



Càtedra UNESCO de Bioètica
de la Universitat de Barcelona



“Estudios de bioética y derecho” María Casado (Coomp.) Ed. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2000.

ISBN: 84-8442-035-3

ESTUDIOS DE BIOÉTICA Y DERECHO

MARÍA CASADO (comp.)

Autores:

MIGUEL ÁNGEL ASENJO
JOSÉ MANUEL BERMUDO
MARÍA CASADO
MIRENTXU CORCOY
FRANCISCO J. CURIÀ
JOSÉ M^a GATELL
ANDREU GARCÍA AZNAR
CARLES HUMET
JOAQUÍN MARTÍNEZ MONTAUTI

VÍCTOR MÉNDEZ BAIGES
NURIA ROSELL Y ANNA SERVETO
JAVIER SÁDABA
JOSEP SANLLEHÍ
RAMÓN VALLS
JOSÉ LUIS VELÁZQUEZ
ANTONI VILÀ
MONTSERRAT VIÑAS

tirant lo blanch

Valencia, 2000

Copyright © 2000

Todos los derechos reservados. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación sin permiso escrito de los autores y del editor.

© MARÍA CASADO (comp.)

© TIRANT LO BLANCH
EDITA: TIRANT LO BLANCH
C/ Artes Gráficas, 14 - 46010 - Valencia
TELEF.: 96/361 00 48 - 50
FAX: 96/369 41 51
Email: tlb@tirant.com
<http://www.tirant.com>
DEPOSITO LEGAL: V - 360 - 2000
I.S.B.N.: 84 - 8442 - 035 - 3
IMPRIME: GUADA LITOGRAFIA, S.L. - PMc

«Los hombres conservan todavía los errores de su niñez, de su país y de su época mucho después de haber reconocido todas las verdades que son necesarias para destruirlos»

Jean-Antoine-Nicolas Caritat, Marqués de Condorcet
*Esquisse d'un tableau historique
des progrès de l'esprit humain, 1795*

Índice

Nota preliminar	11
Nota sobre los autores	17

LA BIOÉTICA COMO REFLEXIÓN ETICO-JURÍDICA: UN PUNTO DE VISTA LAICO

MARÍA CASADO: «Hacia una concepción flexible de la bioética»	21
JAVIER SÁDABA: «La necesidad de la bioética. Repensar el sujeto»	35
VÍCTOR MÉNDEZ BAIGES: «Sobre la legislación española en biomedicina»	51
MIRENTXU CORCOY BUDASOLO: «Problemas jurídico-penales de la objeción de conciencia en el ámbito de las actividades sanitarias»	65
JOSEP SANLLEHÍ: «A vueltas con el principio de autonomía»	101
ANNA SERVETO y NURIA ROSELL: «Percepción social de la bioética»	113
JOSÉ MANUEL BERMUDO: «La política, entre la ciencia y la ética»	129

LA INCORPORACIÓN DE LA BIOÉTICA A LA DISCUSIÓN DE PROBLEMAS SANITARIOS

JOAQUÍN MARTÍNEZ MONTAUTI: «Fines de la medicina»	147
CARLOS HUMET: «El ejercicio actual de la medicina. Un punto de vista desde la bioética y la calidad asistencial. La responsabilidad de las instituciones»	157
MIGUEL ÁNGEL ASEÑO: «Cuestiones bioéticas en la economía de la salud y la gestión hospitalaria»	173
ANDREU GARCÍA AZNAR: «Sobre el respeto a la autonomía de los pacientes»	197
JOSÉ M ^º GATELL: «Estado actual del manejo clínico de los pacientes infectados por el VIH-1. Aspectos relacionados con la bioética»	213

MONTSERRAT VINAS PONS: «Aproximación jurídica a la problemática en torno a los profesionales sanitarios susceptibles de transmitir enfermedades contagiosas»	227
FRANCISCO J. CURIÁ CASANOVES: «Bioética y discapacidad»	239
ANTONI VILÀ: «Cuestiones jurídicas en torno a la discapacidad»	255
JOSÉ LUIS VELÁZQUEZ: «Células pluripotenciales y ética»	267

**UN DIÁLOGO CON LOS CLÁSICOS:
APÉNDICE DE TEXTOS COMENTADOS**

RAMÓN VALLS: «Materiales básicos sobre los orígenes de la moral moderna»	285
--	-----

Nota preliminar

El libro que aquí presentamos posee características distintas de las habituales en las obras colectivas, en las cuales suele unificarse formalmente el trabajo de los diversos autores que participan mientras que, frecuentemente, el contenido es una yuxtaposición de textos antes que una obra con unidad interna.

En este caso se ha buscado justamente lo contrario: se ha querido dejar visible la diversidad formal, las distintas maneras de concebir el trabajo intelectual en las distintas profesiones. Entendemos que esta pluralidad constituye una riqueza que pone de manifiesto la primera peculiaridad del trabajo auténticamente interdisciplinar: cada una de las actividades emplea distintas metodologías para realizar su tarea. Esas reglas —auténticas «reglas de la tribu»— pueden ser usadas como factor de exclusión en ocasiones y, siempre, suponen una dificultad añadida para los que vienen de otros universos del conocimiento. En general, resulta difícil asumir usos que nos son ajenos: lo que hacen «los otros» —lo diferente— frecuentemente se juzga peyorativamente, y esto es así en todos los ámbitos: desde el de la alimentación y la cultura, hasta el de la toma de datos o las citas a pie de página.

Si en esta obra nos hemos permitido el lujo de manifestar diversidad formal, es porque consideramos que nuestro texto tiene unidad interna. Desde hace años trabajamos juntos —con diverso grado de dedicación— médicos, juristas, filósofos, genetistas, periodistas, enfermeras, en un grupo que comenzó su andadura hace ya más de seis años en torno al Master de Bioética y Derecho¹, y se ha ido consolidando hasta haber

¹ El Master de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona viene desarrollándose ya por sexto año consecutivo en el Palau de les Heures, Fundació Bosch i Gimpera. Tiene una duración de 330 horas y se imparte a lo largo de dos años académicos por un equipo de profesores interdisciplinar, característica ésta que también se da en la composición del alumnado. Sus objetivos son: proporcionar una visión global e integradora de la Bioética y sus implicaciones jurídicas, conseguir una formación interdisciplinar en el tratamiento de los distintos problemas,

cristalizado hoy en el «Observatori de Bioètica i Dret», Centre Especial de Recerca de la Universitat de Barcelona, instalado en el Parc Científic². Tenemos en nuestro haber una historia de trabajo común³, investigación⁴, organización de encuentros científicos, docencia y publicaciones conjuntas⁵.

contribuir a clarificar el debate en torno a los problemas fundamentales de la Bioética, cuya discusión y decisión pertenece por su propia índole a la sociedad en su conjunto, capacitar para la adopción racional de decisiones en problemas surgidos de los avances científicos y de la alta tecnología, y fomentar el trabajo en equipo entre los distintos profesionales implicados. Está dirigido a: profesionales sanitarios, juristas, profesores de filosofía y humanidades, periodistas, sociólogos, psicólogos, pedagogos, otros licenciados o diplomados. Su programa abarca: una Parte General: La Bioética. Bases para una ética práctica. Los Derechos Humanos. Introducción al Derecho. El marco que suministra el derecho positivo. Bioética y sanidad. Los Comités de Bioética. La economía de la salud y la Bioética. Y una Parte Especial: El aborto. La eutanasia. Bioética y genética. Bioética y reproducción asistida. Bioética e investigación. Los trasplantes. Bioética y ecología. La informática. Las personas con discapacidad. Bioética y psiquiatría. Bioética y SIDA. Bioética y toxicodependencia. Desde la cuarta edición se realiza en modalidad presencial y también a distancia.

- ² El Observatori de Bioètica i Dret es un Centro de investigación, prospección y difusión sobre problemas éticos, legales y sociales derivados de la biotecnología y de la biomedicina: generado a partir del Grupo de investigación Bioética y Derecho. También funciona como centro de consulta y documentación y proporciona asesoramiento técnico en problemas éticos, jurídicos y sociales derivados de la biotecnología y de sus aplicaciones biomédicas. Abierto a la sociedad en general, la comunidad universitaria, organismos hospitalarios, medios de comunicación, empresas e instituciones y encargados de promover políticas públicas. Por otra parte el Observatori organiza actividades docentes y divulgativas en los más diversos niveles: conferencias, seminarios, jornadas, congresos y cursos de formación para la comunidad universitaria, hospitales, laboratorios, organismos públicos y privados (incluyendo formación para empresas y entidades). Cuenta con un Grupo de opinión: concebido como un grupo de actuación rápida para la difusión de comunicados y declaraciones sobre temas de actualidad y de debate, en el contexto de la opinión pública.

Las líneas de investigación preferentes son: Intimidad y confidencialidad de los datos genéticos y de las historias clínicas, las repercusiones ético jurídicas de la detección de genes responsables de la enfermedad de Alzheimer, la investigación y donación de embriones y gametos, concepto de Bioética, derechos humanos, objetivos de la medicina, sistemas normativos y Bioética.

- ³ <http://www.ub.es/fildt/bioetica.htm>.

- ⁴ Varios de los autores de este libro son miembros del Proyecto de Investigación PB97-0987: «Derecho y genética: sobre las consecuencias de la identificación de genes asociados a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias seniles», financiado por el Programa Sectorial de Promoción General del Conocimiento del Ministerio de Educación y Cultura, Dirección General de Enseñanza Superior e Investigación

Lo que nos identifica como grupo es el doble entendimiento de que las nuevas biotecnologías presentan implicaciones éticas, jurídicas y sociales que solo pueden ser abordadas desde planteamientos interdisciplinarios, y que su normativización —sea de carácter moral, social o jurídico— requiere previamente información rigurosa sobre los presupuestos fácticos y un debate racional en el que participe la sociedad en su conjunto. Debate social informado que se configura como requisito para que la Bioética no se convierta en una nueva tecnocracia, en una forma de tiranía de «expertos» que toman a su cuidado resolver lo que es atribución de todos decidir.

Nuestra aproximación a las implicaciones de la biotecnología y de sus aplicaciones biomédicas se enmarca en el respeto y la promoción de los Derechos Humanos como límite y como criterio orientador, ya que estos son el mínimo moral y jurídico sobre el que se asienta nuestra convivencia. Dentro del respeto a dicho marco cada uno puede articular libremente sus opciones. Sobre la base del pluralismo en los valores y la lealtad en la confrontación entre los mismos, sabiendo que los valores no son absolutos, que en cada caso concreto deben ser ponderados, y que las propias creencias solo pueden imponerse a los demás mediante la persuasión.

Esta línea de trabajo, pluridisciplinar, pluralista y laica es la que hemos venido sosteniendo en nuestras anteriores publicaciones. El presente libro sigue el camino por ellas abierto y puede decirse que, todos ellos, forman un conjunto de la misma manera que los capítulos del trabajo que ahora presentamos constituyen las piezas que, ensambladas, permiten tener una visión global de los principales problemas de la Bioética en el filo del cambio de milenio.

El itinerario que se ha seguido para ello comienza con una indagación sobre el concepto de Bioética y una propuesta etico-jurídica: tras identificar y aceptar las diferencias entre los diversos planteamientos, es

Científica, investigador principal M. Casado. Así, sus aportaciones se integran en el seno de los trabajos que tienen lugar en el marco de esa investigación, que esperamos vea la luz en breve en una monografía específica.

⁵ Entre otros artículos y publicaciones cabe señalar los siguientes libros: *Los retos de la genética en el siglo XXI: genética y bioética*, ed. UB, 1999. *Bioética, Derecho y Sociedad*, ed. Trotta, Madrid 1998. *Materiales de Bioética y Derecho*. Ed. Cedecs, Barcelona 1996. *La muerte en las Ciencias Sociales*, ed. Gráficas Signo, Barcelona 1995. *La Eutanasia, Aspectos Éticos y Jurídicos*, ed. Reus, Madrid 1994.

preciso acostumbrarnos a vivir en un marco lo suficientemente flexible que permita adoptar soluciones, provisionales, que, evidentemente, no pueden ser satisfactorias para todos, pero que han de buscar aquello que resulta aceptable y permita avanzar en un terreno en el que las unanimidades son no solo imposibles sino incluso sospechosas de estar basadas en el vacío o en la intolerancia (María Casado: «Hacia una concepción flexible de la Bioética»).

La siguiente cuestión que se plantea afecta la necesidad de reflexionar y reconstruir el sujeto mismo de la Bioética. Así se trata de situar la importancia de la Bioética respecto de la Ética y de encontrar las razones del actual auge de nuestra disciplina. Para ello se señala el alcance del hecho de encontrarnos en la frontera de una auténtica recreación de la vida humana y, por otra parte, de las consecuencias de asumir el lugar central de la autonomía en el progreso moral, individual y social (Javier Sádaba: «La necesidad de la bioética. Repensar el sujeto»).

A continuación se analiza la legislación española en biomedicina, no solo en lo que se refiere a qué normas son las que constituyen los pilares básicos de nuestro ordenamiento jurídico en este ámbito, sino también en cuanto al alcance de la filosofía subyacente a las mismas, sus logros y sus carencias (Víctor Méndez: «Sobre la legislación española en biomedicina»). Seguidamente se examina el tratamiento que el derecho otorga al conflicto originado por la divergencia entre el deber moral y el jurídico, tema siempre vivo para la Filosofía y para el Derecho y que adquiere extraordinaria importancia en la reflexión Bioética democrática, ya que el reconocimiento de la objeción de conciencia en sanidad tiene importantes implicaciones para una sociedad pluralista y tolerante (Mirrentxu Corcoy: «La objeción de conciencia en el ámbito de las actividades sanitarias»). Posteriormente, utilizando la libertad del individuo como eje de la reflexión —en la consideración de que la autonomía constituye uno de los grandes principios morales en biomedicina—, se trata sobre las distintas visiones en torno al concepto de libertad (Josep Sanllehí: «A vueltas con el principio de autonomía»).

El análisis sobre el grado de información de la sociedad sobre temas bioéticos y el papel de los medios de comunicación en la formación e información de ciudadanos capaces de participar en este debate son el objeto sobre el que versa el siguiente trabajo (Nuria Rosell y Anna Serveto: «Percepción social de la Bioética»).

Este enfoque, que apela a la participación de los ciudadanos, enlaza con el estudio de la relación que existe entre ciencia y política y de cuales

son las consecuencias de la misma (José Manuel Bermudo «La política entre la Ciencia y la Ética»).

Tras este primer bloque temático más centrado en aspectos conceptuales (que tratan de enmarcar a la Bioética dentro de la reflexión ético-jurídica desde un planteamiento basado en el respeto a los derechos de las personas y a los principios constitucionales como fundamento de la convivencia social), los siguientes capítulos se refieren a discusiones abiertas en el ámbito sanitario y en cuyo análisis la incorporación de la Bioética puede aportar luz y suministrar buenas razones para la toma de decisiones. En este sentido, se propone tomar en consideración otro puntal más a la hora de tratar y enmarcar las cuestiones biosanitarias: el fin mismo de la medicina. Teniendo en cuenta que los tradicionales objetivos de la medicina han sido fuertemente sacudidos por las consecuencias del poder curativo alcanzado en nuestros días, que ha suscitado esperanzas sin límite, gastos sin límite y expectativas insatisfechas que obligan a revisar dichos fines cara al nuevo milenio (Joaquín Martínez Montauti: «Fines de la medicina»). Por otra parte, los importantes cambios acaecidos en la sanidad, la proliferación de grandes hospitales, la medicina de equipo, la despersonalización que la masificación conlleva, comportan la necesidad de incorporar los criterios de exigencia ética en la gestión de las instituciones sanitarias, contemplándolos también desde los parámetros de calidad en el servicio (Carlos Humet «El ejercicio de la medicina. Un punto de vista desde la Bioética y la calidad asistencial. La responsabilidad de las instituciones»). El siguiente trabajo trata de seguir proporcionando parámetros para la reflexión bioética a través de apelar a otro tipo de criterios —que pudiéramos considerar como condicionantes externos—: los requisitos de la eficacia que remiten a la aplicación de criterios de la economía de la salud a la gestión hospitalaria, sustrato que subyace a la toma de decisiones y que constituye un condicionante fáctico que es imprescindible tomar en consideración (Miguel Angel Asenjo: «Cuestiones bioéticas en la economía de la salud y en la gestión hospitalaria»). A continuación se analiza a la cuestión del respeto a la autonomía de las personas en la práctica diaria dentro del mundo sanitario, tema que —junto con la asignación y priorización de los recursos— se constituye en auténtico eje del debate ético-sanitario y de la práctica democrática en la sanidad pública (Andreu García Aznar: «Sobre el respeto a la autonomía de los pacientes»).

Seguidamente se examinan diversas facetas de la incorporación de la Bioética a la reflexión sobre problemas sanitarios concretos: la

confidencialidad, la información, el respeto a las decisiones autónomas, las consecuencias para terceros, el rechazo de tratamientos, las repercusiones laborales de la enfermedad o la discriminación se tratan en relación con el VIH y el sida y también con respecto a las discapacidades. Estos dos casos pueden ser considerados paradigmáticos, y su análisis se realiza desde el doble punto de vista de la realidad de la práctica clínica y del tratamiento jurídico de los problemas (José M^a Gatell: «Estado actual del manejo clínico de los pacientes infectados de VIH-1. Aspectos relacionados con la Bioética», Montserrat Viñas: «Aproximación jurídica a la problemática en torno a los profesionales portadores de enfermedades contagiosas», Francisco J. Curià: «Bioética y discapacidad» en la práctica clínica, y Antoni Vilá: «Cuestiones jurídicas en torno a la discapacidad»).

Este apartado finaliza con el análisis de las implicaciones éticas de la producción y utilización de embriones para la investigación; discusión que enfrenta las posturas que defienden la legitimidad de tales conductas con las que condenan dichas actuaciones y que es hoy central tanto desde el punto de vista ético y jurídico como desde el científico y que reafirma la necesidad de contar con una bioética laica, basada en principios asumibles por todos los integrantes de una sociedad plural y democrática (José Luis Velázquez: «Células pluripotenciales y ética»).

El libro se cierra con un apéndice de utilidad tanto para los estudiosos, como para los que se acercan por primera vez a estas cuestiones. Se trata de una selección de textos de autores clásicos realizada y comentada por Ramón Valls. El diálogo con los clásicos suele ser de por sí fructífero, pero aún lo es más si ese viaje es conducido por alguien que, conociéndolos a fondo, los hace alcanzables y desbroza el camino para que, luego, el interesado pueda adentrarse sólo en esos y en otros autores y textos. El anexo quiere mostrar el origen de la moral moderna y el fenómeno del pluralismo moral, poniendo de manifiesto la necesidad de acudir al Derecho como instrumento de estabilidad social.

MARÍA CASADO
Barcelona, 1999

Nota sobre los autores

MIGUEL ÁNGEL ASENJO: «Cuestiones bioéticas en la economía de la salud y en la gestión hospitalaria»

Director técnico del Hospital Clínico Barcelona. Profesor Titular de Salud Pública Universitat de Barcelona

JOSÉ MANUEL BERMUDO: «Ciencia y política»

Catedrático de Filosofía Moral y Política. Universitat de Barcelona

MARÍA CASADO: «Hacia una concepción flexible de la Bioética»

Directora del «Observatori de Bioètica i Dret» y del Master de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona. Profesora Titular de Filosofía del Derecho. Universitat de Barcelona

MIRENTXU CORCOY: «Problemas jurídico-penales de la objeción de conciencia en el ámbito de las actividades sanitarias»

Catedrática de Derecho Penal. Universidad Pública Navarra. Miembro del Observatori de Bioètica i Dret

FRANCISCO J. CURIÀ: «Bioética y discapacidad»

Médico. Presidente del Comité de Ética del Institut Guttman

ANDREU GARCÍA AZNAR: «Sobre el respeto a la autonomía de los pacientes»

Médico. Adjunto de la Unidad de asistencia Nefrológica del «Centre Hospitalari Unitat Coronaria de Manresa»

JOSÉ M^a GATELL: «Estado actual del manejo clínico de los pacientes infectados de VIH-1. Aspectos relacionados con la bioética»

Jefe de la Sección de enfermedades infecciosas el Hospital Clínic de Barcelona

CARLOS HUMET: «El ejercicio actual de la medicina. Un punto de vista desde la Bioética y la calidad asistencial. La responsabilidad de las instituciones»

Director médico del Hospital de Barcelona, Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

JOAQUÍN MARTÍNEZ MONTAUTI: «**Fines de la medicina**»

Jefe el servicio de medicina interna del Hospital de Barcelona. Miembro del Observatori de Bioètica i Dret

VÍCTOR MÉNDEZ BAIGES: «**Sobre la legislación española en biomedicina**»

Profesor de Filosofía del Derecho de la Universitat de Barcelona. Miembro del Observatori de Bioètica i Dret

NURIA ROSELL y ANNA SERVETO: «**Percepción social de la Bioética**»

Periodista / Enfermera. Masters en Bioética y Derecho

JAVIER SÁDABA: «**La necesidad de la bioética. Repensar el sujeto**»

Catedrático de Ética de la Universidad Autónoma de Madrid. Miembro del Observatori de Bioètica i Dret

JOSEP SANLLEHÍ: «**A vueltas con el principio de autonomía**»

Catedrático de Filosofía IES. Master en Bioética y Derecho

RAMÓN VALLS: «**Apéndice de textos comentados**»

Catedrático de Filosofía de la Universitat de Barcelona. Sindic de Greuges de la Universitat de Barcelona. Miembro del Observatori de Bioètica i Dret

JOSÉ LUIZ VELÁZQUEZ: «**Células pluripotenciales y ética**»

Profesor Titular de Ética. Universidad Autónoma de Madrid

ANTONI VILÀ: «**Cuestiones jurídicas en torno a la discapacidad**»

Profesor de la Escuela de Trabajo Social de la Universitat de Barcelona

MONTSERRAT VINAS: «**Aproximación jurídica a la problemática en torno a los profesionales portadores de enfermedades contagiosas**»

Jefe de la División de normativa del Area Jurídica del Servei Català de la Salut

*La bioética como reflexión
ético-jurídica:
un punto de vista laico*

Hacia una concepción flexible de la bioética

María Casado

El análisis de las repercusiones éticas, jurídicas y sociales de las biotecnologías y de sus aplicaciones biomédicas ocupa un espacio cada vez más amplio no sólo en los medios de comunicación y la opinión pública en general, sino en la reflexión especializada filosófica, jurídica y científica. La capacidad de modificar el entorno y el mismo ser humano que posee hoy la «tecnociencia» ha suscitado miedos y esperanzas que han auspiciado el actual auge de la Bioética¹. Pero la sobreabundancia de expertos, de encuentros, de publicaciones y de declaraciones de los más variados signos no son un sinónimo de calidad en el debate. La Bioética, como es sabido, es una disciplina joven² y sus primeras fases de desarrollo han sido pujantes. Asistimos hoy en nuestro país a un *boom* en cuanto al número de sus manifestaciones, pero aún no ha habido el tiempo suficiente para que la decantación se produzca dejando ver con claridad cuales son las aportaciones y las líneas de trabajo verdaderamente fecundas. La construcción de una Bioética válida para el próximo milenio requiere una profunda clarificación y renovación en las distintas concepciones de la misma que operan en nuestro entorno.

Tras los diversos planteamientos existentes laten distintas concepciones de la libertad, de los derechos y, en definitiva, de la persona. Una de ellas que se encaja dentro de lo que llamó B. Constant³ «de los antiguos» —y que, paradójicamente, es la que aun hoy manifiesta una

¹ Véase G. Hottois *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*, Anthropos, Barcelona, 1989.

² La Bioética aun no tiene área de conocimiento propia; ni tampoco esta incluida en el listado de códigos de especialización de la Unesco. Sobre el origen de la Bioética véase el capítulo a cargo de Javier Sádaba.

³ B.Constant «De la libertad de los antiguos comparada con la libertad de los modernos», *Del espíritu de conquista*, Tecnos, Madrid, 1988.

mayor presencia pública entre nosotros — y otra, la «de los modernos», que asoma poco a poco la cabeza en el debate público —y que, también paradójicamente, se detecta presente en el común sentir de la sociedad civil—. Conviene, ante todo, poner de manifiesto que esas dos diferentes concepciones existen realmente en la práctica, constatando que muchas veces su única coincidencia estriba en las palabras. En el ámbito de la reflexión sobre las implicaciones éticas, jurídicas y sociales de la biotecnología y de la biomedicina usamos frecuentemente los mismos términos para designar contenidos distintos —y a veces contrapuestos—, lo que dificulta sobremanera la claridad del debate y produce la aparente armonía de los acuerdos vacíos. Pero tras hueros consensos sin contenido subyacen rivalidades y luchas de poder y de control ideológico difíciles de imaginar. Si se acepta lo anterior y se ponen de manifiesto las diferencias realmente existentes es preciso dar un paso más y tratar de elaborar una «Bioética flexible», que admita la coexistencia de principios diversos puesto que plurales son los valores en la sociedad en que vivimos⁴.

El pluralismo fáctico, político y social, en que hoy nos hallamos inmersos, se opone a la idea de que exista un único proyecto válido, o de que pueda acaecer una armonía final que permita conjugar todos los distintos proyectos y finalidades de vida propugnados. Esta idea de que existe un solo modelo legítimo de convivencia, o de que en último extremo todos son conciliables, —heredera de la tradición iusnaturalista— sigue presente en el subconsciente colectivo y se hace especialmente evidente en la Bioética. Ello es palmario en los planteamientos confesionales, como es lógico, pero también subyace en gran parte de los que no se muestran como tales pero que comparten la idea de que La Verdad existe —aunque no necesariamente esta sea una verdad revelada— y su conocimiento proporciona, además, criterios morales «naturales»⁵. I. Berlín expresa con claridad la cuestión de fondo:

⁴ Sobre la necesidad de aceptar los desacuerdos y, pese a ello, seguir avanzando puede verse el capítulo I de *Materiales de Bioética y Derecho*, Cedecs, Barcelona, 1996, M. Casado (ed.).

⁵ No es el lugar para detenerse en las ideas de naturaleza y ley natural, que han sido tan ampliamente tratadas en la Filosofía del Derecho y en otras disciplinas. Una información inicial sobre el iusnaturalismo puede encontrarse en mi trabajo «Ética, derecho y deontología profesional», Rev. «*Derecho y salud*», n.º 1, vol. 6, págs. 30 y ss. Sobre la falacia naturalista véase el texto de R. Valls «Ética para la Bioética», en *Bioética, Derecho y Sociedad*. Trotta. Madrid. 1998, M. Casado (ed.).

«Para todo metafísico racionalista, desde Platón a los últimos discípulos de Hegel o de Marx, este abandono de la idea de una armonía final en que se resuelven todos los problemas y se concilian todas las contradicciones es crudo empirismo, una abdicación ante los hechos brutos, una intolerable bancarrota de la razón ante las cosas tal como son, y un fracaso en explicar, justificar y reducir todas las cosas a un sistema, lo cual rechaza la razón con indignación. Pero si no estamos armados con una garantía *a priori* para la proposición de que en alguna parte ha de encontrarse una total armonía de los verdaderos valores —quizá en un ámbito ideal, cuyas características no podemos más que concebir en nuestra condición de finitud—, tenemos que volver a los resortes ordinarios de la observación empírica y del conocimiento ordinario humano. Y estos, desde luego, no dan ninguna garantía para suponer que todas las cosas buenas —o, en este aspecto, también todas las malas— son reconciliables entre sí, ni siquiera para entender que quiere decirse cuando se dice esto. El mundo con que nos encontramos en nuestra experiencia ordinaria es un mundo en el que nos enfrentamos con que tenemos que elegir entre fines igualmente últimos y pretensiones igualmente absolutas, la realización de algunos de los cuales tiene que implicar inevitablemente el sacrificio de los otros»⁶.

La historia nos ha mostrado, además, que después de elaborar un «modelo» suele darse un paso más: el paso de tratar e imponerlo a los demás. Pero ese paso sólo es legítimo si se logra mediante la persuasión, nunca por imposición. Por eso mismo, conviene señalar que nuestro planteamiento —que busca la convivencia de las opciones diversas, aceptando ante todo que lo son— tiene un paralelo útil para la comparación en el análisis de las transformaciones de la vida constitucional en los distintos países europeos: los cambios acaecidos en el concepto de Constitución, a causa de la existencia de grupos sociales con proyectos políticos y sociales diferentes y que han llevado a la propuesta de que la coexistencia se debe desarrollar en el ámbito de un compromiso constitucional «dúctil» y desde una consideración «flexible» del derecho⁷.

Las sociedades pluralistas actuales asignan a la Constitución la tarea de realizar las condiciones de posibilidad de un proyecto de vida en

⁶ I. Berlin «Dos conceptos de libertad», en *Cuatro ensayos sobre la libertad*, ed. Alianza, Madrid, 1998, pags. 275-276. Véase al respecto el capítulo a cargo de Josep Sanllehi.

⁷ La idea de un derecho «flexible» procede de J. Carbonier, quien ya la utilizó en su libro *Droit flexible*, Librairie generale de droit et de jurisprudence, París, 1ª ed. 1969. La noción de «ductilidad» constitucional se toma de la obra de G. Zagrebelsky *El Derecho dúctil*, ed. Trotta, Madrid, 1995.

común, y no ya el de establecer directamente un proyecto concreto. Paralelamente, lo que aquí se propone es la búsqueda de una manera fecunda de tratar los problemas bioéticos que evite las soluciones cerradas, casuísticamente concretas, a cuestiones que, de suyo, son generales y abiertas. Constituye una propuesta en pro de una Bioética flexible que proporcione criterios que permitan conseguir un compromiso en el que puedan tener cabida las diversas maneras de abordar el problema. Esta consideración abierta de los problemas bioéticos asume el pluralismo, de la misma manera que lo hacen las constituciones democráticas, que se conciben como un «compromiso de posibilidades» para la coexistencia de las posibles soluciones y no como un proyecto apriorístico que se deba asumir rígidamente. En este sentido, la Constitución no impone un modelo rígido sino que es un marco de convivencia política — producto del consenso — y que, por ser plural, admite opciones ideológicas diversas.

La coexistencia de valores y principios en que se basa toda sociedad democrática debe ser asumida también en el terreno de la argumentación ético-jurídica aplicada a las biotecnologías y a sus aplicaciones biomédicas. Para ello, cada uno de los valores y principios se concibe no con un carácter absoluto, sino de manera compatible con los demás valores y principios con los que ha de convivir. «Solamente asume carácter absoluto el metavalor que se expresa en el doble imperativo del pluralismo de los valores (en lo tocante el aspecto sustancial) y de la lealtad en su enfrentamiento (en lo referente al aspecto procedimental)»⁸. En este sentido G. Zagrebelsky propugna el establecimiento de un modelo de convivencia dúctil construida sobre el pluralismo y la interdependencia. Este sería un «modelo europeo», enemigo de la imposición por la fuerza — heredero de la experiencia de siglos de guerras⁹ —, y se configuraría como una propuesta política que exige actitudes moderadas, a la vez que constructivas y positivas, y una actitud mental y vital posibilista. Parafraseando la opinión del mencionado autor sobre la dogmática constitucional y substituyendo constitución por bioética: «El único contenido «sólido» que la ciencia de una Bioética pluralista debería

⁸ G. Zagrebelsky op. cit. págs. 14 y 15.

⁹ Sobre las consecuencias de las guerras de religión en nombre de verdades absolutas y la enseñanza de tolerancia que supusieron para Europa, véase F. González Vicen «Sobre el positivismo jurídico» en *Estudios de Filosofía del Derecho*, Universidad de La Laguna, 1979, págs 171-206.

defender rigurosa y decididamente contra las agresiones de sus enemigos es el de la pluralidad de valores y principios»¹⁰, y no el predeterminar rígidamente el modo en que esos valores y principios han de convivir. «Los hombres y los juristas inflexibles y sin matices no se compadecen bien con el tipo de vida individual y social que reclama el estado constitucional de nuestro tiempo. Su presencia además de ser fuente de fragilidad y emotividad, constituye un potencial de asocialidad, agresividad, autoritarismo y, en fin, no solo de inconstitucionalidad, sino también de anticonstitucionalidad»¹¹. Este alegato a favor de la ductilidad, de la flexibilidad, de la razonabilidad, de la prudencia, no lo es a favor del mezquino justo medio, sino de intentar salvaguardar los distintos valores y principios entendiéndolos no como absolutos sino permitiendo que se respeten todos en la medida de lo posible. Como es uso en la jurisprudencia constitucional que, mediante una ponderación de principios, valores y derechos, evita la prevalencia apriorística de cualquiera de ellos, jeraquizándolos sólo en cada caso concreto.

Naturalmente la flexibilidad conlleva un cierto grado de imprevisibilidad, que no es grato para los que desean la certeza absoluta en las decisiones, los que buscan «recetas morales» siguiendo las cuales se sienten cómodamente seguros. Ahora que estamos ya entrando en el S. XXI, parece llegado el momento de dejar los andadores y asumir las decisiones que nos corresponde tomar a nosotros mismos¹².

¹⁰ G. Zagrebelsky op. cit. pag. 17.

¹¹ G. Zagrebelsky op. cit. pag. 18. Nótese que en este párrafo también se puede substituir constitucionalidad por eticidad

¹² Resulta inevitable el volver a citar aquí el famoso texto de I. Kant con el que, de forma programática, ya abrimos otro de nuestros anteriores trabajos conjuntos (*Bioética, Derecho y Sociedad*, op. cit.):

«Ilustración es la salida del ser humano de la minoría de edad de la que el mismo es culpable. Minoría de edad es, en efecto, la incapacidad de servirse del entendimiento propio sin la guía de otro, y esa minoría es culpable cuando su causa no reside en un defecto del entendimiento, sino en la falta de decisión y valentía de servirse de él sin la guía de otro. *Sapere aude* ¡Atrévete a servirte de tu propio entendimiento! He ahí la divisa de la Ilustración. — La pereza y la cobardía son las causas de que una gran parte de los humanos continúe a gusto a lo largo de toda su vida en estado de pupilos, a pesar de que la naturaleza los declaró libres hace ya tiempo de ajena tutela; pereza y cobardía que son la causa de que les sea tan fácil a otros erigirse en tutores. ¡Es tan cómodo ser menor de edad! Tengo un libro que tiene entendimiento por mí, un cura que tiene conciencia moral por mí, un médico que piensa mi dieta por mí, etc., de manera que no tengo de qué preocuparme. No necesito pensar, si puedo pagar; otros tomarán sobre sí esa fastidiosa tarea. Los tutores que tan bondadosamente se han hecho cargo de esta supervisión, cuidan de que la mayor parte de la humanidad juzgue el paso a la

Por otra parte, sin embargo, ciertas corrientes de la Bioética tienden a radicalizar su rigidez y dogmatismo. Si la Bioética nació como reflexión autónoma sobre los problemas de la biotecnología y la biomedicina, pronto las corrientes confesionales adoptaron la nueva palabra y lo que había de ser reflexión no necesariamente teológica fue impregnándose de sus presupuestos dogmáticos más o menos explícitos. Los primeros en movilizarse para suministrar respuestas a los nuevos problemas médicos y biotecnológicos fueron los que provenían del campo religioso¹³; en nuestro país, por ejemplo, fueron sectores de la iglesia católica y así ha sucedido también en otros lugares con diferentes confesiones. Esto ha marcado, como no podía ser menos, el debate y la orientación de las pautas del mismo. Convencidos de que los problemas tienen *una* solución dejan al experto la tarea de encontrarla. Si solo se trata de un problema de «medios» ¡que los que saben busquen *la* solución! Se diría que los problemas morales y políticos pueden ser transformados en problemas técnicos, para la solución de los cuales sí es relevante el conocimiento experto¹⁴. Asistimos así a la proliferación de «recetas de cocina bioética», rígidas, incapaces de asumir el pluralismo como un «compromiso de posibilidades», algunos enarbolan «los cuatro principios de la Bioética» como los nuevos «cuatro jinetes del Apocalipsis». Hay «bioeticistas»¹⁵ empeñados en *resolver* los problemas bioéticos a golpe de principios; mediante fórmulas apriorísticas asumidas rígidamente. Se

emancipación, además de difícil, peligroso. Después de haber atontado a sus animales domésticos y de haber procurado que estas criaturas pacíficas no den un solo paso sin los andadores a los que están sujetos, les muestran el peligro que les amenaza si intentan andar solos. Aunque con un solo ejemplo de caída se les atemoriza y escarmienta, el peligro no es tan grande como les dicen, pues con pocas caídas aprenderían por fin a caminar»

I. Kant, *Respuesta a la pregunta ¿Qué es Ilustración?*
(Fragmento traducido por Ramón Valls).

- ¹³ Véase V. Méndez Baiges, «Las nuevas tecnologías genética y la ética», en *Los retos de la genética en el siglo XXI: genética y bioética*, ed. UB, Barcelona, 1999, M. Casado y R. González Duarte (eds.).
- ¹⁴ Así sucede, por ejemplo, con el tratamiento de los problemas actuales de la medicina. Las respuestas adoptadas han venido siendo fundamentalmente de carácter técnico: convirtiendo las crisis en problemas de gestión y de organización — que requieren soluciones basadas en control de costes o en planificación de la organización de los servicios —, los problemas pasan a ser técnicos y por ello, «necesariamente» resolubles.
- ¹⁵ Hasta el anglicismo con que se autodenominan es deleznable.

dan «remedios»¹⁶. Soluciones mágicas que, de nuevo, evitan pensar y decidir al sujeto implicado que confía en la solución del experto —del técnico en Bioética— en quien ¡otra vez! vuelve a declinarse la propia responsabilidad.

