnación como categoría central no significa la recuperación de la pura materialidad del cuerpo y la carne (11).



Lévinas indica claramente que Marcel no cae en ningún materialismo y para ello distingue entre “cuerpo objeto” y “cuerpo propio”. Esta distinción puede ser leída desde la contraposición que Marcel presenta entre “Ser” y “Tener”; el cuerpo no es sólo algo que se tiene (cuerpo objeto) sino algo que se es (cuerpo propio). La ética debería ser consciente de esta diferencia y empezar a reconstruirse contando con ella porque supone una desproporción reflexiva con la que ya siempre hay que contar. Paul Ricoeur fue consciente de esta desproporción y a partir de ella inició su programa fenomenológico diferenciando entre lo voluntario y lo involuntario.

El mayor problema que Lévinas encuentra en Marcel es su proximidad a la ontología tradicional, como si permaneciera prisionero de la metafísica tradicional con la que quiere romper. La contraposición que Marcel realiza entre Ser y Tener le resulta útil a Levinas para destacar la crítica a la razón instrumental que se ha olvidado del ser y se ha centrado en el tener. Ahora bien, Lévinas cree que Marcel es poco radical y se mantiene prisionero de la ontología tradicional del ser. También lo destaca cuando comenta la importante distinción de Marcel entre “misterio” y “problema”. Recordemos que para Marcel la Metafísica se abre al misterio y no queda limitada a los problemas, como sí sucede con el conocimiento científico-técnico. Este camino del misterio del ser será también el que acompañe al ser humano hacia el corazón de su ser para descubrir el amor originario.

Esta complicidad de Marcel con la ontología que Lévinas llama “tradicional”, es importante para entender las relaciones entre el lenguaje y la comunicación, o incluso para pensar con cierta radicalidad la relación entre una ética dialógica y una ética de la acción comunicativa (*ética del discurso*). Marcel y posteriormente Jaspers indican que el diálogo verbal o comunicativo es derivado de un diálogo existencial donde el encuentro es ya comunicación por ser expresión de existencias. Apuntan así hacia un nivel existencial y fáctico anterior al nivel verbal, como si la comunicación lingüística fuera derivada de una comunicación existencial anterior y constituyente.

Este es un punto importante para seguir pensando la relación entre una ética dialógica y las éticas del discurso. El personalismo comunitario que aparece y se propone en la racionalidad dialógica de Buber y Marcel se sitúa en un nivel diferente al de una racionalidad discursiva. Mientras el primero sienta las bases para una ética comunicativa basada en el encuentro de existencias, la segunda se limita a la operatividad de los actos de habla, mientras que para la primera el

diálogo es mucho más que un procedimiento o técnica de conversación, para la segunda el diálogo es el procedimiento para conseguir los acuerdos necesarios en una sociedad plural. A diferencia de las éticas del discurso que se limitan al análisis de comunicaciones verbales, las éticas dialógicas incorporan en sus análisis categorías que no son estrictamente verbales, lógicas o cognitivas, directamente relacionadas con lo que Buber, Marcel o el propio Levinas llaman “encuentro”.

5.- De la alteridad al cuidado y la solicitud

Quisiera terminar estas reflexiones indicando el importante papel que Lévinas ha jugado en la ética de Paul Ricoeur. Ya he señalado anteriormente que el desplazamiento hacia el otro que realiza Lévinas es interpretado por Ricoeur como una inversión, es decir, que la prioridad que asigna a la responsabilidad por el otro lo convierte en prioridad absoluta para la ética. Incluso a costa del propio yo, de manera que la ética de la responsabilidad de Lévinas es una ética del olvido de sí, del descuido de sí e incluso de la disponibilidad absoluta para atender, cuidar y cargar con el otro. Dicho así puede resultar incluso excesivo pero no decimos nada que Lévinas no dice.

Ricoeur es consciente de esta radicalidad de Lévinas y llama la atención por el tono en el que lo dice. Nos recuerda que se trata de un discurso hiperbólico, con tendencia a la exageración para incidir en el olvido, descuido y descarga del otro que se ha producido en el pensamiento contemporáneo. Podemos decir que la ética del cuidado y la solicitud que nos propone Ricoeur se presentan como una urbanización de la ética de la alteridad de Lévinas. De la misma manera que Gadamer urbanizó las reflexiones de Heidegger porque las hizo comprensibles e integrables dentro de la propia historia de la filosofía, así podríamos decir que Ricoeur urbaniza las reflexiones de Lévinas haciéndolas comprensibles e integrables en la historia de la ética (12). Esto no significa que Lévinas sea incomprensible sin ser urbanizado por Ricoeur. No nos referimos a eso, el propio Lévinas es comprensible por sí mismo como lo era Heidegger sin necesitar traductores.

Urbanizar a Lévinas no consiste en hacer que su ética pierda dureza, novedad, exigencia o radicalidad. La ética de Lévinas sigue siendo ascética y óptica para evitar el autismo, sigue siendo un ejercicio de des-centramiento del sujeto como agente y cuestionamiento de la autonomía moral. Urbanizar a Levinas no es darle la espalda a la responsabilidad, como si la inversión que



exige su ética no fuera una importante llamada de atención. Para Ricoeur, esta llamada de atención no debe suponer un olvido de la primera persona sino un replanteamiento ético de la identidad personal. En *Sí mismo como otro*, Ricoeur muestra cómo es posible atender a esta inversión que reclama Levinas, y lo hace indicando que el problema de la identidad moral del sujeto ya no se puede seguir planteando de la misma forma (13).

La ética de la identidad narrativa que propone Ricoeur es una ética de la solicitud donde desempeña un papel importante Levinas y donde es más importante todavía mantener cierta distancia con Levinas. En un ejercicio de proximidad y alejamiento, Ricoeur plantea un nuevo concepto de responsabilidad que integre el la atención, el cuidado y la carga del otro. Para distanciarse de Levinas utiliza a Husserl. Pone a los dos en tensión y realiza una interesante reflexión sobre el “*sí mismo*” como “*otro*”. Con ello, la pregunta por la identidad personal sólo se puede responder desde la responsabilidad por el otro, y en este sentido Levinas está presente porque la individuación o la autonomía se plantean desde la responsabilidad y no al revés.

Pero esta identidad no es descuido de sí, desatención de sí o descargo de sí. El sí mismo no es pura interioridad o pura individualidad, el “sí” es planteado no sólo en términos reflexivos sino en términos comunicativos, fácticos y existenciales. De esta manera el “cuidado de sí” no se confunde con del “amor de sí”. El amor propio no se constituye desde el yo sino desde la responsabilidad por el tú, desde la presencia del otro y desde la responsabilidad por el otro. Ricoeur incide en la solicitud por el otro, y del otro para subrayar no sólo el arrojamiento o lanzamiento del yo hacia el tú y viceversa, sino para mostrar la estructura dialógica de una existencia que es una dialogal co-existencia.

Una cosa es ser responsable del otro y otra bien distinta ser rehén del otro, como afirma hiperbólicamente Lévinas. La ética de la disponibilidad hacia el otro no es una ética de la indisponibilidad respecto a sí mismo. No puede haber disponibilidad saludable hacia el otro si el sujeto tiene mermadas sus capacidades o facultades. En principio, Ricoeur quiere recuperar la noción de simetría y reciprocidad. La asimetría que exige Levinas apunta en una dirección donde la exigencia de reciprocidad puede ser leída como una recaída en el egoísmo, el individualismo o el subjetivismo. Tan importante como la preocupación con y por el otro es la “estima de sí”, que no puede confundirse con el “amor a sí” o lo que la tradición entendía como amor propio. Por eso quizá sea mejor hablar de “amor de sí mismo como otro”.

Nada más lejos de Ricoeur, y por ello su ética no hace de la reciprocidad una categoría central. Es importante y le resulta de gran utilidad para frenar el carácter hiperbólico de la ética de Lévinas. Ricoeur no está recuperando la soberanía del sujeto y de la conciencia, como si fuera necesario consolidar la dimensión subjetual-personal de la intersubjetividad. Con la categoría de solicitud Ricoeur está respondiendo a varios problemas que plantea Lévinas, a saber:

a.- El desafío de la disponibilidad y la fuerza moral que tiene el “Heme aquí” en toda la tradición bíblica. Para ello Ricoeur cuenta con el concepto de “*attestation*” que traduce el término *überzetsung* y que, como hemos visto, está emparentado con el término “*convicción*”. Se trata de una afirmación originaria, una disponibilidad inicial y básica con la que emerge el primer término de la ética que Ricoeur llama “estima de sí”.

b.- El desafío del amor al que invita la inversión de Lévinas. Ricoeur no quiere caer en las sentimentalidades de quienes reivindican una ética del amor sin plantearse una ética de la justicia. La primacía de la sensibilidad, la maternidad y la filiación en el discurso sobre la responsabilidad no pueden llevar a un amor estrictamente sentimental o, mejor dicho, “sentimentaloide”, esto es, sin capacidad para la reflexión, la crítica, el discurso, y la argumentación. Por eso el discurso filosófico del amor tiene que ser pensado siempre desde la forma verbal del imperativo. El imperativo de amar precede a toda ley y sitúa la vida moral en una dimensión supra-ética. El imperativo del amor no suprime el formalismo de la justicia sino que la reinterpreta en el sentido de la generosidad. Esta complementariedad del amor y la justicia le permite a Ricoeur utilizar a Levinas para plantear fenomenológicamente la filosofía no como “economía del ser” sino como una “economía del don” (14).

c.- La ética del cuidado y la solicitud que propone Ricoeur no es una ética de la simetría, la reciprocidad y la justicia completada por el imperativo amor, como si el amor fuera “la guinda-adorno” en el “pastel-sustancia” de la justicia. En una de sus últimas obras, Ricoeur nos ha dado la clave para interpretar esta urbanización de Levinas. La solicitud no supone un retorno al individualismo o una vuelta de la conciencia recuperando el valor de la simetría y la reciprocidad. La clave interpretativa de que no hemos dado un paso atrás en la urgencia



de atender al otro y estar solícitos a su llamada se encuentra en el concepto de reconocimiento. Así lo ha dejado claro Ricoeur en uno de sus últimos trabajos cuando diferencia entre el reconocimiento recíproco y el reconocimiento mutuo. La simetría y la reciprocidad son condiciones necesarias para construir una ética del reconocimiento, ahora bien, ¿son condiciones suficientes? (15).

La clave está en la idea y la práctica de la mutualidad, donde el intercambio no está sometido al cálculo interesado y donde el concepto de reconocimiento recupera un significado originario, el de gratitud. Reconocer no sólo es identificar o recordar sino agradecer. Por eso, en la última y tercera parte de *Caminos del Reconocimiento*, Ricoeur da pistas para pensar que su recuperación de la solicitud no es una aproximación a la filosofía de la subjetividad sino una ética de la mutualidad donde se hace sitio a una ética de la gratitud. Entonces hay espacio para el don y se genera una dinámica donde el optativo sustituye al imperativo. La solicitud nos lleva a la mutualidad y esta nos abre a un orden nuevo. Se trata del orden inexacto de la gratitud donde hay espacio para la inexactitud del amor, la gracia del perdón y el sentido de la fiesta. Sobre él habrá que volver en otro momento porque nos recuerda que sólo la gratitud aligera el peso de la obligación, con ella el patrocinio gramatical de lo descriptivo y lo normativo dejan paso al optativo.

Referencias bibliográficas

1. Este estudio se inserta en el Proyecto de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico FFI2010-21639-C02-01, "Ética del discurso, política democrática y neuroética" financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y con Fondos FEDER de la Unión Europea, y en las actividades del grupo de investigación de excelencia PROMETEO/ 2009/085 de la Generalitat Valenciana. Reviso aquí la contribución a un trabajo anterior editado por A. ALONSO; *Emmanuel Lévinas: La filosofía como Ética*. Publicaciones de la Universidad de Valencia, Valencia, 2008, 173-185.
2. H. Gadamer enlaza con esta tradición, así lo hemos mostrado en "Introducción" a H. G. Gadamer, *El problema de la conciencia histórica*. Tecnos, Madrid, 2010, 3ª ed.
3. Sobre esta respuesta de E. Mounier puede verse nuestro trabajo *Un Humanismo del siglo XX. El personalismo*. Cincel-Pedagógicas, Madrid, 1995, 15 ed.
4. El concepto de "fuente" es importante en la filosofía moral y política del siglo XX, sobre todo desde que Bergson, a principios de siglo se planteó la pregunta por "Las dos fuentes de la moral y la religión" y Charles Taylor, a finales del siglo XX, sigue preguntándose por "Las fuentes del yo".
5. A. Domingo, "Comunicación global y convicción ética" en Pastor, G. (ed.); *Retos de la sociedad de la información*. UPSA, Salamanca, 1997, 211-223.

6. Sobre esta traducción de la responsabilidad puede verse nuestra investigación: “La ética narrativa de Paul Ricoeur: compromiso, capacitación y deliberación”, en Salas, R., editor; *Éticas convergentes en la encrucijada de la postmodernidad*. Ediciones UC de Temuco, Temuco-Santiago de Chile, 2010, 229-264.
7. Charles Taylor habla de un “yo blindado”, cfr. *A Secular Age*. Belknap-Harvard, 2007, p. 37 ss. Frente al “yo blindado” (buffered self) reivindica un “yo poroso” (porous self). Esto ha llevado a plantear el tema de la identidad en términos de “identidades porosas”, como si desapareciera la pregunta por la unidad narrativa de la vida y el suppositum del sujeto que “sujeta” los cambios. Sobre este tema véase nuestro trabajo *Ciudadanía activa y religión. Las fuentes pre-políticas de la ética democrática*. Encuentro, Madrid, 2011, 2ª ed.
8. P. Ricoeur, “¿Quién es el sujeto de derecho?”, en *Lo justo I*. Introducción y traducción de A. Domingo Moratalla, Caparrós, Madrid, 1999, pp. 39ss.
9. H. Jonas, *El principio de responsabilidad*, Herder, Barcelona, 1995. Versión de A. Sánchez Pascual.
10. Cfr. C. Díaz, *Preguntarse por Dios es razonable*. Encuentro, Madrid, 1999. Varias ed.
11. J. Conill ha puesto de manifiesto esta interpretación en *Ética hermenéutica*. Crítica desde la facticidad. Tecnos, Madrid, 2007
12. Sobre el significado de “urbanizar” aplicado a la filosofía, téngase en cuenta cómo la hermenéutica de Gadamer “urbaniza” la filosofía de Heidegger. En este sentido, “urbanizar” es integrar en la tradición filosófica una reflexión y conceder primacía al principio de continuidad sobre el de discontinuidad. Véase nuestro trabajo *El arte de poder no tener razón. La hermenéutica dialógica de Gadamer*: UPSA, Salamanca, 1991.
13. P. Ricoeur, *Si mismo como otro*. Siglo XXI, Madrid-México, 1996. Trad. A. Neira.
14. Cfr. Ricoeur, *Amor y Justicia*. Introducción, traducción y notas de Tomás Domingo, Trotta, Madrid, 2010. Sobre la Economía del don puede verse nuestro trabajo: “La operatividad social del don: horizontes éticos y políticos del voluntariado”: *CORINTIOS XIII*, 139 (2011), pp. 141-164.
15. T. Domingo, “Del sí mismo reconocido a los estados de paz”: *Pensamiento* 62 (2006), pp. 203-230.



El Reconocimiento Recíproco como base de una Bioética Intercultural

Juan Carlos Siurana

Universitat de València

1. Introducción

La inmigración es un fenómeno de gran relevancia ética para la sociedad en la que se produce, y que afecta de manera clara a la asistencia sanitaria. Desde el Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València hemos llevado a cabo varios proyectos de investigación sobre esta temática, obteniendo un buen número de resultados y conclusiones (1) (2).

Nuestro país había sido tradicionalmente emisor de mano de obra, y desde mediados de la década de 1990 experimentó un gran crecimiento de la inmigración. En 2011, la población de origen extranjero representaba el 14,1% de una población total registrada de 47,1 millones de personas, cuando a mediados de los años 90 su porcentaje rondaba el 2,5% de la población total. Actualmente, la crisis económica ha reducido la entrada de inmigrantes en España y está provocando una nueva emigración desde nuestro país, bien a los países de origen o a aquellos que presentan nuevas oportunidades, así, de 2010 a 2011, se produjo un descenso por primera vez en la historia de extranjeros en nuestro país de 37.056 personas en cifras absolutas. La crisis económica está provocando también la emigración de muchos españoles.

Actualmente el número de extranjeros en España se sitúa en torno a los seis millones. Las nacionalidades más numerosas en 2011 eran las siguientes: rumanos (809.409), marroquíes (766.187), ecuatorianos (478.894), británicos (392.577) y colombianos (372.541). En España, la mayoría de los inmigrantes provienen de Iberoamérica (el 36,21% del total de extranjeros afincados en España, según el censo INE 2006); les siguen después los procedentes de la Unión Europea (34,45%) y del Norte de África (14,83%). El porcentaje de inmigrantes de otros países ya es significativamente mucho menor.

La inmigración supone el traslado de una o varias personas desde su lugar de origen al interior de otro territorio. Comporta el cambio de residencia que puede ser permanente o temporal. Las causas de este traslado están generalmente vinculadas a necesidades de tipo económico o político-ideológico. Pero también se da el caso, sobre todo en España, de una inmigración inglesa y alemana

que cambia de residencia con el fin de disfrutar de las ventajas climáticas y paisajísticas que ofrece el país.

La inmigración modifica el tamaño y la estructura de las poblaciones de origen y destino (3, pp. 197-202). Supone costes y beneficios tanto para la persona que cambia de residencia, como para la sociedad receptora.

Los inmigrantes se enfrentan al desconocimiento que supone vivir en una sociedad a la que en principio no pertenecen, donde su lengua, sus hábitos, sus costumbres, sus normas morales, sus condiciones de trabajo, son distintas. Ellos y la población receptora deben aprender a convivir y a compartir los espacios públicos respetando las diferencias culturales.

Uno de los sectores directamente afectados por la llegada de inmigrantes es el sistema de atención sanitaria (4). Su estructura y organización se ve forzada a enfrentar dos situaciones nuevas y no previstas:

- 1.- Un aumento súbito de la población que requiere atención sanitaria.
- 2.- La necesidad de atender a una población con usos y costumbres diferentes, que demanda atención especial por parte del sistema sanitario debido a lo especial de su situación.

Se trata de dos demandas de naturaleza diferente que ocurren de manera simultánea y que requieren esfuerzos adicionales. Primero, porque el personal médico tiene que afrontar el aumento repentino del volumen de pacientes que atiende en un mismo período de tiempo y, segundo, porque el tipo de atención requerida en la mayoría de los casos supone esfuerzos adicionales (problemas de comprensión debidos al lenguaje o simplemente a la diversidad cultural en cuanto a la concepción de la salud y la enfermedad, las diferencias religiosas, etc.) (5). Esto genera evidentemente un primer problema en relación a la posibilidad real que tiene el sistema para enfrentar una situación que es nueva, y para la que no estaba previamente preparado.

El Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de Valencia, que dirijo, ha analizado en tiempo reciente este fenómeno desde la noción del reconocimiento recíproco (este trabajo se inserta en el proyecto de investigación titulado “El reconocimiento recíproco como base de una bioética intercultural”, de referencia FFI2008-06133/FISO subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación), obteniendo resultados específicos sobre la aplicación de este concepto a la atención sanitaria (6) (7) (8) (9).

Aquí, por cuestión de espacio, voy a realizar solamente algunas reflexiones filosóficas sobre la noción de bioética intercultural y de reconocimiento



recíproco, para pensar la conexión que podemos establecer entre ambos conceptos.

2. Una definición de “cultura”

2.1. La cultura como hábitos y capacidades de los seres humanos de una sociedad.

En 1871 Edward Tylor en su obra *Primitive Culture* presenta la primera definición antropológica de cultura: “La cultura o civilización, en sentido etnográfico amplio, es todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad”. La cultura no es algo de unos pocos cultivados, sino de todos los seres humanos que conforman una sociedad. Todas las prácticas humanas constituyen el objeto de atención y no sólo un determinado tipo de actividades, cualificadas estética o espiritualmente. La cultura es el modo de vida de una sociedad.

2.2. La cultura como conjunto de conductas, normas y valores morales

Cortina, siguiendo a Lamo de Espinosa, entiende por “cultura” el conjunto de pautas de pensamiento y de conducta que dirigen y organizan las actividades y producciones materiales y mentales de un pueblo, y que puede diferenciarlo de cualquier otro. La cultura incluye repertorios de conducta, regulados por repertorios de normas y sustentados por un conjunto de valores que los legitiman, pero también un conjunto de prácticas legitimadas e institucionalizadas, siendo la religión el mecanismo usual de legitimación. (10, pp. 15-16).

Las auténticas diferencias culturales son, pues, diferencias en el modo de concebir el sentido de la vida y de la muerte, nacidas de distintas cosmovisiones, que justifican la existencia de diferentes normas y valores morales.

2.3. Tipos de diferencias culturales

Para afrontar la cuestión es bueno distinguir con Kymlicka (11, cap. 2) entre los siguientes grupos:

- 1.- Grupos tradicionalmente desfavorecidos, como discapacitados, mujeres, homosexuales: piden cuotas de representación.
- 2.- Minorías nacionales: reclaman el autogobierno o mayores transferencias de poder.

- 3.- Grupos étnicos o religiosos: piden respeto y apoyo para su forma de vida.

Kymlicka considera que hay dos formas de multiculturalismo: los estados multinacionales, en los que coexiste más de una nación, y los estados poliétnicos, en los que coexisten diversas etnias. Por lo tanto, los problemas planteados por los nacionalismos serían también multiculturales.

En opinión de Cortina, en cambio, los auténticos problemas multiculturales se plantean en los estados poliétnicos, porque es en ellos donde se enfrentan distintas cosmovisiones, distintas formas de concebir el sentido de la vida y de la muerte, diversas formas de organización moral y social. En España, por ejemplo, el pueblo gitano vive una peculiar cultura, y también los inmigrantes musulmanes venidos del Norte de África.

3. Una definición de “multiculturalismo”

Las sociedades multiculturales reúnen en su seno diversas culturas. Habitualmente una de esas culturas es la dominante y las demás quedan relegadas, distinguiendo entre “cultura de primera” y “culturas de segunda”. ¿Cómo sentirse ciudadano cuando la propia cultura se considera inferior a la dominante?

El multiculturalismo consiste en un conjunto variado de fenómenos sociales, que derivan de la difícil convivencia y/o coexistencia en un mismo espacio social de personas que se identifican con culturas diversas.

Las posibles maneras de afrontar el multiculturalismo han sido las siguientes:

- 1.- Apartheid: separación de los diferentes grupos culturales.
- 2.- Asimilación: a los inmigrantes se les pide abandonar la propia cultura y adoptar la del nuevo país. Así funciona el *melting pot* de Estados Unidos. El asimilacionismo espera que los miembros de las culturas relegadas se asimilen a la central.
- 3.- A partir de 1970 se impone la idea de que diversos grupos están legitimados para mantener sus diferencias culturales.

En 1992 Charles Taylor en su libro *El multiculturalismo y la “política del reconocimiento”* formula algunas cuestiones centrales:



- 1) ¿Puede una sociedad liberal defender también derechos colectivos de las minorías?
- 2) ¿El liberalismo es neutral o es una cultura más?
- 3) ¿Todas las culturas son igualmente respetables?
- 4) ¿Para proteger a una cultura es preciso que aporte algo valioso a la humanidad?

4. Una definición de “interculturalidad”

4.1. El relativismo

Tras la etapa del universalismo homogeneizador de la Ilustración, empeñada en que hay una sola civilización, desde el siglo XVIII el romanticismo se pronuncia por la diversidad, potenciar lo original y auténtico. Esto llevó al relativismo. El relativismo moral sostiene que los valores son producto de cada cultura y que sólo pueden ser juzgados de acuerdo con sus propios criterios. El relativismo epistemológico, que la verdad es exclusivamente local e histórica y que magia y ciencia son igualmente válidas en sus contextos respectivos.

Pero el relativismo deja inerte ante la dominación, la explotación, la alienación y la manipulación. Sólo desde el reconocimiento de la interculturalidad, es posible criticar la violencia de género, la prescripción matrimonial, la lapidación, etc.

4.2. La interculturalidad

Hoy casi todas las naciones son multiculturales. En Londres se hablan cerca de doscientas lenguas.

¿Se debe permitir el uso del chador en clase? En los colegios públicos, ¿se debe dar comida musulmana o judía a los niños que profesen esas religiones?

Las sociedades de acogida ven peligrar su identidad cultural.

Una vez que el Estado español ha introducido una asignatura de religión católica en las escuelas, se planteará si debe haber una asignatura de religión islámica, allí donde los alumnos lo soliciten.

Según José Antonio Marina, “la cultura es el conjunto de soluciones que un grupo humano da a los problemas planteados por la naturaleza, por el contexto social, y por las necesidades y expectativas personales, soluciones que adquieren una cierta permanencia y son transmitidas como herencia social” (12, p. 225). Como los problemas son universales, las culturas tienen parámetros comunes; como las soluciones son particulares, las culturas tienen

parámetros diferenciales.

Entre los problemas básicos que una cultura tiene que resolver están los problemas morales: aquellos que afectan a la felicidad personal y a la justicia en las relaciones con otros. Todas las sociedades proponen entonces un modelo ideal de persona, un modelo ideal de comportamiento y un modelo ideal de sociedad.

Hay al menos tantas morales como culturas: moral confuciana, cristiana, budista, marxista, musulmana.

La elaboración de una ética es necesaria y posible. Hay algunas soluciones mejores que merecen ser universales.

Los problemas artísticos, culinarios o indumentarios permiten soluciones variadas, pero los problemas éticos no admiten diferentes soluciones.

José Antonio Marina y la profesora María de la Válgoma han enunciado lo que llaman “Ley del progreso histórico de la Humanidad” (13) y que dice lo siguiente: Todas las sociedades, cuando se liberan de cinco grandes obstáculos: la miseria extrema, la ignorancia, el miedo, el dogmatismo y el odio al vecino, evolucionan convergentemente hacia un marco ético que se caracteriza por el reconocimiento de derechos individuales, la lucha contra la discriminación injusta, la participación del ciudadano en el poder político, la crítica racional como método de resolver problemas, la seguridad jurídica, y las políticas de solidaridad.

Pero las religiones pueden ser incompatibles en algunos aspectos que afectan a la convivencia. En ese caso, tienen que someterse al marco ético (14), cosa que en teoría no admiten, pero en la práctica están haciendo.

Los derechos individuales defienden mejor el orbe ético que los derechos colectivos. No es que el pueblo vasco, por ejemplo, como una entidad ideal tenga derechos, es que los vascos, como los manchegos, tienen derechos individuales para asociarse. Marina rechaza el reconocimiento de derechos a “colectivos ideales” porque acaban limitando los derechos individuales. Una vez divinizada la patria, puede exigir sacrificios humanos. Por eso las apelaciones al “derecho a la diferencia” están equivocadas. Nadie tiene derechos por ser diferente, los derechos proceden de lo universal. Por ser persona es por lo que no puedo ser discriminado.

Las culturas son vida, no textos, son soluciones cambiantes a problemas cambiantes. Los proteccionistas de la cultura pretenden hacer un museo de las culturas, congelarlas, embalsamarlas, para evitar que se pierdan. Pero cuando los puristas sacralizan la cultura están paralizando la historia. “Pretenden



momificar la realidad al sacralizar la cultura. No se trata de uniformar las culturas, sino de crear nuevas formas de cultura más amplias, ricas, múltiples, posibilitantes, pero dentro de un marco ético común, que es el que amplía las posibilidades fundamentales de todos” (15, p. 228).

En el umbral del siglo XXI, como dice Antonio Ariño, “ser una persona cultivada en sentido clásico (...) consiste en cultivar las semillas de la convivencia intercultural” (16, p. 88).

5. Una definición de “ética intercultural”

Como dice Cortina: “No se trata, pues, de mantener las diversas culturas como si fueran especies biológicas y hubiera que defender la ‘biodiversidad’. Se trata más bien de tomar conciencia de que ninguna cultura tiene soluciones para todos los problemas vitales y de que puede aprender de otras” (17, pp. 182-183). Una ética intercultural invita a un diálogo entre las culturas. Comprender a los otros es indispensable para la autocomprensión.

Una ética intercultural tendría en cuenta al menos cuatro elementos:

- 1.- Posibilitar que las personas conserven su adhesión a identidades culturales diversas.
- 2.- No toda diferencia es respetable, por ejemplo las discriminaciones por razón de status social, edad, sexo o raza.
- 3.- El respeto activo que una cultura merece tiene una de sus raíces en el respeto a la identidad de las personas. Pero esta identidad debe ser libremente elegida.
- 4.- Comprender otras culturas es indispensable para comprender la propia, pues se adquieren nuevas perspectivas.

6. El proyecto de una ética intercultural y la construcción de la identidad personal: las culturas y las personas.

El reconocimiento público de la cultura con que se identifica una persona es indispensable para que se fortalezca su identidad y crezca su autoestima. Pero, ¿qué peso tiene en la identidad la pertenencia a grupos culturales? ¿Las culturas son dignas como lo son las personas?

6.1. La construcción de la identidad personal.

La identidad de una persona, según Taylor, surge de tres ejes: el moral, el personal y el reconocimiento.

Para construir su identidad la persona necesita contar con el reconocimiento de otros, pero también es indispensable que elija y redefina su identidad. Una persona pertenece a diversos grupos: mujeres, blancas, cristianas, europeas, maestras... pero en una sociedad moderna es cada individuo el que está legitimado para decidir qué pertenencias considera más identificadoras.

Según Irish M. Young, cada persona puede pertenecer a los siguientes tipos de grupos: 1) Diversos agregados, personas unidas por un atributo común. 2) Asociaciones, personas unidas voluntariamente. 3) Grupos sociales, personas que comparten un sentido de su identidad común y los demás los identifican como grupo, p.ej., minusválidos, pobres, negros, mujeres, homosexuales, etc., que han tenido que luchar por el reconocimiento.

Una persona tenderá a conceder mayor fuerza identificadora al hecho de formar parte de una corporación profesional, un partido político, una organización civil o una comunidad de creyentes, precisamente porque aprecia más las relaciones que libremente ha entablado y libremente puede romper. A nadie se le puede imponer cómo tiene que querer ser él mismo.

Una sociedad justa debe proteger la libertad de sus ciudadanos para decidir a qué grupo quieren pertenecer realmente, con cuál se sienten identificados.

En sociedades pluralistas es relativamente sencillo ingresar en una comunidad cultural en la que se comparte un sentido de la vida. La dificultad se plantea con los nacionalismos, que necesitan a cuantos viven en un territorio y son inevitablemente impositivos con una parte. El Estado debe proteger la autonomía de los ciudadanos.

6.2. *¿Tienen todas las culturas igual dignidad?*

Determinadas culturas mantienen prácticas que el liberalismo considera intolerables, como puede ser la discriminación de la mujer, la negativa a que los niños reciban una educación que no sea la dada por el grupo exclusivamente, etc.

Pero no toda diferencia es respetable. Practicar la ablación del clítoris a las niñas es una peculiaridad que debe desterrarse de cualquier cultura.

Cada cultura es, como cada uno de nosotros, multicultural.

Según afirma Cortina, “una cultura muestra su superioridad frente a otras en algún punto cuando las restantes se sienten obligadas a tomar elementos de ella para responder a los retos sociales” (17, p. 208). Según Taylor, sería una arrogancia suprema descartarlas a priori.



Cortina considera que sí importa preguntarse por el valor de las culturas, manteniendo y fomentando el diálogo intercultural.

7. Una definición de “bioética”

El concepto “bioética” fue usado, por primera vez, por el biólogo Van Rensselaer Potter en un artículo de 1970 y más tarde en un importante libro de 1971 para referirse a un ámbito nuevo de las ciencias preocupado por la supervivencia del ser humano y su calidad de vida (18).

En la actualidad, “bioética” hace referencia a un amplio campo de problemas éticos y de las ciencias de la vida, generalmente relacionados con la medicina, la biología, el medio ambiente, la población y las ciencias sociales. Así, la Asociación Internacional de Bioética (*The International Association of Bioethics*), en sus estatutos, define la bioética como “el estudio de los temas éticos, sociales, legales, filosóficos y otros relacionados, que surgen en el cuidado de la salud y en las ciencias biológicas” (19, p. 1).

Este concepto nuevo ha recogido la tradición de pensamiento ético sobre estas cuestiones desde Hipócrates.

En nuestro país se ha generalizado el uso de la palabra “bioética” para aludir principalmente a las cuestiones de ética médica, ética enfermera y genética humana. Es por ello que algunos autores distinguen hoy entre una macro-bioética, referida a lo que Potter llamó “bioética” en sentido amplio y una micro-bioética, para las cuestiones relacionadas con la sanidad.