Pero se están produciendo transformaciones en el mundo que abarcan los más diversos aspectos de la vida de los que aún ni siquiera se ha tomado conciencia. Es bien cierto que resulta difícil adquirir el necesario distanciamiento para analizar con la suficiente perspectiva los fenómenos que se están produciendo, pero eso no quita que sea necesario hacerlo. Estas transformaciones afectan a toda la sociedad y es lógico que se reflejen en la evolución de la reflexión bioética. Por ejemplo, la constitucionalización y posterior garantía de los derechos fundamentales ha transformado la naturaleza de la relación entre la política, la ética y el derecho, introduciendo elementos sustanciales que imponen límites y obligaciones también al legislador. La primera repercusión de este hecho ha sido dejar como insuficiente la concepción de las democracias como un conjunto de reglas procedimentales, ya que a las reglas relativas a la forma de tomar decisiones se añaden criterios que condicionan el contenido de estas decisiones. Dicho de otra forma, introducir la defensa de los derechos humanos en las constituciones supone otorgarles la garantía constitucional y ello implica que condicionan doblemente: respecto a lo que resulta intangible (la lesión de los derechos y libertades, es decir la tutela de la persona) y sobre lo que debe ser promovido (los derechos sociales, es decir la satisfacción de los mínimos vitales) por la ley y por los poderes públicos¹⁷. Como pone de manifiesto L. Ferrajoli, eso implica que de la relación de subordinación del derecho como instrumento de la política —el punto de vista de que el derecho depende del poder—, se pasa a que sea la política el instru-

¹⁶ Y a la vez, curiosamente, se crean pseudo-problemas éticos, considerando problemas morales cuestiones que, adecuadamente planteadas, son simples conflictos ocasionados por falta de información, por no tener determinadas las responsabilidades o por alguna cuestión técnica verdaderamente. En la práctica sanitaria abundan los ejemplos de estos tipos de conflictos.

¹⁷ A efectos de centrar la discusión, y puesto que nos afectan a todos los ciudadanos —«la ignorancia de las leyes no exime de su cumplimiento»—, es oportuna la lectura de los siguientes materiales normativos: Declaración Universal de Derechos del Hombre (ONU 1948). Declaración sobre el Genoma Humano (UNESCO 1998). Convenio para la protección de la dignidad humana frente a las aplicaciones de la biología y la medicina (Oviedo 1996). Constitución española (1978). Ley General de Sanidad (1986).

mento de la actuación del derecho. Pues el derecho impone límites en «la esfera de lo que no debe ser decidido y en lo que debe ser decidido, porque están garantizados para todos [los Derechos Fundamentales] y substraídos de la disponibilidad del mercado y la política, no pudiendo ninguna mayoría ni siquiera la unanimidad discutir legítimamente su violación o su cumplimiento»¹⁸.

Las constituciones como normas supremas de los ordenamientos han introducido una dimensión substancial en el ordenamiento jurídico que ha originado un cambio de paradigma del derecho positivo, ya que «Gracias a ellas ha sido positivizado no solo el ser del derecho sino su deber ser»¹⁹. En las constituciones se establecen normas que condicionan y limitan a las demás: el contenido de las normas se vincula a la exigencia de respeto a los derechos y libertades establecidos constitucionalmente²⁰. En el mundo del derecho, este planteamiento está ocasionando grandes transformaciones que derivan, en gran medida, de la aplicación de estos principios y del funcionamiento de la administración de acuerdo a las exigencias del principio de igualdad y del respeto a los derechos fundamentales de los ciudadanos. Estas transformaciones conllevan también que la Filosofía del Derecho reasuma funciones críticas del derecho vigente en relación con su adecuación a los principios constitucionales²¹, y la planificación de reformas legislativas que completen el ordenamiento y las garantías en razón de las exigencias constitucionales²².

¹⁸ L. Ferrajoli, *Derecho y razón. Teoría del garantismo penal*, Trotta, Madrid, 1995, pág. 16.

¹⁹ Véase P. Allegue: «Diez preguntas a Luigi Ferrajoli», *Boletín de la Facultad de Derecho*, n.º 12, 1997, UNED.

²⁰ En nuestro caso la Constitución establece, además, que las Declaraciones y Convenios internacionales sean pauta para la interpretación del ordenamiento jurídico: art. 10 CE.

²¹ Lo que ha permitido a algunos referirse a la idea de que los principios constitucionales y las declaraciones de derechos constituyen un nuevo derecho natural de la humanidad. Véase M^a Luisa Marín «La Declaración Universal de los derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948, ¿Nuevo Derecho Natural de la Humanidad?», en *La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su 50 aniversario*, ed. Bosch, Barcelona, 1999.

²² Este papel de la Filosofía del Derecho la hace especialmente idónea para asumir la reflexión sobre los problemas bioéticos. Véase en este sentido el capítulo I de *Materiales de Bioética y Derecho*, op. cit.

En el campo de la sanidad y en el de la investigación podemos encontrar múltiples ejemplos que ilustren las anteriores afirmaciones. El principio de igualdad, la no discriminación, proporciona los más señeros (desde la generalización de la asistencia con cargo a la sanidad pública — los últimos casos de inasistencia a inmigrantes sin papeles han sido ampliamente tratados por los medios —, al establecimiento o modificación de los listados de prestaciones sanitarias y de medicamentos con cargo a la seguridad social, la priorización del gasto sanitario, etc). Asimismo el respeto a la autonomía, la libertad individual, ha ocasionado cambios de envergadura (desde la exigencia de consentimiento informado, a la paulatina asunción de los testamentos vitales y directrices previas, por ejemplo). Por ello, el respeto y la promoción de los Derechos Fundamentales son un criterio a la hora de establecer políticas sanitarias y también áreas de investigación prioritarias. También en Bioética el acogerse a estos criterios representa una guía fiable. Y dichos respeto y promoción de los derechos humanos son la mejor pauta a la hora de juzgar la bondad y maldad de las biotecnologías y las prácticas biomédicas. Ellos representan el consenso logrado en torno a cuáles son las exigencias de la dignidad humana. Así, los rasgos identificadores de nuestra concepción de Bioética — laica, plural y flexible —, se sustentan en los principios constitucionales y los derechos humanos, lo que, a la vez, la enmarca y la dota de contenido —, sin necesidad de recurrir a otro tipo de anclajes en normativas heterónomas que solo afectan a los que comulgan con determinados cuerpos de creencias — dignos de ser respetados, pero no vinculantes mas que para los que participan de ellos —. Se trata, por otra parte, de una concepción de la Bioética global que no se acaba en los problemas biomédicos sino que se interroga sobre el alcance general de las biotecnologías, sus implicaciones económicas y las repercusiones sociales que afectan al modelo de vida y de sociedad que se desea e incluso al propio concepto de ser humano.

Conviene señalar la existencia de otros puntos de apoyo a la hora de analizar los conflictos bioéticos. Por ejemplo, en el caso de las biotecnologías resulta fundamental la cuestión de la elección del campo de investigación: por una parte la búsqueda de la verdad científica, esencial en la deontología profesional del investigador, y que se ve amparada por el carácter de derecho fundamental que ostenta la libertad de investigación, pero no hay que olvidar, por otro lado, que las condiciones economico-políticas resultan claves en cualquier discusión sobre biotecnología. La política científica que se establece determina, en los países como el nuestro en que el grueso de la investigación se realiza

con fondos públicos, las áreas en que se puede investigar puesto que establece a que ámbitos irán a parar estos fondos. En los países en que la investigación se realiza fundamentalmente con capital privado los condicionantes económicos y la necesidad de rentabilizar las inversiones son aun más claros: rige el mercado. Por ello — tras haber destacado sus elementos jurídicos — es preciso admitir la importancia de la componente política — en el sentido mas positivo y pleno del término — de lo que se ha convenido en llamar Bioética: que es una reflexión ética pero no sólo, ni siquiera principalmente, puesto que los aspectos jurídicos y políticos son esenciales en ella.

En el terreno de las aplicaciones biomédicas existen, además, dos puntales en la discusión que pueden proporcionarnos guías de actuación fiables: los cambios en el concepto de salud y los propios objetivos de la medicina. La definición de salud habitualmente utilizada se debe a la Organización Mundial de la Salud y data de 1947; no podemos tildarla, pues, de novedosa. Sin embargo su generalización ha dado lugar a cambios importantes en el entorno sanitario al pasar de centrarse en la ausencia de enfermedad a referirse al bienestar del sujeto. Si, siguiendo a la OMS, aceptamos considerar la salud como «el estado de completo bienestar físico, psíquico y social»²³, la consecuencia inmediata es que es precisamente el sujeto interesado quien puede determinar su estado de salud. El alcance de este cambio de planteamiento aún no se ha acabado de manifestar, pero la primera de todas las consecuencias extraíbles — la más evidente y la más «revolucionaria» en el mundo sanitario —, ha sido desplazar el centro de decisión del médico al paciente: de la beneficencia a la autonomía²⁴. Si bien hay que advertir que hacer pivotar en la

²³ Aunque algunos señalan que esta definición podría ser la de la felicidad.

²⁴ Es de interés la reflexión acerca de cómo se ha desplazado el criterio decisorio respecto de los tratamientos médicos desde la libertad de terapia — del médico — hacia la libertad de decisión del paciente que se plasma en el requerimiento de su consentimiento informado.

M. Corcoy pone de manifiesto como ello responde, ante todo, a un cambio en la consideración del concepto de salud: mientras se la definió en función de la ausencia de enfermedad quién tenía la última palabra era el médico como experto que sabía como se podía eliminar, o al menos aliviar, ese estado patológico en el cual él era el experto. Pero desde el momento en que el énfasis se pone en el bienestar del sujeto, es el propio paciente el que sabe y puede definir lo que es para el su propio bienestar. Véase al respecto su trabajo «Libertad de terapia *versus* consentimiento» en *Bioética, Derecho y Sociedad*, op. cit. págs. 109 y ss.

autonomía las relaciones sanitarias es algo que dista de haberse consolidado²⁵.

Naturalmente el movimiento a favor de la autonomía de las personas es algo que trasciende el mundo de la sanidad: se constituye en el rumbo general civilizatorio y es la señal de madurez de personas y sociedades. De la heteronomía a la autonomía. Necesariamente es así en el terreno de la ética, pero también en el del derecho y la política: de la asignación de estatus a la autonomía de la voluntad, de la dictadura a la democracia. El derecho al voto, la libertad de residencia, de pensamiento y de expresión, de elección de pareja... la consolidación del reconocimiento de los derechos de las personas se encamina a establecer parcelas de libertad cada vez mayores a los sujetos y no es raro que también sea así en el mundo sanitario. Posteriormente, las asociaciones de consumidores y enfermos han desempeñado un papel fundamental a la hora de la aceptación de las cartas de derechos de los pacientes, pero cabe señalar que la citada definición de salud no ha resultado ajena al cambio de mentalidad a que estamos asistiendo.

Por otra parte, si bien es cierto que el movimiento a favor de la autonomía de los pacientes, junto con la reivindicación de una sanidad equitativa para todos los ciudadanos, constituyen el marco en que se han ido desarrollando los grandes cambios de la sanidad, no lo es menos que ha sido la aplicación de la biotecnología a la sanidad y el consiguiente auge de las ciencias biomédicas los que han dado lugar a una transformación tan importante en el mundo sanitario que ha puesto en cuestión los objetivos tradicionales de la medicina, la demanda sanitaria, la investigación, e incluso la priorización de los gastos en los presupuestos estatales²⁶. La consideración de cuales son los fines de la medicina, en sí misma, puede aportar luz a este debate (aunque muchas veces la discusión se detiene en los medios —si son o no idóneos, si son proporcionados, si son suficientes... — y aunque algunos se pregunten si la

²⁵ El ejemplo de la implantación de las políticas de promoción del consentimiento informado en nuestro país puede ser bueno para ilustrar las dificultades que se encuentran en la práctica; pese al apoyo que significa contar con el apoyo de la existencia de una ley -- como es la Ley General de Sanidad, para establecerlo.

²⁶ En noviembre-diciembre de 1996 el Hastings Center realizó un interesante estudio sobre los objetivos de la medicina en relación con la necesidad de establecer nuevas prioridades ante los cambios acaecidos a causa del impacto de las ciencias biomédicas en la práctica de la medicina. Véase el capítulo a cargo de J. Martínez Montauti que se refiere detalladamente a estas cuestiones.

medicina puede tener fines distintos de los de los médicos, los de los pacientes o los de la sociedad en general). Tradicionalmente la escolástica se había venido refiriendo al «fin de la cosa» a la hora de valorar la actuación de instituciones — como por ejemplo la universidad, los hospitales o de manera aun más general a la enseñanza o la medicina —, por una vez no estaría de más seguir su método y valorar la actividad sanitaria en función de su adecuación al logro de las finalidades y los objetivos de la misma. Se trataría así de emplear — a la hora de decidir sobre la bondad o maldad de la biomedicina — la doble consideración de principios y de fines, aceptando como principios los Derechos Humanos y utilizando los objetivos de la medicina y el concepto de salud como herramienta de su valoración desde un punto de vista finalístico.

Interesa resaltar que frecuentemente los aspectos de las biotecnologías sanitarias que suscitan conflictos en Bioética son los mismos que ponen en cuestión algunos de los objetivos de la medicina comúnmente aceptados. El objetivo más notorio de la medicina ha sido el de salvar vidas, pero la biomedicina puede hoy alargar la vida en circunstancias tales que quizá el sujeto no lo considere un bien — el alargamiento de la vida por medios artificiales nos plantea el debate sobre la eutanasia, crucial para la Bioética pero también decisivo para los objetivos tradicionales de la medicina ya que cuestiona si constituye un bien alargar la vida a cualquier precio—. De la misma manera ocurre con el objetivo de promocionar y mantener la salud, pues ya hemos hecho mención al aspecto subjetivo del concepto de salud, y es un hecho comprobado que la demanda sanitaria crece sin límites pues la salud siempre es susceptible de mejora — ¿dónde acaba el incremento del bienestar?—. La asignación de recursos a una u otra partida es una cuestión bioética de primer orden y naturalmente también lo es desde el punto de vista político. Tampoco el clásico objetivo de calmar el dolor y el sufrimiento permanece incólume. El énfasis actual en los cuidados o el tratamiento de las dolencias psíquicas y el papel de los fármacos en la felicidad plantean dilemas éticos, económicos, políticos y, desde luego, ponen en entredicho las concepciones tradicionales de los objetivos de la medicina. Se trata de cuestiones que afectan al principio de autonomía, pero también al binomio beneficencia—no maleficencia y donde la justicia se configura como el telón de fondo del debate²⁷.

²⁷ Queda aquí patente el interés de la discusión en torno a la jeraquización de los famosos principios de bioética, útiles a la hora de la toma de decisiones diarias en

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- BEAUCHAMPS, T.L. y CHILDRESS, J. F.: *Principios de ética biomédica*, 4ª ed., Massons, Barcelona, 1999.
- CASADO, M. (ed.):
- *Materiales de Bioética y Derecho*, ed. Codecs, Barcelona, 1996.
 - *Bioética, Derecho y Sociedad*, ed. Trotta, Madrid, 1998.
- CASADO, M. y GONZÁLEZ DUARTE, R. (eds.): *Los retos de la genética en el S. XXI: genética y bioética*, Ed.UB, Barcelona, 1999.
- HOTTOIS, G.: *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*, Anthropos, Barcelona, 1991.
- POSTMAN, N.: *Tecnópolis*, Galaxia Gutenberg Círculo de Lectores, Barcelona, 1994.
- ENGELHART, H.: *Los fundamentos de la Bioética*, Ed. Paidós, Barcelona, 1995.
- KIEFFER, K.: *Bioética*, Alhambra Universidad, Madrid, 1978.
- MARANGE, V.: *La bioéthique. La science contre la civilisation?*, Le Monde Editions, 1998.
- MARTÍN MATEO, R.: *Bioética y derecho*, Ed. Ariel, Barcelona, 1987.
- ZAGREBELSKY, G.: *El Derecho dúctil*, ed. Trotta, Madrid, 1995.

La necesidad de la bioética.

Repensar el sujeto

Javier Sádaba

Lo que a continuación voy a exponer es un intento de repensar la labor moral desde aquello que se ha dado en llamar Bioética. En este sentido, no quiero hacer una historia de la Bioética o un catálogo de sus problemas. Deseo, más bien, situar la importancia de la moral en su justo lugar a través de un breve recorrido de lo que ha supuesto el nacimiento, todavía reciente, de la Bioética. Al final, sacaré alguna elemental conclusión que tiene su especial aplicación en nuestro país. Una observación adicional antes de continuar. Doy por supuesto que la salud es fundamental para la ética. Entiéndase bien, no quiero decir, cosa que sería absurda, que ser moral implica tener o no tener buena salud. Este tipo de tonterías se le ocurrió a algún romántico como aquel que, en una de las novelas de T. Mann, llega a afirmar que quien no está enfermo es tonto. Lo que quiero decir, más bien, es que si uno ha de tener un modelo empírico de buena vida no hay más remedio que recurrir a la armonía corporal, a la proporción de cada uno de los elementos que componen el cuerpo humano. Es lo que hicieron los griegos y recordó, agudamente, E. Tugendhat todavía no hace mucho tiempo.

Que la Bioética es de importancia no se discute. Ahora bien, convendría señalar en qué preciso sentido la Bioética es, para nosotros, de interés, al margen de otros aspectos a los que más adelante me referiré. La Bioética, antes de nada, es importante porque esclarece o aclara lo que la ética debe ser. Dicho de otra forma, nos muestra las limitaciones, las debilidades o, por el contrario, el alcance de la ética o moral. Cuando ésta choca con algo que la deja en estado de *schok* tenemos la ocasión de observarla en toda su real dimensión. En segundo lugar, muestra su importancia porque es un signo de la temporalidad de la ética. La ética o moral se extiende en el tiempo y en cada momento debe enfrentarse con los problemas que le ha tocado en suerte vivir. Los de hoy son, especialmente, bioéticos. En tercer lugar, es importante porque la Bioética hace

su aparición de modo desafiante. Los problemas que detecta la Bioética no sólo ponen en entredicho el objeto de la moral sino, cosa esencial, el sujeto de la ética: quiénes somos o cuál es nuestra Idea de *Homo*. Finalmente, la Bioética se revela como el caso más cumplido o el ejemplo más relevante de lo que ha de ser una ética aplicada. Si en algo debe entretenerse la ética hoy es, por encima de todo, en los dilemas de la Bioética.

Pero, ¿por qué ha tomado tanta importancia y en tan poco tiempo la Bioética? ¿Es un caso más de la omnipresente moda biocrática como algunos han afirmado irónicamente? ¿Existe, en fin, alguna razón que explique el boom de la Bioética? Se pueden dar dos razones o argumentos que explican dicho boom. En primer lugar, los avances espectaculares de la biología molecular. No se trata de una mera adjetivación ni de un modo metafórico de hablar. Los avances son sustantivos. Y en algún sentido únicos. Hasta ahora habíamos reparado los cuerpos de manera real. Y sólo la imaginación —el Golem, Frankenstein, etc.— habíamos conseguido crearlos. Actualmente estamos en la frontera de una real recreación de la vida humana. Podríamos manipularla hasta extremos que nos colocan, repitámoslo, en la recreación de lo humano. La palabra *recreación* está en su sitio. Permítaseme una comparación para explicar qué es lo que quiero decir. En las discusiones de nuestros días sobre la posibilidad conceptual del mito cristiano de la resurrección, algunos vuelven a la vieja teoría tomista según la cual resucitar, por medio del buen y omnipotente Dios, consistiría en lo siguiente: no se conservaría la identidad numérica, por ejemplo, de Javier sino su identidad cualitativa. O, lo que es lo mismo, ese ser omnipotente podría recrear después de la muerte de Javier otro Javier idéntico al que vivió. Naturalmente, en tal discusión, a los teólogos les interesa si vamos a vivir y cómo, mientras que muchos filósofos se contentan con que el asunto arroje alguna luz sobre lo que entendemos por identidad personal. Es también lo que a nosotros nos interesa. Recrear no será, en el supuesto real de un avance espectacular de la genética, lo mismo que sería en manos de ese ser omnipotente. Y la razón es que no somos omnipotentes, por mucho que teólogos como Ramsey lanzaran dicha acusación contra las aplicaciones de la biotecnología. Pero sí podríamos trastocar, cambiar, reparar, regenerar, combinar, mejorar o empeorar los componentes de lo humano de tal forma que nuestro ser individual, la evolución e intercambios personales han de ser vistos bajo una luz hasta el momento inédita. Es ésta una razón esencial del boom de la Bioética. La segunda razón tiene que ver con el progreso moral. Expliquemos brevemente lo que

queremos decir. No hablamos de progreso moral en términos absolutos, cosa harto difícil. Ahora bien, es evidente que hemos llegado a ser extraordinariamente autoconscientes de nuestra autonomía. Y al margen de que, después, sepamos utilizarla o nos traiga más males que bienes, es un hecho que la autonomía nos hace más exigentes. Precisamente uno de los efectos de la Modernidad consiste en haber colocado en el centro de nuestros planteamientos teóricos y nuestras decisiones prácticas la autonomía de las personas. Nadie tiene por qué decidir por mí, es el lema de quien se considera autónomo. Dicha actitud ha traído como consecuencia una postura mucho menos condescendiente en determinados campos. Y uno muy concreto y directo es el que atañe al cuerpo y a sus atributos de enfermedad y salud. La *Carta de los Derechos de los Pacientes*, fechada en EEUU en 1973 y que tanta influencia habría de tener, es impensable fuera del contexto de la autonomía en cuestión. Se trata de un ejemplo entre mil. Las asociaciones de enfermos maltratados, el cuidado en la investigación médica y su correspondiente experimentación, el llamado consentimiento informado, la crítica al paternalismo y un sinnúmero de conceptos y casos más se inscriben en la conciencia de independencia y dominio sobre nuestro cuerpo que han marcado los decenios que nos preceden. Son éstas, en consecuencia, dos de las razones fundamentales que hacen que la Bioética no se reduzca a una moda, a un fenómeno superficial o a una invención de «la filosofía de salón», que diría R. Levontin.

Pero demos un paso más y preguntémonos por la etimología de Bioética antes de entrar en su definición. La palabra Bioética está compuesta de los términos griegos *bios* (vida) y *ética* (costumbre o norma de vida). Obviamente, a las etimologías no hay que pedirles mucho. En nuestro caso permanece indeterminada la idea de *vida* puesto que podríamos preguntarnos, por ejemplo, hasta dónde se extiende, si sólo se da en éste o en otros universos posibles, etc. Por otro lado, no queda claro cómo se juntan *vida* y *ética*. Veamos dicha oscuridad con un ejemplo. No es lo mismo, desde un punto de vista conceptual, biotecnología que bioquímica. En el primer caso queremos decir que se trata de un estudio o investigación sobre la tecnología de la vida. En el segundo caso, lo que queremos decir es que existe una materia compleja que es, justamente, la bioquímica (la bioquímica se ha constituido en una rama de la biología que estudia, especialmente, las estructuras ultramicroscópicas de las células y sus funciones). Luego en biotecnología se supone toda la vida y en bioquímica un fragmento muy específico. En cualquier caso, la etimología de Bioética nos indica o sugiere que se abre

un campo que relaciona la vida y la moral de manera especial. Pero, al mismo tiempo, deja en el aire el tipo de relación que la moral deberá mantener con las ciencias de la vida. Y es que, como enseguida veremos, la moral puede proyectarse sobre las ciencias en cuestión para mejorar nuestras vidas o bien para poner límites a sus experimentos y aplicaciones. Pero esto nos lleva al significado que hemos de dar a la Bioética. O, lo que es lo mismo, esto nos lleva a la definición de Bioética.

Vamos a recurrir, como han hecho otros, a la *Enciclopedia de Bioética*. Según la definición de dicha Enciclopedia, la Bioética es el estudio sistemático de la acción o conducta humana con relación a la biología y la salud según valores y principios morales. Añado ya que me parece la definición más correcta que conozco de Bioética. Ahora bien, si esto es así, entonces la Bioética consiste en el estudio moral de un conjunto de ciencias y, así, incluirá como materia de investigación una variada serie de campos. Por ejemplo, la biomedicina, la investigación con humanos y animales, las políticas medioambientales, la distribución de los recursos y un largo etcétera. Si alguien objetara que el campo que intenta delimitar la Bioética queda, sin embargo, un tanto confuso, habría que responderle que es normal que suceda eso cuando surge o se da lo que se conoce como «ruptura epistemológica»: una nueva acotación o parcela en el terreno del saber. No es otra cosa la que les sucede, por ejemplo, a Spinoza o a Hume antes de llegar a tener una idea explícita y un concepto claro de lo que es la Filosofía de la Religión. Cada cosa tiene su tiempo de maduración.

La definición antes dada es el resultado de un proceso. Porque, como dije, la Bioética ha nacido hace poco tiempo, desarrollándose a un ritmo extraordinario. ¿Con quién surge? ¿Cuál es su breve historia? Si dejamos de lado la prehistoria que se remontaría a Hipócrates, al médico Percival o al Código de Nüremberg (como la Filosofía de la Religión se remonta a los sofistas y pasa por Cicerón) dos son los nombres que se imponen y sobre los que recae el mérito de ser considerados los fundadores, en sentido estricto, de la Bioética: van Renselaer Potter y A. Hellegers. El oncólogo Potter es el primero que introduce el neologismo Bioética. Lo hace en 1971 en su libro *Bioethics: a Bridge to Future*. Potter describió la Bioética en cuanto estudio sistemático de la acción humana tanto en las ciencias humanas como en las de la salud, según principios morales. Potter sometía al escrutinio ético tanto las ciencias humanas como la medicina. Ahora bien, su objetivo consistía en prolongar la vida humana, Su objetivo, y eso es decisivo, se centraba en mejorar la calidad de vida por lo que podemos decir que, de los dos brazos de la moral — bien

y deber—, el que le interesaba es el que mira al bien. Hellegers, por su parte, era un ginecólogo católico que trabajaba en una Universidad de los jesuitas. Seis meses más tarde que la publicación del libro de Potter funda el *J. R. Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*.

Antes de seguir adelante conviene hacer dos anotaciones. La primera tiene que ver con el catolicismo de Hellegers y su trabajo con los jesuitas. No habría que olvidar que el primer centro de Bioética europeo lo fundaron en 1974 los jesuitas en Barcelona. La habilidad para detectar por dónde van a discurrir ciertos problemas que les pueden dar dolor de cabeza ha sido típica entre los católicos. No es extraño que tengan actualmente más de un tentáculo allí en donde se decide sobre cuestiones biotecnológicas. Y en lo que atañe a la paternidad en el descubrimiento de la Bioética, podríamos decir que se trata de algo casi sucedido *a simultáneo*. De ahí que algunos hayan hablado de *bilocated birth*. Ahora bien, Hellegers, católico o no, desborda a Potter. Y es que dará el sello a la Bioética posterior tal y como la hemos plasmado en la definición de la Enciclopedia antes vista. Para Hellegers la filosofía moral debe proyectarse sobre todo el campo de las ciencias biológicas. No sólo, por tanto, sobre la medicina y sus adláteres. Y, cosa importante, no sólo sobre los aspectos positivos o de mejora (de bien) de tales ciencias sino también sobre los negativos, los límites, las posibles transgresiones (el deber).

¿Qué es lo que ha sucedido desde entonces? Toda una explosión de la Bioética. Tan grande que sorprende que todavía algunos no se hayan dado por enterados. Y, a consecuencia de dicha explosión, se ha ido poniendo de manifiesto la necesidad de la Bioética y la extensión de su campo. Como indicamos antes, un conjunto de circunstancias han contribuido a situar la Bioética en primer plano. Citemos algunas siquiera por ser fieles a ciertos momentos que suelen señalarse como marcas del proceso. Determinados casos (el de la joven, Karen Quinlan, que vivía en estado vegetativo y sus padres pidieron que se desconectara la respiración artificial, el del conocido como Baby Doe, nacido con tales deformaciones que en el caso de que sufriera una operación tendría un cincuenta por ciento de éxito; y aún en ese caso, viviría poco y mal por lo que los padres pidieron que no fuera sometido a dicha operación) agudizaron la necesidad de pensar en términos bioéticos. La sensibilidad general, por otro lado, había aumentado si se tiene en cuenta la cruel experiencia reciente del nazismo y la alta participación de los médicos en experimentos y muertes más repugnantes. Al mismo tiempo se han

ido conociendo experimentos eugenésicos en países supuestamente civilizados y muy alejados aparentemente de las normas bárbaras del nazismo. De ahí que comenzaran a proliferar Comités y Consejos nacionales e internacionales de Bioética, declaraciones, convenciones, recomendaciones y modificaciones del Código Penal. Sin olvidar las asociaciones antes mentadas de enfermos maltratados y no maltratados, los estudios y protestas de los ecologistas y, por encima de todo, los enormes progresos biotecnológicos. Progresos que, como antes insinuamos, ponen en cuestión no sólo el objeto sino el *sujeto* de la ética: ingeniería genética en general, clonación, transgenia, terapia génica, embriones clonados e insertados en óvulos de animales, uso de células madres para la medicina regenerativa, híbridos en general, xenotrasplantes, etc. Nótese que en lo que atañe a la lista, y que podría ampliarse, se dan tanto conocimientos y prácticas que nos pueden perfeccionar como conocimientos y prácticas que pueden transgredir ese umbral que, una vez pasado, podemos considerar perverso. Y es que no es lo mismo, obviamente, curar una enfermedad que discriminar a la hora de dar o no un puesto de trabajo en función del conocimiento previo respecto a la disposición para contraer una enfermedad. Ahora bien, la ambivalencia de los descubrimientos y aplicaciones remite a la ética que se sustente. Es, precisamente, a lo que a continuación vamos a pasar. Antes, sin embargo, una breve observación respecto a lo que he llamado la explosión de la Bioética. Desde que Crick y Watson descubrieron, en 1953, la estructura de doble hélice del genoma y que para algunos constituye el último gran descubrimiento científico, todo ha ocurrido a tal velocidad que es arriesgado hacer afirmaciones siquiera aproximadas. Tanto ha sido el avance que lo que todavía ayer se decía sobre aquel gran desconocido y rodeado de misterio que era, por poner un ejemplo, el embrión, hoy es fuente de posibles extraordinarios cambios. Y fuente, no menos, de interminables polémicas. Entremos ya en tales polémicas. Concretamente en las morales.

Es obvio que la parte ética de la bioética variará en función de la teoría moral que se sustente. ¿Supone esto la aceptación del relativismo moral? En modo alguno. Porque una cosa es que alguien condene, *v.g.*, el asesinato en razón de las consecuencias que tal acto acarree mientras que otro lo haga en razón de la dignidad humana, y otra muy distinta llamarles relativistas. Ambos condenan, en términos morales, el asesinato. Precisamente el avance en el reconocimiento e institucionalización, por mucho que se frustre en la práctica, de los llamados Derechos Humanos es la manifestación de cierta unidad básica en los juicios

morales que compartimos los seres humanos. Ocurre, sin embargo, que las cosas se complican cuando los casos son más oscuros o muestran aristas difíciles de limar. Pongamos un ejemplo. Se trata del debatido tema de cuándo se origina la vida humana. Aunque, y en contra de lo que muchos opinan, los hechos empíricos deberían condicionar decisivamente la polémica entre liberales o permisivos en el aborto y los prohibicionistas, suelen ser las actitudes últimas morales las que quieren decidir el asunto. Y, así, los rigurosamente deontologistas que partan de una idea extrema de la dignidad humana (que llegaría hasta el feto) se opondrán a cualquier tipo de interrupción del embarazo. Los que, por el contrario, y sin omitir ningún ápice de la dignidad, tengan en cuenta factores que van desde la utilidad de ciertas acciones hasta la necesidad de no zanjar drásticamente lo que se presenta de manera conflictiva, optarán por dejar que la conciencia individual, las circunstancias y el sentido común tengan la última palabra. Más tarde entraré directamente en las posibilidades que se nos abren ante tal *impasse* o en la forma de vivir dicho *impasse*. De momento, me limitaré a señalar que, dentro de la relación ética y salud, se ha intentado encontrar algún tipo de criterio y hasta de orden que pueda ser una ayuda para resolver los problemas que se nos presentan. Se objetará que quien no aceptara tales criterios o, en el límite de la amoralidad, no aceptara criterio alguno, se reirá de todo lo que se proponga. Puede ser. Sólo que frente a la desidia, el cinismo o la simple maldad no hay medicina alguna. Y si la hay, no es otra sino la de formular lo que es racional y argumentarlo con toda la fuerza que esté a nuestro alcance. Si, al mismo tiempo, somos capaces de motivar con ejemplo y actitudes a aquellos que deseamos convencer, nuestra tarea habrá llegado al máximo.

Por otro lado, los autores, Beauchamp y Childress, que han sido los primeros en ofrecer un cuadro o guía para orientarnos en los problemas bioéticos, pertenecen a las dos tradiciones morales que se dan, al margen de otras ya minoritarias, en nuestra sociedad. Uno es kantiano, deontologista o defensor de la moralidad de la convicción o de principios, y el otro utilitarista, consecuencialista o defensor de la ética que mira más a los fines a conseguir que a los principios de los que se parte. Valgan, por tanto, como un ejemplo. Como un ejemplo de la relación entre moral y medicina o ciencias de la salud. Y, así, han formulado los cuatro principios básicos de la Bioética (no la Bioética más teórica; repitémoslo, sino la que, por ejemplo, tendría que activarse en un hospital) y que serían los siguientes: 1) autonomía de las personas. 2) beneficencia. 3) no maleficencia y 4) justicia. El orden no es irrelevante.

Y es que desde que el filósofo moral J. Rawls formuló los dos (o tres, según se desdoblén o no) principios fundamentales de la justicia que conformarían la estructura de una sociedad justa, las discusiones se han disparado. Dicho de modo más técnico, no es lo mismo un orden lexicográfico que un conjunto de principios no ordenados de esa forma. Parece que algunos autores, siguiendo precisamente a Rawls, se inclinan por el orden llamado lexicográfico. Ahora bien, ¿en qué consiste, exactamente, dicho orden? La definición formal de un orden lexicográfico es ésta: $(x_1, y_1) > (x_2, y_2)$ si y sólo si $x_1 > x_2$ o si $x_1 = x_2$, entonces $y_1 > y_2$. Para los menos puristas valdrá más la metáfora que recurre al diccionario: un orden es lexicográfico si, como sucede en un diccionario, una palabra va detrás de otra respetando la lista alfabética previa. Aplicado a nuestro caso querría decir que los cuatro principios básicos no se pueden alterar arbitrariamente sino que han de seguir el orden establecido. Es esto, precisamente, lo que se ha cuestionado. Bien porque algunos reducen a tres los principios, bien porque no están de acuerdo con el orden expuesto o bien porque les dan un rango diferente. En cualquier caso, y al margen de si los principios son necesarios o suficientes, si se hace uso de ellos, lo más sensato sería tomarlos de modo equilibrado; es decir, contextualizándolos de tal forma que, según las circunstancias y conflictos, se aplicarán de una u otra manera.

Conviene que demos un paso más. Porque el momento hemos visto cómo aplicar principios éticos a la práctica médica. Nos interesa, sin embargo, ser más ambiciosos. La pregunta ahora es la siguiente: ¿cuál es la ética que necesitamos en estos momentos? ¿Cuál es la ética capaz de hacer frente a los desafíos que la revolución biológica nos pide? Es a esos interrogantes a los que intentaré dar respuesta. Y la primera respuesta es ésta: una ética a la altura del tiempo biotecnológico que vivimos ha de ser una ética exigente. Ahora bien, antes de nada es necesario disipar, desde el principio, algunas dudas que pueden circundar a la palabra exigente. Porque afirmar que necesitamos una ética fuerte o exigente nada tiene que ver con pedir ayuda a algo externo a la ética y que la apoyara como una roca (*saxum firmissimum*, por usar la expresión cartesiana). Es éste, sin duda, un peligro para la autonomía de la moral que siempre está al acecho y que hoy vuelve a hacerse patente. Y es que los retornos más o menos interesados a una ética teológica, a una ética que encuentre su última justificación en los mandatos de un poderoso Dios han encontrado su aliado en el desconcierto que está produciendo el avance tecnológico que comentamos. La argumentación, un tanto simplificada es ésta: si no poseemos principios

fuertes en moral, acabaremos en la sinrazón y el desastre de crear seres humanos de primera y segunda categoría, híbridos inclasificables, experimentos de reductores de lo humano a lo animal y un sinfín de desvaríos más. Pero únicamente una ética que se sustente en valores incuestionables puede evitar tal desastre. Luego hemos de aceptar dicha ética como punto de referencia que salve de las catástrofes a las que podemos estar abocados en el dominio de la vida. El razonamiento, sin embargo, no sólo es innecesario sino también inútil. Añado que también contiene un cierto cinismo. Es innecesario porque la moral se basta a sí misma. La ética es una construcción o conquista humana que, históricamente, se hace más consciente y, al mismo tiempo, va reconociendo en los seres humanos su dignidad; entendiéndolo por dignidad el ser dignos de ser considerados sujetos de derechos. Y por grandes que sean las dificultades con las que la ética se encuentre, dificultades humanas serán y por humanos deberán resolverse; con la incertidumbre, sin duda, que rodea cualquier actividad humana; y con la decisión, nunca reducible al puro conocimiento, que tal incertidumbre comporta. La teología, por tanto, es innecesaria. Pero es que, además, no es suficiente. O si se quiere decir de una manera más contundente, es inútil. Porque, en primer lugar, exclusivamente sería válida para los creyentes en una determinada religión (siempre se supone, por cierto y de modo etnocéntrico, que la religión en cuestión tendría que ser la cristiana). De donde se sigue que a los no creyentes en nada afectaría; con la consecuencia de que se convence al convencido y no se convence al que interesaría convencer. Sumemos el hecho obvio de que en una sociedad aconfesional, laica y secular nos encontramos con que la inutilidad no sólo se refiere a las conciencias sino a las normas que la sociedad en cuestión habría de poner en pie. Pero, todavía más, incluso si se llegara a dar como última fundamentación de la acción moral la existencia de algún Dios que ordena obrar de una manera y no de otra, las preguntas iniciales volverían a repetirse. Dicho de otra forma, si Dios, a través del magisterio eclesiástico, mandara no crear, por ejemplo, embriones para la investigación que luego serían destruidos, y aunque se diera por supuesto que la interpretación de la Iglesia es la correcta, se podría uno preguntar por qué es bueno eso que Dios manda. Al final, la única respuesta es la fe del creyente con lo que hemos entrado en un terreno subjetivo, ajeno a la discusión en términos estrictamente racionales. Y, finalmente, conviene señalar que dicha postura neoconservadora se mueve dentro de un especial interés. Bajo la capa de «sólo un Dios nos salvará» o «no juguemos a dioses», se esconde mucho más. Se esconde, primero, el control de un amplio dominio social (no olvidemos que los

Comités, Comisiones e Institutos de Bioética están llenos de clérigos y creyentes)y, en segundo lugar, la idea de que la ética es semejante a algún sofisticado ideal de perfección o de plenitud. Cosa falsa puesto que, independientemente de cómo los individuos logren su bien particular (muriendo de amor por la belleza, de amor al dios de la intoxicación que es el vino o en arrobamiento místico) la ética es un modo social de ser que busca normas que impidan la injerencia irresponsable y, al mismo tiempo, posibiliten la ayuda a los demás. Pero esto nos lleva a la ética exigente que sí deseamos sostener. En una síntesis que, sin duda, requeriría más argumentación y precisión pero que aquí me limito simplemente a describir, pienso que la ética en cuestión ha de constar de tres partes. La primera hace referencia a cuántos ha de llegar y cómo. La segunda, a la expansión que ha de tener dicha ética. Y la tercera, al puesto del sujeto humano, como entidad empírica, en el mundo de la moral.

Comencemos por la primera. Una moral basada en intuiciones, en la compasión o en cualquier forma de utilitarismo no es suficiente para llegar a todos y tratarlos como iguales; o, dicho con otras palabras, para lograr una moral universal y de recíproco reconocimiento. Y únicamente esta última merece el nombre de moral *uberhaupt*. De ahí que los intentos por fundamentarla, tal y como lo ha hecho de modo especial E. Tugendhat¹, sean de la máxima importancia. Sólo con una moral exigente en el sentido expuesto, trataremos a todo el mundo, sin excepciones, como un ser humano más. Y, al mismo tiempo, no le reduciremos a su simple habilidad para someterse a pactos, transacciones o intercambios objetivos como si fuera una mercancía. Y es que en una moral exigente, en la que nadie es un medio para nadie, todos son contemplados como sujetos de derechos. Todos son contemplados con la misma dignidad y sin jerarquización esencial alguna. Por eso, en una moral como la que estamos describiendo, el menos dotado por la naturaleza, el discapacitado, el pobre, el niño o incluso las generaciones futuras son dignos de ser tratados como miembros iguales de la humanidad. Cosa que no conseguirá hacer, por ejemplo, una moral utilitarista que, en vez de fijarse en los sujetos, se fija, más bien, en los resultados de las acciones de los sujetos. O que para considerar a éstos dignos de interés moral se centra en la posibilidad de sufrimiento. O pone condi-

¹ Veáanse, entre otras obras de E. Tugendhat, *Lecciones de ética*, Barcelona, 1997 y *Ser, verdad y acción*, Barcelona, 1998.

ciones como, *v.g.*, la autoconciencia. La moral exigente cree que las morales de cuño utilitarista no otorgan el peso suficiente a los individuos humanos, con lo que abren la puerta a los más variados desatinos. Se objetará, inmediatamente, que he de aducir una razón suplementaria para afirmar que, puestos en la balanza del conjunto de las acciones humanas, los discapacitados o los niños tienen los mismos derechos que los demás. Pues bien, la razón consiste en lo siguiente. Si un discapacitado hubiera continuado su desarrollo sin interferencias (sean mutaciones genéticas o malformaciones posteriores debidas a factores externos) sería un ser humano como los demás. Es éste un aspecto radicalmente empírico. Cosa obvia, puesto que ridículo es descartar los supuestos básicos fácticos. Éstos son la condición necesaria para que llamemos ser humano a un niño que, si no es por accidente, llegará a hombre; o para que llamemos ser humano a un discapacitado que si no es por anomalía añadida (la trisomía 21 o síndrome de Down, por ejemplo, que se produce por la reducción del material genético en la formación de espermatozoides u óvulos) sería igual a cualquier otro ser humano. Una vez que tenemos las condiciones necesarias, las suficientes tienen lugar si pensamos que la moral es una conquista humana capaz de equilibrar los desajustes, de dar más al que menos tiene, de desarrollar los aspectos más creadores de nosotros mismos supliendo allí en donde un defecto natural se ha hecho notar. Se parece a aquel reconocido sicólogo marxista² que, admitiendo diferencias en inteligencia entre niños pobres y ricos dada la herencia, la educación y el control del poder, concluía que era ésta una razón moral para ejercer como igualitario marxista. Al margen ya de sicólogos e inteligencias, se puede concluir que la ética exigente es autónoma, es humana, profundamente (nunca demasiado) humana y aspira a construir una sociedad en la que el valor moral en cuanto tal crezca. Y valor moral es intentar mejorar a todos en reconocida igualdad.

Pasemos al segundo punto. Se trata de ampliar la moral, sacarla del recinto cerrado en el que se la ha mantenido, con complicidad académica, durante tanto tiempo. Permítaseme aquí citar estas palabras de J. Mosterín en su reciente libro *Vivan los animales*³: «Las ideas desarrolladas por kantianos, liberales y marxistas, y por filósofos contemporáneos

² R. Zazzo, *L'homme et ses potencialités. Etudes en hommage a Roger Mucchieli*, Paris, 1984, pp. 207-218.

³ Madrid, 1998.

como J. Rawls o J. Habermas, son incapaces de analizar o iluminar problema moral alguno que vaya más allá del mero conflicto de intereses entre humanos, son incapaces de tomar en consideración los intereses de otras criaturas o de la naturaleza entera. Sus teorías éticas son totalmente estériles en la búsqueda de soluciones a muchos de los más graves problemas de nuestro tiempo, que tienen un elevado componente ecológico. Tras la bancarrota científica del antropocentrismo, podría éste encontrar un último e inexpugnable reducto en el dominio de la moral». Y es que, efectivamente, de la misma manera que es raquítico ensayar teorías político-morales que sólo sirven para el Estado A o el Estado B y no para la comunidad internacional, raquítico es cercar el dominio del hombre y de la mujer como si lo que ocurriera fuera de ellos no nos interesara. La idea del *expanding circle* actualmente en circulación hay que ir llenándola de contenido. No se trata de comenzar una interminable discusión sobre si los animales superiores tienen o no derecho ni de apuntarse, *v.g.*, al Proyecto Simio⁴. Se trata, simplemente, de reconocer, como dato también empírico, que somos naturaleza, que nos proyectamos en un futuro al que vamos diseñando y que nuestros parientes más cercanos, los primates, están muy cerca. Están cerca genéticamente (más del 99 por ciento del material genético es el mismo si se tienen en cuenta los genes que se activan), en su línea evolutiva (nos hemos separado de un tronco común no más de hace cinco millones de años) y en sus reacciones anímicas (un chimpancé inteligente tiene un conjunto de actitudes síquicas semejante a un niño o niña de dos años y medio. Y como se ha solido señalar, y por poner un ejemplo que hace referencia a toda una tradición nuestra entre mítica y literaria, algún tipo de autoconciencia poseen puesto que se reconocen en el espejo). Una ética, por tanto, que quiera enfrentarse con los problemas reales en los que nos encontramos ha de romper el viejo esquema creado por las abstracciones de los moralistas. Más aún, muchos de los devaneos especulativos que continúan aireándose en nuestros días (piénsese en las, por otro lado, inteligentes argumentaciones de B. Williams o de D. Parfit en relación al comienzo de la vida humana y sus repercusiones en conflictos como los que suele producir el aborto) ocultan el hecho elemental de que la ética parte de los datos que, empíricamente, conforman la vida humana. Datos que afectan a los objetos con los que tratamos y a nosotros mismos en cuanto sujetos de la ética. Pero esto nos lleva al último y más delicado punto.

⁴ Dirigido, como es bien sabido, por el filósofo moral Peter Singer.

La ética, desde la Modernidad, se ha movido en un cómodo terreno en lo que al sujeto de la ética respecta. Se ha entretenido intentando dar razones para, así, hacer más aceptable una u otra teoría moral. O se ha enredado en interminables disputas sobre cómo fundamentar la moralidad humana. Pero ha dado por supuesto que el sujeto era intocable, estaba dado de una vez por todas y planteaba problemas. Apoyada en viejas nociones como la racionalidad kantiana o en el muy idealista mundo del espíritu, el ser humano no se ponía en cuestión. La ética, en consecuencia, se ocupaba de cuestiones objetivas garantizando que su sujeto estaba ya definido de una vez por todas. Muchos están de acuerdo con la afirmación de Foucault de que el «sujeto humano» es una creación de la modernidad. Una creación de la Modernidad, en el sentido de que se ha tomado al sujeto humano como un todo compacto. E incluso cuando los maestros de la sospecha, como es el caso de Freud, Nietzsche o Marx, han empezado a poner en duda la unidad de los sujetos no pocos se han hecho eco de ello. Pero casi todos han admitido, al menos implícitamente, que estábamos ante una especie que podíamos llamar humana. La situación, sin embargo, ha ido cambiando gradualmente hasta presentar hoy un rostro radicalmente distinto. Es cierto que, después de los horrores del nazismo y de los no menores errores de la eugenesia, pocos se atreven a encarar el tema. Y los utilitaristas, tipo Singer, que se han atrevido o no han mostrado tacto suficiente o carecen de una ética apropiada. Sea como sea, es necesario abrir el debate de quién es el sujeto de la ética hoy. O, dicho en otros términos, cómo hemos de entender al individuo al que, después, se le adscriben responsabilidades morales en función de sus actos. La palabra individuo, como es sabido, procede del latín *individuum*, que, a su vez, es la traducción de la palabra griega *átomos*. La teología cristiana forjó a su alrededor dogmas como el de la Trinidad o la Encarnación. Y la filosofía moderna le dio los usos correspondientes de entidad autónoma según los liberales o de ciudadano según tendencias opuestas. No se cuestionaba más. Actualmente las cosas empiezan a mostrar, repito, unas aristas impensables poco antes. No sólo porque podemos donar órganos o los xenotrasplantes están en puertas sino porque el intercambio de genes o transgenia y las posibles clonaciones exigen un enfoque nuevo del problema. Existe individuo o persona moralmente hablando cuando podemos determinar quién es aquel al que adscribimos esta acción u omisión. Tal y como están las cosas es precisamente eso lo que se tambalea. Por no hablar de la dificultad de establecer fronteras nítidas entre los distintos primates a una de cuyas especies, entre las casi doscientas, pertenecemos. En la era, por tanto, en la que es el hombre y la mujer los que se pueden recrear

y en la que la experimentación puede variar sustancialmente nuestro organismo, no hay más remedio que dar alguna pauta moral por la que deba discurrir la ética de nuestros días.

Hablé antes de una ética exigente y di las características que debería poseer. Pues bien, apoyándome en lo ya expuesto, tendría que añadir que la ética en cuestión es, además, exigente en cuanto que introduce, con criterios morales anteriormente descritos (y que se sumarizan en los Derechos Humanos), una visión en la que tanto el objeto como el sujeto entran en consideración. Una vez dicho esto, es obvio que podríamos añadir que se necesita una lógica apropiada, una lógica «borrosa», por ejemplo, o una metodología gradualista para no errar en el objetivo. Todo eso y mucho más es verdad. Pero conviene que digamos, para acabar, algo que pertenece estrictamente a la ética. A una ética que, consciente de la recreación humana, del dominio que podemos tener en la orientación de la evolución y los cambios individuales y colectivos que esto supone, desea situarse en una nueva dimensión. Voy, por tanto, a ofrecer alguna sugerencia o indicación, que creo esencial, para poder tener una ética autónoma, exigente, laica y capaz de enfrentarse, sin miedo, con los problemas que el conjunto de la biotecnología nos presenta.

En primer lugar, es necesaria la fusión (o, si se prefiere el término, la dialéctica) entre los datos empíricos que afectan al individuo y los principios morales que expuse. Si a pesar de todo y después de la correspondiente deliberación no llegamos a solución satisfactoria para todos, no habrá más remedio que decidir con prudencia y a la espera de que más casos u otras situaciones nos aclaren; pero dando siempre una importancia incuestionable a los hechos. No es lo mismo, *v.g.*, la viabilidad del feto a las veintidós semanas que a las veinticinco, a la hora de decidir sobre si abortar o no en razón de malformaciones en dicho feto. Son la experiencia y la investigación las que deben tomar la palabra y no disputas sobre contrafácticos, mundos posibles, mitos sobre homúnculos o interpretaciones seudofilosóficas acerca de la epigénesis. Antes de nada, por tanto, saber cómo se está constituyendo el individuo y, después, aplicar los criterios de una ética moralmente robusta. En segundo lugar, se debería juzgar dañino todo aquello que comprometa la autoconciencia y la autodeterminación de los individuos. De ahí que si, por ejemplo, una posible clonación total de un ser humano estuviera en algún momento a mano, no habría que rechazarla por motivos morales si es que tal clonación no atenta contra la autodeterminación del individuo. Porque en dicha libre autodeterminación reside su dignidad y no en otro tipo de consideraciones normalmente llenas de prejuicios o

de intereses parareligiosos. Ahora bien, en el momento en el que se introduzca alguna interferencia en la voluntad de los agentes o se les limite en sus funciones tanto psicológicas como físicas, habrá que oponerse a ello. Y, finalmente, pensar que estamos en evolución, que hemos de ir cambiando en función de los descubrimientos y del progreso moral y que no hay por qué temer que la humanidad mejore en cantidad y en calidad. Sólo hay que temer a una libertad extraviada que arrase la de los demás o a la concentración de poder que puede usar la ciencia en provecho de unos pocos. Pero eso es ya entrar en el campo de la política. Cosa que, sin duda, atañe a la moral. Y que está obligada a denunciar el dominio del dinero y de la comercialización interesada. Pero esto es otro capítulo. Hasta entonces, ¡vivan los humanos!

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- AA.VV., *The birth of Bioethics*, Hasting Center Report, 23, nº 6 (1993).
- T. L. BEAUCHAMP y J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, New Jersey, Oxford, 1983.
- GILLÓN, R. (edit.), *Principles of Health care ethics*, New York, Toronto, 1994.
- J. SÁDABA y J. L. VELÁZQUEZ, *Hombres a la carta. Los dilemas de la Bioética*, Madrid, 1998.
- E. TUGENDHAT, *Lecciones de ética*, Barcelona, 1997.
- E. TUGENDHAT, *Problemas de ética*, Barcelona, 1998.
- E. TUGENDHAT, *Ser, verdad y acción*, Barcelona, 1998.
- E. O. WILSON, *Consilience. La unidad del conocimiento*, Barcelona, 1999.

Sobre la legislación española en biomedicina

Víctor Méndez Baiges

Definir con exactitud la disciplina que se ha dado en llamar bioética no es una tarea fácil. Y eso a pesar de que la palabra «bioética» no tiene aún treinta años. El término fue acuñado por el americano V. R. Potter, a principios de los años setenta, para referirse a un proyecto de elaboración de normas para el buen uso de las ciencias biomédicas y, desde entonces, la idea de poner en relación los avances biomédicos —esto es, los avances que se producen dentro de la biología humana y de la medicina— con la dimensión ética de la experiencia humana es la idea fundamental que ha estado presente en cualquier intento de definición de la materia.

La bioética ha tenido desde sus comienzos una clara vocación jurídica. El desarrollo de la biomedicina en los últimos treinta años, en especial en lo relativo a las intervenciones en la reproducción humana o en el patrimonio genético, o en cuestiones como las del envejecimiento o los trasplantes, ha puesto sobre la mesa la necesidad de tomar decisiones públicas en torno al uso de estas técnicas. Y la reflexión bioética se ha ofrecido desde sus inicios como una ayuda a la política legislativa de los estados.

Cada país reaccionó a su manera y según su tradición ante esta necesidad de legislar respecto a las cuestiones que el desarrollo de la biomedicina planteaba. En todos los países el debate bioético influyó sobre la legislación y le dio un sello característico. En EE.UU., el respeto a la libertad individual y al desarrollo de los negocios se ha mantenido como un principio básico de la actuación del gobierno federal en estos asuntos desde los años setenta. En Francia, la creación en 1983 de un comité nacional permanente como órgano consultivo al servicio del poder ejecutivo —el *Comité consultatif national d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé* (CCNE)— se vio como una necesidad básica en orden a asegurar la racionalidad de las soluciones legales a las que se llegara.

En España el debate sobre estas cuestiones tuvo ciertas peculiaridades que dieron lugar a una legislación especialmente avanzada que ha permitido un desarrollo notable de la industria biomédica. En lo que sigue nos referiremos a este Derecho biomédico español y a sus principales rasgos. Merece la pena señalar aquí que sostenemos la tesis de que se ha cerrado ya la etapa «fundadora» de ese Derecho y que la nueva etapa que está comenzando presenta unas características bien diferentes a las que han marcado hasta ahora el desarrollo de la legislación biomédica en nuestro país.

I. LA RESPUESTA JURÍDICA A LAS INNOVACIONES TECNOLÓGICAS

Existe una estrecha relación entre la bioética y el Derecho. Esa relación ha llevado muchas veces a una confusión entre ambas materias. Por un cierto periodo de tiempo una parte de la doctrina se acostumbró a denominar legislación bioética a la que trataba de cuestiones biomédicas. Durante las sesiones preparatorias del *Convenio sobre derechos humanos y biomedicina* del Consejo de Europa, convenio que entrará en vigor en nuestro país el 1 de enero del año 2000, el propio comité redactor se refirió al texto como «convenio de bioética». También como leyes «bioéticas» es como apellidaron ciertos juristas franceses al importante conjunto de leyes sobre biomedicina —entre ellas la ley n.º 94-653 del 29 de julio relativa al respeto del cuerpo humano— aprobadas en Francia en julio de 1994.

Pero una cosa es la reflexión sobre la biomedicina y sus consecuencias para la sociedad y otra cosa es el Derecho biomédico, o conjunto de leyes que regulan la biología y la medicina. La importancia de una cosa en relación con la otra no puede permitir en ningún caso su identificación. La bioética es una reflexión general, de naturaleza filosófica, cuyo objeto son los avances de la biomedicina y que puede servir a su regulación jurídica, pero ni es Derecho ni lo puede ser.

Las causas de la confusión entre ambas cosas tienen que ver con la importancia de los problemas éticos a los que dan lugar ciertos desarrollos recientes de la biomedicina, pero también se relacionan con la particular historia del desarrollo de la bioética como disciplina académica, además del con un cierto interés conservador. Desde que Potter inventó el término y el *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* de los jesuitas —fundado en

1971— se apoderó rápidamente de él para difundirlo por el mundo una serie de ambigüedades y tensiones han estado presentes en la doctrina bioética. Esta quiere presentarse como una reflexión ética, pero también como una especie de Derecho natural biológico vinculante para el legislador democrático, algo que puede ir más allá de una pura doctrina teórica y llegar a ser una nueva y mixta instancia práctica con un poder normativo *sui generis*: un conjunto de material multidisciplinar y a la vez normativo capaz de imponerse tanto teórica como legalmente.

Esta concepción de la bioética, que desde el principio reclamaba la importancia de las consideraciones teológicas y que manifestaba de múltiples maneras su carácter heteróclito (lo que ya señaló el editorial del número 54 de la revista *Philosophy* en 1979), se ligó desde sus inicios a ciertas actitudes confesionales que tienden a confundir ética y religión. Textos como la Instrucción *Donum Vitae* de la Congregación para la doctrina de la fe de 1987, conocido como «el documento vaticano de bioética» e inspirador de la encíclica *Evangelium Vitae* de 1995, hicieron mucho por la difusión de esa concepción entre nosotros.

Tal concepción de la bioética se caracteriza por centrar el debate sobre la legislación en biomedicina en torno a cuestiones éticas fundamentales, como pueden ser la identidad y la protección de la persona, el respeto a la dignidad humana en todas sus formas, y también por insistir sobre la importancia ética de esa legislación y la conveniencia de que deje a salvo ciertas ideas tradicionales. Tiende a referir la discusión a un núcleo de problemas básicos ciertamente, como la eutanasia, el aborto, el estatuto del embrión, y a primar en su tratamiento legal a la dimensión «ética» sobre todas las demás. Fue esta inflación de ética lo que caracterizó a las primeras discusiones sobre bioética y legislación biomédica y lo que hizo que, durante un tiempo, y en la dirección contraria a la del conde de Romanones, al cual le parecía bien que otros hicieran la ley si a él le dejaban hacer el reglamento, pareciera que a todo el mundo le daba igual quien hacía la ley si a él le dejaban sentar los principios éticos.

Posteriormente, y en la medida en que se fueron desarrollando múltiples técnicas biomédicas y éstas fueron siendo aceptadas por la sociedad, la discusión en torno a la regulación jurídica de la biomedicina fue adoptando una deriva menos transcendental, menos «ética» por decirlo así, menos centrada en los principios que en las consecuencias y más técnica y prudencial. El debate pasó entonces a referirse a cuestiones más concretas y fue la discusión entre favorecer el desarrollo de los negocios biotecnológicos y la prosperidad que éstos puedan traer y la

necesidad de tener en cuenta los riesgos asociados, la protección del medio ambiente o la salud de los consumidores lo que fue pasando a un primer plano. No es que se negara la dimensión ética de la legislación biomédica, sino que empezó a verse claro que la capacidad de decidir entre lo moralmente aceptable era bastante amplia de lo que se había supuesto. La forma en la que, durante los años noventa en los EE.UU., el enfrentamiento entre el lobby tecnológico y el lobby ecologista ha dominado la discusión en torno a la legislación sobre cuestiones como la de los organismos transgénicos, la patentabilidad del material genético o los nuevos desarrollos de la reproducción asistida es un buen ejemplo de este cambio de tendencia.

Este periodo, al que podríamos denominar segunda etapa de la discusión bioética y de la legislación biomédica está menos centrado en lo que podríamos llamar «cuestiones éticas fundamentales» que el periodo anterior, al que podemos llamar primera etapa. Puede caracterizarse también por un intento internacional, protagonizado en nuestro continente por entidades como el Consejo de Europa o la Unión Europea, de dar una cierta uniformidad a la legislación de los distintos países. Esta intención de unidad estuvo menos presente, sin embargo, en la legislación de la etapa anterior, la que se corresponde con la fase más «ética» del debate, etapa en la que cada país afrontó la regulación de los avances biomédicos por separado. En ese periodo —que en España se inicia con la Ley de Trasplantes de 1979— la situación social y política específica de cada país se reveló como fundamental para explicar la solución legal finalmente adoptada en estas materias.

En la España de los años setenta y ochenta, un país recién salido de una dictadura a la que había otorgado un claro soporte político por la Iglesia católica, los sectores eclesiásticos aún estaban recuperándose del desapego en el apoyo popular que siguió a su etapa de máxima colaboración con el régimen y las posiciones ecologistas o medioambientalistas aún no se habían afianzado socialmente en absoluto. La consecuencia de esto fue que el debate público característico de la primera etapa de la discusión bioética, siempre más centrado en la ética y siempre algo trufado de referencias teológicas, no logró prender con fuerza en nuestra sociedad. Se produjo así un cierto vacío a este respecto y ello permitió que se diera rápidamente a la luz una legislación especialmente avanzada y tecnológica, una legislación que fue redactada por comités de expertos en la materia y que pudo llegar a aprobarse sin un gran debate social detrás. Por eso el Derecho biomédico español del último cuarto de siglo no es el que podríamos esperar de un país tecnológica y política-

mente atrasado, inventor del «que inventen ellos», sino un Derecho más bien pionero internacionalmente en muchos aspectos.

II. LA LEGISLACIÓN BIOMÉDICA ESPAÑOLA

En general, la introducción en España de las nuevas técnicas biomédicas se llevó a cabo durante la década de los setenta y ochenta de una forma tranquila y escalonada y sin generar ni un gran debate ni mucha alarma social en torno a ellas. España acostumbra a aparecer en el Eurobarómetro, desde que está incluida en él, como uno de los países de la Unión Europea que más espera de la ciencia en general y de la biotecnología en particular y su legislación biomédica de los años setenta y ochenta refleja precisamente esa confianza: la de un país amante del progreso que quiere desarrollarse técnica y económicamente y que no desea buscarse complicaciones (ni volver de ningún modo al «que inventen ellos»).

La promulgación de la mayor parte de la legislación todavía vigente sobre biología y medicina —el grueso del Derecho biomédico español, por consiguiente— fue obra de las legislaturas centristas y socialistas y ha estado cortado por parecidos patrones *progresistas y pro-tecnológicos*. Dio forma así a una legislación madrugadora respecto a los países de su entorno (Italia, sin ir más lejos, está debatiendo actualmente una ley de reproducción asistida y la ley de protección de los embriones alemana, por ejemplo, es dos años posterior a su equivalente española, la ley de reproducción asistida de 1988) y que exhibe una clara voluntad de ser *avanzada* y de proteger el desarrollo de las técnicas biomédicas.

En muchas ocasiones, y si miramos a esa voluntad de proteger el desarrollo de las técnicas y a la propia técnica legislativa, parece más una legislación redactada por médicos que por juristas. Es este último rasgo, unido a cierto apresuramiento parlamentario en la confección de las leyes, a un escaso desarrollo reglamentario de las mismas y a una cierta falta de control administrativo sobre los centros que practican las nuevas técnicas, lo que ha provocado que algunos critiquen a nuestra legislación como demasiado laxa en estas materias.

La ley de Trasplantes de 1979 —Ley 30/1979 de 27 de Octubre sobre Extracción y Trasplante de Organos, desarrollada por el RD 426/1980 de 22 de Febrero, actualmente en curso de modificación; y, más recientemente, por el RD 411/1996 de 1 de Marzo por el que se regulan las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos—, la Ley

General de Sanidad de 1986 —Ley 14/1986 de 25 de Abril— y la Ley 35/1988 de 22 de noviembre sobre Técnicas de Reproducción Asistida Humana son todas un buen ejemplo de lo que venimos diciendo.

La ley española de trasplantes de 1979, considerada en su día como una de las más progresistas del mundo, quería a toda costa conseguir el desarrollo de las técnicas de trasplante de órganos en nuestro país y al servicio de ello puso gran parte de su articulado. Por una parte, y recogiendo tempranamente la resolución del Consejo de Europa del año anterior sobre «Armonización de Leyes de los Estados Miembros sobre la Extracción, Injertos y Trasplante de Sustancias Humanas», la ley introdujo el criterio de muerte cerebral y, por otra, estableció una presunción *iuris tantum* de donación de sus órganos para todo fallecido, algo francamente «avanzado» en lo que, entre los países de nuestro entorno, sólo le acompañaron Austria y Portugal y hacia lo que parece que se está dirigiendo actualmente la República italiana.

El criterio de muerte cerebral era el criterio médico de declaración de la muerte que las nuevas técnicas de reanimación y de trasplante requerían. Ese criterio autorizaba a declarar muerto a quien, aunque respirara asistidamente o le funcionase el corazón, presentase lesiones cerebrales graves e irreversibles e «incompatibles con la vida». Esto, a la vez que el establecimiento del criterio de la donación universal excepto prueba de la voluntad en contra del fallecido, era lo que se necesitaba para poder aprovechar la alta tasa de accidentes del país y contar con un gran número potencial de donantes. Gracias a ello la ley consiguió, junto con la colaboración entusiasta de los centros hospitalarios, implantar un modelo de funcionamiento en la materia que, en número de trasplantes por habitante, se encuentra desde entonces entre los primeros del mundo.

La ley General de Sanidad de 1986 constituye otro buen ejemplo del talante de la legislación española en estas materias durante esta primera etapa, y demostró la voluntad de asumir por parte del legislador muchos de los cambios radicales que, en el ámbito de la ética médica y del Derecho biomédico, se habían venido produciendo desde el final de la Segunda Guerra Mundial.

Junto con una reforma global del sistema sanitario y una regulación general del derecho a la protección de la salud, esa ley recogió la doctrina más reciente sobre la necesidad de elaboración de una carta de los derechos de los pacientes y estableció una serie de derechos de los mismos que se enuncian básicamente su artículo 10. Esa lista incluye el

derecho a la información y a la participación en las instituciones sanitarias, el derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso —derecho luego desarrollado en la Ley Orgánica 5/1992 de 29 de Octubre sobre Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal—, el derecho al previo consentimiento, el derecho a la libre elección entre opciones y el derecho a negarse al tratamiento, entre otros.

Esta relación de derechos supuso la consagración del principio de la autonomía del paciente y la defunción legal del viejo sistema sanitario que consagraba el paternalismo médico y que ha caracterizado a las relaciones entre el médico y el paciente durante siglos. Es una relación de derechos que ha tenido una gran influencia en los códigos deontológicos posteriores y también en la práctica diaria de los hospitales, donde todavía está por decidir, no obstante, su verdadera incidencia

Dos años después de la promulgación de la ley general de sanidad, la de la ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida Humana de 1988 volvió a suponer una clara y rotunda toma de posición de nuestro Derecho a favor del *progreso*. El objetivo principal de esta ley volvió a ser, como lo fue en el caso de la legislación sobre trasplantes, el de facilitar el desarrollo de las nuevas técnicas. Se trataba aquí de técnicas como la inseminación artificial, la fecundación *in vitro* y la posterior transferencia del embrión a un útero femenino, la transferencia intratubárica de gametos, la crioconservación de gametos y embriones en sitios como bancos de semen, etc.; toda una serie de técnicas que conformaban una verdadera revolución en cuanto a lo que a la reproducción humana se refiere.

Fue esta una ley severamente criticada por la Iglesia católica, la cual consideraba que privaba del derecho a la vida a seres humanos no nacidos, al igual que, según ella, ya lo había hecho la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de Junio que despenalizaba el aborto en determinados supuestos. Pero estas críticas no impidieron que la ley de reproducción asistida, complementada por la ley 42/1988 de 28 de Diciembre sobre Donación y Utilización de Embriones y Fetos Humanos y de sus Células, Tejidos u Organos, considerada constitucional por el Tribunal Constitucional (STC 212/1996), gozase de una relativa falta de oposición social y sirviera para dar solución a numerosos problemas jurídicos que el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida planteaba a nuestro ordenamiento.

En consonancia con esta relativa ausencia de oposición y de debate público, algo que contrasta con la amplia discusión que suscitó en

Francia el nacimiento de Amandine, la primera bebé probeta francesa, en 1982, la ley española de reproducción asistida se atrevió en su preámbulo a sentar una serie de principios éticos y a proclamarse algo así como ética, además de jurídicamente, válida. Tomaba de esta forma el legislador para sí mismo la tarea de sentenciar en el debate ético y la legislación «bioética» española llegaba entonces a su punto más alto dentro de su primera etapa, a la que en nuestro país cabe llamar fase de la «legislación desde arriba».

La ley española de reproducción asistida quiso sobre todo asegurar el éxito de unas técnicas. Por eso permite a cualquier mujer mayor de dieciocho años, ya esté casada o no, ser usuaria de las mismas y por eso garantiza tanto el anonimato de los donantes de gametos o preembriones como el carácter gratuito de esa donación *sui generis*, deteniéndose también a establecer las normas sobre filiación que han de regir en estos casos como excepción a la norma general que dicta el Código Civil y estableciendo una larga lista final de prácticas no permitidas (algunas luego convertidas en delito en 1995), que aspira a mantener esas técnicas bajo control.

La ley dejó, no obstante, una gran cantidad de cabos sueltos en su articulado. Estableció, por ejemplo, que los gametos y los preembriones sobrantes de un proceso de reproducción podrían conservarse congelados durante cinco años, pero no determinó qué hacer con ellos pasado ese plazo. Tampoco dejó nada claro el estatuto jurídico de ese material ni quien debía decidir sobre su destino a lo largo de todo el proceso de conservación. Asimismo, y a pesar de que la propia ley preveía la creación de una Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida para orientar sobre los problemas que podían surgir con el desarrollo de estas técnicas, tuvieron que pasar prácticamente diez años para que esa comisión se constituyese por RD 415/1997 de 21 de marzo.

La pobreza de su desarrollo reglamentario ha sido una clara característica de la legislación española sobre reproducción asistida y ha permitido una práctica muy libre de las técnicas que regula por parte de los centros que las llevan a cabo. Esta pobreza es algo que sólo ha comenzado a paliarse muy recientemente. Pensemos que es el RD 412/1996 de 1 de Marzo el que establece un Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones y que es el RD 413/1996 de 1 de Marzo el que establece los requisitos que deben cumplir los centros que realicen estas técnicas, centros que llevan ya, en algunos casos, varias décadas de funcionamiento.

La necesidad de dar una solución a la serie de nuevas cuestiones jurídicas que se plantearon con el desarrollo de la nueva genética y la posibilidad que ésta abrió de manipular el genoma de los organismos cambió en los años noventa esta dinámica autárquica de la legislación española, contribuyendo a sacarla de la fase que hemos denominado de «legislación desde arriba». Las técnicas a las que nos referimos planteaban al legislador una serie de cuestiones jurídicas muy concretas, que afectaban muy claramente al medio ambiente y que tenían implicaciones que iban más allá de lo meramente ético; exhibían además una dimensión claramente internacional. Nos referimos a cuestiones como las siguientes: ¿Cómo regular cuándo y cómo deben ser requeridos análisis del genoma de una persona y qué efectos deben tener estos análisis? ¿Puede exigirlos el empleador o la compañía aseguradora? ¿Quién es responsable si organismos modificados genéticamente generan un problema medioambiental? ¿Es lícito crear seres humanos transgénicos, con un gen añadido, pongamos por caso, de orangután? ¿Pueden patentarse organismos transgénicos, por ejemplo las bacterias que «fabrican» productos comercializables, o deben considerarse materia viva no patentable? ¿Puede patentarse el gen de un animal? ¿Pueden patentarse los genes humanos mismos?

La solución legal dada por los EE. UU. a muchas de estas cuestiones, en general respondiendo a las inquietudes tanto de las empresas como de los consumidores, tenían una clara voluntad de influir en la legislación mundial a través de organizaciones como el GATT o la Organización Mundial de Comercio y parecían exigir una respuesta europea unificada en la materia. Desde el Derecho comunitario se intentó dar esa respuesta. La Unión Europea preparó así desde el final de los años ochenta una serie de directivas con una clara voluntad unificadora de las legislaciones nacionales y varias de esas directivas ya han sido incorporadas al ordenamiento español. Nos referimos a la Directiva del Consejo 90/679/CEE, que regula la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo; a la Directiva del Consejo 90/219/CEE relativa a la utilización confinada de microorganismos modificados genéticamente y a la Directiva 90/220/CEE sobre la liberación intencional en el medio ambiente de organismos modificados genéticamente, las cuales han tenido reflejo en España a través de la ley 15/1994 de 3 de junio de régimen jurídico de la utilización confinada, liberación voluntaria y comercialización de organismos modificados genéticamente, a fin de prevenir los riesgos para el ser humano y para el medio ambiente y del RD 951/1997 de 20 de junio que desarrolla dicha ley.

Donde más problemático se ha mostrado el intento europeo de uniformización de la legislación comunitaria ha sido en lo relativo a la patente de materia viva. La Propuesta de Directiva relativa a la protección jurídica de las invenciones tecnológicas fue aprobada en el Parlamento Europeo el 12 de mayo de 1998, después de una década de discusiones y en medio de una polémica que todavía dura. Esa directiva, rompiendo la tradición y el convenio europeo vigente en la materia (el Convenio de Munich de 1973), y acercándose claramente al Derecho estadounidense de patentes, permite la patente de materia viva y de genes humanos con aplicación industrial y obligará, seguramente, a modificar la ley española de patentes de 1986.

Sobre éste y parecidos asuntos es donde se mueve en gran parte la discusión actual. Organizaciones ecologistas, empresas biotecnológicas y autoridades europeas son los principales protagonistas del debate sobre las patentes de materia viva, sin duda uno de los debates jurídicos más importantes a los que han dado lugar las aplicaciones de la nueva genética. Por parte de los enemigos de la introducción de cambios en esa legislación se argumenta que autorizar esas patentes sería iniciar un peligroso camino de «mercantilización de la vida» y se acusa a las autoridades europeas de ceder en este asunto delante de las presiones de los EE.UU. y de las grandes multinacionales del sector. Se observa también que, gracias a la reforma mundial del derecho de patentes, las multinacionales están logrando llevar a cabo la privatización de un conocimiento biotecnológico muchas veces puesto en marcha con dinero proveniente de fondos públicos y se acusa a los estados de hacer todo lo posible para favorecer esta situación.

Los mismos actores se enfrentan actualmente en torno al asunto de la comercialización y etiquetado de productos alimenticios transgénicos, una cuestión que interesa cada vez más a la opinión pública europea. La discusión entre organizaciones ecologistas como Greenpeace, las organizaciones de consumidores y las autoridades europeas, entre ellas el gobierno español, versa sobre el tratamiento que deben recibir los organismos modificados genéticamente y, en concreto, las variedades de vegetales transgénicos que están comenzando a comercializarse entre nosotros.

Según las organizaciones ecologistas los gobiernos europeos han decidido ignorar el riesgo que la liberación de estos organismos supone para el medio ambiente, dejándose influir por las grandes multinacionales del sector biotecnológico y de la alimentación, para los cuales la comercialización de esos productos es uno de los grandes negocios de

futuro. Por eso exigen de las autoridades europeas, como mínimo, la imposición de un etiquetado especial y bien visible que avise a los consumidores de la naturaleza transgénica del producto y que posibilitaría, entre otras cosas, acciones como el boicot. Eso lo logró un fuerte movimiento activista en algunos estados de EEUU, pero a ello se han negado hasta ahora las autoridades, que argumentan que hacerlo sería fomentar los temores más ignorantes de la población, ya que los alimentos transgénicos han pasado controles parecidos a los fármacos y tienen, por ello y como mínimo, el mismo grado de seguridad que estos.

Si nos fijamos en las características de estas discusiones y de la legislación a la que se refieren nos daremos cuenta de que marcan claramente la existencia de un cambio de tendencia general. No estamos ya en la etapa de la falta radical de debate social sustituido por el legislador ni en la de la discusión predominantemente ética y de principios. Estamos en un nuevo período que se caracteriza por la internacionalización y por la politización de las decisiones legislativas en biomedicina. En esta fase la posición española resulta mucho menos singular que antes y la discusión puramente política sobre los asuntos a decidir es claramente mayor. En esta situación, bien diferente a aquella que el preámbulo de la ley de reproducción asistida hace diez años calificaba como de «vacío legal», es donde ha de moverse la actual reflexión sobre la legislación española en biomedicina.

III. LA CUESTIÓN DEL PODER Y LA DEMOCRACIA

En esta nueva fase que se ha abierto en la legislación biomédica el debate público —debate social, ético, filosófico, bioético, crítico, político o interdisciplinar, llámesele como se quiera— ocupará un lugar más importante del que ha tenido hasta ahora. Muchas cuestiones están por decidir y el procedimiento del «legislación desde arriba» no es probable que vuelva a funcionar con la misma perfección que lo hizo en el pasado. La discusión sobre esos asuntos, además, no podrá limitarse a girar en torno a los principios éticos del sistema, pues hay muchas cuestiones abiertas que son muy concretas y que necesitan de una solución.