Por otro lado, el desarrollo cada vez más creciente de la ética organizacional y de la ética económica está llevando en nuestros días a un ámbito de reflexión que aúna los avances realizados por estas disciplinas con los avances de la bioética en lo que podemos llamar la “ética de las organizaciones sanitarias” y la “ética de la economía de la salud”.

Una definición sencilla pero que traduce literalmente el significado de la palabra bioética es la que nos expresa Victoria Camps cuando nos dice que la bioética es “la reflexión ética sobre los problemas que conciernen en la actualidad a la vida humana y a la vida en general” (20, p. 11).

8. Autonomía, inviolabilidad y dignidad de la persona, como principios del reconocimiento recíproco en bioética.

Según la definición que nos propone Margarita Boladeras, “la bioética es el estudio de los problemas morales que presenta el desarrollo de la ciencia y

de la técnica aplicada en relación con sus consecuencias presentes y futuras, desde la perspectiva de una actitud racional y responsable respecto de la vida en general y de la vida humana en particular. Ésta se caracteriza por su dimensión moral, por la que todo individuo conoce su vinculación necesaria y positiva con otras personas y responde ante los demás y ante sí mismo de sus actos” (21).

Las nuevas posibilidades científico-técnicas obligan a la cautela. Las personas están perplejas ante la manipulación de la vida, ante los nuevos conflictos que se presentan.

El término “bioética” significa vida (*bios*) y ética (*ethos*). Trata de la perspectiva ética de los problemas que surgen en la aplicación de la ciencia y la técnica a la procreación de la vida humana, a las situaciones límite por enfermedad terminal, a los trastornos genéticos (disminuidos psíquicos), a la disminución física severa, a la experimentación con personas o animales, a la ingeniería genética, etc. Según esta autora, la bondad o la maldad de la ciencia y la técnica, depende de su utilización, según sean sus consecuencias (y la intencionalidad de los individuos que las usan). Lo verdaderamente lamentable es que la sociedad no sepa defenderse de los abusos de la instrumentalización científica de determinadas personas o grupos.

Boladeras afirma: “El científico, el profesional sanitario, los responsables institucionales, llevan a cabo su labor profesional en una sociedad pluralista que cree en el derecho a la diferencia y que potencia la individualidad. En ese contexto no tienen cabida los procedimientos uniformistas tradicionales, el paternalismo o el autoritarismo decisorio de épocas pasadas. Su relación con la sociedad debe transformarse en sintonía con los cambios de las formas de vida y de mentalidad. Ello obliga a revisar los tipos de prácticas profesionales y a promover nuevos códigos deontológicos que respondan plenamente a los problemas que se plantean en el mundo actual de acuerdo con los principios éticos que estructuran la vida social” (21, p. 12).

Éstos son los principios fundamentales o derechos humanos. Como nos dice Boladeras, el conocimiento de los principios fundamentales y la reflexión sobre sus implicaciones es un deber básico de todos los ciudadanos, pero en especial de aquellos profesionales que ejercen su actividad en áreas particularmente comprometidas con estos principios.

Tomando como referente un concepto de persona del que se derivan los principios fundamentales que orientan la acción, esta autora se apoya en la



obra de Carlos Santiago Nino para delimitar el sentido de los principios de autonomía, inviolabilidad y dignidad de la persona.

8.1. El principio de autonomía de la persona

Partiendo del pensamiento de Nino (22) (23), nos indica que el principio de autonomía requiere unas condiciones necesarias: 1) Una vida consciente, que permite determinar intereses, planes de vida, proyectos, ideales. 2) Integridad corporal y psíquica, es decir, verse libre de dolores y de presiones psíquicas.

El principio de autonomía presupone: 1) El reconocimiento del valor fundamental de la libre elección individual de planes de vida y la adopción personal de ideales de excelencia humana. 2) Que el Estado y los demás individuos no deben interferir en esa elección o adopción, limitándose a diseñar instituciones que faciliten la consecución individual de esos planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno sustente, impidiendo la interferencia mutua.

Al respecto Boladeras escribe: “El principio de autonomía implica que el Estado sólo puede intervenir para salvaguardar derechos de las otras personas” (21, p. 73).

8.2. El principio de inviolabilidad de la persona.

El concepto de persona incluye las características de ser vivo, la integridad corporal y la libertad de movimiento y de pensamiento. Sin estos elementos la persona no puede constituirse como tal.

El principio de inviolabilidad proscribire imponer a los hombres, contra su voluntad, sacrificios y privaciones que no redunden en su propio beneficio.

Esta formulación sitúa de lleno ante la problemática de que “sobre el beneficio y el ‘sacrificio’ necesario, en determinadas circunstancias, no tienen justificación las actitudes paternalistas, que deciden por otros lo que es más conveniente para éstos” (21, p. 75).

Esta autora nos dice que el sistema democrático se basa en el reconocimiento de los derechos fundamentales a todos los individuos, a partir de lo cual se puede llegar a acuerdos por mayoría sobre determinados planes de acción conflictivos, siguiendo unas reglas de juego procedimentales. Pero el respeto a los derechos fundamentales debe quedar siempre garantizado.

Boladeras entiende que “no hay ninguna justificación moral para instrumentalizar a los demás en función de determinados objetivos, ni

suplantar sus decisiones sobre fines, aunque sea con pretensiones altruistas” (21, p. 76).

8.3. El principio de la dignidad de la persona.

La concepción de que los seres humanos se caracterizan por su capacidad de evaluar situaciones, de responder a los estímulos no sólo de forma automática y simple, sino según diversas formas de intencionalidad, de tomar decisiones, de proyectar planes de vida, etc., obliga al respeto de las personas y de sus decisiones, a evitar su menosprecio a causa de las conductas que adopta. Los principios de autonomía y de inviolabilidad implican ya el reconocimiento del valor personal a priori y de alcance universal que se concreta en el principio de la dignidad de la persona.

Este principio prescribe que los hombres deben ser tratados según sus decisiones, intenciones o manifestaciones de consentimiento.

Nino distingue entre los deseos y preferencias de un individuo y una decisión o manifestación de consentimiento. Respetar la voluntad del individuo no es lo mismo que satisfacer sus deseos.

Boladeras, al respecto, nos dice: “Reconocer la dignidad de una persona consiste en respetar sus creencias y decisiones, sin intentar cambiarlos con coacciones o manipulaciones fraudulentas de su voluntad” (21, p. 78). El principio de dignidad de la persona prescribe que la decisión sea considerada como parte del plan de vida del individuo, y que por lo tanto (y aquí interviene el principio de autonomía) se mantengan, cuando ello sea posible sin violar otros principios, las consecuencias de la acción voluntaria que el individuo previó al decidir actuar e incorporó, por lo tanto, a ese plan de vida.

Según esta autora, las exigencias de la justicia derivan de los derechos fundamentales inherentes a los tres principios citados.

9. Una definición de “bioética intercultural”

Partiendo de la definición de “bioética” que nos ofrece Victoria Camps, y la definición de “ética intercultural” que nos ofrece Adela Cortina, definiré a la “bioética intercultural”, del siguiente modo:

La “bioética intercultural” es “la reflexión ética sobre los problemas que conciernen en la actualidad a la vida humana y a la vida en general, invitando a un diálogo entre las culturas, con la convicción de que comprender a los otros es indispensable para la autocomprensión.”



La bioética intercultural, al afrontar los problemas que conciernen a la vida, tendría en cuenta al menos cuatro elementos:

- 1.- Posibilitar que las personas conserven su adhesión a identidades culturales diversas.
- 2.- No toda diferencia es respetable, por ejemplo las discriminaciones por razón de status social, edad, sexo o raza.
- 3.- El respeto activo que una cultura merece tiene una de sus raíces en el respeto a la identidad de las personas. Pero esta identidad debe ser libremente elegida.
- 4.- Comprender otras culturas es indispensable para comprender la propia, pues se adquieren nuevas perspectivas.

10. Una bioética interdisciplinar y universal

Javier Sádaba reconoce que “los méritos de Beauchamp y Childress estriban, en haber sido los primeros en construir una especie de bioética universal restringida, llamando la atención sobre los principios y reglas que deberían regirla” (24, p. 50). Pero considera que cabría una mejor fundamentación de una bioética universal.

La ética que demanda la situación actual debe ser fuerte en el sentido de pedir, como cuestión básica, un reconocimiento de todos los individuos en cuanto que son sujetos de derechos. Y desde ahí respetar a cada uno precisamente por eso. La idea de dignidad se basa en la consideración de cada uno de los individuos humanos como sujetos de derechos.

La moral que defiende Sádaba insiste en que el ser humano autónomo es, en sí mismo, un ser respetable y con derechos que nadie puede eliminar. “La dignidad no es un trasunto metafísico, sino la realidad de un ser que debe ser respetado en sus derechos” (24, p. 52).

Sádaba habla de una “ética universal del respeto”, y pone como ejemplo que si alguna vez se clona a un ser humano tendrán que darse las garantías de que no se le va a usar como mero medio. La cuestión es si se lesiona un derecho humano o no.

Victoria Camps, por su parte, nos dice que la ética del siglo XXI tiene que ser una ética sin atributos: no una ética católica, evangélica, islámica, sino laica. Entendiendo por tal “una ética que procura valer para todos, independientemente de las diferencias culturales o ideológicas que separan a las personas y a los pueblos, y lo hace intentando aportar las respuestas más

razonables” (25, p. 12). Las “razonables” son aquellas respuestas para las que tenemos razones, buenas razones o razones suficientes, que muchas veces no pueden ser nada más que razones compartidas. Por eso, la ética laica está fundamentada básicamente en el diálogo. “La mejor respuesta será aquella que resulte de la confrontación de opiniones diversas y que haya tenido en cuenta todas las opiniones discrepantes, en especial las de aquellos que pueden verse más afectados por el problema de que se trate” (25, p. 13).

Según Camps, “las condiciones para una bioética aceptable son dos: que sea interdisciplinaria y que sea laica” (25, p. 13). La bioética debería conseguir que los distintos conocimientos aprendan a comunicarse y a utilizar un lenguaje inteligible para todos. La filosofía es la primera disciplina que tiene que renunciar al lenguaje críptico tradicional en ella, y a la especulación muchas veces vacía por la excesiva abstracción de sus conceptos. Pero también las ciencias de la salud o de la vida han de despojarse de tecnicismos y evitar reduccionismos que impiden abrirse a preguntas más trascendentes.

Para esta autora no tiene sentido una diversidad ética absoluta, sin puntos de contacto y de encuentro que unan bajo un denominador común las distintas creencias o puntos de vista. Para lograr ese punto de encuentro sólo nos queda afinar en el procedimiento en la toma de decisiones correctas. Un procedimiento que consistirá en el diálogo, la discusión y la deliberación.

El tratamiento de nuevos problemas tiene que realizarse desde la laicidad. Es decir, “hay que evitar todas aquellas posturas que no puedan ser aceptadas por todos, independientemente de las religiones, las culturas o las costumbres que nos distinguen. Sólo así podremos pretender un discurso universal” (25, p. 27).

Camps nos recuerda que, al fin y al cabo, la moral tiene un origen común que podemos sintetizar en la llamada “regla de oro”, y que se remonta a Confucio. Una regla popularizada con el dicho: “No hagas a los demás lo que no quisieras que te hicieran a ti”. Es la regla del respeto y del reconocimiento mutuo, el reconocimiento de la dignidad intrínseca a cualquier ser humano.

Respecto a los principios de la bioética propuestos en su día por el conocido Informe Belmont -la beneficencia, la autonomía y la justicia-, Camps afirma: “Tales principios no hacen sino traducir al lenguaje bioético los derechos humanos” (25, p. 15). Así, se le pide al profesional que se rija por el deber de hacer el bien, lo que, en principio, implica velar por la vida del paciente y restaurarle la salud. Pero, al mismo tiempo, dicho precepto se



ve limitado por el respeto debido a la libertad de la persona, por una parte, y por la obligación de cooperar con una sociedad y unas instituciones que procuran ser más equitativas y justas. “El derecho a la vida, a la libertad y a la igualdad constituyen el subsuelo de los principios de beneficencia, autonomía y justicia” (25, p. 15).

Otra orientación relevante es la que gira en torno al valor del cuidado, ligado en parte a la perspectiva feminista, y desde el que es necesario repensar los fines de la medicina en la línea del documento de *The Hastings Center*, donde se establece que uno de los nuevos objetivos es cuidar a los incurables. En opinión de Camps, el derecho a la igualdad obliga a universalizar el valor del cuidado, como hemos universalizado el valor de la justicia.

11. El desarrollo de la identidad cultural como proceso comunicativo desde el reconocimiento recíproco.

Para trazar la noción de reconocimiento recíproco es necesario referirse a la influencia del psicólogo social George Herbert Mead en la ética del discurso de Apel y Habermas. Mead señala la importancia de la interacción social en la formación de la personalidad de los sujetos.

Mead cree que es posible construir una teoría ética sobre una base social. A nivel filosófico acepta el pensamiento de Kant y su imperativo categórico, pero con el añadido de que “el hombre es un ser racional porque es un ser social” (26, p. 381). Este añadido es importante, pues mientras que Kant cree que es posible llegar a la verdad moral desde sí mismo -concepción monológica-, el planteamiento social de Mead, en cambio, deja por sentado que es imposible escapar a la interacción -concepción dialógica- para llegar a la verdad. En Mead encontramos una superación del solipsismo metódico. Así lo entiende Domingo García Marzá cuando escribe: “la psicología social nos muestra cómo las experiencias internas, las intuiciones intelectuales, las evidencias inmediatas... no pueden ser consideradas momentos originarios si atendemos al simple y sencillo hecho de que la ‘intrasubjetividad’, el sí mismo, sólo se forma dentro de un proceso de socialización y depende, por lo tanto, de las tradiciones y valores que lo conforman” (27, pp. 11-12). La universalidad de los juicios en Kant pasa a ser vista, en Mead, como la unión de todos los seres racionales con los cuales nos comunicamos o nos podríamos comunicar de hecho.

Las normas que han de ser compartidas tienen siempre carácter social. Dichas normas son a la vez morales si se pretenden buenas para todos los

afectados por ellas. Mead escribe: “Sólo en la medida en que uno pueda identificar con el bien común su propio motivo y el fin que realmente persigue, sólo en esa medida podrá llegar a la meta moral y, así, alcanzar la felicidad moral. Así como la naturaleza humana es esencialmente social en carácter, así los fines morales deben ser también sociales en naturaleza” (26, p. 386).

Cuando un sujeto propone una norma ha de preguntarse si contribuye a la consolidación de todos como seres sociales, sin discriminaciones arbitrarias pues, según Mead, son buenos los fines que conducen a la realización de la persona en cuanto ser social. Cortina resalta la importancia del reconocimiento recíproco para la formación de la personalidad, pues dice: “el proceso de socialización forma parte indispensable del proceso de personalización por el que devenimos autónomos” (28, p. 286).

Para avanzar en ese proceso de individuación es preciso tener en cuenta los intereses de todos los afectados. Mead dice: “Creo que todos sentimos que es preciso estar dispuestos a reconocer los intereses de los demás, aunque se opongan a los nuestros, pero que la persona (*person*) que hace tal cosa no se está sacrificando, sino convirtiéndose en una persona (*self*) más amplia” (26, p.387).

El individuo puede realizar cambios en su sociedad. Esto ocurre cuando introduce nuevas hipótesis para mejorar el orden social establecido. Pero dichas hipótesis han de tener en cuenta todos los intereses involucrados, todos los puntos de vista. Esto es lo que convierte al acto moral en racional, por eso mismo es el único método que la ética puede ofrecer al individuo.

Habermas muestra un profundo interés por el pensamiento de Mead, con el que trata de hacer frente a los problemas de desintegración en las sociedades actuales (29).

Integrando a Mead en su pensamiento, Habermas entiende por individuación la autorrealización del sujeto particular por la internalización de instancias que emigran de fuera a dentro a través de un proceso mediado lingüísticamente de socialización y de constitución de una biografía consciente de sí misma.

Podemos pues distinguir dos tipos de diálogos: el intersubjetivo, por el que los sujetos se comunican entre sí, y el intrasubjetivo, mediante el cual el sujeto se encuentra consigo mismo.

La identidad del yo se funda en la autocomprensión y garantiza la continuidad de una biografía asumida. Esta identidad precisa un reconocimiento intersubjetivo que surge de interacciones lingüísticas. La observación e

interpretación de los comportamientos del *alter* sirven al yo para entender sus propios comportamientos. La conciencia de sí se genera comunicativamente.

El yo se sabe segunda persona de otra segunda persona, de este modo le reconoce la autonomía que se atribuye a sí mismo. El ser humano pretende ser reconocido como voluntad autónoma y ser individuado, como expresión de la autodeterminación y la autorrealización. Esto se produce en un mundo de la vida intersubjetivamente compartido, donde los contextos normativos fijan las relaciones interpersonales legítimas. En estos contextos actuar responsablemente es actuar esperando la aceptación de todos, aceptación que posibilita el reconocimiento del yo como persona y estabiliza su identidad.

12. Amor, derecho y solidaridad como patrones de reconocimiento recíproco en Axel Honneth.

Honneth se propone reactualizar el modelo de lucha por el reconocimiento esbozado por Hegel desde un marco posmetafísico y una perspectiva de teoría social con contenido normativo (30). Como el punto de partida hegeliano es una tesis especulativa según la cual la formación del yo práctico está vinculada al reconocimiento recíproco entre los sujetos, reflexión que permanece dentro de los presupuestos de la tradición metafísica y no considera las relaciones intersubjetivas como un hecho empírico dentro del mundo social, Honneth busca reconstruir este punto de partida a la luz de una psicología social emplazada empíricamente. Así, incorporará de modo significativo las teorías de George Herbert Mead (1863-1931), como puente entre la concepción originaria de Hegel y la propia posición de Honneth¹.

El punto de partida del modelo de Honneth será en lo que Hegel y Mead coincidieron, que “la reproducción de la vida social se cumple bajo el imperativo de un reconocimiento recíproco, ya que los sujetos sólo pueden acceder a una autorrelación práctica si aprenden a concebirse a partir de la perspectiva normativa de sus compañeros de interacción, en tanto que sus destinatarios sociales” (30, p. 114). La hipótesis del autor es que dicho imperativo, integrado

¹ *De la psicología social de Mead, Honneth rescata particularmente la idea del “otro generalizado”. Con esta categoría, Mead se refiere a las expectativas normativas de los otros de interacción que el sujeto aprende a generalizar hasta poder representarse las normas sociales de acción. Así, “conquista la capacidad abstracta de poder participar en las interacciones normativamente reguladas de su entorno; luego, esas normas interiorizadas le dicen qué expectativas puede legítimamente orientar en los demás y, también, qué obligaciones tiene que cumplir por justicia ante ellos” (30, p. 98). El sujeto llega a una identidad como miembro aceptado de una comunidad al aprender a tomar sobre sí las normas sociales de acción del “otro generalizado”.*

en la vida social, actúa como una coacción normativa que paulatinamente fuerza a los individuos a la delimitación del contenido de su reconocimiento recíproco, mediante el cual pueden expresar las crecientes pretensiones de su subjetividad. El proceso histórico de individuación se conecta así a una simultánea expansión de las relaciones de reconocimiento recíproco. “Los cambios sociales normativamente orientados son impulsados por las luchas moralmente motivadas de grupos sociales, el intento colectivo de proporcionar la implantación de formas ampliadas de reconocimiento recíproco institucional y cultural” (30, p. 115).

El autor presenta una tipología fenomenológicamente establecida que intenta describir los tres modelos de modo que sean contrastables con estados de hecho empíricamente establecidos en las ciencias particulares. Así mismo, desarrollará una consideración teórica de las formas de menosprecio correspondientes a las formas de reconocimiento.

12.1. Amor

Honneth entiende las relaciones amorosas como las relaciones primarias donde se establecen fuertes lazos afectivos (parejas, padres-hijos, amistades). Las relaciones afectivas primarias están destinadas a un equilibrio precario entre autonomía y conexión, un arco de tensiones comunicativas que media entre la experiencia de poder-ser-solo y la fusión. “Con el viraje del psicoanálisis hacia los sucesos más tempranos de interacción se abre la relación afectiva a otras personas cuyo buen resultado depende del recíproco mantenimiento de una tensión entre la entrega simbiótica y la autoafirmación individual” (30, p. 118).

Así, las investigaciones de la teoría de la relación objetal (principalmente Winnicott) resultan apropiadas para facilitar el entendimiento del amor como una relación de interacción en cuya base encontramos un modelo específico de reconocimiento recíproco. El amor representa una simbiosis quebrada por la recíproca individuación; en el amor la autonomía individual encuentra reconocimiento en las otras personas ocasionales. El amor como relación de reconocimiento abre camino a un tipo de autorrelación en el que los sujetos recíprocamente llegan a una confianza elemental en sí mismos, situación que precede lógicamente y genéticamente a cualquier otra forma de reconocimiento recíproco.



12.2. Derecho

Hegel y Mead ya habían mostrado la idea que para entendernos a nosotros mismos como portadores de derechos, necesitamos un saber acerca de qué obligaciones normativas tenemos que cumplir frente a otros ocasionales, es decir, sólo desde la perspectiva normativa de un “otro generalizado” podemos entendernos como personas de derecho.

El derecho es una forma de reconocimiento recíproco que se ha elaborado en un desarrollo histórico. En la forma tradicional de reconocimiento jurídico, el sujeto tiene la protección social de su dignidad pero ésta se encuentra fundida con el papel social que se le atribuye en un espacio desigual de distribución de derechos y deberes. En la forma moderna, los conceptos posconvencionales insisten en el derecho válido y lo subordinan a la idea de una compatibilidad racional acerca de normas discutibles. Los sujetos de derecho se reconocen recíprocamente como personas que pueden decidir racionalmente acerca de las normas morales en su autonomía individual.

Pero, ¿cuáles son las cualidades que hacen a una persona responsable moralmente y capaz de participar en la formación racional de la voluntad? El desarrollo fáctico que el reconocimiento de derechos subjetivos ha sufrido en las sociedades modernas nos da una idea del proceso de ampliación del perímetro de las cualidades generales de una persona responsable. Bajo la presión de la lucha por el reconocimiento, siempre deben pensarse nuevos presupuestos para la participación en la constitución de una voluntad racional.

Para Honneth, el sujeto en el reconocimiento jurídico “puede pensarse como una persona que comparte con todos los miembros de la comunidad las facultades que le hacen capaz de participar en la formación discursiva de la voluntad; y la posibilidad de referirse a sí mismo positivamente en tal forma es lo que llamamos autorrespeto” (30, p. 147).

12.3. Solidaridad

Para conseguir una ininterrumpida autorrelación, los sujetos humanos necesitan participar en una forma más amplia de reconocimiento, más allá de la dedicación afectiva y del reconocimiento jurídico, una valoración social que les permita referirse positivamente a sus cualidades y facultades singulares. Las formulaciones de Hegel y Mead presuponían la existencia de un horizonte de valores intersubjetivamente compartidos. Para ello, se requiere de una mediación social, “un marco de orientación simbólicamente articulado y

siempre abierto y poroso, en el que se formulan los objetivos y valores éticos, cuyo conjunto constituye la evidencia cultural de una sociedad” (30, p. 149).

Este marco ha variado históricamente. En las sociedades tradicionales articuladas estamentalmente, es el honor el que designa el grado de valoración social que una persona puede ganar si cumple con las expectativas colectivas de comportamiento ligadas con su estatus social culturalmente tipificado. En las sociedades modernas, ya no se puede establecer de antemano qué formas de conducta de vida valen en tanto que éticas, sólo el sujeto como magnitud histórico-vital entra en el campo de la valoración social; el “honor” se universaliza en “dignidad” y se privatiza en “integridad” definida subjetivamente.

Aquí aparece un conflicto cultural duradero en tanto se requiere lo que Honneth denomina una “praxis interpretativa secundaria” donde diversas valoraciones sociales están sometidas a una lucha permanente, en la que grupos y movimientos sociales, con sus respectivos medios simbólicos de fuerza, intentan levantar objetivos generales con el valor de las capacidades ligadas a su modo de vida. “Cuanto más fuertemente consiguen los movimientos sociales llamar la atención de la opinión pública sobre la significación desdeñada de las cualidades y capacidades colectivamente representadas por ellos, tanto más pronto existe para ellos la oportunidad de elevar el valor social o la consideración de sus miembros en el seno de la sociedad” (30, p. 156).

Honneth propone la categoría de “solidaridad” como concepto director en esta tercera forma de reconocimiento, un tipo de relación de interacción en el que los sujetos recíprocamente participan en sus vidas diferenciables, porque se valoran entre sí en forma simétrica. La solidaridad presupone relaciones sociales de valoración simétrica entre sujetos individualizados y autónomos que consideran las capacidades del otro como significativas para la praxis común. Estas relaciones son solidarias “sólo en la medida en que yo activamente me preocupo de que el otro pueda desarrollar cualidades que me son extrañas, pueden realizarse objetivos que me son comunes” (30, p. 158).

En estas condiciones, la experiencia de valoración social va unida a una seguridad sentida de poder realizar operaciones o poseer capacidades que son reconocidas por los demás como valiosas. Este tipo de autorrelación práctica corresponde a la expresión “sentimiento del propio valor” o “autoestima”.



13. Tres formas de menosprecio: violación, desposesión y deshonra

Las tres formas de menosprecio o de denegación de reconocimiento, se diferencian según el grado en que pueden trastocar la autorreferencia práctica de una persona, de manera que le arrebatan sus pretensiones de identidad.

La primera forma de menosprecio se encuentra en las experiencias de maltrato corporal que destruyen la autoconfianza elemental de una persona e incide destructivamente en su autorreferencia práctica, la integración de las cualidades corporales o anímicas se quebrantan desde fuera. En la segunda forma de menosprecio, como se presenta en la desposesión de derechos o en la exclusión social, consiste tanto en la limitación violenta de la autonomía personal como en su conexión con el sentimiento de no poseer el estatus de un sujeto de interacción moralmente igual y plenamente valioso. La última forma de menosprecio se refiere a la desvaloración social de modos de vida individuales o colectivos, una degradación evaluativa de determinado modelo de autorrealización que trae como consecuencia no poder referirse a su modo de vivir como algo a lo que, dentro de la comunidad, se le atribuye una significación positiva. Se conjuga una pérdida de la autoestima personal.

Honneth plantea la tesis que las reacciones de sentimientos negativos (tales como la vergüenza, la cólera, le enfermedad o el desprecio) que psíquicamente acompañan la experiencia de menosprecio, pueden presentar la base afectiva de impulsos en los que enraíza motivacionalmente la lucha por el reconocimiento. “Toda reacción negativa de sentimiento que penetra con la experiencia de un desprecio de las pretensiones de reconocimiento contiene en sí de nuevo la posibilidad que al sujeto concernido se le manifieste la injusticia que se le hace y se convierta en motivo de resistencia política” (30, p. 169).

Estructura de las relaciones de reconocimiento social (fragmento (30, p. 159))

MODOS DE RECONOCIMIENTO	Dedicación emocional	Atención cognitiva	Valoración social
FORMAS DE RECONOCIMIENTO	Relaciones primarias (amor y amistad)	Relaciones de derecho (derechos)	Comunidad de valor (solidaridad)
AUTORRELACIÓN PRÁCTICA	Autoconfianza	Autorrespeto	Autoestima
FORMAS DE MENOSPRECIO	Maltrato y violación, integridad física	Desposesión de derechos y exclusión; integridad social	Indignidad e injuria; “honor”, dignidad

14. Una lógica moral de los conflictos sociales.

Honneth presenta algunos “indicadores histórico-empíricos” con el propósito de “hacer plausible” el papel progresivo de la lucha por el reconocimiento como fuente impulsora de un progreso social. Menciona algunas investigaciones históricas que recogen nuevas tendencias en la historiografía y dan testimonio de la conexión entre el menosprecio moral y las luchas sociales (por ejemplo, las investigaciones de E.P. Thompson, Barrington Moore). Así mismo, nos ofrece un concepto “neutral” de lucha social, un “proceso práctico en el que las experiencias individuales de menosprecio se elucidan en tanto que vivencias-clave de todo un grupo, de manera que pueden influir, en tanto que motivos de acción, en las exigencias colectivas de una ampliación de las relaciones de reconocimiento” (30, p. 196).

A nivel descriptivo, este concepto deja abierto el tipo de medios prácticos de resistencia (violencia material, simbólica o pasiva) que los grupos sociales pueden articular públicamente; así mismo, es neutro frente a la forma intencional o no de los conflictos sociales. En cuanto a su contenido explicativo, a diferencia de los modelos de explicación utilitarios, el concepto propone que los motivos de rebelión y de resistencia social se construyen en un espacio de experiencia moral que surgen de la lesión de expectativas profundas de reconocimiento, “el surgimiento de movimientos sociales depende de la existencia de una semántica colectiva que permite interpretar las experiencias personales de decepción como algo por lo que, no sólo el yo individual, sino un círculo de otros sujetos, es concernido” (30, p. 197) y pueden surgir los motivos morales de una lucha colectiva por el reconocimiento.

Para que los procesos históricos no aparezcan como simples acontecimientos, sino como etapas de un proceso de formación conflictivo que lleva a una ampliación paulatina de las relaciones de reconocimiento, se requiere una anticipación hipotética de una situación comunicativa final aproximada en la que las condiciones intersubjetivas de la integridad de las personas aparezcan como cumplidas. En otras palabras, a juicio de Honneth, se requiere un concepto de eticidad no sustancial, un concepto formal de vida buena. Según Honneth, este concepto de bien “no debe ser entendido como expresión de convicciones valorativas sustancialistas, que constituyan el ethos de una concreta comunidad de tradición. Se trata más bien de los elementos estructurales de una eticidad que pueden normativamente destacarse de la multiplicidad de todas las formas



particulares de vida, desde el punto de vista general de la posibilidad comunicativa de la autorrealización” (30, p. 208).

15. Conclusiones

El hecho de que la posibilidad de autorrelación positiva sólo se da por la experiencia del reconocimiento puede entenderse como una indicación de las condiciones necesarias para la autorrealización individual. La autorrealización depende de presupuestos que no están a disposición del sujeto humano individualmente, ya que sólo puede lograrlos con ayuda del otro en la interacción. Por lo tanto, las formas del reconocimiento del amor, el derecho y la solidaridad representan las condiciones intersubjetivas que necesariamente hemos de pensar si queremos describir las estructuras generales de la vida lograda. Debemos tener en cuenta estas formas de reconocimiento en la práctica sanitaria, para lograr la autorrelación positiva de todos los implicados, especialmente cuando provengan de entornos culturales diferentes.

La experiencia del amor representará el núcleo más profundo de cualquier forma de vida que se califique de “ética”. Podremos comprender ciertos patrones de comportamiento negativo de los pacientes o de profesionales sanitarios, si captamos que no existe dicho reconocimiento dentro de la esfera familiar.

El derecho debe valer como segunda condición de la integridad personal. Con las relaciones de reconocimiento jurídico, la autorrealización está destinada al presupuesto social de una autonomía jurídicamente protegida. Este reconocimiento resulta básico para las personas inmigrantes que pudieran tener menos derechos reconocidos cuando fuera justo reconocerlos.

Las relaciones de derecho establecen los límites normativos a los que debe subordinarse de manera general la formación de los horizontes de valor que sostienen a la comunidad.

Pero no pocas reivindicaciones contemporáneas de diversos grupos y colectivos mantienen expectativas que van más allá del reconocimiento jurídico. Sus luchas con frecuencia aspiran a formas de reconocimiento de valoración social. Muchos pacientes lo que solicitan no es sólo que se reconozcan sus derechos, sino que su cultura pueda ser también reconocida como valiosa por el resto de sus conciudadanos, especialmente por los profesionales sanitarios que les atienden. Esta exigencia de reconocimiento se percibe también entre profesionales sanitarios. En esos casos puede que se esté

solicitando reconocimiento de su valía profesional, o también de sus propios valores culturales.

El aparato conceptual generado por Axel Honneth en torno al “reconocimiento recíproco” parece, pues, muy fecundo para afrontar los desafíos que plantea el fenómeno de la inmigración y la diversidad cultural en la atención sanitaria, donde se tratan cuestiones que no sólo tienen que ver con el reconocimiento de derechos, sino también con la valoración social. El reconocimiento recíproco, por tanto, es un concepto que puede constituirse como la base para la construcción de una bioética intercultural.