Un buen ejemplo de esto lo suministra en el terreno del derecho a la salud la relación entre el médico y el paciente tal como quedó establecida en la Ley General de Sanidad. Vemos ahí que la puesta en práctica en los centros sanitarios del principio de la autonomía del paciente prescrito en la legislación ha provocado muchos problemas y críticas diversas.

Por un lado están los que denuncian la adulteración de la ley que se ha producido en esos centros y que acusan al personal de los mismos de sepultar el principio de autonomía del paciente debajo de un alud de unos llamados «documentos de consentimiento informado» que hacen firmar indiscriminada y continuamente a los pacientes. Por otra parte están los que —y no es una parte pequeña del personal de los centros sanitarios— acusan de utopismo y de inaplicabilidad a la ley y continúan actuando del todo ajenos a ella y, en gran medida, según el patrón paternalista tradicional en su profesión.

También las técnicas de reproducción asistida humana seguirán alumbrando problemas y paradojas durante los próximos años. La discusión sobre cual debe ser el estatuto ético y legal del embrión humano no ha desaparecido ni es probable que lo haga en un futuro próximo. La cuestión sobre si los embriones humanos están incluidos o no en el «todos» del «todos tienen derecho a la vida» que enuncia el artículo 15 de nuestra constitución fue resuelta de forma negativa por el Tribunal Constitucional (STC 53/1985 y STC 212/1996); pero esa decisión no resuelve todo el conjunto de cuestiones que los embriones plantean y que la actual posibilidad técnica de mantenerlos vivos fuera del claustro materno complica. Podrán no ser personas, pero su naturaleza de cosas es como mínimo especial y problemática, pues nadie puede negar que están vivos y que son humanos y que las decisiones legislativas sobre su futuro son complicadas. Además, la tensión no resuelta en la ley de reproducción asistida entre considerar a las técnicas que regula como unas terapias cuyo objetivo es curar una enfermedad —la esterilidad— o bien como unas técnicas al servicio del derecho a la reproducción de las personas planteará problemas. Las actuales discusiones en torno a la conveniencia de permitir la selección de sexo por razones no terapéuticas o autorizar el contrato de maternidad subrogada en algunos casos son claros ejemplos de ello. Son los problemas que se derivan de una legislación temprana pero poco clara en lo fundamental.

A ello han de unirse cuestiones como la de los trasplantes de órganos de animales a seres humanos —los llamados xenotrasplantes, que han sido considerados peligrosos por el consejo de Europa, el cual ha dictado en 1999 una moratoria no aceptada por el gobierno español— o la de los alimentos transgénicos, respecto a la introducción de los cuales España es uno de los países más permisivos de la Unión Europea y el que ha autorizado la mayor extensión de terreno cultivable, asuntos ambos que revelan la pervivencia de la voluntad *progresista* de nuestras autoridades, aunque no escapen ya con tanto éxito como antes a su cuestionamiento social.

La discusión sobre estos y otros problemas deberá llevarse a cabo con una cierta valentía intelectual que vaya más allá de la pretensión de dejar actuar al mercado siempre que se respeten unos ciertos mínimos éticos pero que no se deje llevar por un prohibicionismo irreflexivo. Exige rigor. El debate reciente en torno a la clonación, lleno de miedos a unas muy imaginarias legiones de clonados asesinos, de bizarras especulaciones en torno a la dignidad humana y artificialmente hinchado para distraer a la opinión pública constituye un perfecto ejemplo de una muy pobre utilización del poder de discusión en estas materias. Si acaso enseña algo, es que la indignación es un recurso que debe utilizarse siempre con mucha calma.

La discusión sobre la regulación de la biomedicina no debería perderse ni en la pura aceptación de lo dado ni en sutilezas pseudokantianas de filósofo aficionado. Tiene más bien que hacerse cargo de que los problemas que van apareciendo como consecuencia de los avances en biomedicina son problemas políticos que nos ponen enfrente de nuestro poder y de nuestra responsabilidad y que nos obligan a aceptar la idea de que somos los creadores de nuestro propio destino.

Lo que se trata entonces de que quede bien claro bajo el rótulo de bioética es que la vieja época de la ciencia neutral, más allá del bien y del mal e irresponsable ante la sociedad es una época que se ha acabado para siempre. La ciencia de nuestro tiempo es una empresa social, resultado de muchos esfuerzos, que necesita mucho dinero para desarrollarse y que influye extraordinariamente sobre la totalidad de nuestras vidas y esto hace que se establezca una relación inevitable con la democracia.

La mezcla actual de ciencia y tecnología —lo que algunos llaman tecnociencia— no tiene más remedio que ser responsable ante la sociedad. Esto se percibe en todas sus ramas, pero se manifiesta con una especial claridad en lo que se refiere a la biomedicina. Y ser responsable es lo mismo que aceptar su vocación democrática. Política, más que ética, es por ello el término que se debe invocar para el futuro. Lo que nos permite hacer hoy la ingeniería genética se parece mucho a coger con las manos nuestro propio destino. Y eso es precisamente lo mismo de lo que trata la democracia: de asumir de forma responsable nuestro poder colectivo haciendo frente a la tarea común de tomar decisiones.

En esa tarea, y lejos de esperar que los expertos tracen a la manera platónica unos principios supremos desde los cuales se deduzca nuestra seguridad y bienestar, ha de asumirse de forma creativa la necesidad de tomar decisiones aceptables para todos. La legislación española en

biomedicina parece haber dejado atrás la extraña pretensión de dictar una ética por decreto y empieza a dar señales de ir en una nueva dirección más participativa. En ese viaje un diálogo abierto y racional, en el cual todos los viajeros admitan que hay que moverse y decidan colectivamente hacia donde ir, resulta de lo más aconsejable.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- BORRILLO, D., *Genes en el estrado*, Madrid: CSIC, 1996.
- CAMBRÓN, A. (comp.), *Entre el hacer y el morir*, Granada: Comares, 1998.
- CASADO, M. (comp.), *Materiales de Bioética y Derecho*, Barcelona: Cedecs, 1996.
- CASADO, M. (comp.), *Bioética, derecho y sociedad*, Madrid: Trotta, 1998.
- DURÁN, A. y RIECHMANN, J. (comps.), *Genes en el laboratorio y en la fábrica*, Madrid: Trotta, 1997.
- LEMA AÑÓN, C., *Reproducción, poder y derecho*, Madrid: Trotta, 1999.
- MARTÍN MATEO, R., *Bioética y Derecho*, Barcelona: Ariel, 1987.
- MÉNDEZ BAIGES, V., «Bioética y Derecho. Legislación biomédica», en *Iuris*, núm. 21, octubre, 1998, pp. 21-31.
- PERIS RIERA, J. M., *La regulación penal de la manipulación genética en España*, Madrid: Civitas, 1995.
- ROMEO CASABONA, C. M., *Código de leyes sobre genética*, Bilbao: Cátedra de Derecho y Genoma Humano, Fundación BBV-Diputación Foral de Bizcaia, 1997.
- RIECHMANN, J., *Argumentos recombinantes. Sobre cultivos y alimentos transgénicos*, Madrid: Los libros de la catarata, 1999.
- RIFKIN, J., *El siglo de la biotecnología*, Barcelona: Crítica, 1999.
- ROMEO CASABONA, C. M. (coord.), *Derecho biomédico y bioética*, Granada: Comares, 1998.

Problemas jurídico-penales de la objeción de conciencia en el ámbito de las actividades sanitarias

Mirentxu Corcoy Bidasolo

I. INTRODUCCIÓN

1. En un Estado Social y Democrático de Derecho existen una serie de deberes jurídicos que los ciudadanos deben de cumplir en el desarrollo de determinadas actividades o en unas concretas circunstancias. El cumplimiento de estos deberes, en una sociedad en la que conviven personas de diferentes ideologías y creencias, teniendo todas ellas derecho a ser respetadas en sus convicciones, plantea una serie de conflictos de intereses, al entrar en colisión derechos y deberes de personas con distintas creencias. En este contexto de respeto a las minorías, la objeción de conciencia se suscita cuando el cumplimiento de un deber jurídico entra en conflicto con el ejercicio de la libertad ideológica y de creencias de la persona obligada por ese deber. La pretensión del Estado de asegurar jurídicamente el principio de igualdad determina que todos los ciudadanos tengan derecho a un trato igualitario y, por consiguiente, tiene derecho a exigir que se cumplan determinados deberes. El deber jurídico que obliga a la realización de una determinada conducta debe de tener su respaldo en el Derecho positivo¹, por cuanto, de no existir un deber de actuar (o de omitir) previsto en el ordenamiento jurídico carece de sentido acudir a la justificación de ese incumplimiento en base a la objeción de conciencia².

¹ De otra opinión, Escobar Roca, 1998, 134, entiende que la objeción de conciencia puede dirigirse contra todos aquellos deberes cuyo incumplimiento es de hecho.

² No se entiende la fundamentación de Escobar Roca, 1998, 134, cuando afirma que el deber de sometimiento a un determinado tratamiento médico (por ejemplo una transfusión de sangre a un Testigo de Jehová cuando éste se encuentra inconsciente), deber que no sólo no está previsto claramente en nuestro ordenamiento, sino

Estos es así, porque no actuar u omitir sin que concurra el deber jurídico de hacerlo determina que su conducta sea irrelevante a los efectos del Derecho, sea cual sea la razón por la que no actuó u omitió. El incumplimiento de un deber ético por razones de conciencia no suscita un problema de objeción de conciencia, en sentido estricto, porque ese incumplimiento no necesita estar justificado para que sea lícito, mientras que admitir la eficacia de la objeción de conciencia supone justificar la realización de un comportamiento en principio ilícito.

2. La objeción de conciencia puede tener efectividad jurídica, justificando lo ilícito, cuando la realización de esas actividades a las que se está jurídicamente obligado entra en conflicto con el derecho fundamental al ejercicio de la libertad, en aquellos supuestos en los que el cumplimiento del deber jurídico implica una agresión a las convicciones ideológicas del obligado jurídicamente. Pero es que, además, ese respeto a la libertad resulta avalado por el principio de igualdad, principio que sólo se cumple, desde una perspectiva material, cuando se respetan las diferencias que surgen por el ejercicio de la libertad ideológica de todos los partícipes en la vida social³. El respeto a los principios de libertad e igualdad se encuentra, por consiguiente, en cada uno de los lados de la balanza, cuando entran en conflicto el derecho a la libertad ideológica con un determinado deber jurídico de actuar o de omitir. El Estado, en cuanto Estado de Derecho, está obligado a respetar la libertad de conciencia de todos los ciudadanos, mientras que el Estado, en cuanto Estado social y democrático, está obligado a cumplir igualitariamente con los derechos que corresponden a los ciudadanos y a obligar coactivamente a que se cumplan. En consecuencia, la persona que resultaría afectada por el incumplimiento del deber jurídico, como consecuencia del ejercicio del derecho a la libertad ideológica de otra persona, tiene derecho, en base al principio de igualdad material, a que esa actividad sea realizada. Consecuentemente, en ningún caso puede entenderse la libertad como un derecho absoluto puesto que el ejercicio de la libertad de una persona tiene como primer límite el ejercicio de la libertad de terceros y de su derecho a un trato igualitario. Incluso desde

que más bien su imposición resulta prohibida...», puesto que acaba afirmando que ese pretendido deber de sometimiento no existe realmente.

³ Cfr. Romeo Casabona, 1998, 329 ss. trata la objeción de conciencia como respeto al pluralismo ideológico y a los principios de libertad y tolerancia. La efectividad de este pluralismo ideológico requiere acudir al principio de igualdad para que cualquier creencia o ideología sea respetada paritariamente por el Derecho.

las posturas que preconizan la libertad como derecho prioritario, para algunos por encima de la vida, no es posible negar que, especialmente, quiénes ejercen su actividad profesional dentro de la Administración Pública están obligados a cumplir con los deberes que les vienen impuestos como consecuencia del ejercicio de esa actividad, en el cumplimiento de los fines a los que el Estado está obligado.

3. El derecho a la objeción de conciencia, con carácter general, es expresión del derecho fundamental a la libertad de conciencia, art. 16. de la Constitución Española⁴ y su ejercicio plantea diversos supuestos de conflicto entre deberes y derechos que deben de resolverse de acuerdo con los principios que rigen el estado de necesidad o el ejercicio de un derecho, esencialmente, el principio de proporcionalidad a través de la ponderación de los intereses en juego. La libertad de ideológica tiene muy diversas facetas entre las que se encuentran la libertad de conciencia y la libertad religiosa. Para dotar de contenido material al derecho a la libertad ideológica es necesario que de la titularidad de ese derecho se derive un derecho a actuar conforme a esas ideas y, en el caso concreto que nos ocupa del presunto derecho a la objeción de conciencia, se derivaría un derecho a no conducirse conforme a deber. El ordenamiento jurídico debe de contemplar este principio constitucional de la libertad ideológica a través de la protección del ciudadano para que pueda actuar conforme a sus principios, dentro de los límites que marca el derecho a la libertad ideológica de las otras personas. El respeto de los principios de libertad y tolerancia determinan la obligación de respetar a las minorías y, en consecuencia, la defensa del pluralismo ideológico⁵. Sin embargo, tampoco esa obligación de respeto es absoluta ya que puede estar limitada por otros derechos constitucionalmente protegidos, especialmente cuando los derechos afectados son los de terceros ajenos a la objeción de conciencia⁶. Analizando la objeción de conciencia en el

⁴ En este sentido, STC 15/1982, de 23 de abril (BOE 18 de mayo de 1982), donde se afirma que la objeción de conciencia es un derecho implícitamente reconocido en la ordenación constitucional española, pues «la libertad de conciencia es una concreción ideológica que nuestra Constitución reconoce»; en relación con la objeción de conciencia de los profesionales de la información la LO 2/1997, de 19 de junio, Reguladora de la Cláusula de Conciencia de los Profesionales de la Información, en su Exposición de motivos, afirma que la Constitución ha introducido el reconocimiento del derecho de los profesionales de la información a la cláusula de conciencia, art. 20. 1. d), derecho que goza de plena eficacia jurídica desde su promulgación.

⁵ En el mismo sentido, Romeo Casabona, 1998, 349.

⁶ En ese sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de junio de 1997 (ponente: D. Carlos Granados Pérez). Vid. Romeo Casabona, 1998, 331 ss., que analiza esa

ámbito de la actividad sanitaria⁷, este problema se suscita cuando terceras personas, profesionales o no profesionales sanitarios, se niegan a que un paciente reciba un tratamiento por razones de conciencia, especialmente, cuando ese paciente es un menor⁸. Existen además, dentro del ejercicio de la sanidad, otros muchos supuestos en los que se suscitan problemas de objeción de conciencia relacionados con un deber de actuar del sanitario, entre los que podemos citar el aborto, que es el caso que más se ha debatido⁹, la esterilización de disminuidos psíquicos, la cirugía transexual, los trasplantes, la fertilización *in vitro*,.... Junto a estos supuestos en los que la objeción de conciencia está referida al incumplimiento de un deber jurídico de actuar, se plantean otros casos opuestos en los que la objeción de conciencia afecta a un presunto deber de actuar del profesional sanitario en contra de la voluntad del paciente, así, por ejemplo, en temas relacionados con la eutanasia pasiva y el rechazo al tratamiento. Como veremos, la solución a la que se debe de llegar en relación con el alcance del derecho de objeción de conciencia en uno y otro grupo de supuestos es absolutamente divergente, por cuanto, el derecho a la objeción de conciencia puede generar un derecho a no actuar pero nunca un derecho a actuar en contra de la voluntad del paciente¹⁰. El profesional sanitario no tiene derecho a actuar en el

sentencia en la que se condena, por homicidio doloso en comisión por omisión, a los padres de un chico de trece años que murió, aparentemente, por no haber recibido transfusiones de sangre, transfusiones a las que tanto los padres como el menor se opusieron por ser Testigos de Jehová

⁷ Los problemas de objeción de conciencia que se suscitan en el desarrollo de actividades sanitarias son el objeto de este trabajo.

⁸ El problema se agrava cuando nos encontramos con ideologías que pueden ser consideradas como sectas, por cuanto, en el caso de menores, incluso con capacidad de discernimiento, se hace difícil aceptar que esa negativa por razones de conciencia pueda ser entendida como existencia de un consentimiento válido que excluya el deber de asistencia sanitaria. Al respecto, vid. Maqueda Abreu, 1996, 196, en relación con los Testigos de Jehová afirma que el ejercicio de la patria potestad no faculta a los padres para tomar decisiones irreversibles que puedan poner en serio peligro la vida de sus hijos; en el mismo sentido, Tamarit Sumalla, 1989, 427.

⁹ Cfr. García Arán, 1987, 253 y ss., entiende que en la regulación de la interrupción del embarazo en España implícitamente se reconoce el derecho a la objeción de conciencia, en la OM de 31 de julio de 1985, cuando se afirma que «La no realización de la práctica del aborto habrá de ser comunicada a la interesada con carácter inmediato al objeto de que pueda, con tiempo suficiente, acudir a otro facultativo».

¹⁰ En estos casos el problema más grave se suscita cuando el paciente no puede consentir, por ser menor, incapaz o estar inconsciente, por cuanto en ese caso, de acuerdo con la Ley General de Sanidad, el consentimiento lo otorgan los familiares o representantes legales.

ejercicio de su libertad de conciencia porque no existe deber jurídico alguno que cumplir cuando un paciente no desea ser tratado y no puede equipararse la afectación de la libertad de conciencia cuando se obliga a alguien a realizar algo contrario a sus creencias respecto de las situaciones en las que únicamente debe de omitir.

4. La problemática jurídico-penal que se suscita con el derecho a la objeción de conciencia, como expresión del ejercicio de la libertad ideológica, ha sido especialmente debatida en relación con la objeción de conciencia al deber de cumplimiento del servicio militar obligatorio¹¹, que es el único supuesto de objeción de conciencia expresamente previsto en la Constitución Española de 1978, art. 30. La consecuencia del expreso reconocimiento constitucional, fruto de un debate jurídico, y por supuesto social y político, fue la creación de la prestación social sustitutoria¹², con la que se aceptaba la objeción de conciencia a la realización del Servicio Militar, con la consiguiente modificación del tratamiento jurídico-penal de la insumisión. El legislador modificó los delitos contra el deber de prestación del Servicio Militar¹³ y creó los delitos contra el deber de la prestación social sustitutoria¹⁴. Una primera reflexión sobre la dirección seguida por la legislación y la jurisprudencia relativa a la objeción de conciencia respecto del cumplimiento del servicio militar obligatorio y de la prestación social sustitutoria permite advertir que tanto el ordenamiento jurídico como la jurisprudencia limitan el derecho a actuar conforme a las creencias en el sentido de que la negativa a cumplir con cualquier obligación jurídica por razones de conciencia debe de obedecer realmente a unas ideas constatadas. El ordenamiento jurídico de esta forma establece que constituirá delito la negativa a prestar tanto el servicio militar como la prestación social sustitutoria cuando ello se deba a una declaración de insumisión por no

¹¹ La bibliografía sobre la objeción de conciencia al Servicio Militar es muy abundante, al respecto vid. por todos, Landrove Díaz, 1992; Millán Garrido, 1990; Peces Barba, 1989.

¹² Ley 22/1998, de 6 de julio (BOE nº 116, de 7 de julio), reguladora de la Objeción de Conciencia y la Prestación Social Sustitutoria y RD 266/1995, de 24 de febrero (BOE nº 64, de 16 de marzo), por el que se aprueba el Reglamento de la Objeción de Conciencia y de la Prestación Social Sustitutoria de la ya derogada Ley 48/1984, de 26 de diciembre, parcialmente modificado por RD 1.248/1997, de 24 de julio (BOE nº 177, de 25 de julio), por el que se aprueba el Reglamento sobre convalidación de servicios voluntarios a efectos de la prestación social sustitutoria.

¹³ Art. 604. del Código Penal de 1995.

¹⁴ Art. 527 y 528 del Código Penal de 1995.

acatar el poder del Estado. Por tanto, se puede afirmar que de *lege lata* están vigentes tres principios en relación con el alcance de la objeción de conciencia, consistentes en la afirmación de que no existe un derecho absoluto a actuar conforme a las creencias, que es requisito previo la constatación de la creencia o ideología que fundamenta la objeción y que el límite a ese derecho a la libertad de conciencia es el acatamiento de la ley¹⁵. No obstante, este último principio, así expresado, es incorrecto pues dejaría sin contenido, en la mayoría de supuestos, el derecho a la libertad ideológica ya que el problema de la objeción de conciencia sólo se suscita realmente cuando el respeto de ese derecho implica la infracción de un deber jurídico, es decir, el incumplimiento de una norma legal. Por consiguiente, la objeción de conciencia, para que pueda ser llamada así, lo que plantea es un conflicto de derechos que deberá de resolverse de acuerdo con los principios generales de proporcionalidad e igualdad. Tanto la causa de justificación de estado de necesidad, en la modalidad de conflicto de deberes¹⁶, como la de ejercicio de un derecho tienen como requisitos esenciales para poder apreciarlas la existencia de un derecho y la proporcionalidad del ejercicio de ese derecho en relación con el deber que se vulnera.

5. Estos principios desarrollados en relación con la objeción de conciencia a la prestación del servicio militar obligatorio son de aplicación en todos los supuestos de objeción de conciencia en los que el ejercicio de la libertad ideológica suponga el incumplimiento de un deber jurídico de actuar o de omitir. Por ello, en el ámbito sanitario la solución a los problemas de objeción de conciencia debe de pasar por delimitar los supuestos en los que existe un deber jurídico de actuar para el sanitario de aquellos en los que no concurre tal deber. En este punto hay que poner de manifiesto que estamos hablando de un deber jurídico de actuar (o de omitir) y que no pueden entenderse como tal las normas deontológicas que se expresan en el sentido de que el médico tiene un deber general de

¹⁵ La regulación de la objeción de conciencia al Servicio Militar y a la Prestación Social Sustitutoria ha sido muy discutida por la doctrina vertida al respecto que, en general sin excesivas argumentaciones, en este ámbito propone un derecho a la objeción de conciencia ilimitado, en un sentido contrario al alcance que a este derecho le otorgan en otros casos, como en el de la interrupción voluntaria del embarazo, en el que niegan el derecho a la objeción de conciencia al personal sanitario.

¹⁶ Cfr. Mir Puig, 1998, 465-466, sobre el concepto de colisión de deberes.

preservar la vida y la salud de los ciudadanos, como un interés del Estado, pasando por encima de la capacidad de disposición de ese bien jurídico por su titular¹⁷. Para que pueda admitirse la existencia de un deber de actuar del médico tiene que concurrir un primer presupuesto que es el consentimiento del paciente en recibir ese tratamiento médico-quirúrgico¹⁸. Esta postura parte de la comprensión de la vida y la salud como bienes jurídicos disponibles en cierta medida por su titular, aun cuando con ciertos límites referidos a la colisión de este derecho a disponer de la vida con derechos de terceros¹⁹.

6. Este punto de partida lleva a distinguir, de entre los problemas de objeción de conciencia en el ámbito sanitario, aquéllos en los que el paciente es quien quiere que se realice un determinado tratamiento y el médico es quien se niega por razones de conciencia —objeción de conciencia del sanitario—, de aquéllos en los que es el paciente quien se niega a ser tratado, por razones de conciencia, y el médico es quien quiere imponer el tratamiento, contra la voluntad del paciente —objeción de conciencia del paciente—. En este último grupo de casos, cuando analicemos los diversos supuestos, veremos que en la mayoría de ellos se produce una doble objeción de conciencia, del facultativo y del paciente. Del facultativo en la creencia de que en conciencia tiene el deber de actuar y del paciente que por razones de conciencia, o más ampliamente del ejercicio de su libertad, no quiere ser tratado —rechazo al tratamiento—. En relación con estos pretendidos supuestos de objeción de conciencia, en este trabajo trataré de demostrar que, excepto en

¹⁷ Cfr. Navarro-Valls/Martínez-Torrón, 1997, 121, parten en su comprensión de los límites a la objeción de conciencia del médico de que existen «...dos intereses públicos de primer orden: el interés del Estado en preservar la vida y la salud de sus ciudadanos, y el interés en mantener la integridad ética de la profesión médica».

¹⁸ Cfr. Corcoy Bidasolo, 1998, 110 ss., exigiendo el consentimiento informado del paciente como presupuesto previo de cualquier intervención médico o quirúrgica, con la excepción, a la que haremos después referencia, de que la ausencia de tratamiento implique un peligro para la salud pública.

¹⁹ De otra opinión, Navarro-Valls/Martínez-Torrón, 1997, 121; en el mismo sentido se muestra alguna sentencia del Tribunal Constitucional alemán, así, por ejemplo, BVerf GE 39, 1975, 1/41 ó BVerf GE 88, 1993, 203, 205 ss. «la vida es la base vital de la dignidad humana y el presupuesto de todos los otros derechos constitucionales»; en algunas sentencias norteamericanas se parte de presupuestos análogos, aun cuando no puede decirse que defiendan una postura absoluta de indisponibilidad de la vida sino sólo en tanto en cuanto la disponibilidad de la vida de una persona afecta al desarrollo y seguridad de otros, en el caso concreto de tener hijos pequeños, o a la salud pública, en el mismo sentido que aquí se plantea.

determinados casos muy concretos²⁰, el facultativo no tiene derecho a alegar el ejercicio de la libertad de conciencia para imponer un tratamiento, por cuanto, en general no existe un deber jurídico que le obligue a actuar en el ejercicio de su profesión y ni tan siquiera un deber deontológico²¹.

7. La objeción de conciencia en el ámbito de la actividad médico-quirúrgica se suscita, especialmente, en seis ámbitos: en el aborto, en las transfusiones de sangre, en la esterilización de deficientes mentales, en determinados supuestos de reproducción asistida, en relación con la interrupción de tratamientos médicos o quirúrgicos y con la aplicación de tratamientos paliativos del dolor que producen a corto plazo la muerte. De estos supuestos, de acuerdo con la premisa anterior, en relación con las consecuencias jurídicas de la objeción de conciencia del médico, debemos de diferenciar claramente aquéllos en los que el paciente es quién desea ser tratado y el médico no quiere por razones de conciencia, de aquéllos en los que el paciente se niega conscientemente a ser tratado, es decir, es quién desea que se interrumpa el tratamiento o es quién quiere ser tratado de otra forma, por razones ideológicas o de ejercicio de su libertad individual y el médico se niega a acatar la voluntad del paciente, también por razones de conciencia²². En estos supuestos la situación es diferente cuando el paciente es menor de edad o incapaz, puesto que puede no concurrir la capacidad de consentir libre y válidamente²³. Otro grupo casos, en los que se ha suscitado la objeción de conciencia en el ámbito sanitario tiene su origen en la voluntad de

²⁰ Supuestos previstos en art. 10 de la Ley General de Sanidad, en los casos en que exista peligro para la salud pública, en supuestos de urgencia y cuando el paciente no pueda consentir. Con la limitación, respecto del deber de actuar del médico, de que en estos dos últimos casos se mantiene la exigencia de consentimiento que se traslada por ley a los familiares del paciente.

²¹ Es falso afirmar que concurre un deber deontológico que el médico debe de cumplir, por cuanto los modernos Código Deontológicos limitan el deber genérico de actuar del médico cuando existe peligro para la vida y la salud a aquellos supuestos en los que existe consentimiento o, en todo caso, en los que por las circunstancias concurrentes no hay posibilidad de que se otorgue ese consentimiento.

²² Vid. *Infra* IV, la distinción de los casos en los que la conducta del profesional sanitario podría dar lugar a responsabilidad penal comisiva u omisiva.

²³ En relación con el consentimiento de menores e incapaces pienso que no puede acudirse a los criterios de capacidad civil sino que, por tratarse de decisiones que afectan a derechos fundamentales, se tiene que procurar examinar en cada caso cuál es la voluntad del paciente y su capacidad de discernir; sobre esta problemática, en relación con los menores, vid. Corcoy Bidasolo, CGPJ, 1999.

protección de intereses generales por parte de quién advierte que una determinada forma de ejercicio de la actividad médico-quirúrgica, en el contexto de la sanidad pública, los está lesionando, como sucede en supuestos en los que se utilizan tratamientos extremadamente caros sin una clara finalidad terapéutica y, en especial, en materia de trasplantes, puesto que en esos casos la utilización de órganos con fines puramente de experimentación, sin posibilidades de salvar la vida o mejorar la salud del transplantado, implica una lesión de las expectativas de los demás pacientes que deben de ser transplantados y que tienen posibilidades de mejorar su esperanza de vida. A priori no puede negarse el derecho a objetar en conciencia por el uso arbitrario de medios públicos, por cuanto, el interés en el cuidado de los recursos públicos perfectamente pueden formar parte del ejercicio de la libertad ideológica de una persona. Por último, también cabe hablar de objeción de conciencia en los supuestos de huelgas de hambre, en relación con la alimentación forzada de quien está ejerciendo su derecho a la huelga²⁴.

II. NATURALEZA Y ALCANCE DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

1. Como ya se avanzaba en la Introducción, la objeción de conciencia es un derecho fundamental, por cuanto, se deriva directamente del derecho fundamental a la libertad ideológica o religiosa reconocido en el art. 16. 1. de la Constitución. En consecuencia, de acuerdo con una línea jurisprudencial constitucional²⁵, el derecho a la objeción de conciencia puede ser ejercido con independencia de que exista regulación positiva que desarrolle ese derecho en un determinado ámbito, por cuanto, en materia de derechos fundamentales la Constitución es directamente aplicable. De acuerdo con esta doctrina, para que exista un derecho a la objeción de conciencia no es necesario que la ley expresamente así lo

²⁴ El tratamiento diferenciado de estos supuestos se debe a que en estos casos se plantean algunos aspectos singulares, como puede ser el hecho de que la situación se suscite en el ámbito penitenciario y se haya alegado que en esos casos existe un deber específico de proteger la vida de los reclusos por parte de los funcionarios penitenciarios, incluidos los sanitarios que ejercen su profesión en la cárcel. Sobre los problemas de la huelga de hambre desde una perspectiva política, vid. Climent Durán, 1990, 6431; desde perspectivas penales y constitucionales la bibliografía es numerosa, vid. por todos, Díez Ripollés, 1986, 603 ss.; Luzón Peña, 1988, 992 ss.; Silva Sánchez, 1989, 367 ss..

²⁵ Cfr. STC 15/1982 ó STC 53/1985.

contemple, como sucede en el caso de la objeción de conciencia al Servicio Militar Obligatorio, ni que implícitamente se desprenda de la regulación positiva, como se puede interpretar sucede en el aborto²⁶. No obstante, existe otra doctrina consuetudinaria según la cual no se reconoce un derecho fundamental a la objeción de conciencia ejercitable incluso en ausencia de regulación legal. Según esta segunda línea de jurisprudencia constitucional, la objeción de conciencia al cumplimiento del servicio militar sería una excepción justificable sólo por su reconocimiento expreso en el art. 30 CE, a la que no se caracteriza como derecho fundamental sino como «derecho autónomo»²⁷. Hay que reseñar, sin embargo, que esta doctrina del Tribunal Constitucional está fuertemente influida por las connotaciones especiales que plantea la objeción de conciencia al Servicio Militar, por cuanto, se concibe como una excepción al deber constitucional, previsto en el art. 30. 1. CE, de «defender a España»²⁸. En el supuesto del aborto y, en general, en los casos de objeción de conciencia que se suscitan o pueden suscitarse dentro la actividad sanitaria no existe una confrontación expresa del derecho a la libertad ideológica con otros derechos constitucionales²⁹. En la misma dirección de diferenciar la naturaleza de la objeción de conciencia al cumplimiento del Servicio Militar o la Prestación Social Sustitutiva es necesario advertir que en los casos en los que se plantea la objeción de conciencia en el ámbito sanitario no surge ninguna cuestión relativa a desobediencia civil³⁰. Quién objeta en relación con un tratamiento médico no lo hace como demostración de su voluntad de no acatar el

²⁶ En este sentido, García Arán, 1987, 254.

²⁷ En este sentido, SSTC 160/1987, 161/1987 y 321/1994, en las que se niega la inconstitucionalidad de la ley, aun cuando con varios votos particulares.

²⁸ En este sentido, Martínez Rocamora, 1998, 32, entiende que la previsión expresa de la objeción de conciencia al cumplimiento del servicio militar se debe a que al estar previsto el deber de defender a España, con rango consuetudinaria, de no preverse expresamente la posibilidad de objetar se plantearían graves problemas de interpretación entre el art. 30. 1. y 16. CE.

²⁹ No obstante, como veremos *Infra*. III., en muchos supuestos relacionados con la actividad sanitaria se plantea una confrontación tácita entre el derecho a la libertad ideológica, de quién objeta, y el derecho al libre desarrollo de la personalidad previsto en el art. 10. 1. de la Constitución, de quién quiere que la intervención sanitaria se realice en un determinado sentido o de que no se lleve a efecto ninguna intervención — rechazo al tratamiento —.

³⁰ Cfr. Peces Barba, 1989, 164 ss., concibe la objeción de conciencia como un problema más político que ideológico y, consecuentemente, considera que la objeción de conciencia es una especie dentro del género de la desobediencia civil.

Ordenamiento Jurídico, tal y como sucede en la desobediencia civil, sino que el objetor sanitario se ve abocado a desobedecer determinadas leyes por ser discordantes con su conciencia. No obstante, es cierto que la objeción de conciencia para ser legítima, con independencia de cuál sea finalmente la solución sobre su eficacia en el caso concreto según sea la ponderación de intereses en juego, debe de estar fundamentada en un ejercicio legítimo y racional de la libertad³¹. La objeción de conciencia no tiene por que suponer una postura de resistencia frente al Ordenamiento Jurídico y, en consecuencia, no parece adecuado considerar que sólo está justificada cuando está regulada positivamente, como sería el caso del Servicio Militar y la Prestación Social Sustitutoria³².

2. Un sector doctrinal³³ y jurisprudencial, diferencia el tratamiento de la objeción de conciencia en los supuestos de aborto legal en base a entender que en el caso de interrupción voluntaria del embarazo la objeción de conciencia no supone exclusivamente el ejercicio de la libertad ideológica de quien objeta sino también del derecho a la vida³⁴. Mantener esta interpretación supone entender que el derecho al aborto no existe de forma autónoma sino que es una excepción al derecho general a la vida, previsto en el art. 15. CE.³⁵, y tiene como consecuencia defender que, en el caso del aborto, el derecho a la objeción de conciencia es un derecho fundamental derivado de los arts. 15 y 16. CE, que

³¹ En este sentido, Peces Barba, 1989, 167, afirma certeramente que no por hablar de objeción de conciencia se está defendiendo siempre una pretensión digna.

³² o.O. Peces Barba, 1989, 168 ss, afirma que la objeción de conciencia sólo está justificada cuando exista una regulación jurídica que apoye esa pretensión. No obstante, el propio autor, más adelante, pp. 170-171, reconoce eficacia a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, y en concreto en el aborto, aun cuando no esté expresamente regulado, por derivar del art. 16. 1. de la Constitución que es directamente aplicable. No se entiende, sin embargo, que, en base al poco fundamento bíblico de la negativa a recibir transfusiones de sangre, entienda que los Testigos de Jehová no pueden negarse a la transfusión y afirma que el profesional sanitario tiene derecho a actuar contra la voluntad del paciente o su familia, afirmando que corresponde al médico la obligación de salvar la vida del «objector».

³³ Cfr. Martínez Rocamora, 1998, 31.

³⁴ Derecho a la vida que en el caso del aborto se ha de entender como derecho a la vida del *nasciturus*.

³⁵ Esta es la conclusión que cabe sacar de la STC 53/1985, en la que se afirma que «la vida del *nasciturus* es un bien, no sólo constitucionalmente reconocido, sino que encarna un valor central del ordenamiento constitucional», lo que implica que el aborto sólo está permitido —despenalizado— en casos muy graves.

prácticamente carece de límites³⁶. Pienso que esta explicación es muy simplista pues, aun reconociendo el derecho a la vida del *nasciturus*, no puede obviarse la existencia de otro derecho como es el derecho constitucional al libre desarrollo de la personalidad de la embarazada. Por consiguiente, aceptando la tesis del derecho a la vida del *nasciturus* el conflicto de intereses se plantea respecto de diferentes bienes jurídico-penales en conflicto: el derecho al ejercicio de la libertad ideológica del personal sanitario y el derecho a la vida del *nasciturus*, por un lado, y el derecho al ejercicio del libre desarrollo de la personalidad de la embarazada, interés general al que hay que añadir los diversos intereses que se protegen en cada una de las indicaciones previstas para el aborto legal³⁷, ya sea por estar en peligro la vida o salud de la embarazada —en la indicación terapéutica—, la salud futura del *nasciturus* —en la indicación eugenésica—³⁸ o la libertad y dignidad de la embarazada —en la indicación criminológica—³⁹. Por consiguiente, en la objeción de conciencia respecto de la realización de prácticas legales de interrupción del embarazo no pueden utilizarse criterios ni principios distintos de los que sirven en otros supuestos de objeción de conciencia⁴⁰. En otras palabras, no es válido afirmar que en relación con la interrupción voluntaria del embarazo la objeción de conciencia es un derecho fundamental, que se

³⁶ En este sentido, Martínez Rocamora, 1998, 33, que establece como límites al derecho a la objeción de conciencia en el aborto, razones de orden público «que deben de prevalecer frente a posiciones ideológicas destructivas para el individuo y la sociedad misma».

³⁷ En concreto, se entiende por la doctrina que puede considerarse mayoritaria que las indicaciones en el aborto son supuestos de estado de necesidad justificante expresamente previstos, en este sentido, por ejemplo, Cuerda Riezu, 1983, 375; Díez Ripollés, 1989, 110 ss.; Jähnke, LK ante & 218, 24.; Lenckner, 1965, 261 ss.; Lourenzo Copello, 4; Mir Puig, 1983, 102; Rudolphi, SK & 218 a. 1.

³⁸ Salud entendida como bienestar físico y psíquico —calidad de vida—, en este sentido, con algunas particularidades, Díez Ripollés, 1989, p. 139, entiende que en la indicación eugenésica entran en conflicto «el interés social en la calidad de vida independiente de todo ser humano que se disponga a nacer e integrarse en esa comunidad, y el interés social en asegurar la existencia a cualesquiera de esos seres y en cualesquiera condiciones».