Referencias bibliográficas

1. Siurana JC, Pinazo S, Suberviola V (dirs.), Tamarit I, Gallegos D, Ruiz S, Amela R, Radu Girtone I (miembros del equipo). *Justicia y responsabilidad en la atención sanitaria a inmigrantes y a personas mayores*. Valencia: Servicio de Publicaciones del Ayuntamiento de València; 2009. Accesible en: <http://www.uv.es/gibuv/SIURANAValencia2006.pdf>.
2. Siurana JC, Hortelano E (dirs.), Tamarit I, Gallegos D, Amela R, Radu Girtone I (investigadores). *Problemas éticos en la comunicación con los pacientes inmigrantes infecciosos de larga duración y con tratamientos paliativos*. Barcelona: Fundació Victor Grifols i Lucas; 2009. Accesible en: <http://www.fundaciogrifols.org/collage/images/potter/tempFiles/potterTmpFile>
3. Carlota S. Inmigración. En: Conill J Jesús (Coord.), *Glosario para una sociedad intercultural*. Valencia: Bancaja; 2002.
4. Bellver Capella V. Ética de la asistencia primaria a los niños de procedencia internacional. *Acta Bioethica* 2012; 18 (2): 189-198.
5. Gámez E, Galindo JP (coords). *La atención al emigrante: del aluvión a la solución razonable*. Barcelona: Edide; 2001.
6. Siurana JC. Las capacidades ético-discursivas como capacidades para el reconocimiento recíproco: bases de un modelo de desarrollo humano. *Éthique et économique/Ethics and Economics* 2011; 8 (1): 25-39.
7. Calvo-Rigual F, Costa-Alcaraz AM, García-Conde Brú J, Mejía Sanz MJ. Sin reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial. *Revista Española de Salud Pública* 2011; 85: 459-468.
8. Costa-Alcaraz, AM, Siurana-Aparisi JC, Almendo-Padilla C, García Vicente S, Ordovás-Casaurrán R, “Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente”, *Revista Clínica Española* 2011; 211 (11): 581-586.
9. Costa-Alcaraz. Ética del reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud. *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas* 2012; 4 (8): 99-122.
10. Lamo de Espinosa E. *Culturas, Estados, Ciudadanos*. Madrid: Alianza; 1995.
11. Kymlicka W. *Ciudadanía multicultural*. Barcelona: Paidós; 1996.
12. Marina JA. Interculturalidad. En: Conill J (coord.). *Glosario para una sociedad intercultural*. Valencia: Bancaja; 2002.
13. Marina JA, Válgoma M de la. *La lucha por la dignidad*. Madrid: Anagrama; 2001.
14. Marina JA. *Dictamen sobre Dios*. Madrid: Anagrama; 2002.
15. Marina JA. Interculturalidad. En: Conill J (coord.). *Glosario para una sociedad intercultural*. Valencia: Bancaja; 2002.

16. Ariño A. Cultura. En: Conill J (coord.). *Glosario para una sociedad intercultural*. Valencia: Bancaja; 2002.
17. Cortina A., *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza; 1997.
18. Potter VR. *Bioethics. Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall; 1971.
19. The International Association of Bioethics. "Constitution. 1999-version", ejemplar inédito, versión de mayo de 1999.
20. Camps V. *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Ares y Mares; 2001.
21. Boladeras Cucurella M. *Bioética*. Madrid: Síntesis; 1998.
22. Nino CS. *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*. Barcelona: Ariel; 1989.
23. Nino CS. *El constructivismo ético*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1989.
24. Sádaba J. *Principios de bioética laica*. Barcelona: Gedisa; 2004.
25. Camps V. *La voluntad de vivir. Las preguntas de la bioética*. Barcelona: Ariel; 2005.
26. Mead GH. Fragmentos sobre ética. En: *Espíritu, persona y sociedad*. México DF: Paidós; 1990.
27. García Marzá VD. *Teoría de la democracia*. Valencia: Nau Llibres; 1993.
28. Cortina A. *Ética sin moral*. Madrid: Tecnos, 1990.
29. Habermas J. Individuación por vía de socialización. Sobre la teoría de la subjetividad de George Herbert Mead. En: *Pensamiento postmetafísico*. Madrid: Taurus; 1990, pp. 188-239.
30. Honneth A. *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica; 1997



La ética narrativa como fundamento del encuentro entre cine y bioética

Tomás Domingo Moratalla

Universidad Complutense de Madrid

1. Introducción

En este trabajo quisiera situar el espacio que sirve de fundamento y explicación al encuentro entre cine y bioética. Este espacio es precisamente el de la “ética narrativa”. Sólo tras explorar las posibilidades de una “ética narrativa” nos estaría permitido hablar con propiedad de “bioética narrativa”. Este trabajo pretende también una fundamentación del uso del cine en la formación en bioética o, en general, en la reflexión sobre temas de bioética. El cine es un espacio privilegiado para la reflexión bioética. Ahora bien, para que su uso no se convierta en abuso, o en una actividad que pierda su sentido educativo, reflexivo y crítico, es necesaria una correcta fundamentación así como, un adecuado “discurso del método”. El fin último del recurso a la narración, al cine, es aprender a deliberar, tarea que no es fácil y requiere de una práctica¹.

La manera de proceder será la siguiente: en primer lugar ofreceré una breve definición de “ética narrativa”, intentando mostrar su fundamento antropológico y epistemológico; después señalaré la vinculación entre racionalidad narrativa y racionalidad práctica; posteriormente apuntaré lo que podría ser una bioética narrativa desde el cine y terminaré con un apunte práctico de ética narrativa a través de la película *Miss Ever's Boys* (1997) que gira en torno al experimento Tuskegee, crucial en la historia de la bioética.

2. Hacia una ética narrativa

Suele ser un lugar común en muchos trabajos de ética, y sobre todo de bioética, hablar de “ética narrativa”; es una expresión afortunada, pero que las más de las veces esconde lo poco que se sabe de ética y lo no menos que se desconoce de la actividad narrativa. La ética y narración son dos actividades humanas que tienen mucho que ver, y cuya aproximación es muy pertinente en

¹ Estas páginas son un desarrollo y discusión de algunas de las ideas de mi trabajo “Bioética y cine. De la narración a la deliberación”, Madrid: San Pablo, 2011. En este libro encontrará el lector una fundamentación sistemática del uso del cine en la reflexión bioética así como la propuesta de un método de análisis de casos y de películas.

el ámbito de la didáctica del cuidado y la atención de la vida humana, sobre todo en situaciones y momentos de vulnerabilidad. Pero aproximar ética y narración pasa por llevar a cabo algunas correcciones en los sentidos habituales en los que se suele entender la “ética” y la “narración”. La narración (literaria, cinematográfica) se suele considerar como un simple entretenimiento y diversión; algo que pertenece al mundo del ocio, de la diversión. Es un producto que algunos, los creadores, hacen para que otros, los lectores o espectadores, disfruten. Eso es cierto, pero no sólo. Entretiene, divierte e incluso disfrutamos, pero de igual manera, y al mismo tiempo, enseña, muestra, ejemplifica, mas también puede desconcertarnos (y así re-orientarnos). La narración puede ser una herramienta de conocimiento del mundo, de los otros y de nosotros mismos.

También sobre la ética suele haber muchos malentendidos; enseguida la asociamos con el mundo de los principios, las normas, el deber; señala lo que hay que hacer, o lo que no, parece ser la aguafiestas. Pero, como en el caso de la narración, tenemos que corregir esta idea. La ética tiene que ver prioritariamente con el afán y ansia de felicidad, de estar bien, de realización personal; tiene más que ver con el deseo que con las normas y deberes; es más optativa y desiderativa que imperativa. Además, la ética tiene que ver con el hecho de que en la vida buscando lo que deseamos y atendiendo a las normas y criterios que nos imponen y nos autoimponemos no sabemos muchas veces qué hacer, y estamos de lleno en conflictos morales. La ética así ampliada y entendida es una forma de articular la vida y llevarla, de alguna manera, a su plenitud.

Tras esta doble corrección de la narración y de la ética es fácil ver lo mucho que se pueden ayudar ambas y cómo su encuentro no es forzado sino natural. Si la narración es un instrumento de conocimiento, de mostración, de exhibición de los asuntos humanos (de la vida humana), y la ética la manera en que intentamos llevar a cabo nuestros proyectos vitales, entonces hablar de ética narrativa no es más que examinar la complejidad de la vida humana a través de la narración. La práctica de la narración nos ayuda a profundizar en esta complejidad vital, sobre todo cuando los seres humanos nos enfrentamos a aquellas cuestiones más decisivas que tienen que ver con el nacer, con el morir, el enfermar o simplemente con el cómo vamos haciendo nuestra vida, pues como decía Ortega y Gasset, la vida no nos es dada hecha, y hay que hacerla, por eso es quehacer.



3. Narratividad, vida y pensamiento

3.1. *Vivir y narrar*

Retomando de manera sencilla algunos análisis de Paul Ricoeur, podemos profundizar en la relación entre vivir y narrar y así dar fundamento a la idea de ética narrativa o bioética narrativa. La relación entre vivir y narrar es espontánea y casi natural; hablamos de la historia de una vida para designar el periodo entre la vida y la muerte. Con la narración articulamos nuestra vida, damos sentido, nos interpretamos a nosotros mismos. Vida no es sólo vida biológica, sino sobre todo vida biográfica; no nos basta con vivir, queremos vivir con sentido. Este “sentido” es al que antes nos referíamos al hablar del de deseo como constitutivo de la vida humana y como lugar de la ética. Tampoco nos basta con sobrevivir, queremos “vivir bien”, felices, con sentido o, dicho de otra manera, con ilusión. Pues bien, gracias a la narración hacemos de la vida, en el sentido biológico de la palabra, una vida humana. Decía Sócrates que una vida que no es analizada no es digna de ser vivida. La narración contribuye a analizar nuestra vida, a interpretarla. Es quizás el mejor medio, un medio al alcance de todos.

La narración, el contar, es una manera de interpretar, de saber, de conocer, y así hacer las cosas más inteligibles. Entender una trama, que es lo esencial de la acción narrativa, comporta siempre elementos de inteligibilidad y racionalidad, es decir, y como decía Aristóteles, toda historia bien contada enseña algo, y lo que enseña es ciertos aspectos universales de la condición humana. Cuando contamos una historia, seguimos una historia, o educamos con historias, estamos poniendo en juego cierto tipo de inteligencia que podríamos llamar “inteligencia narrativa”, más próxima a la sabiduría práctica, ¡a la ética!, que a la ciencia. La narración es una buena ayuda para la ética, pues con la narración, como dice Ricoeur, estamos proponiendo a la imaginación y a la meditación casos imaginarios que constituyen otras tantas experiencias de pensamiento mediante las que aprendemos a relacionar los aspectos éticos de la conducta humana con la felicidad y la desgracia, la fortuna y el infortunio.

La narración despliega ante el lector, o el espectador, un mundo de acciones, de experiencias, de sentimientos, se trata de todo un mundo de experiencia posible. Al encontrarnos con obras ricas en mundo, en experiencias posibles, nos enriquecemos a nosotros mismos y enriquecemos nuestras tareas y dedicaciones. Gracias a las narraciones la mediación entre el ser humano y el mundo, de los seres humanos entre sí, o de cada uno consigo mismo, se hace

más menos simplista, más precisa, más matizada. Quizás es lo que más necesitamos a la hora de vivir en nuestro mundo cada vez más complejo, y también a la hora de tratar cuestiones como las que tienen que ver con la bioética. Las narraciones, el trato (¡el buen trato!) con los relatos, pueden hacer que nuestro mundo se amplíe, que nuestra relación con los otros no sea simplemente instrumental o que la idea que nos hacemos de nosotros mismos no sea puramente narcisista.

Por otra parte, lo narrativo está expresando y recogiendo ciertos elementos que ya están en la experiencia viva, en la experiencia cotidiana. Muchas veces no sabemos decir lo que nos pasa, y no sabemos lo que nos pasa porque no lo sabemos decir; necesitamos voz para entender a otros y a nosotros mismos. Los relatos nos ayudan a dar voz. Esto lo ha sabido siempre la práctica psicoanalítica: el proceso de curación pasa por el reconocimiento en propio relato. Lo que hace el terapeuta es ayudar a que el “paciente” se cuente y se reconozca en lo que cuenta. La vida humana es un proceso continuo de relación, de interdependencia, y el trato con el relato es una buena escuela en este quehacer de continua refiguración. Pero la narración no es sólo una forma de ser (de ser humano), también es una forma de pensar.

3.2. *El pensar narrativo*

Siguiendo a J. Bruner (1) podemos distinguir dos modalidades de pensamiento o de funcionamiento cognitivo: el modo narrativo y el modo paradigmático (o lógico-científico). Son dos modos distintos de ordenar la experiencia o de construir la realidad. Estas dos formas de pensamiento son complementarias entre sí, pero son irreductibles. Intentar reducir una a otra sería un intento de cercenar la rica variedad del pensamiento humano. Son dos formas de pensar, dos formas de conocer, las cuales tienen principios funcionales distintos y también distintos criterios de corrección. No es lo mismo, ni se atienen a los mismos criterios, un buen relato y un argumento bien construido. Lo propio de la argumentación es la verificación, lo propio del relato o narración es la verosimilitud. Nos encontramos, pues, con dos formas distintas de acercarnos a la verdad: la verdad como verificación y la verdad como verosimilitud. Es un error considerable pensar que uno procede de otro, que uno es superior a otro, o que uno supone una depuración del otro.

Para la *modalidad de pensamiento paradigmática* o lógico-científica se trata de cumplir el ideal de un sistema matemático, formal, descriptivo y expli-



cativo. Busca la categorización o conceptualización. Su lenguaje está regulado por la coherencia y la no contradicción, su ámbito queda definido por lo observable, o bien por los mundos posibles generados lógicamente y consistentes en sí mismos. Esta modalidad de pensamiento, paradigmática, ha sido desarrollada por la cultura occidental. La lógica, la matemática, las ciencias y la propia filosofía son fruto de esta forma de pensar.

La *forma de pensar narrativa* se preocupa de las intenciones y acciones humanas, y de las vicisitudes y consecuencias del vivir humano. No busca niveles de abstracción, como la paradigmática, sino que trata de alcanzar lo particular contingente. El pensamiento narrativo se basa en una preocupación por la condición humana. Los relatos tienen desenlaces tristes o alegres, y nos conmueven o nos irritan; los argumentos teóricos y científicos son simplemente convincentes o no convincentes. Sabemos mucho de razonamiento lógico y científico, pero sabemos muy poco del pensamiento narrativo.

Defender un pensar narrativo es defender al mismo tiempo la pluralidad de hábitos mentales, es decir, distintas habilidades mentales, y entendemos por estas los diferentes modos en que nuestra mente lleva a cabo procesos de análisis y síntesis, de conexión y relación. No se trata ahora de optar por una forma de pensar frente a otra, sino de enriquecer la forma habitual de pensar, sea la que sea. Por otra parte, la tarea de la educación es la de fomentar la pluralidad de hábitos mentales, “abrir las mentes”. La narración, la literatura, y el arte general, suponen apertura mental y el trato con hábitos mentales diferentes a los valorados exclusivamente por nuestra cultura y tradición, demasiado centrada en lo paradigmático. En esta misma línea merece la pena poner en relación esta defensa que hacemos del pensar narrativo con otras defensas de otros estilos de pensamiento, sin que ello suponga afirmar que compartamos completamente los presupuestos y conclusiones. Así, podemos reconocer que existe cierto aire de familia entre el pensar narrativo, que reivindicamos aquí, y el *pensar oriental* y el llamado *pensamiento femenino* o pensamiento de “simetría hemisférica”. ¿Cuál es este aire de familia? ¿Qué es el pensar oriental o el pensar de “simetría hemisférica”?

Durante muchos años se ha creído que todos poseemos ciertas capacidades innatas, ciertos procesos mentales básicos, más allá de las diferentes culturas. Así, se ha defendido la llamada metáfora del ordenador. El cerebro sería el hardware del ordenador humano y los procesos mentales, hábitos o habilidades mentales, serían el software; uno y otro serían producto de la evolución

biológica y actuarían sobre los diferentes datos y contenidos culturales. Según esta versión las diferencias culturales corresponden a diferentes datos. Sin embargo, la psicología más actual critica y cuestiona esta metáfora; los procesos mentales más básicos están marcados ya por la cultura (2). Se puede hablar según los estudios psicológicos más recientes de una manera occidental de pensar y de una manera oriental. La manera occidental se encuentra formada en la tradición de la Grecia clásica; se trata de un pensar “reduccionista” que buscar regularidades causales, lo cual lleva a modelos de mecánica y geometría axiomática. La tradición oriental es más holista. Las diferencias entre estas dos maneras de pensar no sólo son una diferencia a la hora de percibir el mundo, sino que es también una diferencia en ciertos procesos cognitivos superiores. Para nosotros son obvias las reglas de la lógica básicas, la ley de la identidad, el principio de no contradicción o la ley del tercero excluido; pero esto que nos parece tan obvio no lo es tanto para la forma de pensar asiáticas, como han demostrado investigaciones recientes. Así frente a la lógica occidental puede desarrollarse un pensamiento dialéctico que defiende la importancia del cambio, la presencia de la contradicción y el principio del holismo. El pensamiento oriental valora más la paradoja, la contradicción y la perplejidad; el pensamiento occidental valora la claridad, la evidencia y la certeza (3). La comparación con la distinción que hemos hecho, siguiendo a Bruner, entre pensar narrativo y pensar paradigmático va de suyo y es, en cierto sentido, sorprendente, o al menos curiosa.

De estos estudios psicológicos actuales se deduce que la cultura influye en nuestra forma de pensar, en la forma en que vemos el mundo y en la forma en que argumentamos. Esto no quiere decir que los occidentales no podamos pensar de una forma oriental o que los orientales no lo puedan hacer de una forma occidental. O que abogar por el pensar narrativo sea desechar el lógico-científico. No se trata de sustituir un reduccionismo por otro. Son dos formas de pensar posibles para todo ser humano, aunque cada cultura orienta en una dirección. Por ello, cultivar otro hábito mental diferente al que estamos acostumbrados es ampliar nuestra mente (abrir nuestra mente, decíamos antes), ampliar nuestra visión del mundo, y adquirir más capacidad para resolver problemas y afrontar dificultades. La misma relación que observamos entre el pensamiento oriental y occidental puede ser aplicada a la distinción entre pensamiento narrativo y pensamiento lógico-científico. De igual manera, y entrando en una cuestión mucho más espinosa, se podría hablar de una distinción



entre un pensamiento asimétrico, con predominio del izquierdo, característico del cerebro masculino, y un pensamiento de simetría cerebral, propio de las mujeres. La distinción entre lo masculino y femenino a nivel cerebral no es tanto entre el uso de un hemisferio cerebral u otro, sino más bien de simetría o asimetría cerebral. La unión entre los dos hemisferios se lleva a cabo mediante haces de fibras nerviosas que constituyen el llamado cuerpo caloso, el cual es más robusto en el caso de la mujer, de lo que se infiere que los dos hemisferios están interrelacionados, interactúan; los varones son más asimétricos que las mujeres. Esta simetría permite reasignar funciones y una mayor plasticidad cerebral (4).

No se trata de tirar por la borda toda una tradición de pensamiento y reflexión, sino de hacerla más amplia y no rechazar posibilidades desconocidas. Hay que complementar lo occidental, que somos, con lo oriental; o complementar lo científico, en lo que ha incidido nuestra cultura, con lo narrativo, o lo masculino con lo femenino.

Por eso, podemos preguntarnos, centrándonos en nuestro tema, ¿por qué es importante la narración? ¿qué aporta el modo narrativo? Utilizando un término de Bruner podríamos decir que con la narración logramos “subjuntivizar” la realidad. El modo subjuntivo se emplea para denotar una acción o estado concebido, pero no realizados, y así, se utiliza para expresar un deseo, una orden o un suceso hipotético, posible. Por eso, al hablar de modo subjuntivo intercambiamos posibilidades humanas y no certidumbres o seguridades establecidas. Obsérvese la comparación posible entre lo occidental, buscador de certezas, y lo oriental, buscador de relaciones, complejidades y equilibrios inestables. Un mundo narrado produce, crea, un mundo subjuntivo, un mundo posible. La narración nos expone a dilemas, a hipótesis que están más allá de una lógica binaria apodíctica. La literatura hace el mundo más flexible y de igual manera, menos hecho y trivial y, por tanto, más susceptible para poder ser recreado, hecho de otra manera, es decir, transformado. El trato con lo literario otorga extrañeza, rompe con las evidencias, nos aproxima a lo incognoscible, nos presenta las cuestiones de valor a la razón y a la intuición².

² Nótese cómo determinadas tradiciones de pensamiento filosófico han incidido en este elemento de extrañeza o sorpresa ante el mundo, de subjuntivización como dice Bruner; así ocurre con la fenomenología. No es algo distinto de esta subjuntivización, aunque en otro orden, el descubrimiento mayor de la fenomenología, la intencionalidad, y su método de variaciones imaginativas. La tradición fenomenológica está en la base de nuestra reivindicación del pensar narrativo.

Y como señala el propio Bruner la literatura “es un instrumento de la libertad, la luminosidad, la imaginación y, sí, la razón. Es nuestra única esperanza contra la larga noche gris”³.

4. La racionalidad narrativa como racionalidad práctica

4.1. La deliberación: de los dilemas a los problemas

A la hora de analizar los problemas éticos, la vida ética en su complejidad, se han propuesto diversos modelos de razonamiento, diversas formas en que puede ejercerse la racionalidad práctica. Retomando una distinción de Diego Gracia, se puede decir que los conflictos éticos pueden analizarse de dos maneras diferentes, con dos estilos diferentes. Por un lado nos encontramos con el “modo dilemático”; por otro con el “modo problemático”. El método dilemático es el método de la decisión racional. El caso se presenta bajo la forma de un dilema; hay dos opciones y hay que elegir una, la mejor o la menos mala. El método problemático se fija más en el procedimiento que en la conclusión. Lo importante no es tanto la decisión a la que se llega, sino lo que se muestra, lo que se pone de relieve. Por otra parte, en muchas cuestiones éticas no se llega a ninguna solución. Son, por tanto, dos modelos de análisis que implican dos formas de entender la razón práctica: una decisionista, otra deliberativa. Precisamente la distinción entre dilema y problema se vincula entre las dos formas de pensar analizadas anteriormente, la paradigmática y la narrativa. Este paralelismo es, en definitiva, el que me lleva a relacionar también deliberación (lo problemático) con la narración.

Un conflicto ético, un caso ético, puede ser visto como “dilema” o como “problema”. Lo normal ha sido el planteamiento de “dilemas”. Se presentan dos posturas con argumentos contrapuestos, y al final, tras un periodo de balance se toma una decisión. Este modelo parte de la suposición de que los conflictos tienen respuesta y además una respuesta única. Hemos de insistir en la necesidad de evitar soluciones apresuradas y fáciles; es preferible dejar el conflicto abierto antes de cerrarlo en falso, y mantener abierto el conflicto de interpretaciones de una forma productiva. Es decir, se trata de mantener presente el paradigma de la complejidad.

En un dilema moral estamos ante un reto, sabemos que hay una respuesta, no la hayamos y estamos azorados. En esta situación la ética ha de socorrernos,

³ J. Bruner, *op. cit.* p. 160.



inclinándonos hacia un lado o hacia otro. Esta es la mentalidad decisionista, y hemos de encontrar la forma de resolver el dilema. Nos encontramos ante razonamientos técnicos, no éticos (desde nuestro segundo modelo), como mucho nos hallamos ante el modelo del cálculo racional (maximizar preferencias, optimizar resultados). Pero un conflicto ético también puede verse como un “problema”. La palabra procede del verbo griego “pro-bállo” y significa “arrojar hacia delante”. El problema exige enfrentarnos a él, a aquello que se nos arroja, pero no se nos garantiza una respuesta, ni que las opciones sean dos, ni que la solución adoptada valga para todos, ni para siempre. Es una búsqueda de algo propio y adecuado. La mentalidad problemática parte de una concepción diferente de lo real; lo real es algo complejo, rico, difícil de abarcar. No tenemos la “sabiduría” necesaria, sólo contamos con la “búsqueda de la sabiduría”, y en esta búsqueda de la “acción que conviene” la racionalidad práctica parece acudir a elementos narrativos.

4.2. La “opinión recta”: una vuelta a Aristóteles, y a Platón

Las cuestiones prácticas, los asuntos humanos son difíciles. No tenemos certidumbre, a lo más que podemos llegar es a la probabilidad, a la verosimilitud (¡ámbito precisamente de lo narrativo!). Por esto el razonamiento ético, la sabiduría práctica, no es cuestión de ciencia (episteme), que trata de lo inmutable y de lo que no puede ser de otra manera, sino de opinión (doxa). La opinión es menos que la ciencia, pero no es irracional, no se refiere a lo arbitrario. Se puede alcanzar una opinión verdadera mediante un uso recto, adecuado, de la razón (cfr. Platón, *Menón*). Aunque, claro, siempre es posible otra opinión, otra argumentación, siempre es posible la paradoja. De los asuntos morales no podemos tener un saber parecido al de las matemáticas; no hay saber deductivo. Será un saber opinable y paradójico; siempre es posible otra opinión, otra interpretación, otra forma de narrar. La sabiduría práctica no consiste en conocerlo todo, sino en actuar en contextos de incertidumbre; será una decisión incierta, probable, opinable, pues versa sobre lo que puede ser de otra manera: la acción humana (Aristóteles).

El proceso de deliberación bajo la forma problemática no trata de cuantificar, sopesar o medir, sino más bien el de argumentar o interpretar, es decir, se trata de una técnica hermenéutica. Con la hermenéutica fenomenológica se rechaza la idea de que exista una interpretación correcta; son posibles varias lecturas, aunque no todas son iguales. La hermenéutica, entendida como un

proceso de deliberación problemática (no dilemática), se nos presenta guiada por un interés socrático más que sofisticado o platónico. Se trata de ayudar, acompañar, problematizar, y de incordiar como un tábano y dejarnos en la perplejidad. Y esta es la razón, dicho sea de paso, por lo que este tipo de filosofía puede llegar a ser incómoda: problematiza, incomoda, hace pensar, abre y no cierra. El método hermenéutico y narrativo tiene que mediar, articular, establecer diálogos y poner en conexión discursos diferentes⁴.

4.3. Ética aplicada, sabiduría práctica y método narrativo

Tras la pluralidad de giros que envuelven a la filosofía, lingüístico, pragmático, nos vemos envueltos en otro, que podemos llamar “giro aplicado”; la vida misma, con sus problemas, parece llamar a las puertas del quehacer filosófico. Las urgencias nos ponen contra las cuerdas, ente la espada y la pared, y podemos afrontar los retos o quedarnos sumidos en nuestras disquisiciones filosóficas. La vía narrativa es un componente fundamental de este giro aplicado. La ética aplicada ha de responder a un modelo amplio de racionalidad (prudencial, narrativa, hermenéutica), pues ciertos ámbitos piden y reclaman modos de proceder distintos. También precisa un modelo refinado de deliberación que integre elementos problemáticos, en el sentido mencionado anteriormente, y narrativos. No sirve el modelo deductivo o paradigmático: partiríamos de unos axiomas que aplicaríamos a los casos concretos (se destaca el valor de la teoría, de los principios). Tampoco sirve el inductivo: utilización de criterios en los que coinciden todo el mundo. Ambos modelos, a pesar de sus diferencias, suelen caer en el abuso del dilematismo.

Desde los planteamientos que estamos desarrollando podríamos optar por un planteamiento que no fuera ni principialista puramente ni casuístico; entre uno y otro se encuentra el modelo hermenéutico o modelo narrativo. El modelo narrativo evita el deductivismo principialista y también el casuismo. Se aboga no tanto por partir de los casos sino más bien por las narraciones, es decir, los casos en contexto, que se nos presentan en coherencias narrativas, entramados; además, la vida humana ya cuenta con la narración. La bioética, o la ética médica, ha contado a lo largo de su historia con estas importantes intuiciones: que la vida humana no es sólo biológica sino biográfica, o que la enfermedad se sufre y padece biográficamente. Además, el método narrativo dispone de un

⁴ *Sobre hermenéutica y bioética puede consultarse mi trabajo “Bioética en perspectiva hermenéutica: hacia un método hermenéutico-deliberativo”, en L. Feito, D. Gracia, M. Sánchez (eds.), Bioética: el estado de la cuestión, Madrid: Triacastela, 2011, pp. 57-77.*

enorme poder sugerente, pedagógico (la literatura no deja de lanzar ayudas a la ética). Además, la deliberación (sabiduría práctica, juicio moral en situación) no es la simple aplicación de unos principios generales a un caso concreto, ni tampoco la generalización de prácticas consideradas adecuadas, sino de un proceso creativo de conocimiento; más cercano al juicio reflexivo que al juicio determinante. Responde así al modelo problemático, que, en definitiva, es una forma de ejercer la razón práctica. Lo importante no es aplicar juicios aprendidos, sino enseñar a juzgar.

4.4. La razón práctica-narrativa como razón crítica

La razón práctica ocupa el campo de estudio y trabajo de las más diferentes filosofías. La razón teórica ha cedido su puesto a la razón práctica. ¿Qué tipo de razón es el propio de la práctica, de los asuntos humanos? ¿Sirve la razón para guiar o conducir la vida humana? ¿Es un buen recurso? ¿Qué razón se presta a ser guía para la vida? ¿Puede ser la razón científica? La vía narrativa de la filosofía nos ofrece valiosos recursos para entender qué puede ser una racionalidad ampliada, una razón que ha salido de los estrechos límites en que ciertas tradiciones la han encerrado. La razón ha de contar con lo que no es ella; no hay razón pura, lo que hay es una razón impura, narrativa, poética, hermenéutica, entera, sintiente, íntegra.

5. El cine como “laboratorio” para la reflexión ética: imaginación y deliberación

El cine es un espacio cultural privilegiado donde puede llevarse a cabo la reflexión ética en general y bioética en particular. El cine nos da que pensar. Es un lugar para la reflexión sobre la experiencia y las variaciones de las experiencias; el cine nos permite cierta distancia y así se posibilita la crítica y la educación. Los que nos dedicamos a la educación y a la reflexión ética no podemos dejar de contar con él. Si nuestro mundo se ha convertido en un mundo que vive en la pantalla (pantalla-mundo, pantalla-esfera), necesitaremos acompañar esta extensión y dominio de las pantallas (con los elementos narrativos que implican) para que sean pantallas asistidas, pantallas acompañadas. Por otra parte, muchas de las ideas y creencias que se manejan sobre bioética, y casi sobre cualquier cosa -nos atreveríamos a decir-, están modeladas por un imaginario simbólico nutrido de la narración cinematográfica y televisiva; por eso, no puede ser desdeñado, al contrario, debe ser conocido y aprovechado su enorme potencial.

Resumiendo planteamientos que he desarrollado en otro sitio⁵, diría que el cine, su uso, para la reflexión, para la educación, nos aporta:

1. Un “*saber de lo incierto*”. Las películas nos ofrecen posibilidades de acción que muchas veces no hemos pensado; nos ponen en otras perspectivas y así aprendemos a enfocar mejor las situaciones y problemas.
2. Nos ofrece un contrapunto al *saber científico/técnico*. El cine, lo narrativo, nos ayuda a completar lo científico-técnico, pues pone de relieve emociones y sentimientos; la narración es capaz de poner rostro (humano) a muchas situaciones que nos suelen presentar como solamente técnicas.
3. Yendo al cine *ampliamos nuestra experiencia* y esta ampliación nos permite, al mismo tiempo, someterla a crítica.
4. Además, el relato cinematográfico nos permite dar “*carne y realidad*” a los problemas morales que muchas veces se suelen presentar “*descarnadamente*”. El mundo de los valores se nos plasma vívidamente.
5. Por otra parte, acudir a lo narrativo nos ayuda a ejercitar cierta competencia narrativa que es muy próxima a la competencia ética, es decir, estamos formando cierta sensibilidad para el mundo moral y para la deliberación.

En definitiva, el cine conlleva 1) una función EXPERIENCIAL (enriquece nuestra experiencia); 2) función ILUSTRATIVO-PEDAGÓGICA (nos ayuda a presentar temas y a comprendernos a nosotros mismos) y 3) una función CONSTRUCTIVO-DELIBERATIVA (pues a través de un método adecuado puede ayudarnos a desarrollar estrategias de deliberación).

Esta última función es quizás la más importante de cara a elaborar una bioética narrativa. Si la deliberación es el método de la bioética la imaginación es esencial para la propia deliberación. Se puede decir que el método de la bioética es la deliberación. En esta línea se mueve la propuesta metodológica de Diego Gracia, y de buena parte de la tradición hermenéutica (por ejemplo H. G. Gadamer y P. Ricoeur). Esta tradición de pensamiento, además, ha subrayado el importante papel que juega la imaginación tanto en el nivel cognoscitivo, el nivel emotivo (actitudes) como en nivel de la acción y de la decisión.

⁵ Cfr. la obra anteriormente citada sobre bioética y cine.