³⁹ Cobo del Rosal, Carbonell Mateu, 1989, 671 ss.; otros autores ponen el acento en la libertad, por entender que la dignidad es una idea inspiradora de todos los derechos fundamentales sin autonomía propia, en este sentido, Lourenzo Copello, 1990, 130.

⁴⁰ En el mismo sentido al que se hacía referencia Supra. nota. 15, en relación con la objeción de conciencia al Servicio Militar o a la Prestación Social Sustitutoria, sin perjuicio de las peculiaridades que puedan derivarse de la existencia de una regulación legal al respecto.

deriva directamente de los artículos 15 y 16 de la Constitución⁴¹, y negar esta naturaleza jurídica del derecho a la objeción de conciencia en otros supuestos.

3. Si partimos del principio de que la posibilidad de objetar en conciencia es una consecuencia ineludible del ejercicio del derecho constitucional a la libertad ideológica, la objeción de conciencia tiene, por consiguiente, la naturaleza jurídica de derecho constitucional⁴². No obstante, y como en el caso de cualquier otro derecho constitucional, el ejercicio del derecho tiene como límite el ejercicio del derecho a la libertad, o de otros derechos, por terceros. En consecuencia, el alcance de la objeción de conciencia, en cuanto ejercicio del derecho a la libertad, tendrá como primer y fundamental límite el ejercicio de la libertad por terceros. La existencia de este límite esencial al derecho a la objeción de conciencia determina que este derecho no puede alegarse para realizar conductas que supongan una intromisión en la esfera de libertad de terceras personas, siempre y cuando con esa actividad no se persiga preservar la vida, salud o libertad de otra/s persona/s. Por consiguiente, la objeción de conciencia sólo tiene capacidad de legitimar, en una u otra medida, la omisión de conductas que, en principio, se estaría obligado a realizar legalmente. En relación con la actividad sanitaria, esta limitación de la eficacia del derecho a la objeción de conciencia determina que, excepto en los casos de peligro para la vida o salud de terceros, no quepa alegar este derecho para justificar una intervención sanitaria contra la voluntad del paciente⁴³.

4. Para examinar el alcance de la eficacia de la objeción de conciencia es necesario distinguir los supuestos en los que el hecho constituye delito de aquellos en los que es un ilícito civil, administrativo o laboral. Esta distinción se advierte con claridad en relación con la distinta eficacia que se otorga a la objeción de conciencia para no realizar un aborto legal —incumplimiento que tendría relevancia laboral— respecto de la

⁴¹ Cfr. Martínez Rocamora, 1998, 33.

⁴² o.O. Peces Barba, 1989, 167, niega la naturaleza no ya de derecho constitucional sino ni tan siquiera de un derecho a la objeción de conciencia, por cuanto, considerando la objeción de conciencia una especie de la desobediencia civil, entiende que ésta última «...no es un derecho sino una situación de hecho que afecta al derecho».

⁴³ Cfr. Corcoy Bidasolo, 1998, 116 ss., sobre la limitación de la libertad de terapia del sanitario por el ejercicio del derecho a la libertad del paciente; en contra, Peces Barba, 1989, 171, en el supuesto de los Testigos de Jehová, el médico está obligado a realizar la transfusión de sangre contra la voluntad del paciente o de su familia.

que se concede a la objeción de conciencia para llevar a efecto un aborto en el que no concurren las indicaciones legales —ilícito penal— pero sí otras circunstancias, como serían las propias de la indicación socioeconómica, que determinan que el facultativo considere que en conciencia esa mujer tiene derecho a abortar. Dentro de los supuestos en los que la realización, o no realización, de una conducta en principio constituiría delito hay que diferenciar entre aquéllos casos en los que la objeción de conciencia tiene eficacia para excluir toda la relevancia jurídico-penal de un hecho, de aquéllos en los que sirve para justificarlo o, por último, para excluir o atenuar la culpabilidad o punibilidad⁴⁴, con las diversas consecuencias jurídicas que tendrá en uno u otro caso. La exclusión de la tipicidad del hecho puede provenir de estar expresamente regulada⁴⁵, o reconocida⁴⁶, esa concreta modalidad de objeción de conciencia, y también la atipicidad puede ser consecuencia de que poniendo en relación la insignificancia del riesgo con la importancia de la libertad ideológica, ese riesgo se considere como riesgo permitido⁴⁷. Cuando la relevancia jurídica del riesgo creado por la objeción de conciencia sea de mayor entidad, la situación de conflicto se deberá de resolver atendiendo a los principios que rigen las causas de justificación, especialmente, el estado de necesidad y el ejercicio de un derecho o, en último término, es posible acudir a los principios que rigen las causas de exculpación o de exclusión de la culpabilidad o la punibilidad⁴⁸. Respecto de la justificación de una conducta típica por haber actuado el autor en el ejercicio de su libertad de conciencia no existen tampoco soluciones unívocas, por cuanto si bien frente a determinados deberes sería ir

⁴⁴ En el mismo sentido, Muñoz Conde, 1997, 283 ss., señala que los supuestos de objeción de conciencia no pueden reconducirse a la misma categoría del delito ni en consecuencia producir las mismas consecuencias jurídicas.

⁴⁵ Cfr. Muñoz Conde, 1997, 285, entiende que la tipicidad se excluye cuando el objeto opta por cumplir la alternativa que el propio Estado prevé para el caso de incumplimiento, motivado por conciencia de la obligación originaria.

⁴⁶ Cfr. García Arán, 1987, 254, en el supuesto del aborto legal entiende que la objeción está prevista aun cuando no esté expresamente regulada, y que esta falta de regulación concreta comporta que se ejerza sin garantías y en detrimento del derecho individual de la embarazada a abortar.

⁴⁷ Cfr. Amelung, 1991, 323 ss.; Corcoy Bidasolo, 1999, entendiendo el propio tipo penal como producto de una solución de conflicto.

⁴⁸ Cfr. Gómez Benítez, 1993, *passim*, sobre la distinta eficacia de la objeción de conciencia según el nivel de la teoría del delito a que afecte.

demasiado lejos permitir su infracción por razones de conciencia⁴⁹, en otros casos, atendiendo al principio de proporcionalidad, que rige tanto en el estado de necesidad justificante como en el ejercicio de un derecho, es posible que prime la libertad de conciencia sobre otros derechos⁵⁰. Cuando la objeción de conciencia no tiene eficacia justificante y, en su caso, sólo tiene alcance para excluir o disminuir la culpabilidad o la punibilidad⁵¹ es cuando surge la figura del delincuente por convicción.

5. La doctrina y jurisprudencia ha buscado distintos fundamentos a la ausencia de responsabilidad penal de un conducta, en base a la objeción de conciencia. En bastantes sentencias, en relación en concreto con la objeción a la prestación del Servicio Militar, se había alegado la existencia de un error de prohibición invencible, que de acuerdo con el artículo 13.3 del Código Penal determinaría la exclusión de la responsabilidad penal. En general, la jurisprudencia no admitía la existencia de un error invencible pero sí, por el contrario, en algunos casos aceptaba la concurrencia de un error vencible, en cuyo caso la apreciación del error permite la atenuación de la pena en uno o dos grados⁵², de acuerdo con

⁴⁹ En este sentido, Muñoz Conde, 1997, 286 ss., afirma que no cree que sea aplicable ni la causa de justificación de ejercicio de un derecho, ni la de estado de necesidad por las consecuencias imprevisibles que podría tener conceder prioridad a la objeción de conciencia, tanto en lo referente a la insumisión como en otros ámbitos como el Fiscal, electoral..., sino se precisen las razones en las que se basa esa prioridad.

⁵⁰ En el ámbito sanitario esta situación puede producirse especialmente en los casos de la objeción de conciencia parcial, es decir, en aquellos supuestos en los que el derecho pretendido no es indiscutible, sobre ello vid. *Infra*. III

⁵¹ El carácter interdisciplinar de este trabajo me ha determinado a utilizar la terminología tradicional de culpabilidad y punibilidad, aun cuando, en estos momentos la doctrina penal discute la existencia de culpabilidad en el sentido clásico y tiende a englobar los problemas de culpabilidad y punibilidad en una categoría diferente que contemple mejor los problemas que en esa sede se suscitan; en este sentido, entiendo que el término «sancionabilidad penal», en el sentido propuesto por Silva Sánchez, 1992, 406 ss., o el propuesto por Mir Puig, 1998, que denomina a esta categoría «imputación personal» serían los adecuados.

⁵² En este sentido, entre otras muchas, la Sentencia de 25 de abril de 1997 de la Audiencia Provincial de La Coruña. La razón de la apreciación por los Tribunales de un error de prohibición vencible venía, en su fondo, motivada por la voluntad de evitar el ingreso en prisión de los objetores, puesto que la apreciación de la atenuante les permitía imponer penas privativas de libertad inferiores a los dos años y, en consecuencia, conceder la condena condicional. No obstante, también es cierto que muchas de estas sentencias absolutorias fueron recurridas por el Ministerio Fiscal y casadas por el Tribunal Supremo, tal y como sucedió con la

el mismo art. 14. 3. del Código Penal⁵³. En general, los Tribunales para negar la existencia de error de prohibición se basaban en que el objector había sido advertido de la ilegalidad de su conducta por lo que, en consecuencia, no cabía que posteriormente alegase que desconocía que su incumplimiento de la obligación de la Prestación del Servicio Militar no estaba prohibido. Una posibilidad que se ha defendido, en aras a admitir la existencia de error de prohibición, pese a que el sujeto conozca que su conducta está prohibida parte de la distinción entre error sobre la ilegalidad del hecho —contrariedad a la ley— y error sobre la ilicitud del hecho, en sentido moral. Se parte de que en estos casos aun cuando el sujeto tiene conciencia de su proceder antijurídico desde un punto de vista formal, cree que su conducta es lícita con arreglo a normas superiores de índole moral⁵⁴. Esta argumentación, en el sentido expuesto no es aceptable por cuanto confunde planos distintos como son el moral y el jurídico. Es posible, sin embargo, plantear un argumento similar que no incurra en este error metodológico, a partir de la puesta en relación del conocimiento de la infracción de un precepto legal y la creencia de que esa infracción no es ilícita por estar amparada en un precepto constitucional, en concreto, en el art. 16. de la Constitución, por ejercicio del derecho a la libertad ideológica⁵⁵. En el supuesto de la objeción a la Prestación del Servicio Militar Obligatorio esta fundamentación se encuentra con la dificultad de que la propia Constitución, en su art. 30.2, expresamente reconoce el derecho a la objeción de conciencia a la realización del Servicio Militar, derecho de objetar que la propia Constitución limita con el surgimiento del deber de cumplir la Prestación Social Sustitutiva. Esta previsión constitucional expresa de

anterior sentencia que fue recurrida y el Tribunal Supremo negó la concurrencia de error de prohibición vencible, STS 1998/2580, de 11 de marzo de 1998.

⁵³ En el anterior Código Penal el error de prohibición estaba recogido en el art. 6 bis a) del Código Penal de 1973.

⁵⁴ En este sentido, las alegaciones recogidas en la sentencia de 9 de febrero de 1998, de la Audiencia Provincial de Pontevedra.

⁵⁵ Esta argumentación, en relación con la apreciación del error de prohibición en supuestos de incumplimiento del deber de Prestación del Servicio Militar, ha sido negada por el Tribunal Constitucional, así, por ejemplo, en STC 321/1994, de 20 de noviembre (que recoge la doctrina constitucional sentada en las SSTC 15/1982; 101/1987 y 160/1987). En estas sentencias se afirma que «...el derecho a la libertad ideológica reconocido en el art. 16 de la Constitución no resulta suficiente para eximir a los ciudadanos por motivos de conciencia del cumplimiento de deberes legalmente establecidos, con el riesgo aparejado de relativizar los mandatos legales...».

la objeción de conciencia únicamente en relación con la Prestación del Servicio Militar no puede entenderse como un exclusión constitucional de la posibilidad de dotar de eficacia a la objeción de conciencia respecto del incumplimiento de otros deberes legales. No obstante, aceptando la eficacia del derecho a la libertad ideológica como límite a la relevancia penal del incumplimiento de deberes legalmente establecidos, es difícil admitir relevancia a la creencia de que actuar conforme a las convicciones íntimas no es ilícito, por estar amparado por el ejercicio de la libertad ideológica. La dificultad estriba en que en tanto en cuanto se trata de fundamentar la irrelevancia del incumplimiento de un deber a partir de la existencia de un error de prohibición sólo se debería de examinar si el sujeto poseía efectivamente esas convicciones ideológicas, sin entrar a considerar cuáles eran los deberes infringidos ni entrar en una valoración sobre las consecuencias de ese incumplimiento. El hecho de que esta argumentación suponga la aplicación directa de preceptos constitucionales, junto a la imposibilidad de introducir criterios de ponderación de intereses cuando se fundamenta la eficacia de la objeción de conciencia en la existencia de un error de prohibición, son dos razones suficientes para tratar de buscar la fundamentación de la eficacia de la objeción de conciencia en otros niveles de la teoría del delito.

6. En los problemas de objeción de conciencia relacionados con la sanidad, cuando en la ponderación de intereses en juego nos decantemos por negar eficacia a la objeción de conciencia, los delitos que, en principio, se pueden cometer son delitos contra la libertad —coacciones—, delitos contra la salud —lesiones—, delitos de omisión pura —denegación de asistencia facultativa— o delito de aborto. En estos casos, cuando de la ponderación de intereses se desprenda que la conducta es antijurídica, el autor, si ha actuado u omitido en conciencia será un delincuente por convicción. En esta sede no podemos entrar a considerar en profundidad la naturaleza de esta figura ni las consecuencias jurídicas que puede tener el concederle relevancia, por cuanto escaparía con mucho del objeto de este trabajo, pero sí mencionaré algunos de los problemas jurídico-penales que suscita. Podría entenderse, que el hecho de que ese sujeto haya actuado por motivos de conciencia implica que su culpabilidad está disminuída ya que existe una anormalidad motivacional que puede tener eficacia para excluir o atenuar su culpabilidad por la concurrencia de una causa de exclusión de la culpabilidad. Las fundamentaciones que la doctrina ha propuesto para excluir o disminuir la responsabilidad penal de quién actúa en conciencia, son muy diversas, y pasan por los distintos niveles de la categoría de la culpabilidad, desde

afirmar que se suscita un conflicto psíquico que puede afectar a la imputabilidad del sujeto a entender que concurre un error de prohibición. Rudolphi⁵⁶, defiende que en estos supuestos se produce una doble disminución de injusto y culpabilidad, de injusto por cuanto existe un conflicto de intereses consitutionales y de culpabilidad por la anormalidad de la situación de motivación del sujeto, doble disminución que determina la falta de necesidad de pena, de acuerdo con consideraciones preventivo-generales y preventivo-especiales. Roxin⁵⁷, desde otra fundamentación llega a la misma conclusión, al afirmar que los problemas relativos al delincuente por convicción se deben de tratar atendiendo a criterios de necesidad de pena⁵⁸. Muñoz Conde⁵⁹, mostrándose en líneas generales de acuerdo con los teorías anteriores advierte de la necesidad de buscar una base legal a esas construcciones, que este autor encuentra en el art. 6 bis 3º Código Penal de 1973 (recogido en el art. 14. 3. CP. 1995), donde se regula el error de prohibición⁶⁰. No obstante, este planteamiento choca, desde mi punto de vista, con un obstáculo insalvable al no concurrir, en general, en los casos de objeción de conciencia, los elementos necesarios para la apreciación de esta modalidad de error. La admisión de la existencia de un error de prohibición requiere que el sujeto desconozca la «ilicitud del hecho», presupuesto que dada la naturaleza del problema que nos ocupa no suele concurrir, por cuanto el sujeto, precisamente por sus creencias conoce el tratamiento jurídico que tiene ese supuesto⁶¹. Como veíamos Supra II. 5., concebir el error de prohibición como error sobre la ilicitud por entender que se actúa amparado en el ejercicio de un derecho consitutional como es la libertad ideológica, es difícil de admitir, básicamente, porque al fundamentarse

⁵⁶ Cfr. Rudolphi, 1996, ante & 19, 1 ss..

⁵⁷ Roxin, 1988, 396 ss., donde plantea su concepción de la «responsabilidad» en relación con el delincuente por convicción; Roxin posteriormente ha modificado su concepción de la teoría del delito ubicando el nivel de la punibilidad en una tercera categoría del delito la «responsabilidad» que abarca la culpabilidad, en sentido tradicional, y las necesidades preventivas, 1997, 791 ss.

⁵⁸ En el mismo sentido, Achenbach, 1991, 136 ss.

⁵⁹ Cfr. Muñoz Conde, 1997, 291 ss.

⁶⁰ Este criterio es el que ha sido seguido por diversas resoluciones jurisprudenciales en materia de insumisión y de delitos electorales.

⁶¹ Una excepción se suscita en los casos de delitos electorales, en los que en muchas ocasiones se ha ahsuelto por entender que no existe información sobre la naturaleza delictiva de estas conductas, lo que determina que concorra un error de prohibición invencible; en este sentido, por ejemplo, SAP Barcelona, 11-12-1995; SAP Barcelona, 15-1-1998.

directamente en la creencia que se actúa amparado en el art. 16. 1. CE no cabe establecer límites a la objeción de conciencia. La existencia de error de prohibición sólo puede apreciarse si acudimos a una interpretación subjetiva que atienda a la valoración del objetor del significado de su conducta, lo que choca con el significado del término «ilícito» o, en el caso, de que se conciba el error de prohibición como ausencia de «dolus malus», es decir, de voluntad de conculcar la norma y de causar un mal o daño⁶². Estando de acuerdo con Muñoz Conde en la necesidad de encontrar una base legal a la exclusión o disminución de responsabilidad penal cuando concurre una objeción de conciencia, entiendo que el error de prohibición no es la única vía posible, puesto que existe base legal para admitir la exclusión o atenuación de la responsabilidad en estos supuestos atendiendo a la eximente de miedo insuperable, art. 20. 6º CP., concebido como una causa de inexigibilidad⁶³. Al concebirse el miedo insuperable como causa de inexigibilidad, esta causa de exclusión de la responsabilidad penal, es válida la interpretación de «la amenaza de un mal insuperable» desde una perspectiva intersubjetiva. Quién efectivamente está convencido de su deber de actuar conforme a conciencia puede sentir un «miedo insuperable»⁶⁴, a lesionar sus convicciones más íntimas. Esta fundamentación de la exclusión, o disminución, de la responsabilidad penal en determinados supuestos de objeción de conciencia por la concurrencia de una causa de exculpación permite, a su vez, dotar de un contenido determinado a los requisitos que debe de cumplir la objeción de conciencia para ser eficaz⁶⁵. En los casos en los que no quepa apreciar una causa de exclusión de la culpabilidad completa, por faltar algún requisito no esencial del miedo insuperable, siempre cabe aplicar la atenuante de obcecación como muy cualificada⁶⁶.

⁶² Esta ha sido la vía seguida por una amplia línea jurisprudencial, en materia de insumisión y de delitos electorales, cuando se constata que el sujeto ha actuado en conciencia; en este sentido, STS 29-9-1993 (RJ 1993/7016), se afirma que «loda vez que la negativa de los acusados a formar parte de la Mesa Electoral como Vocales de las elecciones al Parlamento de Cataluña no fue realizada con el propósito de conculcar una norma o causar un mal o daño, sino motivada por una fuerte objeción de conciencia derivada de unas creencias religiosas como Testigos de Jehová, a cuya Asociación pertenecen»; en el mismo sentido, SAP Barcelona, 15-1-1998.

⁶³ Cfr. Mir Puig, 1998, 622 ss.

⁶⁴ Cfr. Mir Puig, 1998, 623, concibe el miedo como «temor» no como «terror»

⁶⁵ Vid. *Infra*. III.

⁶⁶ En este sentido, la STS de 27 de junio de 1997 (RJ 1997/4987), que condena por homicidio en comisión por omisión a los padres que se negaron a que su hijo de 13

III. REQUISITOS DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA PARCIAL

1. En los supuestos en los que la objeción de conciencia está expresamente regulada están previstos los requisitos que deben de concurrir para que el ejercicio de la libertad de conciencia tenga efectos jurídicos. Así, por ejemplo, en el caso de la objeción de conciencia al Servicio Militar⁶⁷, la eficacia de la objeción de conciencia tiene como requisito esencial que realmente el objetor tenga las convicciones que afirma tener y, en consecuencia, castiga como insumisión los casos en los que la objeción de conciencia ha sido utilizada fraudulentamente para eximirse del Servicio Militar⁶⁸. En segundo lugar, se requiere que la objeción de conciencia haya sido declarada y se establecen los requisitos, formalidades y plazos para poder ejercer ese derecho. Entre estos requisitos el más discutido es el del plazo para poder solicitar la declaración de objetor puesto que ello implica negar el ejercicio de ese derecho cuando la objeción de conciencia es posterior al momento previsto en la regulación positiva. La ineficacia que la regulación legal otorga a la llamada objeción de conciencia sobrevenida ha sido criticada y recurrida por inconstitucional, por suponer una limitación o exclusión temporal de derechos fundamentales, máxime cuando ésta puede llegar a ser castigada como delito de desertión (arts. 119 y 120. del Código Penal Militar)⁶⁹.

2. En el caso del aborto, en los países, en que está expresamente regulada la objeción de conciencia, también están previstos los requisi-

años, que sufría leucemia y murió, recibiera una transfusión de sangre por prohibírselo sus creencias religiosas al ser Testigos de Jehová, aplica la atenuante muy cualificada de obcecación, lo que permite al Tribunal rebajar la pena en dos grados. El Tribunal Supremo entiende que los acusados «...han visto seriamente mermada su capacidad de culpabilidad por el conflicto de creencias que se les creó al tener que optar entre sus convicciones religiosas, que les prohíben la práctica de transfusiones de sangre, y la vida de su hijo...». En sentido análogo, STS de 27 de marzo de 1990 (RJ 1990/2626).

⁶⁷ Ley 48/1984, de 26 de diciembre, reguladora de la Objeción de Conciencia y de la Prestación Social Sustitutoria, modificada por LO 13/1991, de 20 de diciembre, del Servicio Militar; RD 266/1995, de 25 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Objeción de Conciencia y de la Prestación Social Sustitutoria.

⁶⁸ Art. 528. CP., remite al delito de insumisión los supuestos en los que la objeción de conciencia se ha alegado falsamente, castigando esta conducta con la pena del delito de insumisión en su mitad superior.

⁶⁹ Vid. *Infra*. III. 5.

tos y la forma en que debe de ejercerse ese derecho a la libertad ideológica⁷⁰. La dificultad para determinar en qué circunstancias y en qué condiciones se puede ejercitar ese derecho plantea problemas en aquéllos casos en los que no está regulado y es en ellos donde es necesario buscarlos. Al examinar la naturaleza y el fundamento de la eficacia de la objeción de conciencia, hemos visto que requiere siempre la existencia de una situación de conflicto de intereses que se debe de solucionar en uno u otro nivel de la teoría del delito, atendiendo al alcance de este conflicto. La solución a la que se llegue, dependerá de la ponderación de intereses, otorgando mayor eficacia a la objeción de conciencia cuánto menor intensidad tenga el deber jurídico que se infringe y menor cuando con ello se lesionen intereses esenciales. Como presupuesto hay que advertir que, para que exista un conflicto que deba ser tomado en consideración por el derecho, es necesario que el interés que se pretende tutelar sea legítimo lo que excluiría de la objeción de conciencia todos los casos en los que, por razones ideológicas, se utiliza la violencia directamente contra bienes jurídicos como la vida, la salud, la libertad o la propiedad⁷¹. Son distintos los supuestos en los que la vida, la salud o la libertad del propio objetor pueden verse indirectamente afectados por el respeto de un interés que se fundamenta en sus creencias. En los casos en los que el titular del bien jurídico afectado es el propio objetor no existe un deber de terceros en intervenir para salvaguardar ese bien jurídico y, por tanto, nadie puede alegar que tiene un deber jurídico de actuar para evitar esa lesión. En el ámbito sanitario son supuestos de esta clase los relativos al rechazo al tratamiento, en los cuales el profesional sanitario no sólo no debe sino que ni tan siquiera puede

⁷⁰ En Francia, en la Ley de 31 de diciembre de 1979, art. 162. 8., se establece que el médico no está nunca obligado a acceder a una petición de interrupción de embarazo ni a practicarla, pero debe informar desde la primera visita a la interesada. En este precepto la objeción de conciencia se extiende a las comadronas, enfermeros, auxiliares médicos, o cualesquiera persona de las que están obligadas a atender una interrupción de embarazo; en Italia, Ley de 22 de mayo de 1978, art. 9, también se extiende la posibilidad de objetar al personal sanitario y, tanto del proceso de certificación de la indicación como de la propia intervención quirúrgica, siempre que previamente se haya declarado con carácter general su oposición a la práctica del aborto. Una regulación similar es la prevista en Portugal, Ley de 11 de mayo de 1984 y, en general, en todos los países europeos se reconoce la cláusula de conciencia a participar en la interrupción voluntaria del embarazo, excepto en Suecia y España.

⁷¹ Cfr. Muñoz Conde, 1997, 282 ss., en referencia a la ineficacia de la objeción de conciencia en relación con el terrorismo, genocidio....

intervenir contra la voluntad del paciente, con la salvedad de que éste sea un menor o un incapaz. Cuando el paciente no desea ser tratado, el facultativo no puede alegar el ejercicio de su derecho a la libertad ideológica para intervenir, porque no tiene un deber jurídico de actuar y, en consecuencia, hacerlo supone lesionar directamente un bien jurídico-penal individual tan esencial como es la libertad. El conflicto es diferente cuando el paciente necesita de la colaboración del profesional sanitario para poder ejercer su derecho a disponer del bien jurídico y, en concreto, el problema se centra en el alcance de la objeción de conciencia del profesional sanitario a participar en actos relacionados directamente con la disponibilidad sobre la propia vida⁷². No parece discutible que en la medida en que se permita la eutanasia también deberá admitirse la posibilidad de que el facultativo pueda objetar al respecto y negarse a participar en esa actividad, siempre con los límites que deberán fijarse para evitar que esa objeción imposibilite el ejercicio del derecho a disponer de su vida por parte del paciente⁷³.

3. Para que la objeción de conciencia tenga efectos jurídicos es necesario, además, que efectivamente la conducta ilícita esté vinculada con las creencias que fundamentan la objeción. Por ello, no se puede admitir que alguien cometa un delito, o incumpla un deber jurídico, alegando problemas de conciencia cuando las creencias por él alegadas no justifican su actuación. En este sentido, en la STS de 14 de diciembre de 1994, se afirma que no puede alegarse la objeción de conciencia para no asistir a una Mesa Electoral porque «...esta incorporación no atenta contra la neutralidad política que se invoca sino que, en cierto modo, coadyuva a la evitación de interferencias partidistas en el desarrollo de los comicios ... La intervención de los integrantes de una Mesa Electoral

⁷² Es evidente que en esta sede no puede desarrollarse toda la problemática de la eutanasia, por lo que me voy a limitar a plantear el alcance de la objeción de conciencia del sanitario a participar en conductas de eutanasia.

⁷³ En este sentido, en los manifiestos sobre el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia realizados por el Grupo de Estudios de Política Criminal, «Una alternativa al tratamiento jurídico de la objeción de conciencia», Málaga 1995, p. 37, en relación con la «Objeción de Conciencia del personal sanitario en relación con los supuestos de disponibilidad de la propia vida», se afirma que el médico objetor deberá de poner en conocimiento del Centro que una persona solicita ayuda para morir para que se le facilite otro facultativo y que la Administración Sanitaria competente garantizará que en la red pública preste servicio personal no objetor para asegurar la efectiva realización de los derechos relativos a la disponibilidad de la propia vida.

es de una absoluta imparcialidad, sin implicación alguna de deber de voto, encaminada al control y debida vigilancia y comprobación de que la votación discurre conforme a la Ley... Difícilmente puede llevarse la actuación de un miembro de ella al terreno de la coacción o imposición interferente o atentatoria a la libertad religiosa...». En el caso del aborto, y en general en relación con las objeciones en el ámbito sanitario, este problema se suscita en el sentido de determinar qué personas pueden objetar atendiendo a cuál es la actividad que éstas deben desarrollar y, por consiguiente, a la vinculación de esa actividad con la conducta nuclear objetada. Estos problemas son examinados en la STSJ Baleares, de 13 de febrero de 1998⁷⁴, que trata de delimitar qué conductas están vinculadas con la que nuclearmente incide en la objeción de conciencia y qué personas, en base a esa conclusión, pueden tener derecho a objetar. En esta sentencia, en relación con el aborto, pero que sería aplicable a cualesquiera otros supuestos de objeción de conciencia sanitaria, se afirma que la posibilidad de objetar se extiende a cualquier intervención ya «...sea actos de eficacia directa, sea de colaboración finalista, según el cometido asignado a cada cual, con el resultado que el objetor rechaza, cual es la expulsión del feto sin vida». Por consiguiente, se incluyen tanto conductas de autoría como de participación en el hecho objetado, siempre que esa participación sea activa y eficiente para la producción del resultado. En consecuencia, el derecho a la objeción de conciencia se extiende a todo el personal sanitario que participa de forma activa, directa y necesaria, lo que incluiría a los anestesiólogos, a los Ayudantes Técnicos Sanitarios, a las comadronas.... En sentido contrario, no podrá ser invocada la objeción por quienes intervienen en los momentos posteriores a la intervención y tampoco a celadores y personal administrativo, por cuanto, en ningún caso puede afirmarse que esas conductas tengan eficacia directa en la producción del resultado. Es discutible, sin embargo, que las conductas previas a la intervención, como pueden ser las conductas relacionadas con la preparación de la embarazada o con los certificados previos necesarios, no puedan calificarse como conductas de participación directa y necesaria para que pueda llevarse a efecto la interrupción voluntaria del embarazo⁷⁵.

⁷⁴ Sentencia que es origen del comentario realizado por Martínez Rocamora, 1998, 37 ss..

⁷⁵ En otro sentido, la Ley italiana, de 22 de mayo de 1978, establece que la objeción de conciencia no exonera de la asistencia antecedente y consiguiente a la intervención; en el mismo sentido se pronunciaba la propuesta de regulación de la objeción

4. Es necesario además probar que realmente el objetor tiene esas creencias que alega para incumplir el deber jurídico, lo que no sería admisible, por ejemplo, en el caso del facultativo que se declara objetor al aborto en un Hospital de la Seguridad Social y por las tardes colabora en un centro dedicado a la interrupción voluntaria del embarazo⁷⁶. Respecto del momento en que la persona tiene que declararse objetor, para que su objeción surta efectos legales, pienso que no son aplicables los criterios previstos en el caso de la objeción de conciencia al Servicio Militar porque, con independencia de las críticas a la inadmisión de la objeción de conciencia sobrevenida en esos casos, lo cierto es que la problemática es distinta en las objeciones de conciencia propias de la actividad sanitaria⁷⁷. La razón de esta diferenciación estriba en que, en el ámbito sanitario, las situaciones con las que el facultativo se puede encontrar son muy variables, mientras que en el caso del Servicio Militar se conoce previamente cuál es la actividad que se va a desarrollar y, además, en el caso del Servicio Militar la posibilidad de que se produzca una objeción de conciencia sobrevenida se circunscribe al tiempo de duración de éste, mientras que en la sanidad el único límite temporal es la jubilación del sanitario o su abandono de la profesión. En el supuesto del Servicio Militar, la cuestión que se suscita es la exclusión de la objeción de conciencia sobrevenida supone una suspensión del ejercicio de un derecho o la exclusión radical del ejercicio de ese derecho durante un cierto período de tiempo. En la sanidad no parece posible negar la posibilidad de una objeción de conciencia sobrevenida, por un lado, porque, dado la duración del ejercicio de la profesión, el sanitario puede evolucionar en sus creencias, y, por otro lado, porque en el ámbito

de conciencia sanitaria a la interrupción voluntaria del embarazo del Grupo de Política Criminal, vid. nota. 71.

⁷⁶ En este sentido, la Ley italiana, de 22 de mayo de 1978, establece en su art. 9, que la objeción de conciencia se entiende revocada, con efecto inmediato, si quien la ha declarado toma parte en procedimientos o intervenciones para la interrupción del embarazo previstos en la presente ley, excepto en los casos de urgencia por peligro para la vida.

⁷⁷ En el caso del Servicio Militar, la inadmisión de la objeción de conciencia sobrevenida supuso que la Audiencia Nacional plantease una serie de cuestiones de inconstitucionalidad, que fueron resueltas en dos sentencias del Tribunal Constitucional, 160/1987 y 161/1987, a favor de la constitucionalidad del art. 1.3º de la Ley 48/1984, de 26 de diciembre, reguladora de la Objeción de Conciencia y de la Prestación Social Sustitutoria, con los votos particulares de los magistrados, de la Vega, García-Mon y Rodríguez Piñero, en la primera, a la que se añadió el voto particular de Latorre, en la segunda.

sanitario son múltiples las variables que en el caso concreto se plantean, por la diversidad de problemas que existen en una situación que en abstracto es idéntica, como puede ser el aborto, la esterilización de disminuídos psíquicos o la fecundación *in vitro*..., puesto que, en cada caso concreto, pueden concurrir circunstancias que conviertan el supuesto en sustancialmente diferente. En consecuencia, la objeción de conciencia parcial puede ser sobrevendida en base a esas especiales circunstancias.

5. Esta situación afecta también al requisito de la declaración previa y general de objeción de conciencia porque en estos supuestos, al tratarse de una objeción de conciencia sobrevvenida, el sujeto no conocía que se podía plantear un caso en el que su conciencia le impedía actuar conforme al deber jurídico⁷⁸. El requisito de la declaración de conciencia previa y general⁷⁹, formalizada en un registro estaría justificado por las indispensables necesidades de organización de los centros sanitarios, tendente a poder asegurar al máximo la previsión de poder cumplir con los deberes de asistencia que tienen asignados. Sin embargo, esta exigencia de declaración previa y su registro es muy contestado por los profesionales sanitarios y en algunas normativas legales o deontológicas el criterio es que la declaración de objeción de conciencia se haga en el caso concreto y a la persona interesada⁸⁰. Entre las razones a las que obedece esta reticencia a la declaración previa, formal y general de conciencia, se encuentran, junto a las que ya hemos referido de la objeción de conciencia parcial y sobrevvenida, las que están relacionadas con los problemas de naturaleza laboral en los que puede verse involucrado el objeto, que puede resultar afectado en sus condiciones laborales por esa causa, que es el problema que en la práctica más se suscita. Es cierto, que la empresa, pública o privada, está obligada a respetar el ejercicio de un derecho fundamental como es la libertad ideológica, pero ello no

⁷⁸ Cfr. Gascón/Prieto, 1988-89, 114 ss., tratan de la objeción de conciencia sobrevvenida en el caso del Servicio Militar, analizando las SSTS 160/1987 y 161/1987, criticando, justificadamente, el fundamento que encuentra el Tribunal Constitucional para admitir la exclusión de la objeción de conciencia sobrevvenida «en atención a la organización interna del servicio militar obligatorio y a la prestación de un deber constitucional cuya dimensión colectiva podría resultar perturbada por el ejercicio individual del derecho».

⁷⁹ Declaración previa y general prevista tanto en la Ley italiana, de 22 de mayo de 1978 como en la portuguesa, de 11 de mayo de 1984.

⁸⁰ En este sentido se manifiesta la Ley francesa de 31 de diciembre de 1979 o el Codi Deontològic del Consell de Metges de Catalunya, de 17 de junio de 1997.

puede ir en detrimento del derecho de los ciudadanos a disfrutar de los servicios sanitarios. Por consiguiente, el derecho del sanitario a objetar en conciencia sin ser modificadas sus condiciones laborales dependerá de las posibilidades objetivas que existan en el caso concreto para que la presencia del objetor no perturbe el funcionamiento de los servicios⁸¹. En consecuencia, en los supuestos en los que, por las dimensiones del centro, sólo se pueda contar con un especialista éste no podrá ser objetor, lo que es también aplicable al personal sanitario auxiliar. El actuar en conciencia puede suponer un coste económico y profesional para el objetor, pero ese coste no puede ser asumido por terceros en forma de una peor asistencia. Por ello, en la práctica, el interés general puede hacer inevitable la discriminación o el rechazo pese a que se admita la eficacia de la objeción de conciencia sanitaria⁸².

6. Con el término «objeción de conciencia parcial» no se quiere decir que en ese caso no concurren los requisitos, o algunos de los requisitos, para que se pueda ejercer el derecho a la objeción de conciencia sino que se trata de supuestos en los que el objetor no rechaza cumplir una determinada actividad con carácter genérico sino sólo cuando se dan determinadas circunstancias. Son supuestos en los que no concurren claramente todos los requisitos para que existe un deber jurídico de actuar. Limitándonos a los problemas de objeción de conciencia en el ámbito sanitario tendremos claros ejemplos tanto en el aborto como en la esterilización de disminuidos psíquicos o en las fertilizaciones *in vitro*. Así, por ejemplo, en el aborto cuando no concurren las indicaciones o concurren de forma muy disminuída. En el caso de la indicación

⁸¹ En este sentido, la STS de 20 de enero de 1987, Sala 3ª, Cont-Adm. (RJ 1987/18), respeta la decisión empresarial de trasladar a varias Ayudantes Técnico Sanitarias del servicio de ginecología a otros distintos, al entender que existía un criterio objetivo atendible puesto que su negativa a participar en la interrupción voluntaria del embarazo «implicaba la imposibilidad de colaborar en las tareas normales del departamento en el cual se hallaban inscritas, con perturbación previsible cuando se presentaran tales casos»; aun cuando en la STSJ Aragón, de 18 de diciembre de 1991, la resolución es contraria a la anterior y favorable al médico anestesista que había sido trasladado a otro centro por su condición de objetor, en realidad los criterios en los que se fundamenta son análogos a los de la resolución anterior, por cuanto, basa su fallo en que en el servicio de origen los anestesistas que permanecieron eran «excesivos en relación con el número de abortos realizados».

⁸² La norma 6. del Código de Deontología, del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, de 16 de junio de 1997, establece que ningún médico podrá ser discriminado ni rechazado cuando, por fidelidad a su conciencia, se niegue a utilizar o utilice una determinada terapéutica o medio de diagnóstico.

terapéutica, por ejemplo, cuando el peligro para la salud de la embarazada consiste en una cierta depresión que en ningún caso se puede calificar de grave o en el supuesto de la indicación eugénica cuando las taras del feto consistan, por ejemplo, en faltarle la mitad de la falange del dedo índice, o porque habiéndose superado los plazos legales, por dificultades derivadas de saturación del servicio, el presunto feto nace vivo y es necesario matarlo. En estos supuestos, el presupuesto sobre el que se objeta es distinto porque es discutible que concurren las circunstancias frente a las que existe un deber jurídico de actuar por parte del facultativo y, por consiguiente, ya no se suscita una situación de conflicto de intereses en los mismos términos generales. En este contexto la posibilidad de dotar de completa eficacia a la objeción de conciencia sobrevenida, aun cuando no esté registrado como tal, el facultativo está absolutamente justificado, por cuanto, el objetor no era un objetor al aborto legal sino un objetor a la interrupción del embarazo en situaciones que rozan sino entran en el ámbito de la ilegalidad. Lo mismo es aplicable a supuestos de esterilización en los que la presunta disminuída psíquica no lo es tanto y no desea ser esterilizada...

IV. PRESUPUESTOS DEL DEBER JURÍDICO DE ACTUAR DEL PERSONAL SANITARIO, COMO REQUISITO PARA EL DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA. CONCEPTO Y LÍMITES

1. En relación con la actividad médica, existe un deber de asistencia sanitaria respecto de quién se encuentra en una situación de peligro para su salud o su vida, plasmado por primera vez como deber cuya infracción tiene relevancia penal en el Código Penal de 1995, en el artículo 196. De acuerdo con este precepto, para que surja el deber de asistencia facultativa es necesario que el facultativo esté obligado a realizar esa asistencia (en orden a la relevancia jurídico-penal de la conducta del profesional sanitario se equipara la no asistencia con el abandono de la asistencia ya iniciada). El primer problema que nos suscita este precepto, y cuya solución afecta directamente al problema de la objeción de conciencia en el ámbito de la actividad sanitaria, se plantea respecto a cuándo se puede afirmar que el profesional sanitario está obligado a actuar. Una primera interpretación sería entender que para que surja la «obligación» ha de existir un deber legal de realizar la asistencia, lo que reduce el ámbito de vigencia del deber de asistencia facultativa a la medicina pública o de seguro privado. Desde una

interpretación más amplia existiría deber siempre que un persona necesitase asistencia facultativa y se encontrase desamparada, sin embargo, en estos casos la existencia de un deber jurídico de actuar es más discutible, puesto que el propio precepto de denegación de asistencia facultativa limita el deber jurídico-penal de actuar a la existencia de un previo deber jurídico «estando obligado». Por otro lado, y desde criterios generales de exigibilidad, esta segunda interpretación es rechazada por la doctrina mayoritaria pues supondría una exasperación del deber del facultativo que se encontraría siempre en posición de garante ante una persona en peligro⁸³. La limitación del deber de asistencia en base a la existencia previa de una obligación puede determinar la limitación del deber de actuar del sanitario en aquellos supuestos en los que su deber de actuar se encuentre en conflicto con el ejercicio de otro derecho, como sería el derecho a la libertad de conciencia o ideológica⁸⁴. Esta interpretación supone, sin embargo, dar preferencia en todo caso al derecho a la libertad ideológica sobre el deber de asistencia, con lo que no se atiende a una ponderación de los derechos y deberes en conflicto en el caso concreto, como sería lo adecuado⁸⁵. No obstante, en relación con el delito de denegación de asistencia facultativa, y en consecuencia con los problemas de objeción de conciencia sanitaria que puede plantear, no cabe olvidar que para que este delito concurra es necesario que exista peligro grave para la salud del paciente, por lo que en los supuestos de negativa del facultativo a realizar interrupciones del embarazo, excepto cuando exista peligro grave para la vida o salud de la madre, a practicar esterilizaciones o fecundaciones

⁸³ En este sentido, Queralt Jiménez, 1996, 173, condiciona la existencia de obligación a que el sujeto activo sea un funcionario público encargado de la rama de actividad por la que se requiere su intervención. Esta interpretación supone ampliar la denegación de auxilio a ámbitos distintos de la actividad sanitaria (ampliación que supondría analogía contra reo, por cuanto el Código Penal, en el art. 196., especifica que se trate de «servicios sanitarios»), por un lado, y, por otro, excluir la existencia de deber jurídico en cualquier otro supuesto, como sería el del médico que actúa en el marco del seguro privado; por su parte, García Albero, 1996, 291, entiende que el deber de actuar del sanitario no es genérico sino que tiene que existir un previo requerimiento efectuado al sujeto en su calidad de profesional sanitario

⁸⁴ Cfr. García Albero, 1996, 291, entiende el elemento típico de la obligación como un límite al deber de asistencia para impedir restricciones al derecho de huelga, en base a una enmienda *in voce* del Grupo IU.IC; en sentido similar, Muñoz Conde, 1996, 286, entiende que esa limitación del deber de asistencia facultativa tiene el sentido de impedir que con esa obligación jurídica se limitase el derecho de huelga.

⁸⁵ En este sentido se manifestaba la STS 1993/3152, de 25 de marzo de 1993.

in vitro..., el conflicto que se suscita carece, en principio, de relevancia jurídico-penal, por cuanto el incumplimiento del facultativo no consistiría en ningún caso delito. No obstante, esta afirmación debe de ser matizada, por cuanto, en el concepto de salud se incluye la salud psíquica, salud psíquica que puede verse gravemente afectada por la no realización de una de estas intervenciones. Por consiguiente, en la medida de que el incumplimiento por el profesional sanitario de su deber de asistencia implique un riesgo grave para la salud psíquica del paciente, sí que concurrirían los elementos típicos del delito de denegación de asistencia facultativa y, en consecuencia, la ponderación de intereses se tendría que plantear entre el derecho a la libertad ideológica y la comisión de un delito. En estos casos, sin negar eficacia general a la objeción de conciencia, cuando exista riesgo grave para la salud psíquica del paciente, y la intervención no puede ser llevada a efecto por otro facultativo, la conducta de quien se niega sería antijurídica. La antijuricidad se derivaría de que no concurren causas de justificación, puesto que, de acuerdo con el principio de proporcionalidad, que rige tanto en el estado de necesidad como en el ejercicio de un derecho, la salud se debe de considerar preponderante respecto de la libertad ideológica y debería de determinarse en qué medida está disminuída o excluída su culpabilidad.

2. Por consiguiente, en el supuesto de que concurren las circunstancias típicas necesarias para que concorra el deber de asistencia facultativa, del art. 196. CP., éste deber jurídico-penal se encuentra limitado, pero no excluido, desde la perspectiva de la objeción de conciencia, por el ejercicio del derecho a la libertad de conciencia, derecho constitucional, que recibe a su vez protección penal en los artículos 522. al 526. del Código Penal. En la STC de 11 de noviembre de 1996, el Tribunal Constitucional entiende que un militar que abandonó su unidad para no rendir honores a la Virgen de los Desamparados, habiendo previamente solicitado oralmente y por escrito que fuera relevado de esos actos por ir contra su conciencia, actuó en ejercicio legítimo de su derecho a la libertad religiosa (art. 16 CE). En la sentencia se afirma «El derecho a la libertad religiosa del art. 16.1. CE garantiza la existencia de un claustro íntimo de creencias y, por tanto, un espacio de autodeterminación intelectual ante el fenómeno religioso, vinculado a la propia personalidad y dignidad individual. Pero junto a esta dimensión interna, esta libertad, al igual que la ideológica del propio art. 16. 1 CE, incluye una dimensión externa de *agere licere* que faculta a los ciudadanos para actuar con arreglo a sus propias convicciones y mantenerlas frente a

terceros (SSTC 19/1985, fundamento jurídico 2º; 120/1990 (RTC 1990/120), fundamento jurídico 10 y 137/1990 (RTC 1990/137), fundamento jurídico 8). En el caso examinado el conflicto surge entre el derecho a la libertad de conciencia y el deber de disciplina. En el supuesto de la denegación de asistencia facultativa, con riesgo grave para la salud, el conflicto se suscita entre el derecho a la libertad de conciencia y el derecho a la salud, con lo que los términos de ponderación de intereses son distintos.

3. El Tribunal Supremo, en la STS 1993/3152, de 25 de marzo de 1993, establece una doctrina general señalando criterios generales de interpretación en los supuestos de situación de conflicto entre el ejercicio de derechos constitucionales y la infracción de otros deberes o la lesión de otros derechos. En esta sentencia el Tribunal Supremo afirma que de lo dispuesto en el artículo 20. 4º CE resulta que las libertades no son absolutas en cuanto encuentran su límite en los derechos reconocidos en el propio Título de la Constitución, siendo necesario en cada caso concreto, objeto de enjuiciamiento, realizar una imprescindible y casuística ponderación de las circunstancias concurrentes para determinar a cuál de los derechos en colisión debe de darse preferencia. En relación con el derecho a la vida, la STS 1997/4987, de 27 de junio de 1997, establece una preponderancia del derecho a la vida sobre el derecho a la libertad ideológica o religiosa, sobre todo cuando lo que está en juego es la vida de un menor. No obstante, y precisamente en atención a la doctrina general sentada por el Tribunal Supremo en STS 1993/3152, la solución al conflicto de deberes y derechos que se suscita en los supuestos de objeción de conciencia al cumplimiento de un deber jurídico no existen criterios generales sino que deben de determinarse en atención a las circunstancias concretas del caso. Y en el caso objeto de la sentencia los derechos en conflicto eran la libertad ideológica de los padres y el deber del médico de salvar la vida del menor, es decir, no se trataba de un conflicto entre la libertad religiosa de una persona y el deber de salvarle la vida por parte del médico. Entre otras razones, porque en ese segundo supuesto no existiría ni tan siquiera un deber del médico de actuar, por cuanto el presupuesto para la existencia e incluso la licitud de una actividad médica es el consentimiento informado del paciente⁸⁶. La ausencia de consentimiento implica no sólo ausencia de

⁸⁶ Cfr. Corcoy Bidasolo, 1998, 109 ss., fundamentando, en base a una nueva comprensión del derecho a la vida y la salud, como expresión fáctica del derecho al libre

deber de actuar en el sanitario sino que la realización de un tratamiento contra la voluntad del paciente supone, al menos, la comisión de un delito de coacciones, ya que en determinadas situaciones la realización del tratamiento puede suponer incluso una conducta típica de lesiones⁸⁷.

4. El derecho del paciente a la elección de terapia tiene como consecuencia lógica el derecho a negarse al tratamiento cuando, por algún motivo racional⁸⁸, los facultativos se nieguen a aplicar la terapia elegida o cuando el paciente no desee ser tratado. El médico no está obligado a aplicar terapias alternativas, si tiene el convencimiento de su falta de adecuación para tratar esa enfermedad, pero no puede obligar al paciente a someterse a la terapia que él, personalmente, considera más adecuada. En estos casos, en el ámbito de la sanidad pública, la Ley establece que el paciente debe de solicitar el alta voluntaria. En el supuesto de que la negativa del médico a la aplicación de la terapia elegida por el paciente no esté fundamentada en un motivo racional⁸⁹, con independencia de las sanciones administrativas que pueda llevar

ejercicio de la personalidad, que la actividad médica sólo puede ejercerse previa la existencia de un consentimiento informado del paciente. En el mismo sentido, con distintas fundamentaciones, Jorge Barreiro, 1982, 7 ss; Romeo Casabona, 1981, 9 ss.; Asúa Batarrita/de la Mata Barranco, 1990.

⁸⁷ Cfr. Corcoy Bidasolo, 1998, 125 ss., puesto que a partir de entender la salud como bienestar físico y psíquico de una persona, el concepto de salud se subjetiviza y depende de cuáles sean los intereses preponderantes de esa persona, por lo que una intervención contra su voluntad puede suponer una lesión típica al determinar un menoscabo de la salud del intervenido desde su propia concepción de la salud. Así, por ejemplo, aquella persona que consienta, en una operación de cáncer de laringe, en que únicamente se le estirpen las cuerdas más dañadas pero que en ningún caso se le deje sin posibilidad de hablar, conociendo y asumiendo, la mucha mayor probabilidad que ello le determina la muerte, si el médico no cumple su voluntad se puede interpretar que comete un delito de lesiones. Ello con independencia de que el médico, en ese supuesto, puede estar incurso en un error vencible o invencible sobre los presupuestos de una causa de justificación, en concreto sobre la existencia de un deber de actuar en estado de necesidad.

⁸⁸ Racionalidad que puede fundamentarse en criterios económicos — en la sanidad pública— o médicos.

⁸⁹ Un problema, en este sentido, se suscita en atención a cuándo se entiende que existe un motivo racional para no aplicar una determinada terapia. Al respecto es conflictiva la redacción del apartado 6 del Título. I.- Normas de Deontología del Colegio Oficial de Médicos, de 21 de mayo de 1979, donde se entiende como motivo justificado para no emplear una terapia o medio diagnóstico la «fidelidad a su conciencia». (En el mismo sentido, apartado 6 del Título. I.- Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.)

aparejadas, puede dar lugar a responsabilidad penal por omisión, en el caso de que se produzca algún resultado de lesión o muerte evitable con la terapia elegida por el paciente⁹⁰, sin que en ese caso el facultativo pueda alegar de objeción de conciencia, en base a su creencia de que la terapia adecuada era otra, puesto que faltaría el presupuesto de la objeción de conciencia.

5. En relación con la fundamentación y eficacia jurídica de la objeción de conciencia del sanitario se tiene que tomar en consideración, por un lado, la existencia de normas deontológicas (Normas de Deontología del Colegio Oficial de Médicos de España, 21 de mayo de 1979, como en el del Col·legis de Metges de Catalunya, de 16 de junio de 1997) en las que está prevista la objeción de conciencia —»fidelidad a su conciencia»— como motivo justificado para no emplear una terapia y, por otro, la Ley General de Sanidad que faculta al médico a no aplicar la terapia solicitada por el paciente y a obligarle a solicitar el alta voluntaria. No obstante, estas dos reglas, una de derecho positivo y otra deontológica, deben de ponerse en relación con otras normas de los mismos cuerpos legales y deontológicos, en las que como principio general se obliga al médico a actuar y a aplicar la terapia elegida por el paciente, con el consentimiento informado de éste y con el precepto penal previsto en el art. 196. CP., según el cual se castiga la denegación de asistencia facultativa o la dejación de la asistencia iniciada, siempre que exista peligro grave para la vida o la salud.

V. CONCLUSIONES

1. Con carácter general, y en base a los requisitos necesarios para que la objeción de conciencia legitime la infracción de un deber jurídico, ya sea excluyendo totalmente la relevancia jurídica del incumplimiento, ya sea justificándolo o, en último término, exculpándolo total o parcialmente, es presupuesto necesario que efectivamente exista ese deber de actuar. Este presupuesto adquiere una especial importancia en la

⁹⁰ La facultad que la Ley General de Sanidad otorga al médico para no aplicar la terapia solicitada por el paciente y obligarle a solicitar el alta voluntaria, no puede entenderse como una facultad sin límites puesto que debe de ponerse en relación con el artículo 196. del Código Penal que castiga la denegación de asistencia facultativa o la suspensión de la que se estaba llevando a efecto siempre que está desatención suponga un peligro grave para la vida o la salud del paciente.

actividad sanitaria por la creencia tradicional de la existencia de un deber jurídico ilimitado de actuar siempre que con ello se persiga salvar la vida o mejorar la salud del paciente. Lo expuesto en las líneas anteriores trata de centrar el problema al limitar los supuestos en los que efectivamente existe un deber de actuar, y, por consiguiente, respecto de los que puede suscitarse un problema de objeción de conciencia, a aquéllos en los que el paciente consiente. En todos los supuestos en los que el paciente no desea ser tratado, al no existir un deber jurídico de actuar, el facultativo no puede acudir al derecho a la objeción de conciencia para intervenir en contra de la voluntad del paciente.

2. En consecuencia, el facultativo, por razones de conciencia, no puede imponer tratamientos al paciente, aun cuando sea con el fin de mejorar su salud o alargar la vida, porque en esos casos no concurriría ningún supuesto de justificación, por ejercicio de un derecho proveniente de profesión, ni una causa de inexigibilidad, de miedo insuperable, porque la actuación del médico supone una ingerencia en la esfera íntima de la persona al lesionar «directamente» el bien jurídico-penal de la libertad. En consecuencia, el facultativo no puede alegar la causa de justificación de ejercicio de un derecho proveniente de profesión, por no existe tal derecho. Alegar en estos casos la existencia de un error de prohibición, me parece difícilmente aceptable, por cuanto, en la actualidad está ampliamente reconocido, el derecho del paciente a decidir, reconocimiento que existe tanto en el nivel legislativo como en el informativo o divulgativo. La profesión médica conoce perfectamente el significado de la exigencia de consentimiento, para poder llevar a efecto una intervención tanto quirúrgica, como diagnóstica y, en consecuencia, la inexistencia de un deber jurídico de actuar.

3. Por el contrario, la objeción de conciencia del profesional sanitario respecto de la realización de actividades que, ya sea con carácter general, ya sea en determinados supuestos, lesionan su derecho a la libertad ideológica debe de ser reconocida, con ciertos límites generales y otros particulares, dependiendo de la concreta situación de conflicto. En estos supuestos, como pueden ser la realización de abortos legales, de esterilizaciones, de cirugía transexual, de fecundación *in vitro* o, en el caso, de que se permita, la eutanasia, no existe un deber jurídico-penal del facultativo de actuar, por no concurrir situaciones de peligro grave para la salud del paciente, y, por consiguiente, la objeción de conciencia debe de surtir efectos laborales, en el sentido de que por el hecho de actuar en el ejercicio de un derecho el profesional sanitario no puede ser

discriminado y sólo se podrá modificar su situación laboral cuando objetivamente ello sea necesario para cumplir con las necesidades del servicio.

BIBLIOGRAFÍA

- ACHENBACH, H., «Imputación individual, responsabilidad, culpabilidad» (trad. Silva Sánchez), en *El sistema moderno de Derecho penal* (Schünemann, comp.), Barcelona 1991
- AMELUNG, K., «Contribución a la crítica del sistema jurídico-penal de orientación político-criminal de Roxin» (trad. Felip i Saborit), en *El sistema moderno del Derecho penal*, Libro-homenaje a Claus Roxin (Schüneman comp.) (Introducción y notas Silva Sánchez), Madrid 1991.
- ASÚA BATARRITA, A./DE LA MATA BARRANCO, N., «El delito de coacciones y el tratamiento médico realizado sin consentimiento o con consentimiento viciado», en *Revista Jurídica Española La Ley* 1990.
- CLIMENT DURÁN, C., «Sobre la asistencia médica a reclusos en huelga de hambre», *Revista General de Derecho*, 1990.
- COBO DEL ROSAL, M./CARBONELL MATEU, J., «El aborto en el Código Penal español», en *Homenaje al Prof. Beristain*, Instituto Vasco de Criminología, San Sebastián 1989
- CORCOY BIDASOLO, M., «Libertad de terapia versus consentimiento», en *Bioética, derecho y sociedad*, Ed. Trotta, Madrid 1998.
- CORCOY BIDASOLO, M., *Delitos de peligro y protección de bienes jurídico-penales supraindividuales. Nuevas formas de delincuencia y reinterpretación de tipos penales clásicos*. Ed. Tirant lo Blanc, Valencia 1999.
- CORCOY BIDASOLO, M., «El tratamiento del secreto del menor y el derecho a la intimidad. Eficacia del consentimiento». «Protección de menores en el Código Penal». *Cuadernos de Derecho Judicial. Consejo General Poder Judicial*, 1998.
- CUERDA RIEZU, A., «El delito de aborto ante la propuesta de anteproyecto del nuevo Código Penal», en *Documentación Jurídica*, monográfico, vol. 1, Ministerio de Justicia, Madrid 1983.
- DÍEZ RIPOLLÉS, J. L., «La huelga de hambre en el ámbito penitenciario», en *Cuadernos de Política Criminal*, nº 30 1986.
- DÍEZ RIPOLLÉS, J. L., «La reforma del delito de aborto», en *Comentarios a la Legislación Penal*, T. IX, Edersa, Madrid 1989.
- ESCOBAR ROCA, G., «La objeción de conciencia del personal sanitario», en *Bioética, Derecho y Sociedad* (coord. María Casado), Ed. Trotta, Madrid 1998.
- GASCÓN, M./PRIETO, L., «Los derechos fundamentales, la objeción de conciencia y el Tribunal Constitucional», *Anuarios de Derechos Humanos*, nº 5 1988-89.
- GARCÍA ALBERO, R., *Comentarios a la Parte Especial del Derecho Penal* (dir. Quintero Olivares, coord. Valle Muñiz). Ed. Aranzadi, Pamplona 1996.

- GARCÍA ARÁN, M., «Objeción de conciencia en la interrupción del embarazo», *Revista Jurídica de Catalunya* 1987.
- GÓMEZ BENÍTEZ, J. M., «Consideraciones sobre lo antijurídico, lo culpable y lo punible, con ocasión de conductas realizadas por motivos de conciencia», en *Ley y conciencia*, (ed. Peces Barba), Universidad Carlos III, Madrid 1993.
- JÄHNKE, B., *Leipziger Kommentar*, 10ª ed., Ed. Walter de Gruyter, Berlin-New York 1985, vor & 218. 24.
- JORGE BARREIRO, A., «La relevancia jurídico-penal del consentimiento del paciente en el tratamiento médico-quirúrgico», en *Cuadernos de Política Criminal* 1982, pp. 7 ss.
- LANDROVE DÍAZ, G., «Objeción de conciencia, Insumisión», Ed. Tirant lo Blanc, Valencia 1992.
- LENCKNER, T., *Der rechtfertigende Notstand*, Mohr, Tübingen, 1965.
- LOURENZO COPELLO, P., *El aborto no punible*, Ed. Bosch, Barcelona 1990.
- LUZÓN PEÑA, D. M., «Estado de necesidad e intervención médica (o funcional, o de terceros) en casos de huelga de hambre, intentos de suicidio y de autolesión: algunas tesis», *Revista Jurídica Española La Ley*, 1988.
- MAQUEDA ABREU, M., «Sectas y Derecho Penal: una aproximación a su análisis desde la jurisprudencia de los tribunales», en *Libertad ideológica y derecho a no ser discriminado*. Cuadernos de Derecho Judicial. Consejo General del Poder Judicial, Madrid 1996.
- MARTÍNEZ ROCAMORA, L.G., «La objeción laboral de conciencia en materia de aborto», *Aranzadi Social* n° 3, 1998.
- MILLÁN GARRIDO, *La Objeción de Conciencia al Servicio Militar y la Prestación Social Sustitutoria*, Ed. Tecnos, Madrid 1990.
- MIR PUIG, S., «Aborto, estado de necesidad y Constitución», en *La despenalización del aborto*, Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra 1983.
- MIR PUIG, S., *Derecho Penal. Parte General*, 5º ed. Barcelona 1998.
- MUÑOZ CONDE, F., *Derecho Penal. Parte Especial*, 11ª ed. Ed. Tirant lo Blanc, Valencia 1996.
- MUÑOZ CONDE, «La objeción de conciencia en derecho penal», en *Política criminal y nuevo Derecho penal*, Homenaje a Roxin (coord. Silva Sánchez), Ed. Bosch, Barcelona, 1997.
- NAVARRO-VALLS, R./MARTÍNEZ-TORRON, J., *Las objeciones de conciencia en el Derecho español y comparado*, Ed. McGraw-Hill, Madrid 1997.
- PECES BARBA, G., «Desobediencia Civil y Objeción de Conciencia», *Anuario de Derechos Humanos*, n° 5, 1988-89.
- QUERALT JIMÉNEZ, J. J., *Derecho Penal Español. Parte Especial*, 3ª ed., Ed. Bosch, Barcelona 1996.
- ROMEO CASABONA, C., *El médico y el Derecho Penal I. La actividad curativa (Licitud y responsabilidad penal)*, Ed. Bosch, Barcelona 1981.
- ROMEO CASABONA, C., «¿Límites de la posición de garante de los padres respecto al hijo menor?», en *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 2ª época n° 2 (1998).
- RUDOLPHI, H. J., *Systematischer Kommentar zum Strafgesetzbuch, Besonderer Teil*, 5ª ed., Luchterland, Berlín 1996.

- SILVA SÁNCHEZ, J. M^a, «Aspectos de la comisión por omisión: fundamento y formas de intervención. El ejemplo del funcionario penitenciario», en *Cuadernos de Política Criminal*, n^o 38, 1989.
- SILVA SÁNCHEZ, J. M^a, *Aproximación al Derecho penal contemporáneo*, Ed. Bosch, Barcelona 1992.
- TAMARIT SUMALLA, J. M^a, *La libertad ideológica en el Derecho Penal*, Ed. PPU, Barcelona 1989.

A vueltas con el principio de autonomía

Josep Sanllehí

I. INTRODUCCIÓN

El principio de autonomía es uno de los principios fundamentales en ética biomédica. El Código de Nuremberg (1949) lo alude al calificar de esencial el consentimiento voluntario de todo sujeto humano en trabajos de experimentación y en el Informe Belmont (1978) se formula inequívocamente con la denominación de «principio de respeto a las personas» que obliga a tratarlas como agentes autónomos. En *Principles of Biomedical Ethics* (1979), obra de referencia de toda la ética biomédica posterior, el principio de autonomía aparece como uno de los cuatro grandes principios morales de la biomedicina prescribiendo que «las acciones y las elecciones autónomas no deben ser constreñidas por los demás» (Beauchamp y Childress, 1983:62).

Esta fórmula consagrada del principio de autonomía proclama una doble exigencia: la libertad del hacer y la libertad del querer. En sentido genérico se puede entender la libertad del querer o de la voluntad como el estado en que el propio agente controla la concepción, deliberación y decisión de lo que hará. Así, es una violación de la libertad de la voluntad la presión o el control mental que algunas sectas ejercen sobre sus miembros, ya que la concepción, deliberación o decisión de lo que harán no está bajo su control. El hecho relevante es que el control ajeno se ejerce no tanto sobre lo que hacen, sino sobre lo que quieren hacer. La determinación se ejerce primariamente sobre la elección y sólo secundariamente sobre la conducta.

El objetivo de este trabajo es explorar el concepto de libertad de la voluntad considerado, tradicionalmente, como equivalente a independencia interior y autonomía. Se trata de descubrir y analizar las condiciones que hacen libre la voluntad y, por tanto, interiormente independiente y autónomo al agente. De hecho la exploración se centra

en una determinada concepción de la libertad: la racionalista. Según esta concepción la voluntad sólo es libre cuando se basa en el conocimiento y la razón¹.

II. LAS RAZONES DE LA ACCIÓN

Las acciones —en el sentido de acciones conscientes y voluntarias— son una clase de eventos que se explican por razones. Mientras que explicar un simple evento consiste en buscar las *causas* que lo han provocado, explicar una acción consiste, principalmente, en buscar las *razones* que la han provocado.

Preferencias y creencias constituyen las razones de una acción. En toda acción el agente prefiere, desea o tiene como finalidad que un determinado evento se produzca². La acción de abrir el frigorífico, coger

¹ Ya en el siglo XVII, en el contexto de la discusión entre libertad y necesidad, algunos pensadores racionalistas defendieron la idea que la libertad es la conciencia de la necesidad. Para Descartes, esta idea se desprende de su análisis de la naturaleza y papel del entendimiento y la voluntad (al elegir qué hacer): «...esa indiferencia que siento, cuando ninguna razón me arrastra, por su peso, hacia uno u otro lado, es el grado inferior de la libertad y más denota defecto en el conocimiento que perfección en la voluntad; pues si siempre tuviéramos un conocimiento claro de lo que es verdadero y bueno, nunca sería laboriosa la deliberación acerca del juicio o elección que habríamos de tomar, y por ende, seríamos del todo libres, sin ser nunca indiferentes.» (Descartes, *Meditaciones metafísicas*, Madrid, Espasa Calpe, 1970¹² (1641), p. 124). La auténtica voluntad libre es la que sigue a la razón, pero sólo cuando ésta conoce el bien y la verdad. Cuál sea el contenido del bien y los medios para alcanzarlo es cosa que ha de indagar la razón. Cuando ésta lo descubre, la voluntad la debe seguir. En esto consiste la libertad de la voluntad.

² Hablamos indistintamente de preferencias, deseos y fines. No son exactamente lo mismo. Hay una gradación entre las primeras y los últimos en el sentido que aumenta la asunción consciente y el grado de articulación interna. Suponemos que la persona *A* tiene la preferencia *P* (siendo *P* la propiedad de un estado de cosas del mundo *X*) en un momento *t* si su estado mental es tal que tiende a *X* porque *X* tiene la propiedad *P* (aunque por extensión también decimos que *A* tiene la preferencia *X*). A partir de las preferencias podemos caracterizar los deseos y los fines. «Los deseos no son meras preferencias. Hay un nivel de filtro o de procesamiento interpuesto en el camino que va de las preferencias a los deseos —lo mismo que (...) hay otro en el camino que va de los deseos a los objetivos [o fines] (...). Quizá sea correcto preferir volar a pelo, pero no es racional para una persona el *descarlo*. (Podría ser racional, en cambio, desear que fuera posible.) Los deseos, a diferencia de las meras preferencias, han de entrar en algún proceso de decisión. Deben pasar algunos tests de viabilidad, y no simplemente en condiciones de aislamiento: los deseos deben ser coposiblemente satisficibles, de consumo. (...) Los objetivos, a su vez, son distintos de las preferencias o de los deseos. Tener o aceptar objetivos es

una botella y llevársela a la boca está orientada por el deseo de saciar la sed. Este deseo es una de las razones de la acción. La otra razón es la creencia del agente. El agente cree que esta conducta es el medio para conseguir lo que desea. Cree, en concreto, que encontrará una botella en el frigorífico.

El agente es más o menos consciente de sus razones: tiene conciencia de su deseo en tanto que lo ha concebido y tiene conciencia de sus creencias en tanto que, eventualmente, ha deliberado sobre ellas para poder satisfacer el deseo. Además de ser consciente, el agente ha de decidirse por una línea de conducta: es necesario que el agente elija qué va a hacer. Así pues, la decisión voluntaria del agente, junto con la concepción y la deliberación, constituyen también las razones de la acción.

La concepción, la deliberación y la decisión son razones de la acción desde un punto de vista psicológico y analizadas bajo un esquema causal. En cambio, desde un punto de vista epistemológico y analizadas bajo un esquema teleológico las razones de la acción son las creencias y las preferencias (Davidson, 1995:17-129). Una exploración de la autonomía y la independencia interior ha de hallar caminos prometedores en el análisis de las razones de la acción.

III. LA AUTONOMÍA EN LAS DELIBERACIONES Y LAS DECISIONES

¿Qué significa que un proceso de deliberación y decisión es libre y, por tanto, que está bajo control del propio agente? En primer lugar, que no ha sido determinado deliberadamente por otra persona. Es obvio que una

usarlos a modo de filtros para dejar fuera de consideración, en las situaciones de elección, aquellas elecciones que no sirvan lo bastante bien a esos objetivos, o que no los sirvan en absoluto.» (Nozick, 1995:197-198). En algunos contextos no es posible distinguir entre los tres conceptos; en otros no es conveniente. Por tanto, usaremos indistintamente los tres términos en sentido genérico (aunque mayoritariamente «preferencia») excepto cuando indiquemos que tienen el significado específico que les hemos dado.

La distinción entre preferencias (y deseos) y fines nos lleva a otra distinción útil: la que hay entre acciones orientadas por preferencias y acciones orientadas por planes. Mientras que en las primeras sólo deliberamos y decidimos sobre lo que preferimos o deseamos, en las segundas deliberamos y decidimos sobre lo que preferimos o deseamos en tanto que es un fin y, por tanto, también sobre los medios para conseguirlo (Elster, 1988:15 ss).

elección causada, inducida o influida exclusivamente y de forma deliberada por otra persona no puede ser autónoma ni independiente. Hay dos vías básicas para determinar deliberadamente la deliberación y decisión de una persona: la orgánica y la psicológica. Mientras que la coacción orgánica exige la utilización de fármacos, drogas o intervenciones físicas que alteren, directa o indirectamente, los órganos que influyen en la deliberación y la decisión, la coacción psicológica no necesita de la intermediación de fármacos, drogas o intervenciones físicas. A su vez, tanto una vía como otra pueden tomar otras dos vías: la afectiva y la cognitiva. La vía afectiva consiste en provocar determinados estados de ánimo que alteren el proceso de deliberación y decisión. En la vía cognitiva el proceso de deliberación y decisión se altera a través de la cantidad y la calidad de la información suministrada. Esto significa que el proceso de deliberación y decisión será distinto si la información proporcionada al agente es cuantitativa y cualitativamente diferente. Por supuesto, la vía afectiva y la vía cognitiva interactúan y se refuerzan recíprocamente.

Una cuestión importante es establecer la cantidad y calidad de la información para que una elección sea autónoma e independiente. Respecto a la cantidad hay, principalmente, tres criterios en discusión: el criterio del standard profesional, el criterio de la persona razonable y el criterio subjetivo (Beauchamp y Childress, 1983:74-83; Veatch, 1981:200-207). La calidad de la información depende tanto de un factor objetivo como de uno de subjetivo. Objetivamente, la información es de calidad si es relevante para el tema; subjetivamente, si es adecuada para la comprensión del agente. La conclusión que se desprende de los estudios empíricos es que hay «limitada comprensión real y limitada capacidad para ver los datos objetivamente». Esto sugiere que la comprensión de la información es uno de los aspectos más problemáticos de la autonomía (Beauchamp y Childress, 1983:87).

Que la libertad está basada en la información ¿implica que el ignorante es menos libre que el sabio o que nuestros antepasados eran menos libres que nosotros? En cualquier caso ¿cuánta información se necesita para ser libre? Si no lo podemos decidir, la autonomía es una quimera, porque aun suponiendo que consiguiéramos ser autónomos no lo sabríamos. De otra parte, si lo podemos decidir, previamente habremos de deliberar. Ahora bien, si es necesaria una deliberación para decidir cuando hay suficiente información para ser libre también será necesario deliberar y decidir si aquella deliberación y decisión son bastante informadas para ser autónomas y así sucesivamente. Esto nos

lleva a una regresión infinita y sugiere la conclusión que la libertad es comparativa y relativa. No hay deliberaciones y decisiones libres y deliberaciones y decisiones no libres: hay deliberaciones y decisiones más libres que otras. De hecho, no podemos afirmar que un agente es autónomo en sentido absoluto. A lo sumo deberíamos afirmar que es más autónomo que otro agente (o situación o aspecto) con menor información. Dicho de otro modo: la autonomía es un ideal. Por un camino más corto llegamos a la misma conclusión: si la información es infinita, la autonomía solo puede ser un ideal. Y eso nos enfrenta a una paradoja: la autonomía es un ideal porque no podemos tener toda la información, pero, en cambio, cuando deliberamos y decidimos, menospreciamos mucha de la poca información a nuestro alcance o, simplemente, la usamos mal (Beauchamp y Childress, 1983:77; Eraker y Politser, 1990).

Si los efectos sobre el proceso de deliberación y decisión son los mismos, no parece relevante a efectos conceptuales que la determinación por persona ajena sea deliberada o no lo sea: en cualquier caso habrá limitación o falta de independencia y autonomía. Es más, si lo que cuenta son los efectos sobre la deliberación y la decisión, tanto da que la determinación sea de origen humano como que no lo sea. Una persona es tan poco libre de deliberar y decidir tanto si el choque emocional le ha sido deliberada o inadvertidamente provocado por otra persona como si lo ha sido por la caída de un rayo. Y podríamos añadir, o por su propio psiquismo. La conclusión parece clara: el origen de las determinaciones es conceptualmente irrelevante para la (limitación o falta de) autonomía e independencia electivas³.

El grado de determinación es un continuo entre dos extremos. La determinación más suave podría ser la simple influencia o la persuasión racional y la más fuerte la coacción compulsiva (Beauchamp y Childress, 1983:87-89). Esto significa que la autonomía admite gradación y que la elección completamente libre es un ideal. Una determinación invasiva y penetrante puede incluso afectar la competencia para deliberar y

³ Hay controversia en este punto. Friedrich Hayek, por ejemplo, considera que sólo puede hablarse de falta de libertad de la voluntad cuando se trata de determinaciones provenientes del propio psiquismo, tales como «la influencia de emociones, impulsos y circunstancias momentáneas temporales, la debilidad moral o la debilidad intelectual» (Hayek, 1991: 31). Sin embargo, para Hayek y otros autores, esto sólo es falta de libertad en un sentido secundario y lateral. La verdadera falta de libertad sólo se da cuando la determinación tiene su origen en la «coacción derivada de la voluntad arbitraria de otro o de otros» (Hayek, 1991: 26).

decidir («competencia para el consentimiento informado», en contextos bioéticos). Se han propuesto diversos criterios, especialmente legales, para establecer la competencia de un agente, pero tampoco parece que haya acuerdo en esto, en buena medida porque la discusión sobre los criterios de competencia es, bajo su apariencia empírica, una discusión cargada de valor. Lo más interesante es observar que la competencia es relativa y requiere un contexto: una persona puede ser más o menos competente, competente en unos aspectos e incompetente en otros, serlo en unos momentos y no en otros...

IV. LA AUTONOMÍA EN LAS CREENCIAS

Es de sentido común que hay creencias descaradamente dependientes y muy poco autónomas. Para identificarlas hay que atender a su origen causal, ya que existe una relación causal entre el proceso deliberativo y de toma de decisión y las creencias: procesos no (o menos) autónomos no pueden llevar a creencias (más) autónomas. Este sería el caso, por ejemplo, de creencias formadas por adoctrinamiento o por ocultación y/o falseamiento de pruebas. Muchas de las creencias formadas en procesos de esquizofrenia también son creencias no autónomas.

La independencia y autonomía de las creencias no tiene que ver con su verdad. Una creencia autónoma puede ser verdadera, pero también falsa. En cambio, tiene mucho que ver con su proceso de formación. Podría ser aplicable a la autonomía de las creencias lo que Jon Elster afirma de su racionalidad: las creencias no autónomas serían aquellas «conformadas por factores causales irrelevantes, por una causalidad psíquica ciega que actúa «por detrás» de la persona. El énfasis habría que ponerlo aquí en ese carácter «irrelevante» y «ciego», y no en la causalidad como tal.» (Elster, 1988:29). Esto sugiere la hipótesis que las creencias autónomas, y sólo las autónomas, son racionales y compromete con una postura racionalista de la libertad creencial.