Mi propuesta es hacer confluír la deliberación y la imaginación en bioética (en ética en general). Me atrevería a hablar de “deliberación narrativa” o “deliberación imaginante”. No quiero decir que la deliberación se convierta en narración, o que la narración delibere; no hay que olvidar que la deliberación es un proceso argumentativo. Y no es lo mismo narrar que interpretar, e interpretar no es lo mismo que argumentar. La argumentación es la forma de discurso de la ética, y no la narración o la interpretación. Éste es un error que se comete muchas veces cuando se habla de bioética (ética) narrativa. La ética narrativa no es leer, escuchar o ver un relato (cine), ni la interpretación que hacemos de él. Que la narración (o la imaginación en general) dé que pensar, no significa que la narración, por sí misma, piense (a la manera de la filosofía o de la ética). Da que pensar, y ese dar que pensar debe ser asumido por un discurso que se mueve en otro nivel.

El método —argumentativo— de la bioética es la deliberación. Se trata de un método aplicable en bioética clínica pero extrapolable a la bioética en general, e incluso a la ética. Es un método de ayuda en la toma de decisiones que busca que estas se tomen con prudencia y responsabilidad. Deliberamos para así poder formar, construir, un juicio moral. La bioética no da juicios, sino que enseña a juzgar. La imaginación, la narración, está presente en el desarrollo del propio método deliberativo. Como decía al principio deliberación e imaginación confluyen. A modo de ejemplo, y teniendo presente el modelo mismo de Diego Gracia, se pueden señalar una serie de encuentros:

1. La deliberación es un proceso el cual, si está bien hecho, nos transforma, es decir, que acabamos pensando de otra forma a como empezamos. O pensamos lo mismo, pero enriquecido. La deliberación nos educa... ¡igual que la narración! Deliberación y narración son procedimientos catárticos. Son procesos refigurativos. Si la imaginación es refigurativa (catártica, educativa), ¿no es un buen recurso para la misma deliberación y así acrecentar su poder refigurativo (educativo)?

2. La ganancia fundamental de la deliberación para aquellos que la practican, más allá de la ayuda en la toma de decisiones, es la formación de ciertos hábitos mentales como la capacidad de escucha del otro, capacidad para ponerme en su lugar, asumir el conflicto de interpretaciones y también la incertidumbre. ¿No son estos también hábitos mentales cultivados por la narración? ¿No es la narración (el cine, la novela) un “saber de lo incierto” (Milan Kundera)? Si narración y deliberación fomentan determinados hábi-

tos mentales, ¿no es lógico pensar que tengan, de alguna manera que confluir —sin confundirse—?

3. El primer paso del método deliberativo es la “presentación de un problema”, ¿no es acaso esto traer una “historia” clínica, relatarla, narrarla? La narración, el cine, puede ser un vehículo magnífico para presentar casos, para presentar historias. Se podría pensar que al utilizar la narración estamos introduciendo elementos subjetivos de selección. Quizás sí; lo que hay que hacer es conocer cómo se construyen esos elementos subjetivos. Por eso también hay que someter a la historia narrada a un proceso de análisis y crítica, a un proceso de deliberación. Pero, por otra parte, y más importante: ¿no es la misma presentación de casos en comités de bioética también un asunto subjetivo? ¿no se presenta la historia clínica “de una cierta manera”, con determinados recursos narrativos? Un desarrollo muy importante de la bioética narrativa sigue estas implicaciones que aquí sólo apunto. Así T. Chambers aplica los recursos de la crítica literaria a los casos clínicos para mostrar no sólo que están contruidos narrativamente sino que también, y en función de esta construcción misma, están ya orientados moralmente (5).

Por tanto, la discusión y análisis de los hechos, ¿no es también una discusión de cómo se presentan los hechos, que es narrativa, y cómo se han construido esos hechos, construcción que tiene mucho de narración?

4. Identificar los problemas morales implicados, determinar cuál es el fundamental, así como sumergirnos en el mundo de los valores, significa comprender de qué manera los problemas humanos están entretreídos unos con otros, imbricados unos con otros. Identificar correctamente problemas y valores no es señalar uno entre muchos, no es optar por uno. Supone cierta habilidad para discernir en la complejidad, sin sacrificarla o disminuirla. ¿No es la narración una práctica que ayuda y enseña a “seguir historias”? ¿No pone la narración en ejercicio un cierto tipo de inteligencia (inteligencia narrativa) que desarrollada críticamente nos ayuda a percibir relaciones sin simplificarlas? Frecuentar la narración, ¿no nos hace más perspicaces a la hora de detectar problemas, jerarquizarlos, así como movernos en el mundo de los valores, y entender sus posibles perversiones?

5. Por otra parte, y en relación con el mundo de los valores, ¿no han sido los relatos el vehículo de propuesta de grandes valores, de grandes utopías, de ese mundo que “debería” ser y no es, ámbito realmente de la ética? Los relatos han presentado este mundo deseable, y también los conflictos de valores, y también



lo difícil que es la realización de los valores. La narración no deja de mostrarse como un gran laboratorio de la experiencia moral.

6. La identificación de cursos de acción (extremos, intermedios, óptimo) no deja de ser un trabajo narrativo, un trabajo de la imaginación. Se trata de imaginar, de proyectar posibilidades de acción dentro del campo que circunscribe lo verosímil. ¿No es, quizás, la simplicidad mental que convierte los problemas en dilemas falta de sensibilidad narrativa? Frecuentando el relato nos abrimos a lo posible, es decir, a la consideración de otros puntos de vista, otras formas de actuar.

7. La toma de decisiones ha ser prudente y responsable. La prudencia y la responsabilidad se logran al tener en cuenta los efectos y las consecuencias de nuestras decisiones y acciones. No nos preocupa sólo seguir unos principios (que también) sino lo que acontezca en el mundo. Y, ¿no nos ayuda la narración en este cálculo complejo de consecuencias al mostrarnos experiencias posibles, resultados probables? ¿No es una proyección que puede servirnos para la previsión? ¿No nos ayuda la narración a ejercitarnos en la responsabilidad al presentarnos vivamente (sobre todo el cine) las consecuencias posibles de determinadas acciones? La narración nos echa una mano cuando pensamos bajo la estructura del “qué pasaría si...”. Quizás aquellos anclados férreamente en sus convicciones y valores, se cuestionarían su “fiat iustitia pereat mundus” ante algunas imágenes cinematográficas que nos muestran cómo ha quedado el mundo cuando no hemos considerado las consecuencias de nuestros actos.

Deliberación e imaginación son cosas distintas, pero las dos están condenadas a encontrarse cuando lo que buscamos es la acción responsable, la acción prudente. La deliberación sin imaginación sería reducir el método a un algoritmo, que traicionaría la complejidad de los problemas morales. La responsabilidad aquí y ahora, en estas circunstancias y teniendo en cuenta las consecuencias, requiere paradójicamente la capacidad de imaginar.

6. Un ejercicio de bioética narrativa: *Miss Ever's Boys*

Miss Ever's Boys es una película dirigida por J. Sargent en 1997 y presenta de forma narrativa el experimento de Tuskegee. Es el propio experimento el que ofrece la trama narrativa. El Servicio Público de Salud de los Estados Unidos decidió llevar a cabo una investigación sobre la evolución de la sífilis en la población negra de la ciudad de Tuskegee (condado de Macon, Alabama). Se seleccionaron unos cuatrocientos hombres con sífilis y se estudió cómo

evolucionaba la sífilis no tratada; al mismo tiempo se seleccionó otro grupo de hombres (unos 200) sanos para establecer correlaciones y comparaciones. El experimento duró desde 1932 hasta 1972. Lo más característico de este experimento es que no se ofrecía ningún tratamiento a los enfermos. Se quería estudiar cómo evolucionaba la enfermedad. Quizás en un primer momento tenía cierto sentido, por la inseguridad misma de los tratamientos y sus posibles consecuencias. Pero a los pocos años de comenzar la investigación ya se sabía que el riesgo era mucho mayor en los no tratados que en los tratados; a los pocos años también se extendió el uso de la penicilina contra la sífilis y, sin embargo, estos hombres continuaron sin ser tratados. También es importante hacer notar que no se les comunicó la enfermedad que realmente tenían sífilis únicamente se les decía que tenían “mala sangre” (*Bad Blood*).

La película es muy interesante, no sólo porque nos presenta de forma muy correcta el experimento, tal y como históricamente se desarrolló, sino también porque nos ofrece claves importantes para la reflexión ética; es, como decía anteriormente, un magnífico “laboratorio del juicio moral”. La historia es narrada por Miss Ever, enfermera negra que colaboró en el estudio. Esta presentación de la historia –desde la perspectiva de Miss Ever- es muy eficaz pues no se hace simplemente “desde fuera”, y se denuncia lo que realmente sucedió, sino que lo vemos “desde dentro”, desde una persona que creía en él, con sus dudas, pero que, sin embargo, lo defendió casi hasta el final. Sin hacer un análisis exhaustivo de la película (y sin aplicarle nuestro método hermenéutico-deliberativo), varios son los problemas éticos que se nos muestran. Veámoslos brevemente al hilo de la trama narrativa:

1) En primer lugar la cuestión racial. En varios momentos de la película se dice que este experimento no se habría hecho con blancos; además, también, lo que pretendía el estudio era mostrar si había diferencias fundamentales en la incidencia de la enfermedad con respecto a la población blanca. Parecía que la enfermedad afectaba principalmente a la población afroamericana y se lanzaba la hipótesis de una predisposición genética a este tipo de enfermedades de transmisión sexual. Es importante percatarse de cómo la hipótesis que mueve el experimento se asienta en prejuicios racistas. En la película se muestra que, curiosamente, y a pesar de estar diseñado el experimento por blancos, va a ser realizado por un médico y una enfermera de color. No pasan desapercibidos los argumentos que nos ofrecen para explicar su implicación: a) el experimento,



más allá de su idoneidad, muestra que las autoridades están haciendo algo, e invirtiendo recursos en una población completamente olvidada; b) y quizás perjudique a estos hombres con los que se experimenta, pero a la larga supondrá un gran beneficio para la mayoría, es decir, una minoría puede sacrificarse por el bien de la mayoría; y c) se intenta, paradójicamente, cuestionar la posición racista que venía a decir que el servicio sanitario de color (médicos y enfermeras) era peores que los blancos; era una ocasión por tanto para mostrar cómo un médico y una enfermera podían hacer muy bien su trabajo, tan bien como lo blancos.

2) En segundo podemos destacar la total falta de información que se les da a los pacientes, a los enfermos-sujetos del experimento. Es curiosa la escena en que se les dice con términos muy técnicos la enfermedad que tienen; Miss Ever, la enfermera, comprende que no es bueno ni decirles la verdad, y menos todavía en esos términos, y por eso pasa a comunicarles lo que les pasa de una forma muy accesible, ¡pero errónea!, diciéndoles que lo que tienen es “mala sangre”. Se niega, por tanto, el derecho a la información y, consecuentemente, cualquier tipo de “consentimiento informado”. Un momento importante de la película es cuando uno de los personajes comenta que “no se les puede tratar así”, que “son negros, no son niños”. El consentimiento informado, la autonomía del paciente, la correcta información, evitar el paternalismo excesivo, etc., serán piezas-clave de la experimentación con seres humanos posterior.

3) Otro problema ético o situación que merece la pena considerar al hilo de la película es el relacionado con los motivos que llevan al cuerpo médico a participar en este experimento. Se ve que el proceso de “*implicación*” es progresivo; no aceptarían participar en un experimento que pretenda dejar morir a las personas, pero poco a poco van dando pequeños pasos que los comprometen con el experimento, un experimento del cada vez es más difícil salir de él (la vivencia presentada por la enfermera es magnífica al respecto). También se ven en muchos momentos sometidos al desarrollo del propio sistema; y así afirman que lo que ellos hacen es simplemente “seguir órdenes”, “seguir protocolos”. No se ven a sí mismos como responsables de lo que están haciendo.

La historia nos ha dado una lección que no podemos dejar de aprender; esta lección de la historia también se ha reflejado en el mundo de la imaginación a través de esta película. La reflexión sobre ella, y sobre el experimento, ha

de ponernos en guardia contra otros casos, otros experimentos parecidos que creíamos ya inimaginables, a la altura de nuestro momento histórico y de todo lo que hemos aprendido, o deberíamos haber aprendido.

Tres ideas, o tres grandes temas, me gustaría destacar del experimento Tuskegee, y que la película ilustra perfectamente, ideas-temas ofrecidos narrativamente para la deliberación:

POBLACIONES VULNERABLES. Cualquier experimento científico, por muy bien diseñado ‘técnicamente’ que esté no puede olvidarse del sujeto de experimentación, y mucho menos cuando se trata de “poblaciones vulnerables”. La idea de vulnerabilidad no es nueva, y ha sido muy estudiada ya por la bioética. Nos interesa en estos momentos llamar la atención sobre el concepto de “poblaciones vulnerables”. Lo que resulta novedoso es mostrar que existen poblaciones enteras cuyos miembros son más vulnerables que otros en su aproximación a la asistencia sanitaria, y, desde esta constatación, pasa a ser una obligación de justicia asegurar e incrementar la autonomía de estas poblaciones (6). No es pues, como ocurre, en la película, investigar con cualquier grupo humano.

CONFLICTO DE PROYECTOS. El filósofo P. Ricoeur recordaba que el “corazón de la ética médica”, es el pacto de cuidados, es decir el proyecto de curación que lleva a cabo la persona enferma con ayuda del médico. Pero este “proyecto terapéutico” se encuentra en conflicto con otros dos, que siempre han de ser tenidos en cuenta. En primer lugar, el proyecto socio-político, pues aunque la salud se refiera inmediatamente al individuo no deja de desarrollarse en contextos sociales y bajo políticas de salud pública. Y, en segundo lugar, en la curación de la enfermedad también se da cita un esfuerzo por saber, por conocer la enfermedad, es decir, un proyecto científico, epistémico. Plantear adecuadamente el experimento Tuskegee, y lo que la película refleja, pasa por analizar y deliberar sobre el equilibrio, o su falta, de estos tres proyectos: terapéutico, político y epistémico. En la perspectiva de Ricoeur es claro que no se puede perder de vista que el fundamental es el terapéutico y los otros dos deben girar en torno a él.

RESPONSABILIDAD. Movilizarnos contra este tipo de investigaciones pasa necesariamente por una llamada a la responsabilidad, pues no se trata sólo



de prohibiciones legales (que también). La responsabilidad de una población correctamente informada, la responsabilidad de los políticos, y la responsabilidad de unos profesionales de la salud que han de saber oponerse a la mera aceptación de programas establecidos y a la mera obediencia. Frente a la obediencia es necesario el desarrollo la responsabilidad, de todos y para todos.

Este breve apunte de bioética narrativa sólo tiene por misión mostrar la riqueza reflexiva y crítica a la que nos puede lanzar el mundo de lo narrativo. Pero asumir “deliberadamente” las propuestas de la imaginación pasa necesariamente por desarrollar una ética narrativa fundamentada, como hemos intentado hacer en estas páginas. La elaboración de una bioética narrativa está aún por hacer; sólo hemos dado unos primeros pasos, firmes, y esperemos que en buena dirección.

Referencias bibliográficas

1. Bruner, J. “Dos modalidades de pensamiento”. *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa, 2004, pp. 23-53.
2. Kühnen, U. “Pensar a la manera asiática”, *Mente y cerebro*, 6, 2004, pp. 84-88.
3. Nisbett, R.E. *The Geography of Thought*, London: Nicholas Brealey Publ. Ltd., 2003
4. Hausmann, M. “Varón o mujer: cuestión de simetría”, *Mente y cerebro*, 7, 2004, pp. 58-61; S. Baron-Cohen, *The essential difference: the truth about the male and female brain*, Nueva York: Perseus Books, 2003.
5. Chambers, T. *The Fiction of Bioethics. Cases as Literary Texts*, New York-London, Routledge, 1999
6. Feito Grande, L. “Vulnerabilidad”, *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007 Vol. 30, Suplemento 3, pp. 7-22
7. Ricoeur, P. “Los tres niveles del juicio médico”, “La toma de decisiones en el acto médico y en el acto judicial”, en *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*, Madrid: Trotta, 2008.
8. Domingo Moratalla, T. “Bioética y hermenéutica. La aportación de P. Ricoeur a la bioética”, *Veritas*, II, 17, 2007, 281-232; www.fondsriceur.fr/photo/bioetica.pdf



Salud, cuidados y autonomía

Montserrat Busquets Surribas

Universitat de Barcelona

1. Introducción

El comportamiento de las personas nos caracteriza porque, en parte, es reflejo de los valores y principios personales, grupales, profesionales o sociales a los que uno se adhiere. Nuestras conductas están determinadas por la manera que tenemos de entender las situaciones: en función de ello actuamos de una u otra manera, priorizamos una u otra cosa, nos comprometemos... A su vez, la manera de entender las situaciones se modifica al profundizar en los valores y principios que queremos transmitir de forma que principios, valores y conceptos están estrechamente vinculados. Por ejemplo, al profundizar en el concepto de salud modificamos nuestra idea sobre qué es una persona enferma, los cuidados y tratamientos que precisa y la manera de llevarlos a cabo. Este capítulo tiene como primer objetivo analizar la evolución del concepto de salud y enfermedad más allá de sus parámetros biológicos, descritos por la medicina y la biología. Como segundo objetivo trata de argumentar la aportación del cuidado profesional interrelacionándolo con el concepto de salud.

A través de sociología y la antropología nos adentramos en una comprensión más amplia que permite ver como salud y enfermedad son constructos sociales y culturales que, además de los factores biológicos, dependen de las capacidades del propio individuo y de su contexto sociocultural. A su vez, la psicología nos adentra en el mundo de las relaciones interpersonales y en la importancia de la ayuda a las personas cuando las personas, por la causa que sea, no pueden por sí solas afrontar sus problemas o situaciones vitales. En este contexto la persona es un sujeto con capacidad suficiente para llevar a cabo su vida, pero al mismo tiempo vulnerable y frágil frente a los problemas de salud. La necesidad de cuidados viene dada cuando la persona no puede cuidar de sí misma, por eso cuidar es establecer relaciones interpersonales para ayudar a las personas a autocuidarse y, cuando no es posible, tratar de satisfacer sus necesidades de acuerdo a sus propios deseos, creencias y hábitos o a afrontar su final de vida con dignidad. Estas ideas reformulan la manera de actuar, no sólo es cuestión de tratar adecuadamente a la persona con problemas de salud, sino que hay que hacerlo de unas maneras determinadas. Así, la dependencia que la

enfermedad genera puede ser vista como una situación incapacitante o como una nueva situación vital: como situación incapacitante, la persona precisa de alguien que le salve y tome decisiones por él, como situación vital precisa de alguien que le ayude a tomar las decisiones y a seguir viviendo su vida. La dependencia puede ser causa de pérdida de autonomía o bien la dependencia puede ser vivida conservando o fomentando el grado de autonomía previo. De tal manera, el análisis de los conceptos “salud y cuidado” tiene un alcance ético ya que es premisa para la promoción, respeto o fomento de la autonomía de las personas en el ámbito de la salud.

2. La salud y la enfermedad: más que parámetros biológicos

La evolución de la idea de salud y enfermedad en las últimas décadas, debe hacerse teniendo presentes los cambios sociales (1). Cambios que suponen el paso de una sociedad ligada a valores “tradicionales”, con la costumbre como justificación de las conductas y un modelo de relaciones sociales paternalistas con códigos impuestos, a una sociedad basada en el principio de legalidad, centrada en la persona y en la posibilidad de tomar decisiones autónomas y por ello socialmente plural (2). También ha variado el objetivo básico de los profesionales e instituciones de la salud. A la disminución de las causas de la enfermedad, intentar erradicarla, curarla y ayudar a morir aliviando el dolor y el sufrimiento, se ha añadido la ayuda a vivir lo más saludablemente posible y se ha ampliado el campo de acción, desde la persona, a la familia, al grupo y la comunidad. El devenir histórico y social del pasado siglo ha ido conformado una sociedad que reclama, además de ayuda en la enfermedad, ayuda a vivir lo más saludablemente posible. Hoy no podemos comprender la salud y la enfermedad solo como causa-efecto de la biología. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS), ya en 1946, definió la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Canadá, en 1974, fue el primer país en reconocer que los servicios médicos, hospitalarios, farmacéuticos, etc... no eran los principales responsables de la mejora de nivel de salud de la población. El ministerio de salud y bienestar canadiense en el año 1974 promulgó el Informe Lalonde en el que se definen 4 condicionantes interdependientes como los responsables de la salud (3). En el estudio de los condicionantes de la enfermedad el informe define cuatro aspectos cruciales: el medio ambiente, los estilos de vida, la biología y el sistema sanitario.



- **El medio ambiente:** el contexto o entorno en el que vive la persona. Todo lo relacionado con la salud externa para el cuerpo humano y sobre el cual el individuo tiene poco o ningún control. Incluye el entorno físico y social.
- **Estilo de vida:** son las conductas que influyen en la salud. Es el sentido de la responsabilidad y compromiso que cada uno tiene en relación a la calidad de vida y bienestar que da sentido a su existencia particular y colectiva.
- **La biología humana** como condicionante, favorecedor o no de patologías, dependencias o discapacidades, entendida como una parte del “todo” personal.
- **El sistema sanitario** como la organización de los sistemas de cobertura de las necesidades de salud de la población, a la vez que como parte del sistema social que lo prevé, organiza y legitima, parte del entramado de sistemas que la sociedad dispone, como el sistema educativo y laboral.

Más adelante, en 1978, la OMS, en la conferencia de Alma-Ata, reiteró la definición de salud como la interrelación entre los aspectos físicos, psicológicos y sociales y planteó que para conseguir el más alto grado de salud es necesario la intervención de sectores sociales y económicos además del sector salud. Esto supuso un cambio esencial ya que al entender la salud como algo más que la ausencia de enfermedad y reconocer su multicausalidad se abrió la puerta al análisis social y cultural de la salud. La salud es a la vez producto y causa de la sociedad y el mundo de la salud pasa a formar parte del mundo social.

2.1. El poder de las profesiones sanitarias

El aspecto científico del conocimiento médico sobre las enfermedades, sus causas y tratamientos, lo convierte en confiable y objetivo por lo que tiene un gran reconocimiento social e influye en casi todos los aspectos de la vida humana. De este modo el conocimiento médico es el que define qué es enfermedad y cómo se realiza su diagnóstico y tratamiento definiendo modelos de normalidad y patología y determinando quién o no enfermo. Este argumento llevó a Rodríguez en 1988 a plantear que la medicina, como institución social, ha ido ocupando el papel de las dos grandes instituciones de control social de la historia: la religión y la ley (4).

La medicina, poco a poco, ha ido desarrollando una progresiva medicalización de múltiples aspectos de la vida humana. La medicalización consiste en traducir como enfermedades los problemas de la vida cotidiana, del desarrollo, del envejecimiento, etc. Gracias al avance de las ciencias biológicas, se puede ser enfermo potencial y gracias al avance de la terapéutica, enfermo crónico. También hoy podemos ser enfermos frente a problemas de vida, como las dificultades para dormir o el control del peso. El proceso de medicalización alcanza a los problemas y situaciones que genera el ciclo vital como la vejez, la adolescencia o la menopausia incluyendo un juicio médico sobre los hábitos y costumbres. De manera que cada vez hay más situaciones vitales que se definen de manera médica y se tratan con un enfoque médico colocando a la persona que las vive en el rol de paciente.

La profesión médica, y la cultura sanitaria que produce, van confirmando sus relaciones de poder dentro de la sociedad. Un claro ejemplo es el necesario informe para ratificar el nacimiento o la muerte de una persona. El conocimiento médico es un determinante social que decide qué conductas son adecuadas, quién es o no enfermo y quién puede o no acceder a un tratamiento, prestación social, baja laboral,... El diagnóstico médico justifica, castiga o reprueba conductas y define patrones de comportamientos que culpabilizan a quines no los siguen. La persona enferma debe asumir su identidad tal cual ha estado definida por la institución médica, evidenciándose claramente cómo el saber y el poder se superponen y retroalimentan (5). Es un tipo de poder que encauza las conductas definiendo el buen o mal enfermo.

Uno de los primeros trabajos que explicaron situaciones de dominio y poder de las instituciones sanitarias y sus profesionales es la obra de Goffman "Internados" (6). Preocupado por la utilización de la psiquiatría como mecanismo de control social, Goffman evidenció el control y manipulación que se ejerce en un colectivo vulnerable como son las personas con problemas mentales. A lo largo de su estudio de tipo etnográfico, el autor muestra cómo una determinada manera de trabajar modela la conducta de la persona - paciente para que se comporte según el patrón establecido. El texto que es de 1970, aún hoy, es un buen ejemplo de las relaciones de poder entre profesionales y pacientes. Invita a pensar en las relaciones dominantes que puede dar lugar y legitimar el diagnóstico médico y el tratamiento de las enfermedades, en los que la persona queda relegada a un papel pasivo y es despojada de su humanidad. Un tipo de relación en la que los profesionales modelan los comportamientos de manera



que los pacientes reciben diferente trato según se comporten y adapten. M. Allue en su relato *Perder la piel* pone en evidencia el enorme poder que ejercieron los profesionales en todos los aspectos de su vida mientras permaneció ingresada (7). Critica, de manera contundente, la atención recibida por no tener en cuenta su persona, sus necesidades concretas, su situación y no dejarla utilizar sus propios recursos. En definitiva, su experiencia ratifica los escenarios de poder en los que los profesionales dirigen la vida de los pacientes, y en la que estos deben obedecer. No solo se refiere a los tipos de tratamientos médicos, sino también, como el cuidado diario y las rutinas asistenciales se ven imbuidas de este planteamiento autoritario.

Así pues, existe una construcción social de lo que es normal, adecuado o deseable que es inherente a la noción de enfermedad, tal y como lo es a la noción de moralidad.

2.2. La percepción de la persona y la importancia del medio

A pesar del avance científico y técnico, la percepción de la enfermedad desde el mundo médico y científico no es la única posible. Por ejemplo, el estudio de las vivencias de personas con SIDA, tal y como describió S. Sontag, ha contribuido a entender la importancia del cuerpo como sistema simbólico de expresión y representación de la salud y la enfermedad (8). Enfermar tiene consecuencias personales y únicas que modifican las relaciones del sujeto enfermo con su entorno. Las percepciones de quien enferma y de los observadores, ya sean estos familiares, profesionales o miembros de su entorno social, no suelen coincidir. Una cosa es el discurso del enfermo y otra, a veces bien distinta, el de la familia o el discurso profesional. Así, el interrogante que surge frente al tratamiento; ¿debe este ser igual en todos los casos, sea cual sea la vivencia?

Cada persona es diferente y esta diferencia no es algo que deba corregirse, más bien es algo que debe respetarse. Por ello es importante poder dialogar desde las variadas realidades que implican diferentes visiones. El diálogo supone poner en evidencia y tomar conciencia de las diferencias; diferentes planteamientos, capacidades y oportunidades particulares. La literatura médica describe la enfermedad de una forma concreta con signos y síntomas más o menos universales, ahora bien, la sufren personas que son diferentes (9). La experiencia de enfermar siempre es particular entre personas con los mismos signos y síntomas y esa diferencia viene determinada, en gran medida, por

el lugar social en el que vive la persona. A su vez, la enfermedad provoca una respuesta en ese entorno social en el que se produce una reorganización de rol social cuando alguien enferma (10). Dado que parentesco y familia, trabajo, vecindad y comunidad son los lugares donde transcurre la vida es importante tener en cuenta como la red de relaciones familiares, sociales y laborales se modifican en función de la enfermedad, como también lo es estar al corriente de los cambios sociales que se producen y que alteran las formas tradicionales de ayuda y convivencia. Por ejemplo, la incorporación de la mujer al mundo laboral ha supuesto la aparición de nuevas necesidades de atención social y sanitaria que antes quedaban relegadas al hogar, como queda reflejado en estudios recientes que analizan los factores sociales y las nuevas situaciones de dependencia (11).

Por último, para entender el alcance del concepto de enfermedad, cabe mencionar la importancia de la vida cotidiana. La enfermedad es un estado que impide o dificulta que las personas puedan realizar sus actividades de vida cotidiana y satisfacer sus necesidades: se busca ayuda profesional cuando la capacidad de autocuidarse disminuye o es imposible. La enfermedad va de la mano de dificultades para alimentarse, descansar, procurarse seguridad, aprender, relacionarse satisfactoriamente, trabajar. Surge cuando la persona, con sus mecanismos y formas de adaptación habituales, no puede cuidar de sí misma. La situación se agrava cuando no dispone de los recursos necesarios para ello, ya sean familiares o comunitarios. Las personas cuando enferman buscan ayuda profesional porque por sí solos no pueden hacerse cargo de sus dificultades. Por ello precisan ayuda para combatir su enfermedad y, a la vez, ayuda para poder vivir durante el proceso de tratamiento, curación, si es posible, en la cronicidad o final de vida. Es decir, busca ayuda para vivir con las alteraciones que la enfermedad produce en su vida diaria, busca conocimientos para hacerle frente, busca descubrir y poner en marcha recursos desconocidos hasta el momento, etc... Fr. Collière centró la importancia de las necesidades para la vida cotidiana y detectó dos grandes errores: confundir tratamiento con cuidado y sólo dotar de valor terapéutico al tratamiento. Para ella, el cuidado es esencial para el mantenimiento de la vida, *“se puede vivir sin tratamientos, pero no sin cuidados”* En situación de enfermedad, ningún tratamiento puede reemplazar al cuidado (12).

Hasta aquí he argumentado que la salud y la enfermedad son conceptos complejos que escapan a los motivos y causas estrictamente biológicas. Salud



y enfermedad van mucho más allá del aspecto orgánico, comprometen todos los aspectos de la vida y de las relaciones con el medio, si bien, la enfermedad utiliza la biología y sus alteraciones como manifestación. Para poder promover estados de salud y prevenir, tratar y cuidar los de enfermedad es necesario que las acciones profesionales se den en contexto humanos, en los que a pesar de la tecnología, de las dificultades o la dependencia, la persona y su entorno sean el argumento previo de cualquier acción.

3. Salud y Cuidado

En este segundo apartado, también de la mano de las ciencias sociales, se discute la interrelación entre el concepto de salud y de cuidado. Retomando las ideas del último párrafo se analiza cómo el cuidado ha ido evolucionando incorporando la importancia del entorno, de las relaciones interpersonales, de los procesos psicológicos de afrontamiento y adaptación y del papel de la cultura.

Las profesiones de las ciencias de la salud se suelen definir desde la medicina, como si todo el trabajo estuviera centrado en el discurso médico. Múltiples razones justifican este hecho: el poder que ejerce la medicina en la sociedad que se extiende a todos aquellos que trabajan en el medio sanitario, el enorme avance en el tratamiento de las enfermedades, el rol social del médico, su implicación en la política activa... Sin embargo, al lado de la profesión médica se encuentran otras disciplinas que, poco a poco, van clarificando su campo de conocimiento y de acción. Entre ellas están las enfermeras que han estado siempre, al lado de los médicos, atendiendo y cuidando a las personas sanas o enfermas. La enfermería, a pesar de la alta influencia de la medicina, ha focalizado su atención en el cuidado de la persona, enferma o no, tratando de mitigar los problemas reales o potenciales derivados de la situación de salud y promoviendo el máximo bienestar posible en las necesidades de la vida cotidiana. La disciplina enfermera se ha apoyado en la sociología, la antropología y la psicología, para comprender el trabajo de cuidar de los demás cuando estos no pueden hacerlo por sí mismos. De acuerdo con los sistemas de valores sociales y la evolución del conocimiento, las enfermeras han ido definiendo su paradigma; si la medicina ha centrado su atención en la enfermedad, la enfermería se ha centrado en la ayuda a la persona, grupo o comunidad a vivir lo más saludablemente posible, es decir, mantener y fomentar el máximo nivel de salud posible (13). Veamos como ha sido la interrelación entre salud y cuidado de la mano de la evolución del cuidado enfermero.

3.1. La importancia del medio

El primer periodo de la evolución del pensamiento enfermero se origina con los inicios de la profesionalización del cuidado, se denomina la Categorización y corresponde a la segunda mitad del siglo XIX e inicios del XX. El conocimiento en esta época clasifica y define las enfermedades y categoriza y aísla sus componentes. La enfermedad es lo opuesto a la salud. Con el descubrimiento de las vías de transmisión y de los tratamientos antibióticos, el control de la salubridad se convierte en algo vital, tanto en los medios clínicos como en la comunidad. Surge la idea de salud pública y el entorno se define como elemento clave para la prevención. Ayudar a la población a conocer las precauciones elementales de las enfermedades infecciosas y prevenir sus medios de propagación es una de las tareas fundamentales de médicos, enfermeras e investigadores. El tratamiento de la enfermedad, además de la cirugía y la administración de fármacos, incluye la mejora de las condiciones de vida de las personas enfermas: el aire fresco, la luz, el agua no contaminada y la dieta adecuada son aspectos que pasan a ser condicionantes claros de la erradicación de las enfermedades. La enfermedad, en este período, tiene causas biológicas y medioambientales que han de trabajarse a la vez. La enfermera que más trabajó y favoreció la consecución de estas ideas en el cuidado fue Florence Nightingale que, en 1860, definía la enfermedad como el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud, y la salud como ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos y no solamente como estar bien. Para Florence Nightingale cuidar es trabajar para la persona y significa “ayudar a la persona a estar en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre ella” (14). Su aportación más importante para la curación de los soldados en la guerra de Crimea se basó fundamentalmente en la higiene y la nutrición: dos necesidades básicas de vida cotidiana sin las que la cirugía no tenía éxito. Ahí ya surge el carácter esencial y complementario entre disciplina médica y la disciplina enfermera.