V. LA AUTONOMÍA EN LAS PREFERENCIAS

Algunos autores, como Isaiah Berlin, dan poca importancia a las preferencias y deseos en la conformación de la libertad. La libertad, según ellos, tiene poco que ver con lo que se quiere hacer. Carece de importancia para la libertad de una persona que ésta tenga (o aumente la) libertad del querer si no tiene (o aumenta la) libertad del hacer. «Si

los grados de libertad estuviesen en función de la satisfacción de los deseos, yo podría aumentar la libertad de una manera efectiva tanto eliminando éstos como satisfaciéndolos; podría hacer libres a los hombres (incluyéndome a mí mismo) condicionándoles para que perdiesen los deseos originarios que yo he decidido no satisfacer.» (Berlín, 1988b:39). Para Berlín eso es inaceptable. Además, no casa con aquello que se entiende por libertad. «La autonegación ascética puede ser una fuente de integridad, serenidad o fuerza espiritual, pero es difícil ver cómo se la puede llamar aumento de libertad.» (Berlín, 1988a:210). A partir de esas consideraciones Berlín llega a una concepción objetiva de la libertad, donde los deseos y preferencias de las personas cuentan poco. La auténtica libertad reside, básicamente, en el número de cosas que se es libre de hacer, independientemente de si se quieren o no. «Esta libertad no depende en última instancia de si yo desco siquiera andar, o de hasta dónde quiero ir, sino de cuántas puertas tengo abiertas, de lo abiertas que están, y de la importancia relativa que tienen en mi vida» (Berlín, 1988b:41).

Ciertamente sería una burla calificar de libre una persona que (en una sociedad donde no puede hacer casi nada) satisface lo poco que le han inducido a desear. Hasta aquí de acuerdo con Berlín. Puede darse el caso, sin embargo, que una persona haya decidido autónomamente desear poco. La falta de libertad de ambas, entendida como autonomía, no sería comparable. Cómo se llegan a formar los deseos y preferencias ha de ser importante para la autonomía. Las decisiones autónomas no pueden ser decisiones que se basan en preferencias cualesquiera, sino sólo las que se basan en preferencias —y, naturalmente, creencias— autónomas.

No sabemos muy bien en que pueden consistir la independencia interior y la autonomía referidas a preferencias, deseos y fines, pero intuimos que tienen un dominio reducido. Tentativamente proponemos una primera caracterización imprecisa y general: *una preferencia autónoma es una preferencia sin determinaciones indebidas en su formación, mantenimiento, transformación y extinción*. A pesar de que toda preferencia ha de ser determinada para poder ser lo que es, la independencia y autonomía excluyen las determinaciones que el agente no controla, es decir determinaciones que el agente no ha autorizado. Estas determinaciones indebidas serían las determinaciones «ciegas e irrelevantes» de Elster. La ausencia de determinaciones indebidas en la génesis y vida de una preferencia equivale a decir que su autor es el propio agente. En este sentido, no todas mis preferencias son *mías*, sino sólo las que controlo y con las cuales me identifico.

Esta caracterización de *preferencia independiente y autónoma como preferencia que controlo y con cual me identifico* se acerca al ideal de autodeterminación subyacente a las filosofías estoica, budista y spinoziana. Tiene inconvenientes, sin embargo. En primer lugar, adolece de una cierta ambigüedad arrastrada de los significados de «controlar» e «identificarse con». Es obvio que puedo controlarme muy indulgentemente y que cautivo de mis deseos más funestos puedo identificarme con ellos. En segundo lugar, presupone un sujeto, con capacidad de autonomía soberana, que también sería necesario caracterizar adecuadamente. Con todo, es un camino que merece ser explorado.

Entre las preferencias, deseos y fines identificables como autónomos hay aquellos que permanecen después de un cierto tiempo. Hay preferencias *perdurables* que nos acompañan, más o menos modificadas, durante toda la vida. Siendo el resto igual, parece que nos podemos identificar más con una preferencia largamente mantenida que con una recién llegada. Una preferencia perdurable es más controlable, por más conocida: podemos saber mejor cuáles son las dificultades para satisfacerla y qué resulta de su satisfacción.

Las consecuencias y resultados de la satisfacción de una preferencia o del logro de un fin, así como las circunstancias y dificultades que concurren en ello, son factores que, una vez conocidos, pueden modificar o extinguir la preferencia o el fin. Las preferencias, deseos y fines que perduran después de un conocimiento adecuado de aquellos factores parecen más controlados, en el sentido que han resistido el escrutinio de la experiencia y los hechos. En este sentido parece que deberíamos identificarnos más con ellos. Siendo, pues, el resto igual, las preferencias cuyos *factores relativos a su satisfacción son conocidos directamente* parecen más autónomas que aquellas de cuyos factores no hay conocimiento directo.

Hay preferencias, deseos y fines (aún) no consumados o realizados. Esto quiere decir que no tenemos conocimiento directo ni de las consecuencias y resultados de su satisfacción o realización, ni de las circunstancias que concurren en ello. Sin embargo, nos lo podemos representar y analizar. El escrutinio mental puede sustituir al escrutinio de los hechos. Parece claro que, siendo el resto igual, las preferencias *resistentes al análisis reflexivo* están más bajo nuestro control que aquellas que no han pasado el análisis o no lo han resistido con suficiente firmeza. Con ellas deberíamos sentirnos más identificados.

Hay preferencias, deseos y fines que surgen impetuosamente en un contexto determinado. Son preferencias que, a pesar de su intensidad,

dependen extremadamente del medio y fuera de este medio pierden intensidad o se desvanecen. Es natural pensar que las preferencias más volubles y dependientes del contexto son, en cierto modo, más artificiales. Son, más que nuestras, del medio. También es natural pensar que no ejercemos mucho control sobre estas preferencias. En cambio, las preferencias más *independientes del contexto* son más nuestras y nos identificamos más con ellas.

Que las preferencias, deseos y fines de una persona forman estructura implica que existen determinadas relaciones entre ellos. Estas relaciones se establecen desde posiciones y niveles jerárquicos diferentes. Hay, por ejemplo, fines últimos y meta fines que ordenan, orientan y dirigen los fines, deseos y preferencias más concretos. Aquellos son jerárquicamente superiores a los fines concretos que ordenan, orientan o dirigen (Mosterín, 1978:81-82). Parece verosímil afirmar que nos identificamos más con las preferencias, deseos y, especialmente, fines que *ocupan un lugar importante en la estructura*. Aunque se trata de preferencias que controlan a otras preferencias, también las controlamos más, ya que su relevante ubicación denota un proceso de formación, mantenimiento y eventual transformación bien sedimentado.

Estas diferentes clases de preferencias, deseos y fines forman conjuntos que, en parte, se solapan. Es lógico pensar que si alguna de nuestras preferencias ha de ser calificada de autónoma, posiblemente estará en (alguno de) estos conjuntos. Por otra parte, estas preferencias —las perdurables, aquellas cuyos factores de satisfacción son directamente conocidos, las resistentes al análisis reflexivo, las relativamente independientes del medio y las jerárquicamente importantes— tienen en común el haber pasado, más o menos, por el filtro de la reflexión. Las preferencias que son (o aparentan ser) más distintivamente autónomas parecen preferencias reflexivas que incorporan algún rasgo de racionalidad. Esto nos hace pensar, y no es más que una hipótesis a investigar, que *idealmente* las preferencias autónomas sean preferencias racionales.

El conjunto de preferencias que controlamos y con las cuales nos identificamos no coincidiría, pues, con el conjunto de las preferencias que tenemos de hecho, ni con las que declaramos tener. Es verosímil pensar que nuestras *preferencias, deseos y fines autónomos sean una depuración* del conjunto total de nuestras preferencias, deseos y fines *practicada con el filtro de la racionalidad*. En otras palabras, que la racionalidad sea una característica de toda preferencia autónoma. *La racionalidad parece ser condición necesaria de la autonomía preferen-*

cial y, por tanto, preferencias, deseos y fines irracionales no serían autónomos. Aunque hay numerosas evidencias sobre la verosimilitud de esta hipótesis, lo cierto es que podemos hallar algún contraejemplo que la pone en entredicho y aducir casos que muestran lo inevitable de las preferencias irracionales y, por tanto, no autónomas.

Hay dos grandes mecanismos distorsionadores de la racionalidad de las preferencias: los cognitivos y los afectivos. En el primer tipo, la racionalidad de las preferencias es distorsionada por defectos o errores cognitivos, en el segundo, por las influencias indebidas de algún impulso o pulsión (Elster, 1988:41). Entre los mecanismos cognitivos que provocan preferencias irracionales se hallan los *estereotipos* y los *prejuicios*⁴. Estereotipos y prejuicios son causa no sólo de sentimientos irracionales sino de preferencias y deseos irracionales. Detrás de la irracionalidad de los genocidios se esconden prejuicios extendidos, poderosos y muy enraizados. La falta de autonomía de estos deseos parece evidente ya que se trata de deseos muy poco reflexivos. Son síntomas de pereza y comodidad mentales. Parece claro que estereotipos y prejuicios dan lugar a preferencias y deseos que el agente no controla, en el sentido que no controla su formación y mantenimiento (Geymonat, 1991:61-63). La formación y el mantenimiento de estas preferencias no autónomas dependen de un inadecuado procesamiento de la información. Sin embargo, aunque en este sentido manifiestan una evidente falta de autonomía, las preferencias nacidas del prejuicio se hallan entre las que más inequívocamente hemos considerado autónomas: son perdurables y jerárquicamente importantes y, quizá también, relativamente independientes del medio y, además, poseemos experiencia directa de los factores relacionados con su satisfacción. En este otro sentido, parece difícil afirmar que no nos identificamos con nuestras preferencias nacidas del prejuicio. Nos hallaríamos, pues, frente a preferencias irracionales que, al menos en algún sentido, parecen ser autónomas.

⁴ Los estereotipos son patrones fijos, a menudo tenidos y sostenidos acriticamente que se cree que representan una clase de personas (o eventos). A la mayoría de estereotipos les falta fundamento. En este sentido son creencias irracionales. A veces los estereotipos van dirigidos contra otras personas. Son los prejuicios. Los prejuicios desvaloran a las personas de otros grupos. Los ingleses consideran que los escoceses son tacaños pero se recolecta más dinero por habitante en las calles de Escocia que en las de Inglaterra. Los estereotipos y prejuicios se autoalimentan e implican su propio cumplimiento (Sutherland, 1996:90-94).

Entre los mecanismos afectivos que distorsionan la racionalidad de las preferencias se hallan la conformidad o inercia común y el efecto de la decisión. La *conformidad* es el deseo causado por un impulso a ser como las otras personas: la conducta de las otras personas se incorpora a la causación de mis deseos (Elster, 1988:39). La falta de racionalidad y de autonomía de estos deseos, de tan evidente como es, parece inevitable. Una preferencia o deseo causado por un impulso que no es consciente ni conocido por la persona que lo experimenta es claramente irracional en tanto que no ha sido modelado por la razón y es claramente no autónomo en tanto que la persona no lo controla ni se identifica con él. El problema reside en la dificultad de escapar a deseos causados por impulsos. ¿De dónde surgen, si no, muchos deseos? Y dado que muchos impulsos aprendidos nos llevan a actuar como los otros, parece imposible escapar a la conformidad. Siendo imposible escapar a la conformidad, la irracionalidad y la no autonomía preferenciales se hacen inevitables.

Otro mecanismo difícil de evitar es el *efecto de la decisión*. Este es un mecanismo a través del cual el agente cambia el valor de las preferencias en función de la decisión, pero con posterioridad a ella. Se trata de un cambio retroactivo de los pesos de los atributos o características de las opciones (Elster, 1988:174). Hay numerosos estudios experimentales que muestran como la decisión por una opción —a veces totalmente accidental y casual— tiene efectos multiplicadores sobre el valor de la preferencia escogida y/o divisores sobre el de la no escogida. Y esto sucede no sólo cuando ya se ha tomado la decisión, sino también durante la decisión (Sutherland, 1996:112-115). Este fenómeno, al que parece difícil sustraerse, es manifiestamente irracional porque el hecho de haber tomado una decisión no modifica los atributos de las opciones que eran relevantes al tomar la decisión. Una casa no es objetivamente mejor ni peor por el hecho de haberla comprado. Si las características de preferibilidad no han cambiado, parece irracional, por ilusorio, modificar la preferibilidad. Y esta falta de control sobre la preferibilidad de características objetivas denota falta de autonomía. También podría argumentarse que el cambio de peso de los atributos de las opciones indica que el agente se identifica poco con sus preferencias por ellos y que, por tanto, son poco autónomas. Si antes de comprarme una casa consideraba muy importante que tuviera jardín y, en cambio, después de haberla comprado (¡sin jardín!) considero que ya no es tan importante, entonces es de suponer que me identificaba poco con mi preferencia por el jardín. No es insensato afirmar que se trataba de una preferencia poco autónoma. Alarma pensar, sin embargo, la frecuencia con que el efecto de la decisión interfiere en nuestras preferencias.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- BERLIN, I.: «Dos conceptos de libertad» (1958), en *Cuatro ensayos sobre la libertad*, Madrid, Alianza, 1988 (1969), pp. 187-243.
- BERLIN, I.: «Introducción» (1969), en *Cuatro ensayos sobre la libertad*, Madrid, Alianza, 1988 (1969), pp. 9-65.
- BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. P.: *Principles of Biomedical Ethics*, New York Oxford, Oxford University Press, 1983² (1979).
- DAVIDSON, D.: *Ensayos sobre acciones y sucesos*, Barcelona, Crítica, 1995 (1980).
- ELSTER, J.: *Uvas amargas. Sobre la subversión de la racionalidad*, Barcelona, Península, 1988 (1983).
- ERAKER, S. A. y POLITSER, P.: «Cómo se llega a tomar decisiones: médico y paciente», *Labor Hospitalaria*, 218, 1990, pp. 294-300.
- GEYMONAT, L.: *La libertad*, Barcelona, Crítica, 1991 (1988).
- HAYEK, F. A.: *Los fundamentos de la libertad*, Madrid, Unión, 1991⁵ (1959).
- MOSTERÍN, J.: *Racionalidad y acción humana*, Madrid, Alianza, 1978.
- NOZICK, R.: *La naturaleza de la racionalidad*, Barcelona, Paidós, 1995 (1993).
- SUTHERLAND, S.: *Irracionalidad. El enemigo interior*, Madrid, Alianza, 1996 (1992).
- VEATCH, R. M.: *A Theory of Medical Ethics*, New York, Basic Books, 1981.

Percepción social de la bioética¹

Nuria Rosell
Anna Serveto

I. INTRODUCCIÓN

El avance en los procesos biotecnológicos ha generado un debate intenso desde diferentes disciplinas, presentando en todo momento retos más éticos que jurídicos. Mientras que por una parte, existe un cierto temor de los ciudadanos hacia las posibles consecuencias del impacto de las nuevas tecnologías, ya que pueden afectar valores culturales y morales diversos, por otra parte hay una creciente demanda de más investigación para hacer frente al desarrollo social.

Es necesario, pues, que desde la bioética se impulse un análisis pluridisciplinar con implicación ciudadana, para reflexionar en relación a los conflictos que plantean los problemas *Bio*. Las decisiones que finalmente se adopten tendrán que ser consensuadas y no se tomarán sin un análisis suficiente a través del diálogo, que habrá de incluir los argumentos científicos del problema, su relación con los valores personales y colectivos, una explicación de los principios en los cuales se fundamenta y una ponderación de las consecuencias.

Por esta razón es importante que se desarrolle una información rigurosa a los ciudadanos, competencia directa de los científicos, pero también desde otros puntos de vista, de los juristas, periodistas, maestros, *eticistas*, etc. Esta implicación colectiva ha de extenderse al debate

¹ En este capítulo presentamos el resumen de la tesina de habilitación, realizada dentro del Master de Bioética y Derecho 2ª. Edición, Universidad de Barcelona (1996-1998).

Los objetivos del trabajo fueron, por un lado, conocer el grado de información y de interés de la sociedad civil catalana sobre los temas de bioética y, por otro, reflexionar sobre el papel de la educación y de los medios de comunicación en la formación e información de ciudadanos, capaces de participar en el debate bioético.

bioético que es el que caracteriza a la opinión pública de una sociedad articulada, democrática y plural (M. Casado: 1998).

En nuestro país la discusión sobre problemas *Bio* y su implicación ética ha llegado tarde y ha tardado en salir de los círculos de expertos y abrirse a la participación de los ciudadanos.

Es imprescindible, pues, que el debate se promueva dentro de la comunidad civil, teniendo en cuenta que las únicas normas aceptables para todos son las que dictan el respeto a los derechos humanos, los cuales constituyen las bases jurídicas y los mínimos éticos irrenunciables sobre los que se han de cimentar las sociedades.

El termino sociedad civil se utiliza de muchas maneras, pero hemos elegido la que la define como aquellos agrupamientos que forman los ciudadanos al margen de las instituciones gubernamentales.

La sociedad civil es el símbolo, el referente y la esencia de la democracia. Sería deseable que los ciudadanos nos diésemos cuenta que nuestro ámbito de intervención y actividad es el espacio público.

II. MARCO CONCEPTUAL DEL DEBATE EN LA SOCIEDAD

La sociedad actual se caracteriza por el pluralismo ético y moral, que son hoy en día valores jurídicos asumidos, esto comporta que los planteamientos de lo que es, o no éticamente correcto difieran profundamente.

El funcionamiento del sistema democrático exige que los temas fundamentales del debate no sean decididos por grupos de expertos, sino que todo el conjunto de la sociedad afronte decisiones que antes estaban reservadas solo a grupos minoritarios (M.Casado: 1996).

En los últimos años, la necesidad de promover el debate social en temas de bioética se ha visto reflejada en diversas declaraciones, recomendaciones y convenios tanto nacionales como internacionales.

Uno de los elementos esenciales para la construcción de un debate es el desarrollo de un lenguaje común, el cual implica una coincidencia en la conceptualización.

La creación de espacios comunes de reflexión y comprensión es una finalidad coherente con la aceptación del pluralismo, del reconocimiento de que no hay valores ni normas de carácter absoluto.

Debatir supone el encuentro entre dos mentalidades y es el vehículo para la comunicación entre sistemas de pensamiento, de opiniones o de preferencias diferentes. Sin este intercambio, el debate solo sería una autoconfirmación complaciente de la opinión propia. En consecuencia a pesar de que la finalidad sea llegar a contextos significativos compartidos, el debate exige la admisión, el respeto y la justificación de la diferencia.

El diálogo social tiene limitaciones que se derivan principalmente del marco social en el cual se da el debate; sólo es posible si están garantizadas las condiciones socioeconómicas y culturales de los individuos, y se hace difícil entre sectores enfrentados por una distribución desigual de bienes y privilegios. Por tanto el debate requiere fomentar la igualdad para crear las condiciones sociales que lo permitan. Sin esta aspiración, las referencias al debate pueden llegar ser una hipocresía.

III. LA FUNCIÓN SOCIAL DE LA EDUCACIÓN

El papel social de la educación ha sido siempre una de las preocupaciones centrales de pedagogos y políticos.

La educación en un sentido amplio es la suma total de procesos por medio de los cuales una sociedad o grupo social, transmite sus poderes, capacidades e ideales adquiridos para asegurar la propia existencia y el propio desarrollo de una forma continuada².

La escuela, enseña y educa, tanto cuando imparte contenidos determinados como cuando establece las formas de convivencia que han de darse entre los integrantes de la comunidad escolar. Los centros educativos han de favorecer que los alumnos adquieran los hábitos de unas relaciones sociales regidas por la discusión y el debate como medios de regulación de los conflictos entre el individuo y la sociedad.

El desarrollo científico e industrial hace imposible prever como será la civilización de aquí a veinte años. Por eso no es posible preparar al niño y a la niña para ciertas condiciones fijadas previamente. La educación ha de proporcionar a cada uno, a lo largo de su vida, la capacidad de participar activamente en un proyecto de sociedad.

² Definición de educación según John Dewy (1859-1952) filósofo y profesor nacido en Vermont inspirador de gran parte de las reformas educativas y precursor de la llamada «escuela activa».

En las sociedades complejas actuales, las personas han de prepararse para esta participación, instruirse sobre sus derechos y sus deberes y también desarrollar sus competencias y habilidades sociales³.

Ante la perspectiva de los innumerables retos que nos reserva el futuro, la educación es un factor indispensable en el desarrollo continuado de las personas y de las sociedades.

IV. ESCUELA Y VALORES

¿Es posible llegar a un consenso sobre los valores a incluir en el proceso educativo, precisamente ahora, la época que revitaliza las diferencias y consagra la multiculturalidad?

Consideramos que la libertad, la igualdad, la justicia, la paz, la solidaridad, la tolerancia y el respeto por la naturaleza son valores de un contenido irrenunciable en todas las culturas. Estos valores deberían estar incluidos en todos los programas educativos.

La Constitución Española, la LODE (Ley Orgánica del Derecho a la Educación), la LOGSE (Ley Orgánica de Ordenación del Sistema Educativo) y en Catalunya el *Decret d'Ordenació General dels Ensenyaments* dan respuesta a la pregunta de cuales son los valores que han de orientar la educación.

El objetivo de los valores en la educación no ha de ser la reflexión teórica, sino la formación de hábitos y actitudes, ayudando a los alumnos a tener en cuenta las opiniones de los demás y promoviendo, por ejemplo, la discusión sobre los dilemas morales o sobre casos que piden diferentes opciones éticas⁴.

Así mismo la escuela debería explicar a los alumnos el sustrato histórico, cultural y religioso de las diferentes ideologías de su entorno social, ayudándolos a construir su propio sistema de valores libremente y con conocimiento de causa, sin ceder a influencias dominantes y a

³ Las habilidades sociales son el conjunto de conductas emitidas por un sujeto en un contexto interpersonal, que expresan sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de este individuo, de una manera adecuada a la situación, respetando las conductas de los demás, resolviendo los problemas inmediatos a las situaciones, mientras se minimaliza la probabilidad de futuros problemas.

⁴ La cuestión ha estado debatida en el marco de la 5ª Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI, Santiago de Chile, Setiembre 1994.

adquirir más madurez y amplitud de espíritu. Estas características personales puede ser una garantía de convivencia social y un estímulo para el diálogo, contribuyendo a una concepción no basada en la coincidencia de valores sino en el acuerdo sobre los procedimientos que han de hacer posible una convivencia de valores plurales.

Los contenidos curriculares han de facilitar al alumnado los elementos conceptuales, procedimentales y actitudinales, básicos para un ejercicio consciente de la ciudadanía, contribuyendo a la formación de personas solidarias, tolerantes y participativas con opinión propia y conscientes de su papel en las sociedades democráticas.

Los programas deberían incluir aspectos como:

1. Educación para la democracia

- *Objetivos:* Explicar y valorar la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros documentos relacionados con el patrimonio de la humanidad, caracterizar las principales instituciones y mecanismos de participación en nuestro sistema democrático, analizar los derechos fundamentales recogidos por la Constitución así como los deberes que determina, descubrir la relación entre disfrutar de los derechos personales y el respeto de los derechos de los demás, opinar sobre algunas cuestiones límite —como por ejemplo la desobediencia legítima—, distinguir algunas de las propuestas contemporáneas que amplían los Derechos Humanos como el feminismo, el ecologismo...., etc.
- *Valores, normas y actitudes:* Contrastación de las opiniones e informaciones antes de aceptarlas, disposición por comprender las emociones y sentimientos de los demás (empatía), tenacidad en la defensa de los derechos propios y los de los demás, constatación de la importancia de los valores básicos, libertad, igualdad, solidaridad.

2. Valores y convivencia:

- *Objetivos:* Afirmarse en las propias opiniones y creencias de manera respetuosa y sin inhibiciones, revisar el propio sistema de valores y preferencias haciéndolo más coherente buscando la convergencia entre finalidades y medios, valorar la importancia de la reflexión antes de la actuación, determinar diferencias entre normas (sociales, morales y legales), rechazar y criticar las generalizaciones y estereotipos respecto a los grupos de personas.

- *Valores, normas y actitudes*: Autoestima individual y de grupo, rigor crítico ante el propio sistema de valores, valoración de las ventajas que comporta la interrelación y la cooperación entre las personas, distinción —en la descripción de una situación de conflicto— entre personas y problemas y entre hechos y valoraciones.

3. Conflictos de valores en la aplicación de biotecnologías:

- *Objetivos*: Identificar y comprender las diferentes actitudes y opciones de valores que adoptan los individuos y las colectividades a propósito de algunas confrontaciones morales que se plantean en el mundo actual, conocer y usar un vocabulario mínimo relacionado con las nuevas biotecnologías, adoptar una actitud crítica ante la oferta en el ámbito biotecnológico analizando y comparando la calidad de vida y las disponibilidades, analizar los factores (sociales, éticos, técnicos, económicos) implicados en el desarrollo biotecnológico.
- *Valores, normas, actitudes*: Relativización del entramado científico-tecnológico occidental y respeto hacia otras formas de vida, interés por adquirir criterios básicos y formular opiniones personales.

La educación del individuo no debe detenerse después de la juventud, el tiempo para aprender debe durar toda la vida. Cada tipo de saber se introduce en los otros y los enriquece. La educación a lo largo de la vida ha de permitir a cada individuo controlar su destino, en un mundo donde la aceleración de los cambios se conjuga con el fenómeno de la mundialización.

V. LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA CIENCIA

Mediante la actividad científico-tecnológica, el ser humano modifica el entorno con la intención de satisfacer sus necesidades, deseos y mejorar su calidad de vida. La ciencia y la tecnología son manifestaciones sociales que forman parte del tejido cultural de cada grupo humano en un momento determinado y sus productos reflejan las necesidades, aspiraciones y valores de una colectividad. Además, la actividad científico-tecnológica es capaz de modificar la sociedad vertebrarla de una manera u otra, cambiar sus niveles de riqueza y bienestar, y transformar sus sistemas de valores.

Esta situación, especialmente compleja en el mundo actual, produce una doble vertiente de problemas éticos: los que se refieren a la responsabilidad de las personas que intervienen de los procesos de decisión y la aplicación de las opciones científico tecnológicas (moral personal), y los problemas que derivan de las consecuencias de esta aplicación y que requieren el pronunciamiento de los afectados, las instancias políticas y en algunos casos de los legisladores (moral social o ética).

La idea común, ampliamente aceptada hace unos años, de que la ciencia es la descripción de la naturaleza y de que la tecnología es la aplicación de este conocimiento teórico es hoy, ya insostenible; como lo es pretender y aceptar que en su actividad el científico prescinde del contexto en el que se enmarca su investigación. La ciencia y la tecnología forman parte del entramado social, en el que se entremezclan sin distinguirse y están sometidas a un constante sucederse de negociaciones, acciones, teorías, valores, deseos, intereses económicos y políticos, creencias, etc.

Así pues, la ciencia, hoy, no se puede separar del complejo sistema productivo de las sociedades avanzadas. Hay una creciente demanda social de más investigación para hacer frente a las necesidades de desarrollo, lo que comporta que frecuentemente se impongan criterios utilitaristas y economicistas a la hora de financiar las investigaciones. La sociedad demanda y exige a la ciencia y a la tecnología que obtengan resultados inmediatos.

La ciencia tiene un poder extraordinario en la sociedad moderna. A pesar de ello no parece que haya una conexión entre la sociedad y los científicos. La mayoría de estos se encuentran muy lejos del resultado práctico de sus investigaciones y esto los lleva a pensar que están al margen de las consecuencias de las mismas. A pesar de ello existe una conciencia de la responsabilidad social del científico.

Nunca podremos estar seguros que alguien utilice el avance científico de manera responsable sin valorar todas las consecuencias, pero la cuestión es: ¿nos podemos permitir detener las investigaciones que, en determinados sentidos son tan beneficiosas? Será necesario ponderar los riesgos y establecer criterios y canales de control democrático para asegurar la libertad y la pluralidad en la investigación y su eticidad.

VI. EL PAPEL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO TRANSMISORES DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Los medios de comunicación son la principal fuente de transmisión del conocimiento científico entre la población en general. Muchas veces las verdades a medias de los descubrimientos científicos que se publican en determinadas revistas crean controversias. La presión informativa hace que la trascendencia de un hecho científico no sea siempre la que les conceden los medios, los cuales están condicionados por diversos intereses (editores, laboratorios, gobiernos). Los periodistas, se encuentran a menudo con dificultades. Actualmente el sensacionalismo y la inmediatez prima sobre el rigor y el análisis, son claros los obstáculos a la hora de contrastar informaciones que tendrán gran repercusión en la opinión pública. Frecuentemente lo único que importa a las empresas periodísticas es atraer e incrementar los niveles de audiencia a cualquier precio.

Otra cuestión que nos planteamos era si el ciudadano medio que lee la prensa tiene suficiente conocimiento científico para entender y valorar los riesgos y ventajas que comportan los avances científicos. Creemos que es necesario que lo adquiera, por tres razones: porque es poder y ayuda a salir de la pobreza; porque es imprescindible para alertarnos del uso descontrolado de la tecnología y porque nos da las mejores respuestas a las viejas preguntas sobre nuestros orígenes.

Es conveniente, por tanto, que la cultura científica de los ciudadanos se actualice de manera permanente a lo largo de la vida. De acuerdo con el artículo 2 (primacía del ser humano) del Convenio de Bioética, suscrito por diferentes países, entre ellos España⁵, la persona debe estar por encima de los descubrimientos científicos, esto implica la necesidad de conocerlos y ponderar las ventajas de su aplicación así como los riesgos potenciales, generando un sentimiento de control de la situación.

VII. UN PARADIGMA DIVULGATIVO: EL CASO DE LA OVEJA DOLLY

El caso de la famosa oveja clónica Dolly ha evidenciado una vez más que los medios de comunicación son los primeros en presentar dilemas

⁵ Publicado en el BOE del 20 de octubre de 1999 y en vigor desde el 1 de enero de 2000.

sociales surgidos de un avance científico. Por tanto, lo hemos escogido como ejemplo paradigmático para analizar el papel de la prensa como divulgadora de noticias científicas con claras implicaciones éticas.

Se analizaron tres diarios de ámbito estatal, Diario 16, El País, EL Mundo; tres de ámbito autonómico L'Avui, La Vanguardia, El Periódico de Catalunya; y dos de ámbito comarcal, El Punt de Girona, y El Diario de Tarragona.

Hicimos un seguimiento de la información desde el primer día que apareció la noticia sobre la clonación de Dolly, hasta que dejó de ser noticia. Fueron un total de 13 días — del 18 al 21 de enero—.

De los 9 diarios analizados El País es el periódico líder tanto en la forma de transmitir la noticia — fue el primero en dar la información— como por el número de días que la mantuvo en sus páginas. También hay que destacar el reportaje en profundidad que ofreció al lector el domingo 11 de Enero.

El Mundo comparte el liderazgo con El País en el tratamiento de la noticia. Este periódico cuenta con un equipo de periodistas y científicos especializados dirigidos por J.L. de la Serna, que permiten tratar con rigor las informaciones de tipo científico.

Nos sorprende que la Vanguardia no le diera a la noticia el tratamiento de primicia como otros diarios de similar tirada. Quizás una de las explicaciones del escaso interés de La Vanguardia es la desaparición hace unos dos años del suplemento de ciencia y medicina que dirigía V.de Semir y coordinaba A.Salgado.

El Periódico dió, como es habitual, mucha importancia a los recursos gráficos y el resto de publicaciones creemos que no estuvieron a la altura de las circunstancias. Las publicaciones comarcales ofrecieron un espacio testimonial de un solo día.

En relación a los contenidos cabe destacar que, salvo El Mundo y El País, la mayoría de las informaciones dan una descripción científica de la clonación con animales pero no profundizan ni argumentan el alcance de los conflictos éticos y problemas científicos que puede plantear la aplicación de una técnica de este tipo. Alguna de estas publicaciones incluyen artículos de opinión que exponen moralinas caducas, que poco ayudan a la opinión pública. Como así lo demostró, el alud de cartas al director que se recibieron en los periódicos, en la línea alarmista de «donde iremos a parar»?

VIII. GRADO DE IMPLICACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL CATALANA EN LOS TEMAS DE BIOÉTICA

Para conocer el nivel de información y participación ciudadana en los temas de bioética se realizaron entrevistas a diversos representantes de asociaciones cívicas y gremiales catalanas. Utilizando para ello el método cuantitativo de investigación mediante las entrevistas en profundidad o semiestructuradas.

La selección de informantes se hizo en base a que estos fueran representantes de alguna de las estructuras que conforman la sociedad civil, desde la cual tendría que impulsarse el debate y la reflexión de problemas bioéticos. Otra de las características de los informantes era que pertenecieran a diferentes ámbitos sociales, a los que tuviéramos fácil acceso: sanidad, enseñanza, mujeres, personas mayores, etc.⁶

1. Guión básico de la entrevista. Las preguntas que dieron soporte a la entrevista son las siguientes:

P1. ¿Qué le sugiere la palabra bioética? ¿Qué temas o aspectos relacionaría con ella?

P2. En el debate y reflexión de conflictos como por ejemplo: los límites de la aplicación de manipulaciones biotecnológicas (clonación, reproducción asistida, etc.) o el aborto, la eutanasia, la distribución de los recursos sanitarios... ¿Quién ha de intervenir: científicos concedores de la materia, ciudadanos, representantes de las diferentes religiones, asociaciones profesionales, expertos en bioética, etc.?

P3. ¿Considera que nuestra sociedad, supuestamente pluralista, es suficientemente tolerante y abierta para establecer un debate desde diferentes sectores en relación a los temas bioéticos?

⁶ Los entrevistados fueron:
 Carles Puig, presidente de la Asociación Aula Gran de Terrassa.
 Jaume Pallarols, director del Instituto de Enseñanza Secundaria de Matadepera.
 Marisa Santander, vocal del Casal de la Dona de Terrassa.
 Rafa Vila Sanjuán, director de Comunicación de Médicos Sin Fronteras.
 Boi Ruiz, secretario general de la patronal sanitaria Unión Catalana de Hospitales.
 Luisa Montes, secretaria general de la Federación de Sanidad de Comisiones Obreras.
 Juana Teresa Betancor, vicepresidenta de la Asociación para el Derecho a una Muerte Digna.

P4. Cree que los ciudadanos están suficientemente informados y tienen los conocimientos necesarios para poder debatir los conflictos que plantean los problemas bioéticos?

P5. Cataluña tiene una red cívica muy organizada, existen centenares de movimientos cívicos (ONG, sindicatos, patronales, consumidores, culturales, etc.) ¿cree que la sociedad civil ha asumido el papel que debería jugar para promover el debate sobre temas bioéticos?

P6. ¿Que papel tiene que desarrollar la familia, la escuela, la universidad y los medios de comunicación en su misión de informadores-educadores de temas bioéticos?

P7. ¿Cree importante la creación de comités de ética internacionales, nacionales, autonómicos, etc. integrados por profesionales multidisciplinares y por ciudadanos donde se debatan y reflexionen determinados problemas y implicaciones éticas derivadas de la práctica asistencial sanitaria y de la investigación científica?

P8. ¿Considera que ante los adelantos biotecnológicos estamos desprotegidos legalmente? ¿Piensa que es necesario legislar y regular más o bien sería suficiente con fijar unos mínimos legales y dejar que los propios grupos sociales o colectivos profesionales se marquen sus propios límites?

P9. Cree que estos problemas de bioética afectan sólo a lo que llamamos primer mundo y que los países del tercer mundo, tienen otros problemas prioritarios en los que pensar?

2. Resultados de las entrevistas

Los entrevistados conocen el concepto de bioética y algunos de los temas relacionados con ella. Cabe destacar que los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud conocen con más detalle el tema.

Todos coinciden en que en el debate bioético tienen que participar todos los agentes implicados: científicos, expertos en ética, etc. y los ciudadanos. Creen que estos últimos han de tener un papel relevante en este debate y se intuye un cierto recelo hacia los llamados «expertos en bioética».

En general consideran que la sociedad es lo suficientemente adulta y pluralista pero que estos temas son manipulables por los medios de comunicación y otros poderes fácticos que muchas veces tergiversan las informaciones dando una visión sesgada y sensacionalista de los acontecimientos.

Hay una coincidencia en afirmar que en relación a hechos puntuales los ciudadanos tienen suficientes conocimientos para establecer sus puntos de vista en el debate bioético. Muchos creen que es responsabilidad de los propios individuos el mantenerse informados.

Existe la sensación de que la sociedad civil catalana tiene un mayor grado de información en estos temas. No obstante se observan posturas contradictorias en relación al grado de asunción de la sociedad civil catalana en promover el debate: los que pertenecen a asociaciones relacionadas con temas bioéticos consideran que sí, mientras que el resto cree que el debate es insuficiente y que este solo surge cuando aparecen hechos noticiables que interesan a los medios de comunicación.

Los entrevistados manifiestan que la familia (monoparental, o no) como núcleo de la sociedad civil, tiene una importancia fundamental como transmisora de valores y en el fomento del espíritu crítico.

En relación a la escuela y a la universidad, consideran que estas instituciones son las más adecuadas para tratar estos temas despertando interés y responsabilidad en los individuos, ya que es durante la edad escolar que pueden cambiarse valores y actitudes y una vez llegan a la Universidad, profundizarlos.

En cuanto al papel de los medios de comunicación, los entrevistados creen que estos son los que marcan la pauta, y que en la mayoría de ocasiones responden a intereses diversos. Sólo gracias a la formación, los individuos estarán capacitados para contrastar y seleccionar la información que reciben. Se percibe más confianza en el rigor informativo de la prensa escrita que en el de la televisión.

La existencia de comités de ética en diferentes ámbitos geográficos se considera necesaria, con la condición de que sirvan para dinamizar el debate y que no pretendan crear doctrina. Los informes que emiten deben ser orientativos y no impositivos teniendo en cuenta que sus opiniones están mediatizadas por la ideología de las personas que los forman.

En general, consideran que es preciso legislar con cautela, respetando las libertades individuales, en determinados temas relacionados con la bioética y mientras no se tenga la seguridad de una nueva aplicación técnica con resultados contrastados, deben instaurarse moratorias.

Finalmente, están mayoritariamente de acuerdo en que los temas bioéticos son supranacionales, pero las prioridades son diferentes. Mientras que en los países desarrollados preocupan más los temas de investigación de futuro, en el tercer mundo son más urgentes la resolución de temas que afectan a la supervivencia.

CONCLUSIONES

El pluralismo es lo que hace posible la existencia de sociedades democráticas. Adela Cortina lo define como: «el hecho de compartir unos mínimos morales desde los cuales es posible construir juntos una sociedad más justa y respetar que cada uno defienda y persiga sus ideales de felicidad (máximos éticos)».