3.2. La aportación de las ciencias sociales

El avance en las ciencias de la conducta con las teorías psicológicas de la Motivación, la Teoría General de Sistemas y el Psicoanálisis dan paso al segundo período de la evolución del cuidado, denominado la Integración. En primer lugar la influencia de la Teoría General de Sistemas concebida por Bertalanffy aporta un nuevo modelo para entender los fenómenos más allá de la



reducción mecanicista de la ciencia clásica. El concepto de salud se analiza desde las ideas de “organización”, “totalidad”, “globalidad” e “interacción dinámica” (15). Se enfatiza la idea de multicausalidad: las causas que producen enfermedad se amplían, ya no dependen sólo de los factores biológicos o ambientales. Hay que tener en cuenta todos los elementos que constituyen la vida de las personas, ya que es su interacción la que produce la enfermedad y/o genera la salud. Se habla de entornos saludables como los que favorecen la integración de la persona y su participación. La educación pasa a ser un factor clave generador de salud. Salud y enfermedad no son dos polos opuestos, coexisten en interacción dinámica dentro de un contexto social y cultural concreto, que es a la vez causa y efecto.

En segundo lugar en este período se identifica el proceso psicológico de afrontamiento o adaptación a la situación de enfermedad o muerte. De acuerdo a ello, la enfermedad se define como la dificultad o incapacidad de la persona para afrontar la situación. El duelo es el proceso y el tiempo necesarios para que la persona se adapte a la nueva situación poniendo en marcha sus propios recursos personales (16). Para ello el profesional pasa a ser un agente de salud terapéutico y su principal instrumento de trabajo es la relación que se adjetiva como terapéutica o de ayuda. H. Peplau la define como “la manera de conocer a la persona en tanto que ser humano con dificultades y ayudarlo a ampliar sus capacidades para ejercer sus cualidades innatas” (17). Se estudian sus características, fases, procesos (18). De manera que el combate de la enfermedad y el camino hacia la salud dependen de no sólo de la aplicación de tratamientos, de las características del propio enfermo, del apoyo de su grupo y familia, sino también de las habilidades y capacidades del profesional: lo terapéutico es la propia relación en la que ambos, profesional y enfermo, encuentran las formas y maneras adecuadas de tratamiento y cuidado. El principal instrumento del profesional es su capacidad de comunicación y escucha y para ello se trabajan un conjunto de actitudes entre las que destaca la empatía: la comprensión del momento vital del otro que permite ofrecer la ayuda pertinente desde el respeto por la persona que vive momentos difíciles. Se trabaja CON la persona.

3.3. Cultura y cuidado

Los años 70-80 dan paso a una nueva etapa, la Transformación, en la que por un lado, se profundiza en la relación entre salud y potencial de creación de cada persona que pasa a ser el autor de su propia salud y por otro, se relaciona

la salud con la cultura (19). La salud es una experiencia ligada al bienestar que engloba la unidad del ser humano y su entorno, no es ni un bien que se posee, ni un estado, ni la ausencia de enfermedad. La enfermedad y la salud no pueden separarse de la totalidad de la vida de la persona, la familia y el grupo social que, en este período, asumen una responsabilidad mayor que en las concepciones anteriores. Esta idea se encuentra en el Informe sobre los Cuidados Primarios de Salud que en Alma Ata planteó “los hombres tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de medidas de protección sanitaria que le son destinadas” (20).

Los importantes movimientos migratorios de las últimas décadas aportan la importancia de la cultura además del entorno, voluntad y expectativas de la persona estudiadas en los períodos anteriores. El cuidado y tratamiento deben ser congruentes y competentes desde el punto de vista cultural. Ya hemos señalado la importancia de la comprensión de cultura y enfermedad para la antropología médica, pero es en la enfermería donde encontramos la relación entre cultura y salud. En 1978 M. Leininger, enfermera y antropóloga, definió cultura como “el conocimiento que se adquiere y trasmite acerca de los valores, creencias, reglas de comportamiento y prácticas en el estilo de vida, que orienta estructuralmente a un grupo determinado en sus pensamientos y actividades” (21). Leininger establece la relación entre cultura y cuidado y trabaja ambos como condicionantes de la salud. Su objeto de investigación es distinguir lo que las personas sienten, piensan y hacen en relación al cuidado de la salud. Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones, por ello no es posible pretender homogeneizar el cuidado de la salud y pensar que los preceptos de una cultura sean válidos para todas las demás. Para Leininger para descubrir la manera particular mediante la que las personas cuidan de sí mismas o de sus allegados es preciso considerarlas como expertas. Cuidar implica descubrir el mundo social y personal que está constituido por significados simbólicos que son observables en los actos, en las interacciones y en el lenguaje. En su enfoque, la realidad siempre es subjetiva y puede tener diferentes perspectivas cuyos significados se derivan de las percepciones, experiencias y acciones relacionadas con los contextos sociales y culturales concretos. Leininger insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado de su salud. Para ello profundiza en la relación de ayuda como búsqueda juiciosa en la que la persona se compromete con la enfermera a desvelar sus



significados y mostrar las creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y de actuar relacionados con el cuidado de su salud. En esta etapa se trabaja desde la persona, desde ella que se construyen las acciones.

Hasta aquí hemos analizado como la historia del cuidado, vista desde la enfermería, anula la relación de poder y aporta una comprensión centrada en la persona (familia, grupo o comunidad), sin ella el cuidado no tiene sentido y el tratamiento es una imposición (22). En el cuadro 1 se compara el tipo de decisiones y conductas que se adoptan al enfocar la atención en la salud como ausencia de enfermedad o en la salud como parte de la experiencia de vida (23). En función de ello, el profesional es el experto único que toma las decisiones correctas y adecuadas o el profesional que se coloca en rol de corresponsabilidad con la persona que vive una situación o problema de salud y precisa la ayuda profesional para la gestión de su vida.

La relación focalizada en la enfermedad genera conductas de poder, autoritarias, heterónomas. El saber es del profesional que, para poder tratar, busca la aceptación de su propuesta aunque ello implique un trato infantilizante hacia la persona debe obedecer, no en vano las indicaciones médicas se suelen denominar “órdenes médicos”. La persona es culpabilizada si no lleva a cabo esa “orden”, ya sea de tratamiento o de cuidado. Hoy incluso encontramos un nuevo diagnóstico, “Incumplimiento del tratamiento” o “paciente incumplidor”. En este supuesto la información se centra en el proceso de enfermar y tratar, tiene una única dirección, va del profesional a la persona.

Al contrario, la relación focalizada en el cuidado genera conductas de reciprocidad, adaptación y autonomía. En este supuesto la persona es agente de su propia salud. La autonomía no es un valor absoluto que se posee o no, que va a favor de la propuesta profesional o en contra, que obedece o niega. La autonomía es un potencial que la persona ejerce desde la relación interpersonal con sus cuidadores profesionales, básicamente médicos y enfermeras y con sus personas allegadas. Es a través de la relación, que respeta la individualización y contextualización, donde se generan los contextos de autonomía que permiten que la información y comunicación adquieran una importancia ética relevante. Sin ella, la persona no puede entender, afrontar, modificar, tomar opciones. La autoridad del profesional no es para imponer su criterio, sino, es la fuente de conocimientos y experiencia que la persona no tiene y que precisa, en eso radica la ayuda. Y es que a su vez, se establece un proceso de información y comunicación en dirección inversa: de la persona al profesional que necesita

conocer a la persona y sus capacidades, preferencias, sentimientos, miedos, expectativas, experiencias previas, etc. Sin ello, es casi imposible poder tratar y cuidar adecuadamente. Por eso, quizá es mejor pensar en un marco de comunicación en el que se establecen procesos de información, en función de la situación. La persona y los profesionales comparten sus conocimientos y aprenden las múltiples maneras de afrontar la enfermedad y de vivir saludablemente o de morir.

4. Conclusiones

La evolución del cuidado ha ido profundizando en la salud como una experiencia de vida y en el respeto por la persona y sus múltiples formas de entender y llevar a cabo su vida como factores esenciales de la promoción, tratamiento y cuidado de la salud de las personas. Para la disciplina enfermera la persona es un agente responsable y libre. Para el cuidado vivir saludablemente es tomar decisiones responsables hacia uno mismo y hacia los demás. Las experiencias de enfermedad o afrontar la muerte son parte de la vida y aunque parezca paradójico pueden generar situaciones saludables cuando la persona puede desarrollar sus capacidades de afrontamiento y vivir la situación de acuerdo a sí misma: el médico, la enfermera, la medicación, los tratamientos, cuidados y la tecnología no son los sanadores, son instrumentos o medios al servicio de la persona, ya que el agente de cambio y el principal recurso es ella misma y su mundo. Se trata de entender que la enfermedad y la muerte, como última experiencia, no son un fracaso, ambas son parte de la vida, al igual que lo son el nacimiento y el desarrollo. El cuidado trabaja el grado de discapacidad y de dependencia que la enfermedad genera en la vida cotidiana, por ello, cuidar siempre tiene en cuenta las redes de relaciones y los recursos disponibles. Cuidar es ayudar a vivir intentando prevenir y combatir la enfermedad sin ejercer mecanismos de control y estigmatización (24). A su vez la evolución del cuidado ha consolidado el conocimiento sobre la relación entre los aspectos socio-culturales y las necesidades de salud de manera que ofrece un marco teórico para la acción política encaminada a disminuir las desigualdades que impiden la vida saludables (25, 26).

La importancia de repensar los conceptos radica en que se pueda vivir en salud, ya sea con una enfermedad crónica o aguda, ya sea en la etapa de la vejez o adolescencia, y que la ayuda profesional vaya en esta línea de trabajo.



La enfermería es una fuente de conocimientos sobre cómo llevar a cabo la relación entre quien sufre y quien le atiende, sobre como compartir las decisiones, sobre como llevar a cabo las acciones más adecuadas en cada caso. De tal manera cuidar ayuda a incrementar el grado de libertad y las posibilidades de autodeterminación de las personas. Ahí radica la importancia ética del cuidado enfermero.

Cuadro 1:

Cuadro comparativo entre el enfoque centrado en la enfermedad y el enfoque centrado en la salud.

La salud como ausencia de enfermedad	La salud como experiencia de vida
El cuerpo es una máquina en buen o mal Estado.	El cuerpo es un sistema dinámico en interrelación con sus componentes internos y su contexto.
La enfermedad y / o incapacidad tiene sus orígenes en los agentes patógenos.	La enfermedad y/o incapacidad son respuestas de las personas a las situaciones de vida. La salud es un fenómeno multidimensional con aspectos físicos-psicológicos-sociales-espirituales, interdependientes.
La enfermedad es un enemigo a vencer.	La enfermedad no tiene necesariamente una connotación negativa; es una experiencia de aprendizaje.
La salud se concibe como la ausencia de signos de enfermedad.	La salud se concibe como la capacidad de movilización de los propios recursos para la adaptación a la nueva situación.
La atención se centra en la curación de la enfermedad por lo que el tratamiento es indispensable.	La atención se centra en las necesidades para la vida de la persona. Los tratamientos son necesarios pero también lo es la intervención en el medio o contexto. Adaptación e incorporación de hábitos y costumbres. El tratamiento debe ser congruente culturalmente.

La salud y la enfermedad son percepciones objetivas.	La salud o enfermedad son percepciones subjetivas y culturales. El contexto participa activamente.
La persona tiene limitada su autonomía dado que es dependiente.	La dependencia no implica pérdida de autonomía.
La responsabilidad del enfermo consiste en colaborar en el tratamiento establecido.	El enfermo es autónomo. La responsabilidad de su salud es el elemento crucial. El resultado depende en gran medida de sus actitudes, esperanzas, deseos y ayuda.
La relación es de cortesía. La comunicación es unidireccional. Escasa retroalimentación.	La relación es de ayuda. La comunicación es bidireccional. La principal actitud del profesional es de empatía y escucha.
El comportamiento profesional es paternalista.	El comportamiento profesional es educativo.
La información no fomenta la elección sino el conocimiento del tratamiento que se propone. La información busca la aceptación.	La información ayuda a tomar decisiones. Busca la participación de la persona para llegar a acuerdos entre el planteamiento profesional y el planteamiento vital del enfermo.
La atención se plantea desde la aceptación por parte del enfermo de la propuesta profesional.	El cuidado se plantea respetando la opción del enfermo.

En este cuadro se presenta un esquema de estas ideas ordenadas en dos grupos: cuando el marco teórico está centrado en la ausencia de enfermedad y cuando está centrado en la salud comparando las relaciones interpersonales, las acciones profesionales y la puesta en marcha de recursos.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez, J.A. *Salud y sociedad*. Madrid: Tecnos; 1987.
2. Bilbeny, N. *La revolución en la ética. Hábitos y creencias en la sociedad digital*. Barcelona: Anagrama; 1997.
3. Ministerio de Salud y Bienestar. Gobierno de Canadá. *Informe Lalonde*, 1974.
4. Rodríguez, J.A., de Miguel, J. *Salud y poder*. Madrid: Siglo XXI; 1990.
5. Foucault, M. *Vigilar y castigar* 5ªed. Madrid: Siglo XXI; 1986.
6. Goffman, E. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.

7. Allué, M. *Perder la piel*. Barcelona: Seix Barral; 1993.
8. Sontang, S. *La enfermedad y sus metáforas, El sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus; 1996.
9. Boixareu, R.M. *L'antropologia de la salut. Cultura, preocupació social i salut. (I)*. Art Brevis 7. Barcelona: Càtedra Ramón Llull. Barcelona; 1999. pp. 59-79.
10. Boixareu, R.M. *L'antropologia de la salut. Cultura, preocupació social i salut (II-B)*. Art Brevis 6. Càtedra Ramón Llull: Barcelona; 2000. pp.25-46.
11. Tobio C.; Aguiló M. A.; Gómez V.; Martín T. *El cuidado de las personas: un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación "La Caixa"; N° 238: 2010.
12. Colliere, F. (1993) *Promover la vida*. Madrid: MacGraw Hill; 1993.
13. Kerouac, S. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson; 1999.
14. Nightingale, F. *Notes of nursing*. New York: Applenton&Co.; 1860.
15. Bertalanffy L. *System theory: Foundations, Development, applications*. Revised Edition (1979). New York: George Braziler; 1968.
16. Kubler Röss, E. *La muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo; 1975.
17. Pepalu, H. *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat; 1990.
18. Cibanal L, Arce C. *La relación de ayuda enfermera-paciente*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2009.
19. Rizzo Parse, R. *Man-living-health. A theory of nursing*. New York: John Wiley&Sons; 1981.
20. OMS/UNICEF *La declaración de Alma-Ata*, Folleto de la Organización Mundial de la Salud: Ginebra; 1978, n° 1 pág., 2.
21. Leininger, M. *Culture, Care, Diversity and Universality*. New York: National League of Nursing; 1991.
22. Donahue, P. *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma; 1988.
23. Busquets, M. *Bioética y enfermería*. En Casado, M. ed. *Materiales de bioética y derecho*. Barcelona: CEDECS; 1996
24. Henderson, V. *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería. 1991
25. Nussbaum M, Sen A. *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press; 1993
26. Sen, A. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta; 2000.



Responsabilidad enfermera

José López Guzmán

Universidad de Navarra

“Soy responsable cuando estoy a la escucha de los valores, que me instan a que los asuma y realice en mi vida” (1).

1. Introducción

En el ámbito sanitario son cada vez más frecuentes las alusiones a la responsabilidad que contraen los agentes sanitarios en su ejercicio profesional. Algo que también ha sido reflejado en distintas leyes, como por ejemplo, la de autonomía de los pacientes y en los distintos códigos deontológicos de las profesiones sanitarias. Hasta hace relativamente poco tiempo, según Alarcón y Torralba, la actuación desarrollada en el ejercicio de la actividad de enfermera “conllevaba una escasa consideración social y la responsabilidad y dignidad de las enfermeras estaban recortadas tanto en el aspecto normativo, legal o moral, como práctico” (2). La anterior afirmación podrá ser discutida por su rotundidad, sin embargo es innegable que la Enfermería ha sufrido una amplia transformación en los últimos años. Esa situación ha generado una nueva realidad en la práctica profesional con la asunción de inéditas competencias en las enfermeras y la adopción de un papel distinto dentro del equipo asistencial. Por ejemplo, hay que tener en cuenta que el hecho de que la enfermera pueda desempeñar una importante labor en la prescripción cambia su relación con el paciente y con los otros profesionales sanitarios, o el hecho de que su formación académica haya dejado de ser intermedia al incorporarse al grado universitario, le ha abierto nuevas posibilidades académicas y profesionales. De ahí la importancia de analizar el concepto de responsabilidad y de abordar las características y límites de su aplicación en el ejercicio de la Enfermería. No obstante, la importancia de la responsabilidad en Enfermería no es algo nuevo, por ejemplo, Flaherty ya la incluía dentro de las cinco características de lo que debía ser una enfermera junto con el nivel de formación, la aceptación de un código ético, la dedicación al ideal técnico de su profesión en un proceso continuo de formación y de actualización, y la implicación en la problemática de la propia organización profesional (3).

El término *responsabilidad* proviene de “responder” cuyo significado es: prometer, pagar. En un sentido más restringido, “responsum”, *responsable*, significa “el obligado a responder de algo o de alguien” (4). Otra posible derivación etimológica es la que considera que *responsabilidad* proviene de “res” (cosa) y de “spondere”, o “sponsus” (esposo, novio). Ser responsable de una cosa es, en palabras de Thibon, “estar unido a esa cosa por lazos análogos a los que unen al esposo y a la esposa. Lo cual lleva inmediatamente consigo la idea de elección, de promesa, de fidelidad, en una palabra, de amor. Más allá de toda obligación de tipo moral y jurídico el hombre se siente responsable de lo que ama” (5).

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, se puede afirmar que la responsabilidad es la obligación que tiene todo agente libre de responder de sus acciones. Si esta contestación se realiza ante la propia conciencia, o ante Dios, se sitúa en el campo de la responsabilidad moral. En cambio, si la respuesta se efectúa ante una autoridad de tipo civil (6), penal (7), o administrativa (8) estará en el ámbito de la responsabilidad legal. De esta forma la *obligación* a la que se ha hecho alusión se puede considerar como algo *externo*, que surge de las normas y regulaciones y puede también “concebirse como algo *interno* que brota de la voluntad y establece la conducta a seguir como fruto de convicciones y decisiones personales: obligación moral” (9).

En los últimos años, se ha incrementado la importancia de la responsabilidad jurídica por asistencia sanitaria al desarrollarse una mayor conciencia ciudadana sobre los derechos de los pacientes, lo que ha llevado a un incremento en el número de reclamaciones y de los importes solicitados en concepto de indemnización. Por su parte, la responsabilidad moral no ha sufrido un desarrollo parejo al de la jurídica y en muchos textos ni tan siquiera se le tiene en consideración cuando se aborda el tema de la responsabilidad en el ámbito sanitario.

En este marco se hace preciso reflexionar sobre las responsabilidades propias de los profesionales de enfermería, tanto individuales como colectivas, derivadas de la dimensión moral y de las exigencias que su ejercicio lleva consigo, principalmente de las causadas por un cuidado humanamente excelente (10).

2. Características

2.1. *El sujeto, para ser responsable, debe ser un agente libre.*

La responsabilidad es una propiedad inherente a la libertad. “Si el hombre es libre – su conducta parte de sí mismo- es responsable –su conducta ha de



atribuirla a sí mismo-“(11). Tradicionalmente se ha considerado que para que exista responsabilidad se requiere la posibilidad de optar (12). La persona, al ejercer la libertad, se convierte en el protagonista indiscutible de su vida, que se irá configurando, cada día, con sus propias acciones. Es importante resaltar que no existen actuaciones libres que sean, en sentido estricto, moralmente neutras o indiferentes, “porque mientras que el punto de vista técnico tiene presente de modo exclusivo la consecución de fines particulares, la perspectiva moral es aquella que contempla la acción humana como buena o mala en relación con el perfeccionamiento del hombre considerado en su totalidad” (13). El ser humano es un agente moral inevitablemente responsable de sus decisiones éticas.

De esta forma, cualquier investigación o trabajo necesita un grado de libertad para su ejecución. Aquellas presiones que coarten la libertad irán quitando un cierto nivel de responsabilidad. En este sentido, el espacio de la moral se abre justamente donde comienza el espacio de la libertad y de la elección. La existencia de impedimentos que limiten la libertad, como pueden ser la coacción, la violencia, la ignorancia o la pasión, debilitan el grado de responsabilidad. Por ejemplo, una enfermera recién incorporada a la plantilla es tan responsable moralmente de sus actos profesionales, en aquellas acciones que no exceden de su competencia, como la supervisora, siempre y cuando la primera no actúe coaccionada por la segunda. Por ello, para establecer la responsabilidad, es preciso “definir lo voluntario y lo involuntario, porque si el individuo no es principio de sus actos no cabe ética alguna” (14). En este punto se puede hacer referencia a la línea argumental propuesta por Burgos: “soy responsable de mis acciones por el simple hecho de que son mías, porque yo las he puesto en la existencia. Sin mi no habrían surgido y por eso soy responsable: son mis acciones. Resulta claro así que no hay ningún hiato ni separación entre libertad y responsabilidad, sino que son dos caras de la misma moneda. Ser libre es hacer surgir acciones a partir del yo, y ser responsable es constatar que esas acciones han surgido de mi interior, es decir, que son mías” (15).

Antes de continuar es necesario hacer un alto para comentar una cuestión que tiene una gran relevancia en la responsabilidad de la enfermera, me refiero a los problemas derivados de la educación recibida, y que todavía se continúa recibiendo en algunos sitios, que equipara a las enfermeras como auxiliares de otros profesionales y que, por ello, tendrían mermada o disminuida su responsabilidad (16). Esto es un error que hay que subsanar, las enfermeras son profesionales que tienen un grado de responsabilidad en aquellas acciones o

decisiones que le competen, algunas de las cuales si es cierto que serán compartidas por otros profesionales.

Todas las personas dependen, en mayor o menor grado, de su temperamento y carácter, pero esto no quiere decir que esa situación conduzca a estar totalmente determinados y que, por ello, lleguen a carecer de libertad y de responsabilidad. El problema de la libertad, el determinismo y su relación con la responsabilidad moral es un clásico de la historia de la Filosofía (17). Si la persona se encontrará totalmente determinado en su obrar se convertiría en un agente amoral. Entonces, no habría responsabilidad y, por lo tanto, no se haría merecedor ni de premio ni de castigo (18). Van Inwagen plantea la incompatibilidad de la responsabilidad y el determinismo de la siguiente manera: “El determinismo es incompatible con la libertad. La responsabilidad moral es imposible sin libertad. Por lo tanto, el determinismo es incompatible con la responsabilidad moral”. Sin embargo, hay que señalar que el supuesto apuntado no es más que un planteamiento teórico.

También se ha indicado que la negligencia (omisión en el cumplimiento de un deber, a sabiendas de ello y teniendo los recursos necesarios para hacerlo), como manifestación de ignorancia, puede ser considerada como una atenuante en el grado de responsabilidad del profesional que actúa. La ignorancia a la que se ha hecho referencia, como un atenuante en la responsabilidad, es aquella que se considera invencible, bien por la falta de capacidad del sujeto, o porque la materia le excede de tal forma que su desconocimiento puede llegar a estar dentro de lo aceptable. En cambio, la negligencia (19), en el ámbito profesional, supone la omisión del nivel de cuidado o formación exigida por la situación y, por ello, no cabría incluirla dentro de la ignorancia. Incluso se podría señalar que la enfermera tiene un deber positivo de estar bien formada y de actuar con profesionalidad. De ahí que la formación continuada de la enfermera se contemple como un acto de responsabilidad. Por ejemplo, en el Código de Ética y Deontología de la Enfermería de la Comunitat Valenciana se indica, en su artículo 29 que “la enfermera es personalmente responsable de su propia capacitación científica y técnica, de sus competencias, aptitudes y habilidades” (20).

2.2. La responsabilidad se adquiere tanto por una acción como por una omisión.

Todo acto, incluso su no ejecución, compromete al autor en el plano moral y jurídico (21). Es frecuente que cuando se hace referencia a los efectos del



ejercicio profesional, o de la actividad social de un sujeto, se tengan en cuenta únicamente sus acciones. No obstante, en muchas ocasiones, van a tener una mayor relevancia sus omisiones (dejar de hacer o no impedir una acción). También la no acción es una decisión. Así, la enfermera adquiere una responsabilidad tanto cuando asiste a un paciente, como cuando deja de prestarle servicio cuando éste se lo reclama.

2.3. Todas las acciones, u omisiones, llevan aparejada una responsabilidad moral.

La responsabilidad moral está presente en cada acción u omisión. En cambio, la responsabilidad legal sólo será atribuida cuando la acción u omisión tenga una repercusión externa negativa para la sociedad. En este sentido, la responsabilidad civil de la enfermera surgirá como consecuencia de un daño producido por un incumplimiento de sus obligaciones profesionales. No obstante, en ese caso, la enfermera es también responsable moral, y lo será independientemente de que se produzca o no un manifiesto daño a terceros. Por este motivo, se ha considerado que la responsabilidad moral es de primer grado, afecta a todos, mientras que la responsabilidad legal es de segundo grado ya que afecta, en segundo término, al que provoca un daño y tiene que pagar por él. Por esta razón, es posible señalar a una persona como responsable moral de algo que ha sucedido y que, por definición, no se le imputa técnicamente a esa persona, sino a otra que será el responsable o culpable jurídico. También se puede comprobar que no existe una coincidencia entre la responsabilidad moral y la jurídica cuando a un inocente se le atribuye una culpa en un proceso judicial.

2.4. La responsabilidad no tiene sólo una connotación negativa.

Normalmente, cuando se hace referencia al término responsabilidad es porque se ha realizado una acción que se traduce en un fracaso, una falta, un fraude, un daño, etc. Esto es un error que tiene su origen en la preponderancia que, en nuestra sociedad, ha adquirido la responsabilidad legal sobre la moral. Como se ha señalado anteriormente, una persona es responsable civil o penalmente a raíz del daño –acción mala- ocasionado por una acción. En cambio, en el plano moral, toda acción –buena o mala- es sometida al juicio de la conciencia personal.

Un ejemplo práctico de lo indicado en el párrafo anterior se encuentra en la responsabilidad moral que la enfermera tiene asociada a su grado de dedica-

ción, laboriosidad, generosidad, preparación, etc. Todos estos aspectos nunca serán premiados desde una perspectiva legal, en todo caso podrán recibir una sanción si son capaces de generar un daño.

2.5. El sentimiento de responsabilidad despierta en el ser humano energías latentes que le llevan a dominar el mal y procurar el bien.

En este apartado hay que considerar la penosa consecuencia que tiene la pérdida de la noción de responsabilidad. El miedo o rechazo al encuentro con la propia conciencia hace desviar la valoración del acto hacia cuestiones externas emanadas del entorno social y, de ahí, se deriva una actitud acrítica sobre las acciones realizadas y las intenciones que las sustentan. Quintero (22) mantiene que la atribución instintiva de responsabilidad es consustancial a nuestra condición y es, además, “un proceso mental que, al margen de que pueda ser influido o condicionado por la cultura o por las presiones sociales o políticas, se realiza al margen de cuál sea la verdad válida para el derecho y el proceso”. Cuando una persona se siente responsable de lo que hace se implica profundamente, ya que le apela a lo más íntimo como ser humano, y esto le produce un bien. De tal forma que, siguiendo a Caffara, se puede afirmar que “responsabilidad significa que la libertad se encuentra ante la realización de una valor tan singular y tan único que exige un respeto absoluto e incondicional: el valor de mi persona y el de la de los demás. Sobre este valor no tengo ningún poder, ningún dominio: tengo una precisa responsabilidad” (23).

3. Tipos de Responsabilidad Moral

Como se ha expuesto en párrafos anteriores, cuando se alude a la responsabilidad se hace, generalmente, en referencia a las consecuencias derivadas de un determinado acto. No obstante, considerar que el hombre sólo adquiere responsabilidad por las consecuencias de sus acciones, es un reduccionismo. Además de la responsabilidad por los resultados de una actuación (responsabilidad consecuente), hay una responsabilidad por los principios en los que ésta se apoya (responsabilidad antecedente), una responsabilidad por los proyectos y actos anteriores de la vida (responsabilidad congruente), y una responsabilidad por la misión a la que, con la vida, el sujeto ha sido destinado (responsabilidad trascendente) (24).

La responsabilidad antecedente hace referencia a los motivos por los que un sujeto decide acometer u obviar una determinada acción. La prudencia obli-



ga a que toda acción u omisión tenga que estar avalada por unas razones que justifiquen esa decisión. Es conocido que los fundamentos de los actos que no necesitan sustentarse en otros se denominan principios. La responsabilidad antecedente pide que la conducta humana se apoye directa o indirectamente en principios de conducta válidos por sí mismos. De esta forma, la acción responsable tiene que estar inscrita en un horizonte de valores (25), que no deben ser confundidos con actitudes o intuiciones personales, como pueden ser los prejuicios o las emociones (26). En la práctica, se suscita un conflicto cuando se genera un enfrentamiento entre esos principios a los que hay que atender y los resultados que se desean obtener. De ahí se puede derivar un peligro: abdicar a favor del sentimiento y, de esa forma, abrir la puerta al irracionalismo y todo lo que eso supone. Podrían ser tenidos por responsables o culpables individuos sobre los cuales no pendiera prueba alguna de su responsabilidad en un hecho, pero que socialmente merecieran esa calificación.

En nuestra sociedad se ha producido, en el ámbito del trabajo profesional, una ruptura entre las acciones y sus consecuencias debido, principalmente, a la realización de un trabajo fragmentado, impersonal, o que queda diluido en un entramado anónimo que no permite vislumbrar la finalidad del acto. De ahí que, en muchas ocasiones, se actúe sin tener en cuenta las consecuencias. Esta situación ha generado que la responsabilidad consecuente y la antecedente se hayan dissociado. La fractura entre ambos tipos de responsabilidad conduce a un relajamiento en la exigencia moral del individuo, que le lleva a adoptar una visión aséptica de su trabajo. Esa “apatía moral” tiene manifestaciones perniciosas en todos los ámbitos sociales. Un ejemplo de ello, en el campo de la Enfermería, puede ser la percepción que tiene una determinada enfermera de no ser responsable moralmente de los efectos que puedan derivarse de una determinada cura, técnicamente correcta, por considerar que, en ese supuesto, el único responsable es el médico que la ha ordenado o la supervisora que se la ha asignado.

La responsabilidad congruente se basa en la coherencia con el proyecto de vida personal. Es requerida, sobre todo, para que los demás sepan a qué atenerse con respecto de nosotros, y podamos inspirar aquella confianza necesaria para ser seguidos por quienes con nosotros trabajan –enfermeras, médicos, etc.- o por quienes tienen depositada en nosotros su confianza –pacientes -.

Por último, la responsabilidad trascendente es aquella que debe responder a la misión única a la que cada uno ha sido destinado. Para aquellos que son

creyentes se trata de responder ante Dios respecto al cometido al que es llamado cada persona.

4. Responsabilidad Individual y Social

Todos los actos tienen consecuencias morales para el que los ejecuta y para los demás. García Cuadrado mantiene que “con nuestras elecciones nos hacemos mejores o peores, y también la sociedad mejora o empeora” (27). Esto es más evidente en profesiones, como la de Enfermería, en las que la mayoría de sus acciones tienen una clara y directa repercusión en otros sujetos.

La responsabilidad moral individual es la obligación de cada sujeto de responder de sus actos en sí mismos considerados. El requisito previo será que la conciencia esté bien formada, que se adecue a la verdad sobre el hombre, a su dignidad absoluta y a la implicación de esa dignidad en los actos concretos (28).

En cuanto a la responsabilidad social hay que partir del hecho de que el ser humano es un ser social por naturaleza. “Junto con la experiencia de la dignidad y de la libertad humana se da la experiencia de la sociabilidad (29). Por ello, para el desarrollo personal, el sujeto, a lo largo de su vida, se va viendo inmerso en una serie de relaciones de diversa índole: familiar, laboral, cultural, política, etc. De ahí que cada persona sea responsable, “no sólo de sus propios actos en sí mismos considerados, sino también en cuanto esos actos influyen en la actividad buena o mala de los demás” (30). Este es el campo de la moral social, que aplica principios de la moral general a la vida del hombre en sociedad y que tiene su propia concreción en el caso de la Enfermería (31).

Por las razones expuestas en el párrafo anterior se comprende que cuando la enfermera responde ante su conciencia, por una omisión u acción (32), tiene que hacerlo en función de cinco variables:

a) Lo que le supone a ella personalmente.

Actuar contra la propia dignidad o contra la de los demás se presenta como una situación que degrada al propio sujeto. El profesional que realiza una acción de ese tipo se siente responsable de algo que va contra su propia naturaleza. “Un científico puede ser brillante, imaginativo, hábil con las manos, profundo, amplio, limitado, pero no es gran cosa como científico, a menos que sea responsable” (33). Por lo tanto, se impondrá el rechazo de aquellas prácticas que contravengan los valores morales. Lévinas lo formula de la siguiente forma: “la responsabilidad es lo que, de manera exclusiva, me incumbe y que,



humanamente, no puedo rechazar. Esa carga constituye una suprema dignidad del único. Yo no soy intercambiable, soy yo en la sola medida en que soy responsable” (34).

b) La repercusión sobre sus compañeros de profesión.

El comportamiento de cada enfermera puede servir de referente para el resto del colectivo profesional. Por este motivo, la actividad de cada enfermera será capaz de influir en las pautas y actuaciones del resto de sus compañeros, lo que puede tener un efecto de mimetismo o de rechazo que, en último lugar, hará elevar o disminuir el nivel de consideración del colectivo profesional ante la sociedad. Desde esta perspectiva, la enfermera, cuando se incorpora al mundo profesional, se encuadra en un grupo del que se beneficia tanto moral como materialmente, pero al que, al mismo tiempo, debe responder, respetando y apoyando la consolidación de su nivel ético. Se ha llegado a mantener que cuando un profesional obtiene un título que le acredita para comenzar la vida laboral, no sólo obtiene un grado universitario, sino que se puede hablar de que adquiere una dignidad, no entendida en sentido individual, sino colectivo, la dignidad de una profesión (35).

Los logros – abnegación, competencia, simpatía, etc.-, o carencias –apatía, avaricia, etc.- de la enfermera tendrán, de una forma más o menos directa, un efecto sobre el colectivo al que se encuentra adscrita.

c) El compromiso con otros profesionales, principalmente con aquellos que tenga una relación directa.

En el caso de las enfermeras se tendrá que considerar la repercusión de sus palabras u actos con el resto del equipo sanitario, principalmente los médicos y farmacéuticos.

La relación entre enfermeras y médicos se ha presentado, en muchas ocasiones, como conflictiva. Esta situación es indeseable para cada uno de los implicados por lo que les supone personal y profesionalmente, pero también lo es para sus respectivos colectivos y, lo que es más importante, para el paciente. Efectivamente, esas discrepancias pueden llegar a minar la necesaria confianza del paciente en aquellos que se ocupan de su cuidado. Una de las causas de los conflictos en el denominado “equipo de salud” puede venir determinada por el dinamismo interno de las citadas profesiones, que necesita una respuesta de adaptación periódica de los roles de los profesionales (36). Éstos, generalmen-

te, no son capaces de ofrecer esa respuesta de forma diligente, al estar muy aferrados a las costumbres o privilegios adquiridos a lo largo de la historia, y de ahí se deriva el desencuentro. En este sentido se podría citar el denominado *advanced nursing practice* que en algunos países está sufriendo una limitación en su desarrollo debido a la falta de adecuación del entorno sanitario (37).

En este apartado también habrá que considerar la responsabilidad que tienen las organizaciones que representan a estos colectivos de procurar, con todos los medios disponibles, que sus profesionales trabajen al unísono en beneficio del paciente (38). Los Colegios profesionales tienen un importante papel en esta cuestión, siendo una de sus principales misiones como bien indica el Código de ética y deontología de la Enfermería de la Comunitat Valenciana en su disposición final primera: “Es responsabilidad de la Organización Colegial de Enfermería la ordenación de la actividad profesional, velando por el respeto a la ética y deontología profesional y los Derechos Humanos”.

d) Los efectos sobre los pacientes que han depositado su confianza en el criterio y la preparación profesional de la enfermera (39).

En los párrafos anteriores ya se ha señalado que una falta de confianza del paciente resta eficacia a la labor de la enfermera y, por otra parte, quita credibilidad al colectivo profesional. A este respecto, Arroyo destaca que “la Enfermería ha heredado de su proceso histórico una filosofía de responsabilidad para el cuidado de la vida humana derivada del humanismo que le da sustento y el significado de su práctica” (40).

Sin embargo, no sólo hay que considerar la repercusión de la actividad de la enfermera sobre el paciente que es objeto de su cuidado, sino que también habrá que contemplar su trabajo en un plano más amplio, teniendo en cuenta los efectos de su labor sobre los aspectos económicos y sociales. Y no sólo se trata de discutir sobre el derecho de todo ser humano a una asistencia sanitaria, sino también de cuestionar como puede maximizarse el beneficio de esa atención, de tal manera que pueda disfrutar de ella el mayor número de personas (41). En este sentido, se ha llegado a mantener que la justicia social es una responsabilidad de la profesión de enfermería (42).

e) Los efectos sobre el entorno (43).

Cada vez hay una mayor concienciación sobre la importancia del cuidado del entorno. Este sufre un progresivo deterioro debido al permanente impacto

provocado por el ser humano y los efectos derivados de su actividad: residuos, emisiones tóxicas, etc. El entorno debe ser cuidado por consideración hacia los que comparten un mismo espacio temporal y también por respeto hacia las futuras generaciones. En nuestra sociedad la naturaleza se ha vuelto exterioridad, “el hombre no se siente parte de la naturaleza, sino más bien una fuerza externa destinada a dominarla y conquistarla” (44). De ahí que sea muy frecuente que el hombre no se considere responsable de la repercusión de sus actos sobre la naturaleza. Sgreccia (45) mantiene que hay que tener muy presente el principio de responsabilidad “frente a las dificultades que se encuentra hoy, en la sociedad desarrollada, el campo de la ecología, corrompida y amenazada”. Esta es una de las causas por las que entre los denominados derechos de la tercera generación se encuentre el derecho al medio ambiente (46). Un ejemplo de la conflictiva relación con el medio ambiente puede ser la falta de concienciación, que todavía perdura en muchas personas, sobre la eliminación de residuos domésticos o profesionales. Estos supuestos conllevan una responsabilidad moral, y en algunos casos legal, derivada de una mala acción.

Referencias bibliográficas

1. López Quintas A. *El amor humano*. San José: Promesa, 2009; 160.
2. Alarcón MD, Torralba MJ. *La profesión de enfermería como ámbito de responsabilidades; frente a otros profesionales y ante los pacientes*. En: Pastor LM, León FJ. Manual de ética y legislación en enfermería. Madrid: Mosby, 1997; 160.
3. Curtin L, Flaherty MJ. *Nursing Ethics. Theories and Pragmatics*. Maryland: Prentice-Hall, 1982.
4. Dobler I. *La responsabilidad en el ejercicio médico*. México: El Manual Moderno, 2002; XV.
5. Thibon G. *El equilibrio y la armonía*. Barcelona: Belacqua, 2005; 106.
6. Cerdá Olmedo M. *Derecho civil y Farmacia*. Madrid: La Ley, 1993; 183-216.
7. Ruiz Vadillo E. *La responsabilidad civil y penal de los médicos*. Derecho y Salud, 1995; 3 (1): 74.
8. López Menudo F. *Responsabilidad administrativa y exclusión de los riesgos del progreso*. Derecho y Salud, 2000; 8 (2): 1-17.
9. Martínez Caro D. *Obligación de estudiar, obligación permanente*. En: Marcuello CA. Seminarios de ética en enfermería. Pamplona: Eunsa, 1987; 40.
10. Sanguillo M. *Humanización y responsabilidad de los cuidados de enfermería en una unidad de enfermería urológica*. Enfuro, 2006; 99: 15.
11. Llano C. *Dilemas éticos de la empresa contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica, 1998; 271-2.

12. Fischer JM. *Moral responsibility*. London: Cornell University Press, 1986; 15.
13. Ruiz Corbella M. *Educación moral: aprender a ser, aprender a convivir*. Barcelona: Ariel; 2003; 43
14. Lledó E. *Memoria de la ética*. Madrid: Santillana, 1994; 98.
15. Burgos JM. *Antropología: una guía para la existencia*. Madrid: Palabra, 2005; 174.
16. García Bañón AM, Sainz Otero A, Botella Rodríguez M. *La enfermería vista desde el género*. Index de Enfermería 2004; 13 (46).
17. Grenander ME. *The Fourfold way: Determinism, Moral Responsibility, and Aristotelean Causation*. Metamedicine, 1982; 3: 375-96.
18. Van Inwagen P. *The incompatibility of responsibility and determinism*. En: Fischer JM. *Moral responsibility*. London: Cornell University Press, 1986; 241.
19. Lesser H. *An ethical perspective-Negligence and moral obligations*. In: Tingle J, Cribb A. *Nursing Law and Ethics*. Oxford: Blackwell, 2002; 90-8.
20. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Código aprobado por Resolución nº1/2010.
21. Berry M. *Abrégé de droit et déontologie pharmaceutiques*. Paris: Masson, 1978; 212.
22. Quintero G. *La responsabilidad jurídica y la responsabilidad moral*. Derecho y Salud, 1999; 7 (2): 39.
23. Caffara C. *La trasmissione della vita nella "Familiaris Consortio"*. Medicina e Morale, 1983; 4: 397.
24. Llano C. *Dilemas éticos de la empresa contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica, 1998; 273.
25. Agazzi E. *Responsabilità della scienza nella società contemporanea*. Medicina e Morale 1980; 30 (1): 24.
26. Beauchamp T, McCullough L. *Ética médica*. Barcelona: Labor, 1987; 10.
27. García Cuadrado JA. *Antropología filosófica. Una introducción a la Filosofía del Hombre*. Pamplona: EUNSA, 2003; 155.
28. Ruiz Retegui A. *La dignidad de la persona*. En: López Moratalla N. *Deontología Biológica*. Pamplona: Facultad de Ciencias de la Universidad de Navarra, 1987; 32-3.
29. Gómez Pérez R. *Introducción a la Ética social*. Madrid: Rialp, 1988; 58.
30. Monge MA. *Ética, salud, enfermedad*. Madrid: Palabra, 1971; 49.
31. Tyer-Viola L, Nicholas PK, Corless IB, Barry DM, Hoyt P, Fitzpatrick JJ, Davis SM. *Social responsibility of nursing: a global perspective*. Policy, Politics & Nursing Practice, 2009; 10 (2): 110-8.
32. Buerki RA, Vottero LD. *Ethical responsibility in Pharmacy Practice*. Madison: American Institute of the History of Pharmacy, 1994.

33. Weinberg A. Cfr. AA.VV. *Deontología Biológica*. Pamplona: Universidad de Navarra, 1987; 232.
34. Lévinas E. *Ética e infinito*. Cfr. Díaz C. Emmanuel Mounier. Madrid: Palabra, 2000; 275.
35. Díaz Soto de Mazzei ML. *Dignidad de la medicina y otros ensayos médicos*. Buenos Aires: López Libreros, 1974; 1.
36. Corless IB. *Physicians and Nurses: roles and responsibilities in caring for critically ill patient*. *Law, Medicine & Health Care*, 1982; 10 (2): 72.
37. Lowe G, Plummer Vi, O'Brien A P, Boyd L. *Time to clarity- The value of advanced practice nursing roles in health care*. *Journal of Advanced Nursing*, 2012; 68 (3): 677-85
38. Álvarez-Cienfuegos JM. *Responsabilidad del equipo médico y del centro sanitario. La aplicación de la solidaridad en la responsabilidad declarada*. En: AA.VV. *La responsabilidad civil y penal del médico*. Madrid: Colegio Oficial de Médicos, 1999; 111-9.
39. Carles M. *Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica*. *Gaceta Sanitaria*, 2003; 17 (6): 494.
40. Arroyo de Cordero G. *Humanismo en Enfermería*. *Rev Enferm IMSS* 2000; 8 (2): 62.
41. Gafo J. *Ética y legislación en enfermería*. Madrid: Editorial Universitas, 1994; 85.
42. Grace PJ, Willis, DG. *Nursing Responsibilities and Social Justice: An Analysis in Support of Disciplinary Goals*. *Nursing Outlook*. DOI: 10.1016/j.outlook.2011.11.004.
43. Jonsen AR, Jameton AL. *Social and political responsibilities of Physicians*. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1977; 2 (4): 376-400.
44. Schumacher EF. *Lo pequeño es hermoso*. Madrid: Blume, 1982; 14.
45. Sgreccia E. *La Bioética personalista*. *Vida y Ética*, 2001; 2 (2): 14.
46. Bellver V. *Ecología: de las razones a los derechos*. Granada: Comares, 1994; 269-309.



La globalización de los derechos humanos en bioética

Vicente Bellver Capella

Universitat de València

El desarrollo biomédico actual nos ofrece unas posibilidades extraordinarias de curación de las enfermedades y de mantenimiento de la salud. Pero, al mismo tiempo, ese desarrollo ha incrementado exponencialmente las posibilidades de atentar contra el ser humano. Desde los años setenta del siglo pasado se ha venido desarrollando un cuerpo legislativo tanto a nivel estatal como internacional dirigido a regular las actividades biomédicas de manera que se empleen al servicio y no en contra de los seres humanos.

La producción normativa de los Estados en el campo de la biomedicina ha sido muy desigual. Algunos han aprobado normas que regulan exhaustivamente todas las áreas relevantes; otros, en cambio, apenas han legislado sobre biomedicina. Pero más importantes que las diferencias en cuanto a las materias reguladas y al detalle con que se ha hecho, son las diferencias en cuanto a lo prohibido y lo permitido. Así, actividades que en unos Estados son constitutivas de delito (como, por ejemplo, en Alemania crear embriones para la investigación) en otros son permitidas bajo el control de la Administración (por ejemplo, en el Reino Unido).

Esa disparidad en cuanto a las materias reguladas y a los criterios deontológicos empleados conduce, en un mundo globalizado como el actual, al florecimiento de “paraísos biomédicos” a los que acuden quienes tienen problemas para desarrollar una determinada investigación o hacer cierto uso de una biotecnología en sus respectivos países. Este hecho se ha convertido en un argumento frecuentemente invocado para defender normas cada vez más permisivas en este campo: si otros países lo van a permitir y allí acudirán nuestros investigadores para desarrollar sus trabajos o nuestros ciudadanos para aprovecharse de cierta intervención, ¿qué sentido tiene que nosotros lo prohibamos?

Ante esta situación, que entre otras cosas pone de manifiesto la crisis de la soberanía de los Estados, se ha defendido la necesidad de fijar una regulación con validez universal en el campo de la biomedicina. Esta habrá de conciliar el desarrollo científico y médico con la salvaguardia de la dignidad y los derechos humanos. Hasta el momento son dos los organismos internacionales que están

tratando de elaborar un Derecho Internacional de la Bioética con el propósito de que tenga un alcance universal: la UNESCO y el Consejo de Europa. Este último elabora normas que, en principio, se dirigen a sus Estados miembros; pero, como veremos más adelante, sus propuestas normativas en el campo de la biomedicina aspiran a tener también un alcance universal.

La empresa de conseguir un acuerdo universal sobre la protección de la dignidad humana y los derechos fundamentales en el campo biomédico es aparentemente imposible. Para integrar a todos los Estados habría que aceptar como mínimo común denominador el que estableciera en cada caso el país más permisivo. Si no se hace así, necesariamente se formarán los mencionados “paraísos biomédicos” para cualquier tipo de intervención o investigación. Pero si se hace nos encontraremos con que ese Derecho común no será más que una cáscara vacía de protección para los seres humanos y sus derechos.

Las experiencias de la UNESCO y el Consejo de Europa ponen de manifiesto que, a pesar de las mencionadas dificultades, se pueden avanzar pasos hacia la globalización de los derechos humanos en bioética. De hecho, se reconoce de forma unánime en estos momentos que la dignidad y los derechos humanos deben ser protegidos en el campo de la biomedicina a nivel universal puesto que las amenazas a los mismos operan también a escala universal (1); y que la flexibilidad de los instrumentos jurídicos y la adopción de acuerdos de mínimos que posteriormente se van incrementando constituyen dos fórmulas idóneas para ir logrando resultados aceptables (2). Precisamente las normas emanadas tanto de la UNESCO como del Consejo de Europa en relación con la biomedicina tienen como finalidad la protección de la dignidad humana y están configuradas de modo que, a medida que existen nuevos consensos entre los Estados, se pueden ir regulando nuevas materias o regulándolas con más detalle.

A continuación me voy a referir, en primer lugar, a las normas universales sobre derechos humanos y biomedicina aprobadas por la UNESCO. En segundo lugar, me referiré en el Consejo de Europa que es, sin duda, la organización internacional que más está contribuyendo al desarrollo del Bioderecho a escala internacional.

1. Los derechos humanos ante la biomedicina: el papel de la UNESCO.

La UNESCO es el organismo especializado de las Naciones Unidas que mayor interés ha prestado a la bioética y a la protección de los derechos en la biomedicina. En 1993 creó el Comité Internacional de Bioética (CIB), como encargado de elaborar los borradores de declaraciones en el campo de la biomedicina y los

derechos humanos que posteriormente ha ido aprobando la Asamblea General de la UNESCO. Hasta el momento, la UNESCO ha aprobado tres declaraciones en este campo: la *Declaración Universal sobre Derechos Humanos y Genoma Humano (1997)*, la *Declaración Internacional sobre Datos Genéticos Humanos (2003)* y la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005)*. Así como los dos primeros documentos se centran en cuestiones relativas al genoma humano, la Declaración de 2005 establece unos principios de protección del ser humano para que sean aplicados en todas las áreas de la biomedicina. Las tres normas están concebidas como declaraciones y no como convenciones; se trata, por tanto, de textos no vinculantes para los Estados que los aprueben. Esto permite llegar con más facilidad a acuerdos porque, al no ser exigibles bajo coacción sino sólo por compromiso moral, los Estados tienen menos problemas en aceptarlos (3). A pesar de su carácter de soft-law, suelen ejercer un notable influjo en las regulaciones estatales sobre la materia.

1.1. La Declaración Universal de Derechos Humanos y Genoma Humano.

Aprobada por unanimidad en la Asamblea General de la UNESCO el 11 de noviembre de 1997, fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas al año siguiente para conmemorar el cincuenta aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. El objetivo de la Declaración es garantizar la protección del genoma humano frente a cualquier forma de manipulación e impedir los usos de la información genética que sean incompatibles con el respeto a la dignidad humana. La Declaración aparece como una propuesta ponderada en la que el respeto a los derechos de la persona se compagina con la libertad de investigación científica.

El concepto clave sobre el cual se construye toda la declaración es la dignidad humana, mencionada en quince ocasiones a lo largo del texto (4). Dividida en seis apartados e integrada por veinticinco artículos, la Declaración contiene derechos y principios. Los derechos reconocidos no constituyen ninguna novedad sobre lo ya reconocido en muchas normas estatales relativas a la biomedicina. Los principios, dirigidos fundamentalmente a los Estados, resultan en algunos casos demasiado obvios o ambiguos. Nada de esto es una novedad en el campo del Derecho internacional: para lograr acuerdos entre los Estados lo más frecuente es consagrar lo que ya prácticamente todos han aceptado o recurrir a fórmulas amplias dentro de las cuales quepan diversas posiciones sobre la materia concreta objeto de regulación.

La Declaración sobre el Genoma Humano comienza con una especificación de la prohibición de toda forma de discriminación establecida en el artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Así como en aquella se decía que no cabe discriminación alguna por razón de la raza, del sexo, de la religión o de la opinión política, la Declaración afirma que tampoco se puede aceptar la discriminación por razón de las características genéticas (arts. 2 y 6).

Se reconoce también el derecho al consentimiento informado tanto en el campo de la asistencia clínica (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación) como en el de la investigación (art. 5). Se especifica que la investigación en personas que no puedan consentir sólo podrá dirigirse al beneficio directo de las mismas. Únicamente se acepta como excepción la investigación en esas personas cuando el riesgo y la molestia para ellas sean mínimos y los resultados de la investigación vayan a beneficiar a personas pertenecientes a su mismo grupo de edad o con las mismas condiciones genéticas.

Se reconoce el derecho tanto a saber como a renunciar a saber los resultados de un examen genético (art. 5) y el derecho a la confidencialidad de los datos genéticos asociados con una persona identificable (art. 7). En la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, a la que me referiré a continuación, se concretan las exigencias de ese derecho. Por último, el art. 12 proclama el derecho a beneficiarse de los progresos conseguidos en el campo del genoma humano. A diferencia de los otros derechos, que tienen una aplicabilidad inmediata, en este caso se trataría más bien de un principio orientador de la actividad del Estado.

Junto a los derechos que protegen a las personas con relación a los exámenes o intervenciones genéticas, la Declaración también proclama la libertad de investigación en el campo del genoma humano (art. 12). Ahora bien, ese derecho tiene algunas limitaciones expresamente mencionadas en la Declaración: impone especiales responsabilidades tanto en la realización de las investigaciones como en la presentación y utilización de sus resultados (art. 13); exige que se tengan en cuenta las consecuencias éticas, legales, sociales y económicas de dichas investigaciones (art. 14); y prohíbe que los resultados puedan utilizarse con fines no pacíficos (art. 15).

Junto a los derechos, la Declaración proclama los siguientes principios orientadores de la actuación de los Estados:

- El genoma humano en estado natural no debe dar lugar a beneficios pecuniarios (art. 4). Después de que tanto los Estados Unidos como



la Unión Europea admitieran la patentabilidad de las secuencias del genoma en formas distintas de la natural (5), y aunque había una fuerte presión en el seno del CIB para que no se admitieran esas patentes, finalmente la Declaración claudicó ante esas posiciones (6). Sin embargo, el Comité Internacional de Bioética (CIB) volvió sobre esta cuestión en 2001, en una recomendación dirigida al Secretario General de la UNESCO “sobre la patentabilidad del genoma humano”. En ella se afirma que “tanto los gobiernos como las organizaciones no gubernamentales han expresado la preocupación de que las patentes sobre el genoma humano inhiban la investigación genética y, sobre todo, den lugar a monopolios en esta nueva e importante área de conocimiento científico. Se teme que se llegue a privar a muchas personas de todo el mundo de los beneficios de terapias cuyo desarrollo se basa en el conocimiento del genoma humano”. A la vista de esas razones, el CIB propone excluir el genoma humano de las patentes y que la Organización Mundial del Comercio deje claro que el genoma humano no es patentable porque atenta contra el orden público, la moral y la protección de la vida y la salud humanas (7).

- Se obliga a la reparación de los daños causados por una intervención en el genoma humano (art. 8).
- Se prohíben aquellas prácticas relacionadas con el genoma humano que sean contrarias a los derechos humanos y a la dignidad humana (arts. 10 y 11). Como ejemplo de las mismas se menciona “la clonación con fines de reproducción de seres humanos”. Resulta chocante que un texto normativo ponga ejemplos; y, más aún, que lo haga en términos ambiguos, de modo que no se sabe si lo que se prohíbe es la clonación de seres humanos o sólo aquella que dé lugar o vaya dirigida al nacimiento de los mismos.
- La Declaración contiene una serie de peticiones a los Estados para que creen comités de ética independientes, pluridisciplinares y pluralistas (art. 16); fomenten la educación en bioética y el debate abierto en la opinión pública (arts. 20 y 21); favorezcan la solidaridad con quienes sufren enfermedades genéticas (art. 17) y la cooperación internacional (arts. 18 y 19); y garanticen el respeto de los principios de la declaración (art. 22).

Como ya he dicho, la declaración no supone novedad alguna respecto a los derechos y principios que venían reconociéndose en el campo de la biomedicina por parte de los Estados que mayor preocupación han mostrado por esta materia. La novedad consiste en verlos plasmados en un único texto de vigencia universal que, no siendo vinculante para los Estados, constituye un eficaz estímulo para que todos los Estados garanticen los derechos y tengan en consideración los principios de la Declaración.

1.2. La Declaración Internacional sobre Datos Genéticos Humanos.

Aprobada en la 32ª Asamblea General de la UNESCO en octubre de 2003, esta declaración se centra en establecer los principios con arreglo a los cuales se deberán recolectar, tratar, utilizar y conservar los datos genéticos, los datos proteómicos y las muestras biológicas humanas de las que esos datos provengan. Esos principios están explícita o implícitamente contenidos en la Declaración Universal y aspiran a proteger la dignidad humana y los derechos humanos en el desarrollo de estas actividades. Además del principio de protección de la dignidad humana que, como sucede en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano, es la base de todos los demás, se proclaman los siguientes principios o derechos: el principio de no discriminación en el uso de los datos genéticos (art. 7); el principio del consentimiento informado en la recolección y utilización de esos datos (art. 8 y 9); el derecho a ser o no informado sobre los resultados de las investigaciones en estas materias (art. 10); el derecho al asesoramiento genético (art. 11); el derecho al acceso a los propios datos genéticos (art. 13); el derecho a la confidencialidad y privacidad en el manejo de esos datos (art. 14); el principio de cooperación médica y científica internacional y el acceso equitativo a los datos genéticos (art. 18); y el deber de los Estados de poner en práctica estos principios y promover la formación ética de los ciudadanos en este terreno (arts. 23 y 24).

Esta segunda Declaración de la UNESCO tiene una estructura muy semejante a la anterior, constando de 27 artículos repartidos en seis apartados. Sin embargo, se advierte una importante diferencia desde el punto de vista de la calidad normativa. Así como la Declaración Universal sobre el Genoma Humano resultaba ambigua e incluso confusa en algunos de las cuestiones abordadas, la Declaración sobre Datos Genéticos logra ser mucho más precisa por dos razones: porque establece en el art. 2, justo después referirse al objetivo y alcance de la misma, la definición de los términos empleados, y porque precisa



mejor que la anterior cuál es la materia objeto de regulación y el alcance de sus preceptos.

1.3. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

En junio de 2005 el Comité Internacional de Bioética aprobó un borrador definitivo de Declaración, que vino precedido de cuatro borradores anteriores. La Asamblea General de la UNESCO aprobó ese texto en octubre de 2005, dentro de su 33^a Asamblea General (8).

Como cabía esperar, mantiene su continuidad tanto en la forma como en el fondo con relación a las dos Declaraciones a las que nos hemos referido. En este caso, consta de un extenso preámbulo y de veintiocho artículos organizados en los siguientes cinco apartados: Disposiciones generales (arts.1-2), Principios (arts. 3-17), Aplicación de los principios (arts. 18-21), Promoción de la Declaración (arts. 22-25), y Disposiciones finales (arts. 26-28). El núcleo de la Declaración, tanto por la extensión como por el contenido, se encuentra en el segundo apartado.

La razón de ser del documento es, como en las dos anteriores declaraciones sobre cuestiones bioéticas aprobadas por la UNESCO, la salvaguardia de la dignidad del ser humano y los derechos humanos. Pero la referencia al concepto de dignidad no tiene la frecuencia y contundencia de aquellos documentos.

Disposiciones generales. El art. 1, sobre el alcance de la Declaración, expresa su voluntad de orientar no sólo la actividad de los Estados en esta materia sino también la de todos los agentes implicados en la biomedicina. En el borrador anterior al definitivo se contenía una definición de bioética. Por la dificultad de llegar a un acuerdo en la definición de un concepto tan complejo, finalmente se optó por no dar ninguna.

El art. 2 recoge los objetivos de la Declaración. El primero de todos es “promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales...”. La referencia a la vida de los seres humanos se incluyó en el último borrador y fue, como no podía ser de otro modo, objeto de controversia. Inmediatamente Japón y Bélgica indicaron que esa mención debía interpretarse en el sentido de vida después del nacimiento. El término puede interpretarse en ese sentido pero también en el sentido de incluir la vida humana desde la concepción.

Otro de los objetivos habla de un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a los adelantos en medicina, ciencia y tecnología,

prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo. Aunque se consideró la posibilidad de hacer una mención a la propiedad intelectual, se renunció al entenderse que esta materia era competencia de otros organismos internacionales. Es una pena que no se haya comprendido, o no se haya querido comprender, que los mecanismos de protección de la propiedad intelectual tienen una enorme relevancia ética y que, en consecuencia, se podía y debería haber hecho referencia a ellos en este texto.

Principios. El art. 3 contiene el primero de los principios de la declaración que lleva como título: sobre la dignidad humana y los derechos humanos. En él se afirma que se “deberán respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales”. En continuidad con todos los textos normativos internacionales sobre derechos humanos y bioética, la dignidad humana aparece como la piedra angular sobre la que se construye todo el edificio bioético. El problema reside en la diversidad de criterios existentes a la hora de interpretar este concepto. Sobre esta cuestión volveré al comentar el Convenio de Oviedo. En el apartado 2º de este artículo se recoge el principio de primacía del ser humano sobre los intereses de la ciencia y la sociedad en idénticos términos a como lo hizo el Convenio de Oviedo en su art. 2.

El art. 4, rotulado “Beneficios y efectos nocivos”, viene a ser la expresión de los principios de beneficencia y no maleficencia. De alguna manera, esta declaración consagra los cuatro principios de la bioética de Beauchamp y Childress (9) pues, junto a la mención de dos de ellos en este artículo, se recogen los otros dos en los siguientes artículos. Ahora bien, la proclamación de estos principios no quiere decir, como se deduce a primera lectura de la Declaración, que sean los únicos principios de la bioética. Y, lo más importante, su mención no resuelve el problema principal que suscitan los principios de la bioética (como también los demás consagrados en la Declaración), que es el de su interpretación.

Concretamente, los artículos 5 a 7 se ocupan del principio de autonomía (art. 5) y de una de sus manifestaciones más relevantes: el consentimiento informado. Este consentimiento se exige tanto para las intervenciones médicas como para las investigaciones (art. 6). Se presta especial atención a los sujetos que no tienen capacidad de consentir (art.7). En estos casos, se exige que la autorización para intervenir en ellos se haga en el mejor interés del afectado y procurando, en la medida de lo posible, implicarle en el proceso de adopción



del consentimiento. Cuando se trate de investigar con estas personas, siempre se buscará su beneficio directo. Y sólo se podrán desarrollar investigaciones que no procuren esos beneficios de modo excepcional y siempre que, además de las condiciones exigidas con carácter general, se trate de investigaciones que supongan un riesgo y una carga mínima, vayan a beneficiar a otras personas de análogas características, y se desarrollen de acuerdo con los derechos humanos. También en este punto la coincidencia es total con lo que ya dispuso el Convenio de Oviedo.

El art. 8, titulado “Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal”, afirma que los individuos y grupos especialmente vulnerables deberán ser protegidos y se deberá respetar la integridad personal de dichos individuos”. Se trata de una afortunada referencia, que obliga a concretar las garantías de respeto y tutela universales a los individuos según sus circunstancias. Este principio se enfrenta a dos importantes problemas: la disparidad de criterios a la hora de determinar quiénes integran la categoría de individuos vulnerables (por ejemplo, los embriones preimplantatorios, los fetos, los neonatos, los enfermos en estado vegetativo persistente son considerados por algunos como individuos vulnerables mientras que otros no los consideran en absoluto así), y la dificultad para hacerlo efectivo.

El art. 9 se refiere al respeto a la privacidad y la confidencialidad. Tiene un contenido más amplio que el correlativo del Convenio de Oviedo ya que este último no mencionaba expresamente el deber de confidencialidad, y hablaba de informaciones relativas a la salud, mientras que la art. 9 habla de la información relativa a la persona y no sólo las de su salud. Sin embargo, no se hace referencia alguna al llamado derecho a no saber, ni a las posibles restricciones a la información en beneficio del paciente, incluidas en el Convenio de Oviedo.

Los arts. 10 y 11 tratan respectivamente de la “Igualdad, justicia y equidad” y de “no discriminación y no estigmatización”. Comparece así en la Declaración el cuarto de los principios de la bioética que quedaba: el principio de justicia. De nuevo aquí, el problema es el interpretativo: por ejemplo, ¿se incluye en este artículo el derecho de todos los seres humanos a una atención sanitaria razonable? Probablemente no se habría aprobado si así lo pensaran los Estados.

A continuación se incluyen una serie de principios que podríamos calificar de novedosos, porque la mayoría de ellos no habían sido incluidos ni en el Convenio de Oviedo ni en las demás normas internacionales sobre bioética

aprobadas hasta entonces. El art. 12 se refiere al respeto a la diversidad cultural y al pluralismo, y lo hace en unos términos ponderados por cuanto que, si bien reconoce la riqueza de las culturas, deja claro que éstas nunca se pueden invocar para justificar acciones contrarias a los derechos humanos. Ahora bien, no se dice nada con respecto a la *lex artis* de la medicina: ¿está o no por encima de las formas culturales?

El art. 13, que trata sobre la solidaridad y la cooperación internacional, no aporta nada. Esa proclamación biensonante tenía que haberse complementado con una referencia al deber de cooperación científica entre países ricos y pobres. No habría sido más que continuar en la línea de la Declaración sobre el Genoma Humano, que es mucho más exhaustiva en este aspecto (como se pone de manifiesto en su art. 18 y en todo el epígrafe E sobre “Solidaridad y cooperación internacional”).

El art. 14, bajo el rótulo “Responsabilidad social y salud”, contiene una de las referencias más importantes y novedosas de la Declaración. Merece una valoración positiva por tres motivos: porque consagra una fórmula sobre el derecho a la salud que ha permitido lograr la aprobación de países tradicionalmente reticentes al reconocimiento de los derechos sociales; porque centra la atención no sólo en la asistencia médica sino en todas las políticas sociales que es necesario llevar a cabo para garantizar unas condiciones de salud pública (alimentación y agua potable, lucha contra la exclusión, la pobreza y el analfabetismo, mejora del medio ambiente); y porque, a pesar del empeño de algunos delegaciones por incluir una referencia a los controvertidos derechos reproductivos, finalmente se optó por omitirla y hablar únicamente del deber de prestar especial atención a la salud de las mujeres y los niños. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), organizadas ambas por Naciones Unidas, se acuñó el término “derechos reproductivos” con una connotación que fue objeto de gran controversia, pues parecía incluir el aborto entre esos derechos. En la medida en que se trata de un término que suscita más división que acuerdo, parece razonable que se optara por una fórmula en la que se afirme la prioridad de atender las necesidades de salud de mujeres y niños, y se eludan términos que incrementan la controversia.

Dos aspectos negativos destacan en este artículo. El primero, el empeño por seguir afirmando que uno de los derechos fundamentales de todos los seres humanos consiste en disfrutar del más alto grado de salud que se pueda alcan-



zar. Aunque la expresión viene del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y del Acta constitucional de la OMS, entiendo que se podía haber aprovechado la oportunidad para dar una redacción más realista a este derecho que, en esos términos, no es más que la consagración de un imposible. El segundo es la ausencia de un sujeto que fomente todas las medidas indicadas para alcanzar un buen estado de salud. Se dice textualmente que “los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar...” esas medidas. La ciencia y la tecnología no tienen responsabilidad, la tienen las personas y los órganos que deciden las políticas.

El art. 15, sobre el aprovechamiento compartido de los beneficios de la investigación y de sus aplicaciones, prácticamente reproduce el art. 19 de la Declaración Internacional sobre Datos Genéticos. La principal diferencia se encuentra en una oportuna indicación acerca de que los beneficios compartidos no constituyan incentivos indebidos para que los individuos participen como sujetos de las investigaciones.

Por fin, los arts. 16 y 17 se ocupan respectivamente de la protección de las futuras generaciones y del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad. Mientras que en borradores anteriores de la Declaración, encontramos planteamientos mucho más ecocéntricos, en los que el ser humano se presentaba como un elemento más de la naturaleza, en el art. 17 se reconoce -como ya se hacía en el Preámbulo- que el ser humano es ciertamente dependiente de la naturaleza pero tiene la capacidad y la responsabilidad de cuidar de la naturaleza, lo que pone de manifiesto su superioridad sobre aquella (10).

La segunda parte, titulada “Aplicación de los principios”, comienza con el art. 18 que se refiere a los principios de integridad, honestidad y transparencia en las toma de decisiones, revisión periódica de las cuestiones bioéticas y promoción del debate público. Esta es la única mención que hace la Declaración a los procesos de revisión y, aunque no se refiere expresamente a la necesidad de someter la Declaración a revisiones periódicas, cabe entender que también ella está afectada por ese principio.

En borradores anteriores de la Declaración cada uno de estos principios constituía un artículo diferente.

El art. 19 es una llamada a promover la creación de comités de bioética, a los que asigna cuatro funciones: evaluar los aspectos éticos de los proyectos de investigación con seres humanos, resolver los problemas éticos suscitados por la práctica clínica, evaluar los avances de las ciencias y las tecnologías en el

campo de la biomedicina así como elaborar orientaciones sobre bioética para los responsables de desarrollar las políticas públicas, y fomentar el debate, la educación y la participación ciudadana en estas cuestiones.

El art. 20 trata sobre la necesidad de la evaluación y gestión de los riesgos en el campo de la medicina y las ciencias y tecnologías conectadas con ella. El tenor del artículo es de una gran indeterminación. En el borrador anterior a la presente Declaración se hacía referencia al principio de precaución, sin utilizar el término pero explicando su contenido. Entiendo que a pesar del recelo que suscita, por temor a que suponga una rémora en el progreso humano más que una protección para la humanidad, el principio de precaución debería haber sido expresamente recogido en la Declaración. Que se puedan cometer abusos, haciendo una aplicación abusiva de un determinado principio, no es razón suficiente para desechar el principio.

El art. 21, sobre las prácticas transnacionales, resulta algo insatisfactorio. Se dice que cuando se lleven a cabo investigaciones transnacionales -en las que no hay coincidencia entre el Estado que financia el proyecto y el Estado en que se lleva a cabo- habrán de desarrollarse de forma ética, respetando los principios de la Declaración, y atendiendo principalmente a las necesidades de los Estados anfitriones de las investigaciones. Pero lo hace en términos suficientemente genéricos como para que no constituyan un compromiso riguroso. En ese mismo artículo se urge para luchar contra el bioterrorismo, y contra el tráfico ilícito de órganos, tejidos y muestras, recursos genéticos, y materiales relacionados con la genética.

Los artículos 22 a 25 se ocupan de la promoción de la Declaración. En primer lugar, se encarga a los Estados que incorporen a sus leyes los principios de la Declaración, que los difundan en la sociedad, y que promuevan la formación en bioética y la creación de comités de bioética, como se dispone en el art. 19. Se encomienda también a la propia UNESCO y a sus comités asesores en cuestiones de bioética la promoción de la Declaración.

El último epígrafe de la Declaración trata de las Disposiciones Finales y era, a mi entender, innecesario por obvio ya que se limita a recoger tres principios del Derecho en general y del Derecho internacional en particular. Se dice que los principios de la Declaración deberán entenderse como interrelacionados y complementarios (art. 26), que las restricciones a los derechos consagrados sólo podrán hacerse por razones de seguridad o salud pública y para garantizar los derechos de los demás (art. 27), y que nada de los dispuesto



en la Declaración podrá utilizarse como justificación para ir en contra de los derechos humanos (art. 28).

La Declaración Universal sobre Derechos Humanos y Bioética merece un juicio positivo en algunos aspectos y negativo en otros. Empecemos por lo positivo. En primer lugar, se ha conseguido aprobar un texto normativo de alcance universal sobre los principios de la bioética que servirá de referencia a todos los Estados del mundo cuando vayan a elaborar leyes y políticas públicas que tengan implicaciones bioéticas. Algunos de esos principios estaban presentes en otros textos internacionales sobre derechos humanos pero apenas habían sido incorporados al ámbito de la bioética internacional: así, por ejemplo, los principios de atención a los individuos y colectivos vulnerables, de respeto a la diversidad cultural, de responsabilidad por el medio ambiente, etc. Además, se ha conseguido aprobar la norma en un tiempo relativamente corto, menos de dos años.

Mi juicio negativo sobre la Declaración Universal sobre Derechos Humanos y Bioética se basa en las siguientes razones. En primer lugar, considero que se ha perdido una buena oportunidad para ofrecer una ordenación bioética que no gire principalmente sobre el principio de autonomía y el consentimiento informado, como viene sucediendo con la bioética dominante en los países occidentales, sino sobre el principio de justicia. Es cierto que la Declaración hace importantes avances en este punto pero todavía resulta llamativo el contraste entre la preferencia y concreción de las garantías de la autonomía del individuo y la vaguedad con que se tratan las exigencias de justicia (11). Es cierto que no es fácil llegar a un acuerdo universal en este punto pero se podría haber presionado mucho más para conseguir que el texto reflejara mejor que la prioridad ética en el campo de la salud a nivel mundial no es tanto combatir los atentados contra la libertad personal que puedan cometerse (afortunadamente se han hecho progresos, aunque tampoco debemos desconocer ni los riesgos posibles ni los atentados que todavía se cometen hoy en día) como garantizar a todos los individuos y sociedades unas condiciones básicas de salud y de atención sanitaria (12).

En segundo lugar, la Declaración no cuenta con mecanismo alguno para conseguir que sus objetivos se lleven a cabo. La ventaja de aprobar una Declaración y no una Convención es la facilidad con la que se logra el asentimiento de los Estados. Pero el inconveniente está en la falta total de medios coactivos para hacerla efectiva. Es cierto que la autoridad moral que llegan a

alcanzar algunas declaraciones les proporciona una enorme influencia sobre los Estados, de modo que éstos no se atreven a legislar si no es respetando los principios de esas declaraciones o, por lo menos, diciendo que los respetan. El caso paradigmático sería la Declaración Universal de Derechos Humanos. Es inconcebible que una Constitución nacional que se apruebe en la actualidad omita la referencia a aquella, salvo en países radicalmente fundamentalistas. Por esta razón, no es mala estrategia la de optar por una Declaración, a cuya aprobación se llega en poco tiempo, más que por un convenio, en el que las reticencias de los Estados a adquirir compromisos vinculantes haría imposible llegar a un acuerdo. Lo que en absoluto se entiende es que se haya renunciado en la Declaración a exigir informes periódicos a los Estados sobre el modo en que estaban trasladando los principios de la Declaración a las leyes y las políticas públicas. Esta exigencia aparecía en borradores anteriores y finalmente se suprimió.

También resulta chocante que la Declaración no contenga norma alguna para asegurar la pervivencia de la misma a lo largo del tiempo. No digo que se incluyera la posibilidad de aprobar protocolos adicionales, lo que es común en los convenios pero impropio de las declaraciones, sino que se contemplara la posibilidad de revisar periódicamente la Declaración. Serviría para adaptar las normas a los continuos avances en biomedicina y para profundizar y avanzar en el consenso. Así lo han establecido algunas normas nacionales (por ej. las leyes francesas sobre bioética) e internacionales (por ej. el Convenio de Oviedo) (13).

En cuarto lugar, la Declaración puede contemplarse como un buen punto de llegada de la normativa internacional en bioética, en la medida en que recoge los principios más consolidados, aquellos sobre los que no existe división de pareceres (por lo menos en su reconocimiento, cosa muy distinta es su interpretación). Ahora bien, pienso que la Declaración ha perdido la oportunidad de convertirse también en un buen punto de partida para el enriquecimiento del discurso bioético. Así, por ejemplo, se podría haber hecho referencia a cuatro aspectos sobre los que ya existe un consenso básico: me refiero al principio de confianza, a los deberes de los pacientes con respecto al cuidado de su salud, al papel de los medios de comunicación en la información y educación en bioética, y a la objeción de conciencia en el campo sanitario.



2. El Consejo de Europa ante los derechos fundamentales y la biomedicina: El Convenio de Oviedo.

Desde 1950 el Consejo de Europa no ha cesado de desarrollar políticas públicas y aprobar instrumentos normativos dirigidos a conseguir una protección integral de los derechos humanos en todos los ámbitos de la actividad humana. Por ello, también fue pionero en la tutela de los derechos humanos en el campo de la biomedicina. Su interés por esta materia empezó plasmándose en Recomendaciones de la Asamblea Parlamentaria o del Consejo de Ministros, a partir de 1976. Pero el instrumento normativo fundamental aprobado por el Consejo de Europa en este campo es el Convenio Europeo de Derechos Humanos y Biomedicina de 1996. Como fue abierto a la firma de los Estados en la ciudad de Oviedo en abril de 1997 también recibe el nombre de Convenio de Oviedo.

La principal diferencia entre esta norma y las normas sobre cuestiones bioéticas aprobadas hasta ahora en el seno de la UNESCO reside en su fuerza coactiva: mientras que la primera es un Convenio y, por tanto, resulta vinculante para los Estados que lo ratifican, las otras son simples declaraciones, que no generan más que un compromiso moral para los Estados que las han firmado. Pero también existe otra diferencia: que las Declaraciones de la UNESCO tienen un ámbito de vigencia universal mientras que el Convenio de Oviedo vincula sólo a los Estados miembros del Consejo de Europa que lo vayan ratificando (aunque también contempla la posibilidad de que Estados que no son miembros del Consejo de Europa lo puedan ratificar).

El Convenio de Oviedo es una norma de enorme trascendencia en el camino que conduce a la protección universal de los derechos humanos y la dignidad humana frente a las actividades biomédicas (14). No sólo por los principios que consagra sino porque prevé la posibilidad de regular nuevas materias y, como ya he señalado, que incluso Estados no miembros del Consejo de Europa puedan ratificarlo.

2.1. Los mecanismos que aseguran la continuidad y efectividad del Convenio.

De los catorce capítulos que lo integran, sólo los siete primeros se ocupan de regular materias biomédicas. Los siete restantes contienen normas secundarias, es decir, normas que establecen mecanismos para garantizar la puesta en marcha, la efectividad y la continuidad del Convenio. De esta segunda parte del Convenio destacan los siguientes aspectos:

1.- los medios para garantizar la aplicación del Convenio son escasos y se concretan en los siguientes: los Estados parte garantizarán una protección jurisdiccional adecuada del Convenio (art. 23); los Estados deberán prever sanciones para los casos de incumplimiento de lo dispuesto en el Convenio (art. 25); el Secretario General del Consejo de Europa podrá pedir explicaciones a los Estados acerca de cómo su legislación interna garantiza la aplicación efectiva de las disposiciones del Convenio (art. 30). No se prevé que los individuos puedan reclamar ante Tribunal Europeo de Derechos Humanos por la violación de uno de los derechos reconocidos en el Convenio. El único papel que se encomienda al Tribunal Europeo de Derechos Humanos es el de emitir dictámenes consultivos sobre cuestiones jurídicas relativas a la interpretación del Convenio (art. 29).

El art. 27 declara que ninguna de las disposiciones del Convenio constituye una limitación para que los Estados puedan fijar niveles más altos de protección para los seres humanos frente a la biomedicina en sus legislaciones nacionales. Parece que el Convenio quiera reconocer así que el nivel de protección que se ha sancionado en el mismo no es el deseable sino el posible, el que en su momento estuvieron dispuestos a aceptar todos los países miembros del Consejo de Europa (15). Esta disposición, sin embargo, se ha interpretado muy negativamente por considerar que, con ella, el Convenio está adoptando una inadmisibles actitud de recelo ante la biomedicina, que le lleva a valorar positivamente cualquier restricción a esas actividades (16). Se ha dicho que esta actitud sería más proteccionista que protectora y que podría traer consigo restricciones inadmisibles en las actividades biomédicas, sobre todo, en la investigación. Yo entiendo que, puestos a recelar, en estos momentos tiene más sentido hacerlo de las presiones del complejo científico-biotecnológico, que trata de reducir los “escollos legales” para desarrollar su actividad con menos costes y en menos tiempo, que de las posiciones oscurantistas, que tienen menos influjo social en la actualidad.

2.- El Convenio anima a que los Estados promuevan el debate ciudadano acerca de los avances de la biología y la medicina (art. 28). Al igual que hace la Declaración de la UNESCO de 1997, se insiste en fomentar el debate público en estos campos, con el objeto de crear una opinión pública consciente del impacto de la biomedicina en sus derechos y capaz de elaborar criterios que aseguren su salvaguardia. Lo cierto es que esa tarea educativa, que deberían



impulsar de manera coordinada el Comité Director de Bioética y las comisiones nacionales de bioética de los Estados miembros, está en sus inicios.

3.- Con el doble fin de lograr que el Convenio regule en el futuro otras áreas de la biomedicina relevantes para los derechos humanos y de evitar que se quede obsoleto por el acelerado avance de la biología y la medicina, se prevén tres mecanismos de desarrollo y actualización.

En primer lugar, se dispone la posibilidad de aprobar protocolos adicionales que desarrollen los principios consagrados en el Convenio en ámbitos específicos de la biomedicina (art. 31). El Comité Director de Bioética ha hecho buen uso de esta posibilidad hasta el momento. Desde que se abrió a la firma el Convenio en 1997 ya se han aprobado tres protocolos adicionales: el primero prohibiendo la clonación humana (París, 1998), el segundo regulando el trasplante de órganos y tejidos humanos (Estrasburgo, 2002) y el tercero sobre la investigación biomédica (Estrasburgo, 2005).

En segundo lugar, el Convenio prevé su propia revisión a los cinco años de entrar en vigor y, en lo sucesivo, dentro de los intervalos que determine el CDBI (art. 32.4). Aunque el Convenio entró en vigor en diciembre de 1999, todavía no se ha llevado a cabo su primera revisión. Frente a la idea de que lo ideal es que los textos jurídicos se mantengan inalterables a lo largo del tiempo, nos encontramos con que en el campo de la biomedicina se consolida el principio contrario: las normas jurídicas sobre biomedicina tienden a revisarse periódicamente para que no queden obsoletas ante las continuas novedades que ofrece la investigación científica (17). Los principios fundamentales se mantienen, en principio, inalterados pero las reglas cambian a medida que cambia el escenario de la investigación biomédica.

En tercer lugar, tanto los Estados parte como el Consejo de Ministros del Consejo de Europa pueden proponer enmiendas al Convenio en cualquier momento.

4.- Acabamos de mencionar los medios de que dispone el Convenio para renovarse y ser una norma capaz de dar respuestas justas y precisas a las nuevas posibilidades que brinda la biomedicina. Pero el Convenio no sólo aspira a su continua actualización. También pretende conseguir el mayor número posible de ratificaciones por parte de los Estados. Uno de los medios dispuestos para facilitar las ratificaciones es el de las reservas. Cuando la ley vigente en un

Estado no sea compatible con una disposición específica del Convenio o con lo establecido en uno de sus protocolos, el Estado podrá formular una reserva con respecto a esa disposición. Las reservas sólo pueden presentarse en el momento de la firma o de la ratificación del Convenio. Se exige que esas reservas vayan acompañadas de un breve informe en el que se indique la ley nacional con la que el Convenio o el Protocolo entra en colisión. Lógicamente, no se admiten las reservas de carácter general (art. 36).

5.- El propio Convenio prevé que el Comité de Ministros invite a Estados no miembros del Consejo de Europa a adherirse al Convenio. Para hacerlo, debe recabar previamente la autorización de los Estados miembros. Esta disposición está encaminada a proyectar el Convenio a escala universal pero el camino hasta llegar a esa meta será muy largo.

6.- Tanto el Convenio como los protocolos adicionales que se han venido aprobando hasta el momento siempre han venido acompañados de Informes explicativos. Estos documentos no tienen valor normativo alguno pero resultan muy útiles para conocer el punto de vista de quienes redactaron los textos y, en consecuencia, pueden servir de orientación a la hora de interpretar y aplicar la norma.

7.- El artículo 26 del Convenio establece una serie de derechos que, por ninguna razón, pueden ser restringidos por los Estados. Ese “contenido mínimo del derecho bioético europeo” (14) incluye la mayoría de los derechos contemplados en los capítulos IV, V, VI y VII del Convenio, que tratan respectivamente sobre el Genoma Humano, la investigación biomédica, la extracción de órganos y tejidos de donantes vivos, y la prohibición del lucro con el cuerpo humano. En aquellas cuestiones en las que el Convenio no establece una prohibición inexorable o unas condiciones que necesariamente se deban cumplir, se permite a los estados fijar aquellas restricciones “que, previstas por la ley, constituyan medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad pública, la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas” (art. 26). Así, por ejemplo, se permite establecer restricciones en el consentimiento informado por alguna de las razones mencionadas.



Como puede suponerse, la línea trazada para separar las materias en las que se puede y no se puede establecer restricciones desde los Estados sometidos al Convenio es objeto de discusión; tanto por quienes defienden que los Estados deberían tener un margen mayor de discrecionalidad, como por quienes entienden que habría que ampliar aún más ese núcleo no disponible por los Estados.

2.2. Principios y derechos consagrados en el Convenio de Oviedo.

El Convenio de Oviedo es importante no sólo por ser una norma que resulta vinculante para los Estados que la ratifican y porque consagra unos principios y derechos en el campo de la biomedicina que buscan salvaguardar la dignidad del ser humano ante esas actividades. También lo es porque, como acabamos de ver, se atribuye a sí mismo una proyección universal y se dota de los mecanismos que aseguran su pervivencia, desarrollo y adaptación a los nuevos desarrollos que se vayan dando en el campo biomédico.

Vamos a detenernos ahora en los principios y derechos proclamados por el Convenio. Si los comparamos con los fijados por la Declaración de la UNESCO, que es coetánea al Convenio, veremos que la coincidencia es total. La dignidad humana es la clave de bóveda que sustenta el edificio de los derechos humanos. Se reconocen los principios de supremacía del individuo sobre la utilidad científica y social, de no discriminación, y de protección de las personas que carecen de capacidad para consentir. También se proclaman los derechos al consentimiento informado, a recibir y a negarse a recibir la información, a la confidencialidad y la intimidad, y a la libertad científica. Las diferencias entre el Convenio y la Declaración se encuentran en el mayor detalle y rigor con que están formulados los principios y los derechos en el Convenio, y en el carácter de Derecho directamente aplicable que tiene el Convenio para los Estados que lo ratifiquen.

Los siete primeros capítulos del Convenio, que son los que contienen los principios y derechos a los que debe someterse la actividad biomédica, son:

- 1.- Disposiciones generales.
- 2.- Consentimiento.
- 3.- Vida privada y derecho a la información.
- 4.- Genoma humano.
- 5.- Investigación científica.
- 6.- Extracción de órganos y de tejidos de donantes vivos para trasplantes.
- 7.- Prohibición del lucro y utilización de una parte del cuerpo humano.

A la vista de esta enumeración, se echarán de menos referencias a cuestiones como el aborto, la eutanasia, la clonación, el estatuto del embrión, la limitación del esfuerzo terapéutico, etc. Ello es debido, al menos, a tres causas. En primer lugar, a que algunas de estas materias no se contemplaban como problemas reales en el momento de aprobarse el Convenio. Es el caso de la clonación, que fue posteriormente prohibida por el primer protocolo adicional al Convenio. En segundo lugar, a que algunas otras de esas materias son objeto de tanta discrepancia entre los Estados que no habría sido posible conseguir a corto plazo un acuerdo sobre su regulación a nivel internacional (es el caso del aborto o de la eutanasia). En tercer lugar, a que hay materias que exigen una regulación muy pormenorizada que no podía incluirse en un texto de carácter general, como es el Convenio, y que serán atendidas paulatinamente por medio de Protocolos Adicionales o de Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa.

Los aspectos más señalados del contenido del Convenio son:

1.- La finalidad del Convenio es la salvaguardia de la dignidad humana, que es fundamento de los derechos humanos y, por tanto, también de los consagrados en el Convenio. La dignidad humana está presente ya en el primer texto normativo internacional sobre derechos humanos, la Declaración Universal de Derechos Humanos, y suele ser invocado en todas las normas internacionales relativas a los derechos humanos. También en el ámbito del Derecho estatal, muchas Constituciones aprobadas después de la II Guerra Mundial invocan la dignidad humana como fundamento del orden político y jurídico, y/o como derecho de la persona. La primera que lo hizo, y que sirvió de modelo a las demás, es la Ley Fundamental de Bonn de 1949.

Es indudable que el término dignidad ha sido objeto de diversos usos e interpretaciones. Esa diversidad, unida a los abusos de que ha sido objeto, ha llevado a cuestionar la validez del mismo. Se ha llegado a decir que el concepto dignidad no contiene sino una vaga referencia a otras nociones más precisas -como el respeto a la persona o a su autonomía- o un simple eslogan que no aporta nada (18), concluyendo así que “la dignidad es un concepto inútil en ética médica y puede ser eliminado sin pérdida de contenido” (18, p. 1420).

Es indudable que el término dignidad humana tiene una gran fuerza persuasiva y eso lo convierte en un instrumento eficaz para oponerse a determinadas



prácticas sin necesidad de dar más justificación que la de ser contrarias a la dignidad. Pero esos abusos no deben llevar a pensar que la dignidad es siempre un eslogan. Tampoco se puede pensar que la dignidad se identifique con el respeto a la persona, si por respeto a la persona entendemos exclusivamente respeto a su autonomía o protección de aquellas personas que carecen de capacidad para decidir autónomamente, como entendía el Informe Belmont.

Andorno ha propuesto un concepto de dignidad, que desvirtúa la tesis de Macklin, según el cual la dignidad tiene dos significados. En su significado básico, la dignidad se identifica con el valor intrínseco de todo ser humano, cuya consecuencia práctica es que todo ser humano debe ser tratado como un fin y nunca sólo como un medio. En su significado amplio, la dignidad abarca a la humanidad en su conjunto, tanto a la generación presente como a las futuras. Se entiende que el valor intrínseco que cada ser humano lo posee también, de un modo derivado, el conjunto integrado por todos los seres humanos (la humanidad). Este concepto amplio de dignidad abarca tanto la conservación de unas condiciones ambientales sostenibles como la protección de la identidad e integridad de la especie humana (19).

El primer objetivo del Convenio de Oviedo es proteger “al ser humano en su dignidad y su identidad” (art. 1) y cuando el Informe Explicativo al Convenio comenta este artículo dice: “Se reconoce la existencia de un principio aceptado universalmente según el cual la dignidad humana y la identidad del ser humano deben respetarse tan pronto como la vida comienza”. Queda claro que el Convenio no identifica dignidad con autonomía y que el ser humano no autónomo por no nacido (que en algunos ordenamientos jurídicos no tiene reconocida la condición de persona y sobre la cual no se pronuncia el propio Convenio) también debe ser tratado con dignidad.

2.- El Capítulo primero, además de establecer el objeto y finalidad del Convenio, incluye tres referencias de mucha trascendencia. En primer lugar, reconoce la primacía del ser humano sobre los intereses de la sociedad o de la ciencia (art. 2). En segundo lugar, proclama el derecho de acceso equitativo a una asistencia sanitaria de calidad (art. 3). Como se señala en el Informe Explicativo, más que un derecho inmediatamente ejercitable por los individuos ante los tribunales, es un criterio que debe informar la política sanitaria de los Estados. Por último, se reconoce el carácter vinculante de las normas y obligaciones profesionales (art. 4) que los profesionales de la salud han ido elaboran-

do a lo largo de los siglos y que, en la actualidad, se hayan mayoritariamente contenidas en códigos deontológicos (20).

3.- El capítulo dedicado al Consentimiento sanciona el principio del consentimiento informado para cualquier intervención en el campo de la sanidad (preventiva, diagnóstica, terapéutica, rehabilitadora, de investigación). Se presta atención a los supuestos en los que este principio deja de aplicarse -las personas incapaces de prestar su consentimiento, las urgencias- y el modo en que se ha de actuar en esos supuestos. Llama la atención que el Convenio no haya incluido entre los supuestos en los que no se debe requerir del consentimiento informado el de la negativa a recibir un tratamiento por razones de salud pública.

El Convenio también reconoce que los deseos expresados con anterioridad a una intervención por un paciente que, en el momento de llevarse a cabo esa intervención, no está en condiciones de expresar su voluntad deberán ser tenidos en consideración. Eso no significa que hayan de ser secundados de forma automática. Así, en aquellos casos en los que los avances de la medicina presenten un panorama sustancialmente distinto del que tenía a la vista el paciente en el momento en que manifestó sus deseos, deberá ser el facultativo quien interprete cuál habría sido la voluntad del paciente en esas nuevas circunstancias.

4.- El Convenio reconoce el derecho a la intimidad y a la información sobre el propio estado de salud. Según lo dispuesto en el Convenio, ese derecho incluye la renuncia del propio interesado a recibir la información. Ese “derecho a no saber” ha sido puesto en entredicho por algún autor (21) por entender que el espíritu ilustrado que debe estar en la base de cualquier regulación de los derechos humanos se sintetiza en el *Saepere Aude* (Atrévete a saber) kantiano y que el derecho a no saber va en contra de ese espíritu. Según Hottois, cabe tolerar que uno no quiera saber pero no considerarlo como un derecho; y, en consecuencia, habría que persuadir a los ciudadanos para que aceptaran recibir la información sobre su estado de salud. Ni que decir tiene que no es ésta la opinión más extendida sino más bien la contraria. Se entiende que renunciar a recibir la información sobre la propia salud no supone abdicar de unas responsabilidades irrenunciables, sino decidirse por una posición tan legítima y responsable como su contraria.

5.- El capítulo dedicado al genoma humano parte del principio de no discriminación por razón de las características genéticas (art. 11), que también



se contempla en el art. 6 de la Declaración sobre el Genoma Humano de la UNESCO. También coincide con la Declaración en su condena de las intervenciones genéticas en la línea germinal, es decir, de aquellas que transmitan una modificación genética no sólo a un sujeto sino a toda su descendencia. Los términos en los que el Convenio prohíbe estas prácticas son mucho más claros e inequívocos que los de la Declaración de la UNESCO. Esta prohibición es uno de los puntos controvertidos del Convenio (22, 23).

Otro punto conflictivo es el que prohíbe la selección del sexo, salvo en aquellos en los que se trate de evitar una enfermedad genética grave ligada al sexo (art. 14). De nuevo aquí, la posición mayoritaria reflejada en el Convenio es contestada por una corriente bioética que defiende la libertad de los progenitores para elegir el sexo de sus hijos, siempre que no altere el equilibrio entre sexos ni se utilice para discriminar a los individuos de un sexo sobre los del otro (24).

Por último, también nos encontramos en este capítulo con una regulación muy restrictiva de los análisis genéticos predictivos. Estos sólo podrán llevarse a cabo cuando tengan una finalidad médica o de investigación médica y siempre que vayan acompañados del oportuno consejo genético. De nuevo en este punto el Convenio opta por la máxima protección al individuo frente al riesgo, en este caso, de abusos por parte de las empresas -que quieran disponer de la información genética de los trabajadores para excluir a los que no tengan determinado perfil genético- o de las compañías de seguros -que quieran imponer a quienes tengan determinadas características genéticas primas extraordinariamente elevadas.

6.- Al regular la investigación científica, el Convenio asume los criterios ya establecidos en la Declaración de Helsinki, elaborada por la Asociación Médica Mundial en 1964 (y revisado por última vez en 2008), fundamentalmente los del consentimiento informado, proporcionalidad entre los riesgos de la investigación y los beneficios que se prevea obtener, rigor de los proyectos científicos, ausencia de alternativa a la investigación con seres humanos, y posibilidad de los sujetos de la investigación de retirarse en cualquier momento de la misma.

Se permite que la investigación pueda realizarse en personas incapaces siempre que vaya dirigida en su beneficio directo, no exista otra alternativa, la persona no rechace el experimento y se cuente con el consentimiento de su representante. El Convenio permite excepcionalmente que la investigación se

pueda realizar en incapaces sin que tenga como objeto su directo beneficio. En ese caso, se exige, además de las condiciones anteriores, que la investigación vaya a beneficiar a personas que se encuentren con semejantes características y que únicamente ocasione un riesgo o inconveniente mínimo en el sujeto de la experimentación. Esta posibilidad fue rechazada por algunos Estados, que consideraron que la persona incapaz nunca podía ser sujeto de una investigación de la que no fuera directo beneficiario.

El otro punto conflictivo en la regulación de la investigación tiene que ver con la experimentación con embriones. El Convenio no la prohíbe siempre que se garantice una protección adecuada al embrión. En todo caso, se prohíbe crear embriones con fines de investigación (sobre esta cuestión, vid. Mi capítulo sobre “El estatuto jurídico del embrión humano”).

7.- La extracción de órganos inter vivos está sujeta a los siguientes criterios: que no exista alternativa, que la finalidad de la extracción sea la curación del receptor, y que el donante haya consentido. Se permite la extracción en caso de personas incapaces para consentir siempre que se cumplan las siguientes condiciones: que no haya mejor alternativa, que la donación sea para preservar la vida del receptor, que el receptor sea un hermano o hermana, que el donante no se oponga y que el objeto de la extracción sea un tejido regenerable.

En esta materia encontramos, hasta el momento, las tres únicas reservas al Convenio presentadas por Turquía, en un sentido, y por Dinamarca y Croacia, en otro. Turquía manifiesta que su legislación nacional prohíbe cualquier extracción de órganos o tejidos en personas incapaces de dar su consentimiento y, por ello, señala que en este punto prevalecerá la ley nacional sobre el Convenio. Por el contrario, Dinamarca y Croacia entienden que el bien que reciben los hijos menores al ver preservada la vida de alguno de sus progenitores es superior al riesgo que supone extraerles algún tejido regenerable y, por ello, su legislación permite que los receptores de tejidos procedentes de menores sean también los padres.

8.- El Convenio establece una prohibición incondicional acerca de la utilización de las partes del cuerpo humano como objeto de lucro (art. 21): un ser humano no puede vender sus órganos o tejidos. Desde luego si se entiende que el principio de respeto a la dignidad se identifica con el puro respeto a la autonomía de la persona no resulta fácil justificar una prohibición así (15).



2.3. Los Protocolos Adicionales al Convenio de Oviedo.

Como se ha dicho, el Convenio sigue creciendo. Los protocolos adicionales que paulatinamente se van aprobando regulan con mayor detalle actividades biomédicas ya mencionadas en el Convenio o bien otras nuevas. De los tres protocolos aprobados hasta el momento, el primero se ocupa de una materia -la clonación- que no aparecía expresamente en el Convenio, mientras que los otros dos desarrollan aspectos ya mencionados en el Convenio: los trasplantes de órganos o tejidos de origen humano, y la investigación biomédica. Los tres protocolos, al igual que se hizo con el Convenio, han venido acompañados de sus respectivos informes explicativos.

a.- Protocolo sobre la clonación. Surge como respuesta ante el nacimiento del primer mamífero por medio de la técnica de transferencia nuclear somática o clonación, a cargo del equipo de Ian Wilmut en 1996. Ante la alarma social que generó el anuncio de la mundialmente famosa oveja Dolly, que llevó a pensar que la técnica pronto podría aplicarse a los seres humanos, el Comité Director de Bioética del Consejo de Europa reaccionó con prontitud elaborando el Protocolo Adicional al Convenio dedicado a prohibir “toda intervención que tenga por finalidad crear un ser humano genéticamente idéntico a otro ser humano vivo o muerto”. Para evitar los problemas de interpretación que podría ocasionar el uso del término clonación en el protocolo, sobre el cual existe diversidad de significados dependiendo del ámbito en el que se utilice, se prefirió explicar el objeto que se pretendía prohibir con este protocolo: la creación de seres humanos genéticamente idénticos a otro. En el mismo texto del protocolo se especifica que se entenderá por ser humano genéticamente idéntico aquel que comparta con otro la misma serie de genes nucleares.

b.- Protocolo sobre el trasplante de órganos y tejidos de origen humano. En el Convenio sólo se hacía una mención parcial a esta materia ya que se hablaba de las donaciones “inter vivos”, mientras que el protocolo trata también de las procedentes de personas fallecidas. Este protocolo consta de 34 artículos agrupados en 11 capítulos. En el primero, titulado “Objetivo y alcance”, enlaza expresamente con el Convenio al afirmarse que las partes en este protocolo “protegerán a toda persona en su dignidad e identidad y le garantizarán, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto al trasplante de órganos y tejidos de

origen humano”. Al elaborar el protocolo se decidió excluir como objeto de regulación lo relativo a la donación de órganos y tejidos procedentes de fetos y embriones humanos (vid. art. 2 del Protocolo Adicional). También quedan fuera de la regulación las donaciones tanto de sangre y sus derivados como de los tejidos y órganos reproductivos.

A lo largo del protocolo se fijan los siguientes principios reguladores de esta actividad: consentimiento informado de los donantes y los receptores; garantía de salud y seguridad en los trasplantes; transparencia en la distribución de los órganos; equidad y solidaridad en el acceso de los pacientes a los servicios de trasplantes; trazabilidad de los tejidos y órganos; confidencialidad; y prohibición del lucro y del tráfico de órganos.

Ante la insuficiencia de órganos para trasplantes, se ha venido planteando en los últimos años, particularmente en el ámbito anglosajón, la posibilidad de recurrir a la retribución económica para incrementar el número de donaciones. El protocolo, confirmando y desarrollando el criterio establecido por el Convenio de prohibición del lucro con relación al cuerpo humano, cierra completamente las puertas a esta posibilidad. No obstante, permite ciertas compensaciones económicas, que no tienen la consideración de ganancia económica, como la derivada del lucro cesante que sufran los donantes vivos por someterse al proceso de extracción o de los daños indebidos sufridos en el proceso.

En una de las cuestiones más nucleares en lo que respecta a las extracciones de órganos y tejidos de personas fallecidas -el consentimiento o la autorización para llevar a cabo la extracción- el Protocolo ha preferido respetar la diversidad de criterios de los Estados miembros del Consejo de Europa más que fijar un criterio uniforme.

c.- Protocolo sobre investigación biomédica. Es el último hasta el momento en ser aprobado por el Consejo de Europa. Este protocolo presenta notables semejanzas formales con respecto al anterior. Tiene una estructura y extensión análoga; en este caso consta de 40 artículos organizados en 12 capítulos. Y, como el anterior, comienza haciendo mención al objeto y finalidad establecidos por el artículo 1 del Convenio de Oviedo. Se excluye del objeto de regulación a los embriones in vitro (art. 2) porque se entendió que los problemas específicos que genera la investigación con ellos merecía una regulación aparte.

El Protocolo reafirma y desarrolla los principios ya consagrados en el Convenio para el desarrollo de cualquier la investigación biomédica, que son



los siguientes: la primacía del ser humano sobre los intereses sociales y de la ciencia; la ausencia de alternativas satisfactorias para llevar a cabo la investigación; la ponderación entre riesgo y beneficio cuando la investigación tiene como objeto beneficiar al sujeto de la misma; la repercusión de un riesgo y una carga aceptables sobre el sujeto de la investigación cuando él no sea beneficiario inmediato de la misma; la valoración del mérito científico de la investigación; el examen de la aceptabilidad ética de la investigación; y el consentimiento informado de los sujetos de la investigación.

El protocolo establece las condiciones bajo las cuales se podrán llevar a cabo investigaciones con personas en situaciones de especial vulnerabilidad: las mujeres embarazadas, las personas que se encuentren en urgencias clínicas, y aquellas que se encuentren privadas de libertad. Lógicamente las personas incapaces de prestar su consentimiento a la investigación constituyen un colectivo particularmente vulnerable. De ellas ya se ocupaba el Convenio y ahora también lo hace el protocolo limitándose a añadir que el potencial beneficio adicional de la investigación nunca podrá servir de justificación para incrementar la carga o el riesgo al que se puede someter a las personas incapaces para consentir (art. 15.2).

El protocolo regula la situación, cada vez más frecuente, de que los patrocinadores o investigadores de un determinado proyecto de investigación estén sujetos a la jurisdicción de un Estado parte del Convenio pero lo lleven a cabo en otro país que no lo sea. Para ese caso, se dispone que las investigaciones deberán ajustarse a los principios establecidos en el protocolo. En el Informe explicativo se señala que, en ocasiones, será imposible cumplir con todas las disposiciones establecidas en el protocolo sencillamente porque en el país en el que se vaya a llevar a cabo la investigación se carezcan de ciertos recursos o condiciones; por eso, más que exigir el cumplimiento de todas las reglas se obliga a ajustarse a los principios.

d.- Protocolo adicional sobre tests genéticos con fines de salud. Es el último de los protocolos adicionales al Convenio abierto a la firma de los Estados hasta el momento. A pesar de que se aprobó en 2008, y de que tan sólo requiere de la ratificación de cinco Estados para su entrada en vigor (como cualquiera de los otros protocolos adicionales) todavía no lo está.

Su estructura es análoga a la de los anteriormente aprobados. Los dos primeros capítulos establecen el alcance y objetivos del protocolo así como unas

provisiones generales (que vienen a reproducir los principios del Convenio directamente relacionados con la materia del protocolo) mientras que los tres últimos se dedican a exigir a los Estados que faciliten información sobre este tipo de tests, a establecer las relaciones del Protocolo con el Convenio así como el mandato de su revisión periódica, y a las cláusulas finales relativas a la firma, ratificación, entrada en vigor, denuncia, etc. Lo más relevante de lo dispuesto en estos capítulos es la exclusión del ámbito de regulación de este protocolo de los tests genéticos realizados en fetos y embriones humanos. Ya se señaló que en el protocolo sobre investigación biomédica también se excluyó las investigaciones con embriones. En ambos casos se pone de manifiesto la dificultad con la que avanza la regulación de los derechos humanos ante la biomedicina. Puesto que se trata de una materia extraordinariamente controvertida, sólo excluyéndola sistemáticamente de los protocolos adicionales al Convenio parece que se puede lograr el consenso entre los Estados. El Comité Director de Bioética del Consejo de Europa creó en 1995 un grupo de trabajo dedicado monográficamente al embrión y feto humano, con la idea de que fuera avanzando en la elaboración de un protocolo sobre la protección debida al embrión humano. Pero lo cierto es que los avances en este campo han sido mínimos.

La regulación específica de la materia objeto del protocolo se encuentra en los capítulos 3 a 8, que tratan de lo siguiente:

- la calidad, utilidad y supervisión de los servicios genéticos;
- la información, el consejo genético y el consentimiento que se debe procurar a las personas que se sometan a los tests genéticos;
- las condiciones bajo las cuales se pueden someter las personas incapaces para dar su consentimiento a estos tests;
- Los requisitos que deben concurrir para que los tests genéticos puedan ser realizados en beneficio de miembros de la familia, y no del sujeto del test, y que pueden darse en personas incapaces para consentir, o cuando el test se realiza sobre muestras de personas imposibles de localizar o muestras de personas difuntas;
- el derecho a la protección de los datos derivados de los tests genéticos y a recibir (o no) información sobre los resultados de dichos tests;
- y las condiciones que deben concurrir para practicar los cribados genéticos.



6. Conclusión.

Tanto a nivel universal como regional encontramos iniciativas normativas dirigidas a regular la actividad biomédica de modo que sea respetuosa con los derechos de la persona. De todas ellas, las promovidas por el Consejo de Europa -en concreto, el Convenio de Oviedo con sus protocolos adicionales- van por delante por lo que respecta a las garantías para proteger los derechos. No obstante, la UNESCO dio un paso de gigante al aprobar un texto que, si bien sólo es una declaración, tiene un alcance universal: la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Para alcanzar el necesario consenso en un tiempo razonable tuvo que renunciar a regular materias específicas, sobre las que resulta imposible un acuerdo mundial a fecha de hoy, y formular algunos de los principios en términos suficientemente ambiguos como para permitir una amplia diversidad de interpretaciones. A pesar de esta limitaciones, ambos textos constituyen las piedras angulares sobre las que está construyendo un Derecho universal de la bioética.

De los principios consagrados en el Convenio de Oviedo, algunos son universalmente aceptados: el primado del individuo sobre la ciencia y la sociedad, el consentimiento informado, la confidencialidad, el respeto a la intimidad. Otros, en cambio, son cuestionados, en mayor o menor medida: la posibilidad de investigar con menores o de extraerles tejidos, aunque sea dentro de unos límites muy rigurosos; la prohibición de las intervenciones genéticas en la línea germinal humana; el derecho a no recibir información sobre el propio estado de salud; el establecimiento de límites en la investigación con embriones humanos; o la afirmación de que la dignidad humana es el fundamento de todos los derechos humanos.

En el ámbito anglosajón, y en particular en los Estados Unidos (donde no se comparten algunos de los principios consagrados por estos textos), no se ha prestado mucha atención al Convenio de Oviedo ni a los esfuerzos normativos desarrollados por la UNESCO; y, cuando se ha hecho, ha sido frecuentemente en tono crítico. En cualquier caso, en el mundo globalizado del presente, las normas de alcance estatal resultan insuficientes para proteger los derechos de la persona en la biomedicina. La única manera de controlar la fuerza del mercado global, que no conoce de derechos sino sólo de competencia y beneficio económico, es la globalización de los derechos a través de normas internacionales como mencionadas.

Referencias bibliográficas:

1. Lenoir N, *UNESCO's Universal Declaration on the human genome and human rights*. Revista de Derecho y Genoma Humano 1998; 9: 141.
2. Andorno R, *Towards an international bioethics law*. Journal International de Bioéthique 2004; 15: 143.
3. Romeo Casabona CM, *El proyecto de Declaración de la UNESCO sobre protección del Genoma Humano: observaciones a una iniciativa necesaria*. Revista de Derecho y Genoma Humano 1995; 2: 161-163.
4. Bergel SD, *Derechos humanos y genética: los principios fundamentales de la Declaración Universal sobre el Genoma y los Derechos Humanos*. Revista de Derecho y Genoma Humano 1998; 9: 37-57.
5. Martín Uranga A, *La protección jurídica de las invenciones biotecnológicas. Especial consideración de su protección penal*. Bilbao-Granada: Cátedra de Derecho y Genoma Humano-Editorial Comares; 2003.
6. Talavera Fernández P, *Patentes sobre genes humanos: entre el Derecho, el mercado y la ética*. Cuadernos de Bioética 2004; 54: 232.
7. Advice of the International Committee of Bioethics on the patentability of the human genome, 14 de septiembre de 2001.
8. Gros Espiell H, Gómez Sánchez Y, *La Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*. Granada: Comares; 2006.
9. Beauchamp T, Childress J, *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York: Oxford University Press; 2008 (6ª ed. revisada).
10. Ballesteros J, *Ecologismo personalista*. Madrid: Tecnos; 1995.
11. O'Neill O, *Public Health or Clinical Ethics: Thinking beyond borders*. Ethics and International Affairs, 2002; 16: 35-46.
12. Benatar RS, Daar AS, Singer PE, *Global Health Ethics: the rationale for mutual caring*. International Affairs. 2003; 79: 107-138.
13. Andorno R, *Hacia un derecho internacional de la bioética*, Revista Electrónica de Estudios Internacionales. 2001; 3: 3-11.
14. Romeo Casabona CM (ed.), *El Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina. Su entrada en el ordenamiento jurídico español*. Bilbao-Granada: Cátedra de Derecho y Genoma Humano-Editorial Comares; 2002.
15. Bellver Capella V, *Pasos hacia una bioética universal. El Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina*. En Romeo Casabona CM (ed.), *El Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina. Su entrada en el ordenamiento jurídico español*. Bilbao-Granada: Cátedra de Derecho y Genoma Humano-Editorial Comares; 2002.



16. Hottois G, *A philosophical and critical analysis of the European Convention of Bioethics*. Journal of Medicine and Philosophy. 2000; 25: 143-154.
17. Romeo Casabona CM, *La relación entre la bioética y el Derecho*. En Romeo Casabona CM (coord.), *Derecho biomédico y Bioética*. Granada: Comares; 1998.
18. Macklin R, *Dignity is a useless concept*. British Medical Journal, 2003; 327: 1419-1420.
19. Andorno R, *Dignity of the person in the light of the International biomedical law*. Medicina e Morale. 2005; 1: 91-105.
20. Nys H, *La Convención Europea de Bioética. Objetivos, principios rectores y posibles limitaciones*. Revista de Derecho y Genoma Humano. 2000; 12: 78-89.
21. Hottois G, *Información y saber genéticos*. Revista de Derecho y Genoma Humano. 1999; 11: 25-53.
22. Mori M, Neri D, *Perils and deficiencies of the European Convention on Human Rights and Biomedicine*. Journal of Philosophy and Medicine. 2001; 26: 327-334.
23. Delkeskamp-Hayes C, *Respecting, protecting, persons, humans, and conceptual muddles in the Bioethics Convention*. Journal of Medicine and Philosophy. 2000; 25: 147-180.
24. The Ethics Committee for Reproductive Medicine, *Sex selection and preimplantation genetic diagnosis*. Fertility and Sterility. 1999; 72: 598.



AUTORES DE LA OBRA

Ángela Aparisi Miralles (Capítulo XIII): Catedrática de Filosofía del Derecho de la Universidad de Navarra. Catedrática de Bioética en la Universidad del Istmo (Guatemala). Magistrada-Juez de la Audiencia Provincial de Valencia desde 1988 a 1997. Directora del Departamento de Filosofía del Derecho de la Facultad de Derecho de la Universidad de Navarra desde 1997 hasta 2010. Autora de 11 monografías sobre Bioética, Derechos Humanos, Género, y Ética profesional.

Justo Aznar (Capítulo XIV): Doctor en Medicina, con Premio Extraordinario, por la Universidad de Navarra. Jefe del Departamento de Biopatología Clínica del Hospital Universitario La Fe de Valencia, desde 1974 hasta su jubilación en julio de 2006. En la actualidad es Director del Instituto de Ciencias de la Vida de la Universidad Católica de Valencia. Ha publicado 507 trabajos de investigación, de ellos alrededor de 300 en revistas del más alto nivel científico. Ha dirigido 20 Tesis Doctorales y 30 capítulos en diversos libros. Miembro de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana.

Rosalía Baena (Capítulo XXII): Profesora Titular de Filología Inglesa en la Universidad de Navarra, donde también colabora con el Máster de Bioética. Su investigación se centra en la narrativa contemporánea, en concreto en las narrativas de enfermedad y discapacidad. Su más reciente publicación es “The Epistemology of Difference: Narrative Emotions in Personal Stories of Disability” (Ashgate). Es colaboradora habitual de la sección de “Relatos y bioética” de Cuadernos de Bioética.

Pilar Barreto Martín (Capítulo XXV): Doctora en Psicología y Catedrática de Psicología Clínica de la Universitat de València. Amplia actividad investigadora en psicología de la salud, especialmente en cáncer y final de vida. Numerosas publicaciones científicas nacionales e internacionales así como dilatada experiencia en formación a personal sanitario en habilidades de comunicación y soporte emocional.

Thomas Baumert (Capítulo XXVI): Profesor de Economía Aplicada en la Universidad Católica de Valencia (UCV). Licenciado en Administración y

Empresas, y en Ciencias Políticas y Sociología. Doctor en Economía (Premio extraordinario) por la Universidad Complutense de Madrid con la mención “Doctor europeus”. En la actualidad es director del Master Universitario en Gestión Sanitaria de la UCV, centro en el que también es co-director del Instituto Universitario de Investigación “Jovellanos”.

Vicente Bellver Capella (Capítulos XI y XV): Profesor Titular de Filosofía del Derecho y Filosofía Política (Universitat de València). Miembro del Consejo Asesor de Bioética de la Comunidad Valenciana. Miembro del Comité de Ética de la Investigación Clínica del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP) y de la Dirección General de Salud Pública de la Generalitat Valenciana. Director del Master en Ética Enfermera de la Universitat de València. Miembro de la Pontificia Academia per la Vita.

Enrique Bonete Perales (Capítulo XXX): Catedrático de Filosofía Moral de la Universidad de Salamanca. Ha ampliado estudios en Estrasburgo, Berlín y en la Universidad de Oxford. Ha publicado diversos libros en torno a cuestiones morales. Entre los más recientes cabe destacar: Éticas en esbozo. De política, felicidad y muerte (2003), ¿Libres para morir. En torno a la Tánato-ética (2004), Ética de la sexualidad (2007), Repensar el fin de la vida. Sentido ético del morir (2007), Ética de la dependencia (2009), Neuroética Práctica (2010).

Juan Manuel Burgos (Capítulo III): Doctor en Ciencias Físicas y en Filosofía. Es experto en antropología y Profesor Titular de la Universidad CEU San Pablo. Imparte clases en diversos masters de Bioética. Es Fundador y Presidente de la Asociación Española de Personalismo y de la Asociación Iberoamericana de Personalismo. Ha sido profesor invitado en numerosas universidades de Europa y América. Sus libros más recientes son Antropología breve (Palabra, 2010), El giro personalista: del qué al quién (Fundación Mounier, 2011) e Introducción al personalismo (Palabra, 2012).

Montserrat Busquets Surribas (Capítulo IX): Enfermera, Máster en Bioética y Derecho y licenciada en Antropología social y cultural. Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Miembro de la Comisión Deontológica del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona,



vocal en el Comité de Bioética de Catalunya, y patrona de la Fundación Victor Grifols. Autora de publicaciones sobre el cuidado, la ética del cuidado y la responsabilidad profesional.

África Camilleri Cuñat (Capítulo XXI): Enfermera con experiencia profesional en UCI, Quirófano, Esterilización, Epidemiología, Unidad de Calidad y diferentes puestos de gestión hospitalaria en el Hospital Universitario La Fe (Valencia) y el Hospital La Ribera (Alzira). Máster en Salud Pública y Epidemiología, 1998, Universidad Valencia. Máster Universitario en Bioética, 2009, Universidad Católica de Valencia. Máster en Dirección y Gestión Sanitaria, 2010, Universidad Católica de Valencia.

María Lourdes Cantero González (Capítulo XXVII): Directora de la Facultad de Enfermería de Cartagena, adscrita a la Universidad de Murcia. Profesora de Habilidades Directivas y Gestión de la Calidad y de Ética, Bioética y Legislación profesional. Doctora en Enfermería por la Universidad Complutense de Madrid. Master en Bioética, Master en Gestión Pública, Master en Investigación en Cuidados. Autora de numerosos artículos referentes a los temas bioéticos y de la monografía: “Formación e identidad enfermera en el franquismo” (2010).

José Luis Cañas Fernández (Capítulo XX): Profesor Titular de Filosofía en la Universidad Complutense de Madrid. Ha publicado once libros, 8 de filosofía y 3 de pedagogía, y 34 artículos en revistas científicas de su especialidad. Ha sido profesor invitado y conferenciante en universidades de Europa, Hispanoamérica y Asia. En la actualidad es Vicepresidente de la Asociación Española de Personalismo y Secretario General de la Asociación Iberoamericana de Personalismo.

Aquilino Cayuela Cayuela (Capítulo II): Licenciado en Teología y Doctor en Filosofía Moral y Política. Profesor Titular de Bioética e Historia de la Filosofía en la Universidad CEU-Cardenal Herrera. Autor de “¿Providencia o destino? Ética y razón universal en Santo Tomás de Aquino” (2008) y editor de cuatro libros de bioética. Ha escrito numerosos artículos sobre ética fundamental y aplicada en revistas científicas.

Javier Cortés de las Heras (Capítulo XXVI): Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación. Asesor técnico docente de la Conselleria de Educación, Formación y Empleo en materia de convivencia escolar, evaluación y calidad educativa. Profesor colaborador de la Universidad Católica de Valencia. Es autor y colaborador de libros y artículos centrados en la metodología de la investigación, evaluación y rendimiento académico.

M^a Ángeles Crespo Sánchez-Cañamares (Capítulos XVII y XVIII): Investigadora predoctoral en la Universidad Católica de Valencia ‘San Vicente Mártir’. Licenciada en Bellas Artes (Universidad Politécnica de Valencia), se especializó en comunicación y nuevas tecnologías a través de distintos masters oficiales en la Universidad CEU Cardenal Herrera. Ha colaborado con el Instituto de Drogas y Conductas Adictivas de la Universidad CEU Cardenal Herrera. Trabaja para el grupo de comunicación Vocento.

José Luis Díaz Cordobés (Capítulo XXV): Doctor en Psicología. Psicólogo de GASMEDI en la Unidad de Cuidados Respiratorios del Hospital Clínico de Valencia. Experiencia investigadora en el ámbito de psicología de la salud que ha cristalizado en diferentes artículos científicos. Experiencia como docente en formación a personal sanitario.

Agustín Domingo Moratalla (Capítulo VI): Profesor de Filosofía Moral y Política en la Universidad de Valencia. Amplió estudios en la Universidad Católica de Lovaina, Fellow en la Cátedra Hoover y el Centro para el Estudio de la Cultura y los Valores (Washington). Vicepresidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Clínico (Valencia). Entre sus últimos trabajos cabe destacar: Calidad educativa y Justicia social (2004), Ética de la Vida familiar (2006), Hábitos de ciudadanía activa (2007), Ética para educadores (2008), Ciudadanía activa y Religión (2011).

Tomás Domingo Moratalla (Capítulo VIII): Profesor de Filosofía Moral en la Facultad de Filosofía (Universidad Complutense de Madrid). Se ha centrado en la reflexión ética desde las aportaciones de la filosofía contemporánea, en especial desde la corriente hermenéutica. Experto en la filosofía de Paul Ricoeur. Preocupado en desarrollar una “bioética hermenéutica”, en el campo de la formación en bioética en clave hermenéutica, cabe destacar su trabajo “Bioética y cine. De la narración a la deliberación” (2011).



Lydia Feito Grande (Capítulo V): Doctora en Filosofía y Letras. Profesora de Bioética y Humanidades Médicas. En la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, donde también es Directora del Seminario de Investigación en Bioética. Vocal del CEAS del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Vocal de la Junta directiva de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Vicepresidenta del Comité de Ética del Instituto de Enfermedades Raras. I.S. Carlos III.

Soledad Giménez Campos (Capítulo XXVI): Investigadora predoctoral en el Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitari i Politènic de la Fe (Valencia). Máster en Bioética por la Universidad Católica de Valencia. Máster en Conocimiento del Proceso Cicatricial y Cura Fisiológica por la Universitat de València. Ha ejercido como docente de la Diplomatura de Enfermería en la Universidad Cardenal Herrera-CEU y en la Universitat de València. Ha desarrollado actividad asistencial en el Croydon University Hospital-NHS (Inglaterra).

Julio Luis Iranzo Navarro-Olivares (Capítulos XVII y XVIII): Licenciado en Farmacia. Titular de Oficina de Farmacia. Doctorando de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

Enrique Jesús Jareño Roglán (Capítulos XVII y XVIII): Doctor en Medicina y Cirugía (Universidad de Valencia). Médico Pediatra de la Agencia Valenciana de Salud en el Centro de Salud de Moncada y en el Hospital Clínico Universitario de Valencia. Profesor del Máster en Bioética de la Universidad Católica de Valencia desde su primera edición.

Francisco León Correa (Capítulo IV): (Capítulo IV): Doctor en Filosofía y Letras (Universidad de Valladolid). Profesor Adjunto Asociado del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Presidente de la Sociedad Chilena de Bioética y de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE). Entre sus últimos libros destacan: Bioética razonada y razonable (2009), Temas de Bioética social (2010), Bioética. Promoción de la dignidad de la vida humana en el ámbito biomédico (2011).

José López Guzmán (Capítulo X): Doctor en Farmacia por la Universidad de Valencia. Vicedecano de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra. Profesor Titular del Departamento de Humanidades Biomédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Director del Máster en Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Presidente de la Asociación Española de Farmacia Social. Académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Farmacia.

Javier M^a. Lluna González (Capítulo XVI): Adjunto del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitari i Politènic La Fe de Valencia. Doctor en Medicina. Especialista en Cirugía Pediátrica. Certificate of Completion of Specialist Training in Paediatric Surgery (European board in Paediatric Surgery). Diplomado en Gestión de Servicios Clínicos. Título de Instructor de cursos de Atención Inicial al Trauma Pediátrico (AITP). Máster en Bioética (Universidad Católica de Valencia).

Ginés Santiago Marco Perles (Capítulo XXIX): Doctor en Filosofía (Universitat de València) y Abogado. Decano de la Facultad de Filosofía, Antropología y Trabajo Social, Universidad Católica de Valencia. Presidente del Comité de Bioética Asistencial del Hospital Doctor Peset (Valencia).

Alfredo Marcos (Capítulos I y XXIII): Catedrático en la Universidad de Valladolid. Ha sido director del Departamento de Filosofía y coordinador del Máster en Lógica y Filosofía de la Ciencia. Ha participado en diversos comités de bioética. Ha publicado más de medio centenar de capítulos y artículos, así como una decena de libros, entre ellos Ciencia y Acción (FCE, México, 2010) y Ética ambiental (Universidad de Valladolid, 2001). Su último libro es Postmodern Aristotle, Cambridge Scholars Publishing, Newcastle, 2012.

Salvador Mérida Donoso (Capítulos XVII y XVIII): Licenciado en Farmacia (Universitat de València), Doctor en Farmacología (Universidad CEU Cardenal Herrera). Titular de Oficina de Farmacia y Profesor de Anatomía y Fisiología en el Departamento de Ciencias Biomédicas de la Universidad CEU Cardenal Herrera. Junto a otros investigadores ha emprendido y desarrollado el grupo de Investigación en Bioética de la Universidad CEU Cardenal Herrera, centrándose en aspectos biosanitarios relacionados con la vulnerabilidad humana en los primeros años de vida.

Isabel Miguel Montoya (Capítulo XXVIII): Grado en Enfermería por la Universidad Católica de Valencia. Trabaja como técnico en el Gabinete del Conseller de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Profesora asociada en la Universidad Cardenal Herrera CEU de Valencia. Máster Universitario en Gestión Sanitaria y Máster Universitario en Bioética por la Universidad Católica de Valencia UCV. Máster en Metodología de Investigación en Ciencia de la Salud por la Universidad de Alcalá de Henares. Ha ocupando puestos como enfermera asistencial, supervisora de enfermería, supervisora de área, adjunta de cuidados y docencia, y subdirectora de enfermería.

Josepha Montón Campos (Capítulo XXVI): Enfermera de Atención Primaria en la Conselleria de Sanitat. Investigadora principal de diversos proyectos aprobados por la Conselleria de Sanitat (Generalitat Valenciana). Bachelor y Master of Science in Nursing, European University, Campus de Barcelona. Ha ejercido como Profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica y Jefe de Estudios en la Escuela Universitaria de Enfermería La Fe.

Josefa M^a Monzón Soriano (Capítulo XXI): Enfermera con experiencia profesional en las áreas asistenciales de Medicina Interna y UCI, y en áreas de gestión. Bachelor of Science in Nursing. European University. Campus de Barcelona, 1996. Curso de Adaptación Pedagógica, Universidad de Valencia. 2003. Máster en Gestión de Servicios de Enfermería. UNED, 2011.

Josefa Palop Muñoz Josefa Palop Muñoz (Capítulo XXVI): Doctora en enfermería por la Universidad Católica de Valencia. Profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica en la Escuela Universitaria de Enfermería La Fe adscrita a la Universitat de València. Grado en Enfermería por la Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València. Master en Bioética y Master en Gestión Sanitaria por la Universidad Católica Valencia. Bachelor y Master of Science in Nursing, European University, Campus de Barcelona.

Luis Miguel Pastor García (Capítulo XII): Catedrático de Biología Celular de la Universidad de Murcia. Licenciado en Filosofía. Vicepresidente de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Presidente de la Sociedad Murciana de Bioética. Editor Jefe de la revista "Cuadernos de Bioética". Miembro de Comité de Ética Asistencial del Hospital Morales Meseguer

(Murcia). Director del Master Oficial de Bioética de la Universidad de Murcia. Autor de dos libros sobre bioética y editor de otros tres.

Francisco Javier Romero Gómez (Capítulos XVII y XVIII): Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia. Vicerrector de Investigación, Desarrollo e Innovación de la Universidad Católica de Valencia ‘San Vicente Mártir’, en la que es Catedrático de Fisiología. Vocal del Consejo Asesor de Bioética de la Generalitat Valenciana, Presidente de la Fundación Sida y Drogas de la Comunidad Valenciana, y vocal de la Fundación para el Estudio, Prevención y Ayuda a la Drogadicción. Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana.

Miguel Ruiz-Canela (Capítulo XXII): Doctor por la Universidad de Navarra y Máster en Salud Pública por la Universidad de Londres. Imparte docencia de Bioética y Salud Pública en la Universidad de Navarra. Ha publicado artículos sobre ética de investigación en revistas como The New England Journal of Medicine, Journal of Medical Ethics, o Cancer Investigation. Ha publicado una monografía sobre ética de la investigación farmacogenómica (premio de la Sociedad Internacional de Bioética-Junta General del Principado de Asturias). Ha sido Visiting Professor en St. Vincent’s Hospital-Manhattan (Nueva York).

Gloria Saavedra Muñoz (Capítulo XXV): Doctora en Psicología. Facultativo especialista en Psicología Clínica del Hospital La Magdalena de Castellón y Profesora Asociada de la Universidad de Valencia. Actividad clínica e investigadora en relación con la atención en situación de enfermedad y final de vida. Participa en diferentes programas de formación a sanitarios.

Javier Sánchez-Caro (Capítulo XIX): Abogado, perteneciente al cuerpo superior de letrados de la Administración de la Seguridad Social, y académico honorario correspondiente de la Real Academia de Medicina Española. En la actualidad dirige la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Es codirector y profesor del Master Internacional de Derecho Sanitario de la Universidad Europea de Madrid. Profesor Asociado de la Escuela Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad).



Juan Carlos Siurana Aparisi (Capítulo VII): Profesor Titular de Filosofía Moral y Director del Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València. Coautor de los libros: *Educación en la justicia* (1998) y *Ética en la investigación* (2004). Y autor de los libros: *Una brújula para la vida moral* (2003); *Voluntades anticipadas* (2005), *La sociedad ética* (2009) y *Los consejos de los filósofos* (2011).

Pedro A. Talavera Fernández (Capítulos XXIV y XXXI): Doctor en Filosofía por la Universidad La Sapienza de Roma (Italia) y doctor en Derecho por la Universitat de València. Profesor Titular de filosofía del Derecho y filosofía política de la Universitat de València. Ha sido profesor Visitante de la Loyola University of Chicago (USA); de la University of Cambridge (UK), de la Universidad Católica de Chile y de la Universidad Gabriel René Moreno de Santa Cruz (Bolivia). Autor de numerosas publicaciones científicas en el campo de la bioética.

Este libro se terminó de imprimir
en la Imprenta Senén de Alicante
(España) el 10 de diciembre de
2013, aniversario de la Declaración
Universal de Derechos Humanos



CECOVA

Consejo de Enfermería de
la Comunidad Valenciana