Por tanto es necesario que se establezca un diálogo ético-social para resolver los conflictos que plantean las nuevas biotecnologías, estableciendo espacios de reflexión común, partiendo de la base de que no hay valores absolutos.

La vida social no se basa en la coincidencia de valores sino en el acuerdo sobre cuales han de ser los procedimientos que han de hacer posible la convivencia de valores plurales.

Estamos de acuerdo con María Casado cuando insiste en el hecho de que la sociedad necesita encontrar respuestas válidas para los nuevos problemas y que además los ha de encontrar en un marco de referencia no dogmático. En un sistema democrático son los ciudadanos los que han de tomar las decisiones, el éxito de las cuales dependerá de la calidad del debate que las ha precedido.

Para que este debate sea real y eficaz, es necesario que en la sociedad se den una serie de condiciones que lo favorezcan, no será posible si no están garantizadas las condiciones socioeconómicas y culturales de los individuos. En la perspectiva de los numerosos desafíos que nos reserva el futuro, la educación es un factor indispensable para el desarrollo continuado de las personas y de las sociedades⁷.

Desde las escuelas y más tarde desde las universidades se han de impulsar programas educativos que permitan socializar al individuo enseñándole a pensar por si mismo, formando conciencias críticas y ciudadanos participativos y curiosos. En definitiva, promover la responsabilidad respecto a los propios actos, respecto a los demás y respecto a la naturaleza.

Así mismo la escuela tendría que estimular el gusto por la formación continuada a lo largo de toda la vida para ayudar al individuo a tomar

⁷ Informe para la Unesco de la Comisión Internacional sobre Educación para el siglo XXI publicado el año 1996, presidida por Jaques Delors.

consciencia de sí mismo y de su entorno, desarrollando su papel social en un mundo en constante transformación.

La familia es el núcleo de la sociedad civil siendo el espacio de socialización primaria del individuo. A pesar de que en el presente trabajo no hemos profundizado sobre el tema, consideramos que en la actualidad parece haber una cierta tendencia de las familias a «abdicar» de sus responsabilidades educativas y a trasladarlas a las escuelas, culpabilizándolas después de las disfunciones sociales de los hijos.

Tanto los científicos como los medios de comunicación tienen una gran responsabilidad social a la hora de transmitir los avances científicos para hacerlos llegar al conjunto de la sociedad con un máximo de transparencia y rigor. Es imprescindible que científicos y periodistas encuentren caminos de colaboración.

Según nuestros entrevistados los medios de comunicación son los que marcan la pauta del interés social sobre temas bioéticos. La mayoría muestra más confianza en la prensa escrita que en la televisión, ahora bien coinciden en afirmar que los medios de comunicación responden a intereses diversos y que la formación de los ciudadanos es lo que les ha de permitir contrastar y seleccionar la información que reciben.

Del análisis de los nueve diarios de información general en el caso de la oveja Dolly, cabe destacar que *El País* y *El Mundo* son los que trataron la noticia con más rigor y contraste (incluyendo opiniones de expertos multidisciplinares) y los que hicieron un mayor seguimiento de la misma.

Las administraciones públicas deberían dedicar un mayor porcentaje de sus presupuestos al soporte de centros de divulgación científica y a las asociaciones que tengan iniciativas orientadas a mejorar la educación científica popular.

Las entrevistas realizadas a personas de diferentes asociaciones cívicas, nos llevan a afirmar que la sociedad catalana conoce el término bioética y los temas a los que lo asocia son los que en aquel momento estaban de actualidad mediática. Destacamos el hecho de que, a pesar de su amplio alcance, ningún entrevistado se planteó el hecho de que la distribución de los recursos sanitarios fuera un tema bioético.

Consideramos que la sociedad civil catalana todavía no ha asumido el papel que le corresponde en la promoción del debate social.

Las respuestas de los entrevistados mostraban también una cierta desconfianza hacia los llamados expertos en bioética. A propósito de los

comités de bioética, los creen necesarios siempre y cuando no se dediquen a adoctrinar a la población. También se muestran favorables a una cierta legislación sobre temas «bio» pero respetando las libertades de los individuos y teniendo en cuenta la opinión general de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- ALSIUS, S: *Ètica i periodisme*, Barcelona, ed. Pòrtic, 1998.
- CABALLO, V: *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*, Valencia, ed. Promolibro, 1987.
- CAMPS V. GINER S: *Manual de civisme*, Barcelona, ed. Ariel, 1998.
- CASADO, M^a: *Bioética, derecho y sociedad*, Madrid, ed. Trotta, 1988.
- CASADO, M^a: «La ética y el ejercicio de la actividad científica», revista *de la Sociedad Española de Antropología Cultural*, noviembre, 1996.
- DE SEMIR, V: «La comunicación contra la información», *Revista Quark* n^o1 pp.14-16, octubre 1995.
- DEWY, J: *Democràcia i escola*, ed. Fumo.
- DELORS, J: *Informe per a la UNESCO de la Comissió Internacional sobre l'educació al segle XXI*, Barcelona, ed. Centre Unesco de Catalunya, 1996.
- FIBLA, P.: *Educació i Valors, el patrimoni ètic de la modernitat*, ed. Fumo.
- GINER, S: Entrevista. Revista de la *Coordinadora Catalana de Fundacions*, núm. 26, 1997.
- NÚÑEZ, R: «Los centros de divulgación científica en España», *Revista Quark* núm.8, p.39, 1997.
- RUSSELL, B: *L'impacte de la ciència en la societat*, Barcelona, edicions 62, 1970.
- VVAA «Monográfico: actitudes, valores y normas», *Aula de innovación educativa*, n^o 1617, julio, agosto, 1993.

La Política, entre la ciencia y la ética

José Manuel Bermudo

Releyendo estos días el *El político y el científico*¹, de Weber, me he hecho la siguiente pregunta: ¿se plantean los políticos de hoy las tópicas cuestiones kantianas *¿qué puedo conocer?*, *¿qué debo hacer?*, *¿qué me es dado esperar?* Confieso mi inclinación intuitiva a responder negativamente; aunque bien pudiera tratarse de un prejuicio; en todo caso, quién sabe si tienen motivos para no planteárselas. Para conocer tales razones, si las hubiere, hemos desechado la habitual técnica del sondeo de opinión, que en el mejor y poco frecuente de los casos sólo confirma el sentido común, y hemos optado por escoger un político de perfil medio y prestarle nuestra voz. Somos conscientes de que con ello tal vez le contagiemos de impurezas especulativas que limitan sus pretensiones de prototipo de ese sospechoso universal medio que gusta llamarse a sí mismo «clase política»; pero nos parecen riesgos asumibles por la voluntad de verdad. El resultado, que en seguida describimos, presenta una confusión: no sabemos si es la voz del filósofo en la boca del político, o la del político en los oídos del filósofo. El enigma, en todo caso, no está exento de interés.

I. ¿QUÉ PUEDO CONOCER?

Me parece razonable aceptar que los límites del conocimiento los marca la ciencia. Ya sé que los filósofos postheideggerianos han denunciado la ilusión del lenguaje representacional y han negado a la ciencia toda función cognitiva, desenmascarándola como fraude logocéntrico y fichándola como técnica, como dominación. Sé lo del giro lingüístico, lo del giro ontológico, lo del giro hermenéutico, lo del giro pragmático y

¹ Max Weber, *El político y el científico*. Madrid, Alianza, 1993. Recoge dos conferencias de títulos *Wissenschaft als Beruf* (*La ciencia como profesión*), y *Politik als Beruf* (*La política como profesión*).

muchas cosas más. En giros soy un experto, pero ya pasé la adolescencia y la edad de las metáforas, y no me queda la pasión provocativa que lleva a Feysrabend a poner la ciencia como una forma más de brujería. Por otro lado, la racionalidad científica puede pensarse como arquetipo del equilibrio reflexivo rawlsiano; y como la mejor aproximación al consenso comunicacional habermasiano. Además, no vale la pena dar vueltas al asunto, yo soy político, no filósofo, y a nosotros nos basta con la prudencia, no con la verdad; tenemos suficiente con el sentido común, no necesitamos otra fundamentación de la evidencia. Por lo tanto, mientras los especulativos entretienen sus vidas descifrando misterios, yo me atengo al consejo cartesiano de la moral provisional; me conformo por tanto con la respuesta común y provisional, que otorga credibilidad a la ciencia: me apoyaré en el conocimiento científico. Especialmente en las ciencias sociales, aparentemente más próximas a mi profesión. ¿Qué más puede exigírsele a un político que una actuación conforme a la ciencia? ¡Políticos de tal corte son casi un lujo!

Claro que, bien mirado, tampoco hay que entusiasmarse. Ya el ideal ilustrado confiaba a la ciencia la emancipación humana (del mal físico y del mal moral, de la sumisión a la naturaleza y a los otros); confiaba a la ciencia descubrir el sentido del mundo, de la vida y del orden social. A juzgar por su enorme desarrollo, por su poder, debería haber logrado la realización de ese ideal de emancipación y de sentido. Y no parece haberlo conseguido, tanto si creemos a los heraldos de la teoría crítica, gente progresista y radical, como si escuchamos al coro heideggeriano, de quienes me fío menos. Como político de centro-izquierda, que hoy es el lugar común de todo político decente, prefiero escuchar a Weber. Al fin, en tiempos del marxismo, todos los de derecha eran weberianos; en el postmarxismo, casi todos los marxistas se han refugiado en Weber. Es casi la casa común.

Weber nos recuerda que el progreso científico es una parte, «la más importante», del proceso de desmitificación de lo oculto, de intelectualización y racionalización, que se inicia hace milenios. Eso del racionalismo está bien, pues va ligado a la liberación del hombre de creencias en lo oculto: «significa que se sabe, o se cree que en cuanto uno quiera **puede saber**, que no existen en torno a nuestra vida poderes ocultos e imprevisibles, sino que por el contrario todo puede ser **dominado mediante el cálculo y la previsión**. Esto quiere decir simplemente que se ha excluido lo mágico del mundo»². Pero Weber también

² *Ibid.*, 200.

advierte, para no dejarnos tranquilo, que ese proceso hoy deja ver sus carencias y su rostro negativo, que ni ha liberado al hombre ni le ha dado autoconsciencia y criterios para organizar bien su vida. La intelectualización y la racionalización crecientes, nos dice, **no** significan, pues, un creciente conocimiento general de las condiciones generales de nuestra vida. Su significado es muy distinto. Ya no somos salvaje, nos hemos liberado de los poderes ocultos, de los dioses y los demonios; no recurrimos a rituales mágicos de desagravio o piedad. Hoy toda la realidad es superficial y asequible, al alcance de nuestros medios técnicos y de nuestra previsión. La racionalización es sin duda desmitologización del mundo, desmagificación de la realidad; es, sin duda, emancipación de los dioses y los demonios. La cuestión es si el instrumento no acaba siendo venerado, cosificado, convertido en símbolo de una nueva brujería.

Nunca podremos evitar esa sospecha, que Weber enuncia recurriendo a palabras de Tolstoi, y que Adorno y Horkheimer describieron en su *Dialéctica de la Ilustración*: desvanecido el sentido mágico del mundo, cumplida la tarea desmitologizadora, la racionalidad científica aboca a una trágica encrucijada: devenir un nuevo mito o declarar sin cesar la ausencia de sentido. Muerto Dios, la muerte no tiene sentido: «La muerte resulta así (para el hombre) un hecho sin sentido. Y como la muerte carece de sentido, no lo tiene tampoco la cultura en cuanto tal, que es justamente la que con su insensata *progresividad* priva de sentido a la muerte»³.

Sospecho que un político no debe irrumpir en estos circuitos filosóficos; lo suyo es el sentido común, el tópico. ¿Por qué desacralizar la ciencia si es un buen referente? ¿No es mejor y más actual ver el mundo y dirigir la vida con ojos científicos que con cristales mágicos? La gente cree que los griegos clásicos inventaron los conceptos, y que gracias a ellos alimentaron su voluntad de verdad. Con los conceptos se accede al conocimiento de la realidad, al verdadero ser, abriendo la puerta para conocer el camino justo de vivir y de convivir. A partir de entonces los hombres pudieron conocer la vida buena; desde entonces los hombres asumieron como deber llevar una vida conforme a la verdad; desde entonces los políticos aprendieron que la justicia, el derecho, o las virtudes cívicas se fundamentaban en el conocimiento.

³ *Ibid.*, 201.

Y los grandes hombres del renacimiento, ¿no siguieron ese camino? Leonardo aspiró a elevar el arte a ciencia y el artista a doctor. El científico biólogo Swammerdam decía: «aquí, en la anatomía de un piojo, les traigo una prueba de la Providencia divina». El protestantismo y el puritanismo influían en la consciencia científica, al entender la **ciencia como camino hacia Dios**. Beccaria convierte el derecho en ciencia; Hobbes hace lo mismo con la política y Hume intenta lo propio con la moral. El XVIII y el XIX están sembrados de hombres ilustres que han confiado en la ciencia para conocer el mundo y para guiar a los hombres en el camino de emancipación; sabios prestigiosos que han confiado a la ciencia el establecimiento del sentido del mundo y de la vida, de los fines y los valores.

Tan larga y sólida tradición no puede tambalearse porque un oscuro filósofo resucite la cuestión de la *falacia naturalista*⁴, que niega a la ciencia, en tanto que lenguaje descriptivo, toda legitimidad para prescribir fines o reglas prácticas. Moore, sin saberlo ni quererlo, abre la puerta al neopositivismo suicida: al igual que Descartes, celoso guardador de la evidencia, puso un criterio tan riguroso que todo lo que importaba a los hombres (la vida, la historia, el derecho, las humanidades) quedó fuera del campo científico, restringiendo éste a la matemática y a lo matematizable, así el neopositivismo, empeñado en fundar el conocimiento científico para gloria de la ciencia, desautoriza a la razón para hablar con sentido de la ética y la política.

¡Allá ellos! Los políticos tenemos que seguir confiando en la ciencia. Además, las ciencias útiles para un político son las sociales; y éstas, aunque no reuniesen los requisitos de la *explicación*, encuentran su propia racionalidad en la *comprensión*. Lo ha defendido Weber en *Economía y sociedad*⁵. El científico social no pretende conocer la realidad en términos causa-efecto, o como manifestaciones de una ley. El pasado no interesa conocerlo como causa del presente; interesa conocerlo desde la perspectiva de nuestros valores. No importan los efectos de la cultura griega o romana en la nuestra, no importan las consecuencias de la revolución francesa o de las dos guerras mundiales en nuestra situación; importa la significación que esos hechos históricos llegan a tener para nosotros a la luz de nuestros valores; es decir, importa cómo nos los representamos.

⁴ G. Moore, *Principia Ethica* (1903). Cambridge, C.U.P., 1962.

⁵ Max Weber, *Economía y Sociedad*. México, FCE, 1964, 2ª edic.

Claro que, bien mirado, Weber nos lleva a la perplejidad. Defiende y defiende la ciencia social pero nos lleva a un callejón sin salida. Dice que toda interpretación de la historia o de la sociedad se hace desde unos valores; y dice también que no existen valores culturales objetivos, que el valor no reside en las cosas sino en las decisiones personales del individuo. Son valores porque uno los ha elegido, porque uno ha decidido que valgan. Este relativismo resulta sospechoso; me parece confundirse con el credo liberal. Claro que para un político es cómodo: en lugar de construir una ideología coherente y argumentada, en lugar de enzarzarse en esa tarea de convencer a los hombres sobre las mayores bondades o justicia de la propia alternativa frente a las de los rivales, es preferible convertir el partido en una empresa de servicio; se hacen encuestas de mercado para saber qué quiere cada segmento de población y orientamos la acción política a la satisfacción de las mismas. Si las ciencias no pueden proporcionarnos criterios correctos y fundados para elegir fines, estrategias y medios, las sustituimos por los sondeos de opinión. Al fin, en una época democrática tiene valor sustituir la verdad de los expertos por la opinión del pueblo.

Ya sé, ya sé, que los sondeos pueden ser contradictorios, pueden llevar a un mercado de servicios políticos anárquico y descompensado. ¿Cómo satisfaremos la demanda *okupa*? ¿Cómo resolveremos la contradicción entre la consciencia piadosa y solidaria, que nos exige intervenir militarmente en el mundo a favor del débil, y el cada vez más arraigado pacifismo que exige que las armas las usen sólo los mercenarios, y a ser posible los del ejército americano? Creo que para tales casos seguimos necesitando una idea global, que en nombre de la coherencia nos aporte argumentos; necesitamos la razón y la ciencia. Pero Weber es demasiado rotundo: «El destino de una cultura que ha degustado el árbol de la sabiduría es saber que no podemos leer el sentido del acontecer del mundo en los resultados de la investigación del mismo, por muy completa que ésta sea, sino que debemos ser capaces de crearlo por nosotros mismos; saber que las *concepciones del mundo* no pueden ser nunca el producto de un progreso del saber empírico, y que, por tanto, los ideales supremos que más nos conmueven no se actualizan en todo tiempo más que en la lucha con otros ideales, los cuales son tan sagrados como los nuestros»⁶. Como político estoy dispuesto a aceptar el pluralis-

⁶ Max Weber, «La objetividad del conocimiento en las ciencias sociales y la política», en *Sobre la teoría de las ciencias sociales*. Barcelona, 1974, 2ª edic., págs. 15-16.

mo y la diversidad, incluso el multiculturalismo. Pero sospecho que la «neutralidad axiológica» de la ciencia es el rostro gemelo de la «neutralidad axiológica» de la política. Al final todos tecnócratas. Tal vez sea el precio inevitable de la profesionalización.

No obstante, no puedo evitar cierta inquietud ante ese mensaje weberiano según el cual la ciencia no puede decir a nadie cómo orientar su vida, aunque pueda ayudarle a hacer examen de conciencia sobre el destino último de sus propias acciones, a clarificar su toma de posición de forma consciente: «La ciencia puede ayudar al hombre de voluntad a tomar conciencia de sí mismo, tanto de los axiomas que forman la base del contenido de su querer como de los criterios de valor de los que parte inconscientemente o bien de los que debería partir para ser consecuente. Ayudar al individuo a *tomar conciencia* de estos criterios últimos que se manifiestan en el juicio de valor concreto, tal es finalmente la última cosa que la crítica puede conseguir sin elevarse a la esfera de las especulaciones. En cuanto a saber si el sujeto *debe* aceptar estas instancias últimas, tal cosa es un asunto propio, es una cuestión que se circunscribe a su querer y a su conciencia, no al saber científico»⁷.

No puedo evitar la inquietud. Tal vez Weber habla para profesores, no para políticos; para ellos la neutralidad axiológica no es dramática: «Ciertamente, no cabe demostrarle a nadie científicamente de antemano cuál es su deber como profesor. Lo único que se le puede exigir es que tenga la probidad intelectual necesaria para comprender que existen dos tipos de problemas perfectamente heterogéneos: de una parte, la constatación de los hechos, la determinación de contenidos lógicos o matemáticos o de la estructura interna de fenómenos culturales; de la otra, la respuesta a la pregunta por el **valor** de la cultura y de sus contenidos concretos y, dentro de ella, de cuál debe ser el **comportamiento** del hombre en la comunidad cultural y en las asociaciones políticas. Si alguien me pregunta por qué no se pueden tratar en el aula los problemas de este segundo género hay que responderle que por la simple razón de que no está en las aulas el puesto del demagogo o del profeta. Para unos y otros ha sido dicho: *Id por las calles y plazas y hablad allí públicamente*»⁸.

Es la huida permitida al profesor, a quien le pagan por hablar de la verdad, no para predicar el deber ni para construir la paz, la libertad y

⁷ *Ibid.*, 11-12.

⁸ *El político y el científico*. Edic. cit., pág. 213.

el bienestar. Pero un político sin ideal es la máscara de una contradicción. Cuando se niega a la ciencia toda legitimidad para hablar de la justicia o de la vida buena, cuando los dioses y los demonios son elegidos irracionalmente — pues es la elección la fuente del valor, la que instaura algo como dios o como demonio— y se declaran inconmensurables entre sí, ¿qué lugar queda al político? Cuando no puede conocer los fines, cuando éstos se declaran arbitrarios e igualmente legítimos, ¿cómo puede ser político? Desde luego, ya no como vocación, tampoco como profesión; si acaso, como sobrevivencia. Pero entonces soy inocente. ¿O no?

2. ¿QUÉ DEBO HACER?

Hasta hace poco lo tenía claro: actuar conforme a la ética. Un amigo solía decir que «la política sin ética es politiquería». Él es filósofo, no politicólogo; a éstos les gusta pensar la política liberada de éticas y teologías, y siguen creyendo que Maquiavelo fue el genial iniciador de ese divorcio. De todas formas está mal vista una política sin maneras éticas. Por tanto, como no es lo mío meterme en los problemas de la crisis de la razón práctica, lo razonable y honesto es asumir este criterio de actuación de conformidad a la moral común, a los valores humanistas, a la consciencia social, a la sensibilidad solidaria, etc. Además, ahora lo tenemos más fácil, pues no es el político quien ha de enseñar y defender esas cosas; el principio democrático, con la inestimable ayuda de los medios de comunicación, nos ofrece en forma de encuestas y sondeos de opinión las preferencias morales de nuestra sociedad... ¡Claro que hay preferencias que me llenan de perplejidad! No estaría de más, para poder poner límites a la constante confusión del deber con el deseo, escuchar la voz de la ética.

Weber también habla de esto, de la elección de la ética adecuada a la política. Su entrada me sorprende, a mí que no soy un político cínico. Critica nuestra manía de justificar nuestra conducta; y, sobre todo, critica la creencia de que justificar una acción pasa por mostrar su coherencia con la ética. Considera que se trata de una forma de exculpación y Weber nos invita a asumir las responsabilidades y el futuro, en vez de buscar eludir las culpas: «Si hay algo *abyecto* en el mundo es esto (la búsqueda de exculpación), y éste es el resultado de esa utilización de la *ética* como medio para *tener razón*»⁹. La verdad es que

⁹ *Ibid.*, 160.

no es menospreciable una práctica política en la impunidad; ya Platón en su *República* reconocía que, a primera vista, la mayor felicidad se identificaba con el poder cometer injusticias con absoluta impunidad.

Weber ha hablado de esto y ofrece al político una excelente salida con su distinción entre la «ética de la responsabilidad» y la «ética de la convicción». Un hábil juego entre ambas permite una constante y fácil justificación, aunque lo ideal sería no tener que justificarse. Un político ha de tener una convicción, aunque sólo sea para presentarse en un partido, y aunque sea frágil, no dogmática, de *prête-à-porter*: «Aunque los proyectos y las intenciones nunca se cumplen, la política ha de encuadrarse en un ideal que le aporte el sentido. No es posible prescindir de ese sentido, del servicio a una «causa», si se quiere que la acción tenga consistencia interna. *Cuál* haya de ser la causa para cuyo servicio busca y utiliza el político poder es ya cuestión de fe. Puede estar al servicio de finalidades nacionales o humanitarias, sociales y éticas o culturales, seculares o religiosas; puede sentirse arrebatado por una firme fe en el «progreso» (en cualquier sentido que éste sea) o rechazar fríamente esa clase de fe; puede pretender encontrarse al servicio de una *idea* o rechazar por principio ese tipo de pretensiones y querer servir sólo a fines materiales de la vida cotidiana. Lo que importa es que siempre ha de *existir* alguna fe. Cuando ésta falta, incluso los éxitos políticos aparentemente más sólidos, y esto es perfectamente justo, llevan sobre sí la maldición de la inanidad»¹⁰.

Esta tesis me gusta; conecta con mis sentimientos juveniles. Hay que optar y comprometerse, tomar posición. Pero, si vamos al fondo del asunto, el texto de Weber es neutral ante la elección; parece que cualquiera es buena. Ese «politeísmo de los valores», esa libertad e irracionalidad en la elección de los dioses y los demonios, ¿no favorece el cinismo?; ¿no trivializa el compromiso? Además, desde tal perspectiva no se prohíbe cambiar de dioses, elegir los apropiados para cada situación. Aunque nos impusiéramos el principio de la coherencia en la elección, que no es necesario, distintas circunstancias parecen requerir distintos valores. Weber ya lo dice, no es posible imaginar una ética capaz de imponer obligaciones idénticas, en cuanto a su contenido, al mismo tiempo a las relaciones sexuales, comerciales, privadas y públicas, a las relaciones de un hombre con su esposa, su proveedor de legumbres, su hijos, su amigo y su enemigo. ¿Lleva este relativismo al

¹⁰ *Ibid.*, 156-157.

nihilismo? No es eso; se trata de jugar con las dos éticas, que impiden tanto la deriva oportunista y cínica como la angustia y el dramatismo de quien se empeña en cargar al mundo con un ideal, con una ontología práctica, con valores, fines y sentido. Ya se sabe, los postmodernos llaman «terrorismo» a esta actitud de cargar al ser con un ideal exterior, con la subjetividad.

Pero eso de dos éticas, ¿no suena extraño? Bien mirado, el terrible precio que se paga por ser político bien merece esta excepción. A Weber le parece que la acción política es peculiar, pues su medio específico de acción es el poder, tras el que está la violencia. Recordamos que entiende por política «la dirección o la influencia sobre la dirección de una asociación *política*, es decir, en nuestro tiempo, un *Estado*»¹¹; y que considera que «el Estado es la única fuente del derecho a la violencia»¹². Es inquietante este Weber: habla como un filósofo y piensa como un político. Desde luego es poco discreto, lo que lleva a pensar que no confiaba en la democracia: «Quien hace política aspira al poder; al poder como medio para la consecución de otros fines (idealistas o egoístas) o al poder por el poder, para gozar del sentimiento de prestigio que él confiere»¹³. No acierto a imaginar qué perspectivas electorales tendría actualmente el político que repitiera incansable: «El Estado moderno es una asociación para la dominación con carácter institucional que ha tratado, con éxito, de monopolizar dentro de un territorio la violencia física legítima como medio de dominación y que, a este fin, ha reunido todos los medios materiales en manos de su dirigente y ha expropiado a todos los funcionarios estamentales que antes disponían de ellos por derecho propio, sustituyéndolos con sus propias jerarquías supremas»¹⁴.

Aunque, bien mirado, no le falta razón. Por las noches, con la vista perdida en el presente, comprendo la necesidad de dos éticas para soportar la vida política. La ética común, de raíz cristiana, la ética del *Sermón de la montaña*, si se toma en serio es implacable e incondicionada, es del todo o nada. Es la ética absoluta, de gran belleza filosófica: «La ética del *Sermón de la montaña* —la entiendo como la ética del Evangelio— es algo más serio de lo que creen quienes en nuestros tiempos citan libremente sus mandamientos. No se disfruta con ella. Lo que se ha

¹¹ *Economía y sociedad*. Ed. cit., pág. 82.

¹² *Ibid.*, 84.

¹³ *Ibid.*, 84.

¹⁴ *Ibid.*, 92.

dicho respecto a la causalidad en la ciencia se aplica igualmente a la ética: no es un carruaje que se puede hacer parar caprichosamente para subir o bajar según el caso. A menos de no ver en ella más que un recuento de trivialidades, la ética del Evangelio es una moral de *todo o nada*», dice Weber enardecido. Sus prescripciones o mandamientos no están sujetos a interpretación y contextualización, y mucho menos a elección. Es una ética de dictadores iluminados y proféticos, no de políticos demócratas.

Esta *ética de convicción* es una ética para la agustiniana «ciudad de Dios». En la ciudad de los hombres no es practicable, tendría efectos perversos. El precepto de «poner la otra mejilla» sólo puede exigirse a santos; es una ética indigna en política (aunque válida en otras esferas). La ética acósmica cristiana nos ordena: «no resistir el mal con la fuerza»; pero el político ha de obedecer otro mandato ético: «has de resistir el mal con la fuerza, pues de lo contrario te haces *responsable* de su triunfo». El político es responsable del triunfo del mal: del dolor, la miseria, la desigualdad, la segregación, la opresión o la explotación; es responsable del fascismo y de la guerra. El político es responsable del mal que provoca y del mal que no logra evitar. Por tanto, ha de poner la mirada en las consecuencias. La suya es la *ética de la responsabilidad*, una ética a pesar de todo cómoda, pues en la guerra de los dioses los de los otros son siempre demonios; y el mal siempre es obra del demonio; y nuestra cultura sabe mucho de la dificultad de vencer al demonio y de la comprensión hacia sus víctimas. Fue pensado poderoso para enaltecer la omnipotencia de su vencedor; la impostura sería pensar hombres capaces de resistirlo.

Como individuo, cumplimos con nuestros dioses, conforme a la *ética de convicción* o de un evangelio; y si las consecuencias son perversas, allá con los autores de las normas: «No soy yo, sino el mundo que es estúpido y vulgar; la responsabilidad de las consecuencias no me incumbe, sino a aquéllos a cuyo servicio trabajo». Como político, hemos de rendir cuenta de nuestros actos o nuestras inhibiciones; es decir, hemos de decidir libremente, y que la historia nos juzgue. Tal vez por eso los filósofos postheideggerianos han declarado la guerra a la historia, a su existencia y a su sentido; el fin de la historia es como un grito por la impunidad. Es la apuesta por la no responsabilidad; es la reivindicación de la absoluta inocencia. Si, como nos dice Weber, la elección de dioses y demonios es libre, irracional y arbitraria, no pueden hacernos responsables. Los políticos tenemos mucho que agradecer a esta filosofía postfilosófica; es la que mejor comprende nuestra política postpolítica.

Comienzo a ver las bondades del discurso weberiano. Es cierto que no me resuelve la cuestión sobre lo que debo hacer; pero me alivia saber que puedo jugar con las dos éticas, especialmente si se me permite reformular la responsabilidad en el marco del fin de la historia. Además, Weber es valiente: parece que sea la voz del poder político; habla como el rey-filósofo, y no como el filósofo-rey. Ha planteado con vigor la *cuestión maquiaveliana*: el bien, a veces, viene del mal. Eso es lo que no comprende la gente normal, guiada por la ética de la montaña, y lo que pone bajo sospecha constante a la política. Su posición es clara y rebosa seguridad: «Ninguna ética del mundo puede eludir el hecho de que para conseguir fines **buenos** hay que contar en muchos casos con medios moralmente dudosos, o al menos peligrosos, y con la posibilidad e incluso la probabilidad de consecuencias laterales moralmente malas. Ninguna ética del mundo puede resolver tampoco cuándo y en qué medida quedan **santificados** por el fin moralmente bueno los medios y las consecuencias laterales moralmente peligrosos»¹⁵.

Si se hubiera leído mejor a Maquiavelo los políticos tendríamos una imagen más noble; pero lograron disfrazar su republicanismo antipapista de tiranía cruel y despiadada. Ahora somos víctimas de un error hermenéutico. Weber al menos se burla de la idea ingenua según la cual el mal procede del mal y el bien del bien, idea que liga con las máximas escolásticas de la identidad de esencia entre causa y efecto y de la mayor eminencia de las primeras. La historia, los libros sagrados, la experiencia cotidiana, ¿no muestran lo contrario? Antes era el gran problema de la Teodicea: «cómo es posible que un poder que se supone infinito y bondadoso haya podido crear este mundo irracional del sufrimiento inmerecido, la injusticia impune y la estupidez irremediable»¹⁶. Voltaire ha recibido de nuestros filósofos contemporáneos la respuesta que no encontró en Leibniz ni en los teólogos: el mal es y procede del estado. Al fin Dios ha muerto y, según dijo Hobbes, el estado es el nuevo dios sobre la tierra.

El problema está en determinar por qué la ética del sermón de la montaña sigue viva en un mundo sin Dios. Weber al menos nos comprende y nos justifica al decir que quien opte por la política firma un pacto con el procedimiento, con el uso del poder, y tiene que asumir sus consecuencias, aunque sean paradójicas. Quien aspira a instaurar la

¹⁵ *El político y el científico*. Ed. cit., 165.

¹⁶ *Ibid.*, 167.

justicia absoluta en la tierra mediante el uso del poder, necesita seguidores, aparato; para que funcione, necesita ofrecer premios internos (satisfacción del odio, del deseo de venganza, del resentimiento, de la «pasión pseudoética de tener razón») y externos (botín, triunfo, poder, prebendas). No se puede querer el fin y no los medios; el resultado de la acción política no está en manos de los políticos. Aunque subjetivamente hubiera en todos buena fe, objetivamente se obtendrían resultados no esperados: «los héroes de la fe y la fe misma desaparecen o, lo que es más eficaz aún, se transforman en parte constitutiva de la fraseología de los pícaros y de los técnicos de la política. Esta evolución se produce de forma especialmente rápida en las contiendas ideológicas porque suelen estar dirigidas o inspiradas por auténticos **caudillos**, profetas de la revolución. Aquí, como en todo aparato sometido a una jefatura, una de las condiciones del éxito es el empobrecimiento espiritual, la cosificación. La proletarización espiritual en pro de la *disciplina*. El séquito triunfante de un caudillo ideológico suele así transformarse con especial facilidad en un grupo completamente ordinario de prebendas»¹⁷.

¿No es esa la voz de la realidad? La gente debería leer más a Weber; los políticos viviríamos mejor; y haríamos mejor política.

Me gusta su tesis de fondo: hacer política profesionalmente supone asumir riesgos. Recuerdo su letra de memoria: «Repito que quien hace política pacta con los poderes diabólicos que acechan en torno de todo poder»¹⁸. Siempre he dicho que la política era servicio; y en silencio pensaba que era algo heroico, épico. Weber lo dice mejor que yo: «Quien busca la salvación de su alma y la de los demás, que no la busque por el camino de la política, cuyas tareas, que son muy duras, sólo pueden ser cumplidas mediante la fuerza. El genio demonio de la política vive en tensión interna con el dios del amor, incluido el dios cristiano en su configuración eclesiástica, y esta tensión puede convertirse en todo momento en un conflicto sin solución»¹⁹.

Está claro, por tanto. Ya sé qué debo hacer: escuchar la ética de la responsabilidad e ignorar la ética de la convicción. ¿Para qué las convicciones en nuestros tiempos? Y menos para un político, que ha de estar dispuesto a entregar su alma al diablo: «Todo aquello que se persigue a través de la acción política, que se sirve de medios violentos

¹⁷ *Ibid.*, 173.

¹⁸ *Ibid.*, 173.

¹⁹ *Ibid.*, 174.

y opera con arreglo a la ética de la responsabilidad, pone en peligro la *salvación del alma*. Cuando se trata de conseguir una finalidad de este género en un combate ideológico y con una pura ética de la convicción, esa finalidad resulta perjudicada y desacreditada para muchas generaciones porque en su persecución no se tuvo presente la responsabilidad por las **consecuencias**»²⁰.

No sé si estremecerme o consolarme; o si estremecerme al máximo para optimizar el consuelo. Pero el tono weberiano se eleva a wagneriano: «Quien así obra no tiene consciencia de las potencias diabólicas que están en juego. Estas potencias son inexorables y originarán consecuencias que afectan tanto a su actividad como a su propia alma, frente a las que se encuentra indefenso si no las ve. *El demonio es viejo; hazte viejo para poder entenderlo*»²¹. Eso de vender el alma al diablo ya lo imaginó Goethe; pero su *Fausto* lo hacía por un buen fin, encuadrable en una ética de la convicción (aunque no la del Sermón de la Montaña). Y mi problema es que ni la ciencia ni la ética pueden decirme los fines a perseguir.

De manera insistente Weber me insta a elegir el tipo de ética, aunque sin precisarme el sentido: «Nadie puede prescribir si *hay que* obrar conforme a la ética de la responsabilidad o conforme a la ética de la convicción, o cuándo conforme a una y cuándo conforma a la otra. Lo único que puedo decirles es que cuando en estos tiempos de excitación que ustedes no creen **estéril** [...] veo aparecer **súbitamente** a los políticos de convicción en medio del desorden gritando: *el mundo es estúpido y abyecto, pero yo no; la responsabilidad por las consecuencias no me corresponde a mí, sino a los otros para quienes yo trabajo y cuya estupidez o cuya abyección yo extirparé*, lo primero que hago es cuestionar la **solidez interior** que existe tras esa ética de la convicción. Tengo la impresión de que en nueve casos de diez me encuentro con odres llenos de viento que no sienten realmente lo que están haciendo, sino que se inflaman con sensaciones románticas. Esto no me interesa mucho humanamente y no me conmueve en absoluto. Es, por el contrario, infinitamente conmovedora la actitud de un hombre **maduro** [...] que siente realmente y con toda su alma esta responsabilidad por las consecuencias y actúa conforme a una ética de responsabilidad, y que al llegar a cierto momento dice: *«no puedo hacer otra cosa, aquí me*

²⁰ *Ibid.*, 174-175.

²¹ *Ibid.*, 175.

detengo». Esto sí es algo auténticamente humano y esto sí cala hondo»²². Tiene razón; estoy de acuerdo con él; pero no me dice qué fines elegir. Insiste en que es irrelevante, que da igual que sea la gloria de la patria o la paz perpetua, los derechos individuales o el socialismo, la libertad o la igualdad; insiste en que la elección es libre e irracional, que lo que cuenta es la responsabilidad ante las consecuencias. Pero no acabo de asumir ese relativismo de los valores; no sé por qué no creo la tesis weberiana del politeísmo de los dioses; ni por qué creo que él no cree que sea indiferente la elección.

Siento la tentación, eso sí, de romper con Weber, de no elegir y asumir la voluntad popular expresada en encuestas de opinión; pero reconozco ser un político atípico, con inquietudes filosóficas que me impiden cometer la falacia naturalista de deducir de la pluralidad el pluralismo. La pluralidad es riqueza ontológica; es diversidad, multiculturalismo, multilingüismo, multidiferencia, multitodo. Me gusta incluso en su expresión más prosaica: el mercado, el consumo. Pero el pluralismo es otra cosa; no es el reconocimiento de la diferencia, sino la defensa de la indiferencia. Una cosa es reconocer a los hombres el derecho a defender sus creencias y otra muy distinta postular que éstas todas son iguales en valor y dignidad; más aún, una cosa es respetar al mensajero y otra su mensaje.

Lo siento, pero no puedo aceptar la democracia de opinión; creo que el ideal democrático es inseparable de una idea de hombres que piensan por sí mismo y son capaces de encontrar lo común. Y no puedo ignorar, tras haber leído a Spinoza, que es la razón, reino de lo universal, la que une a los hombres, mientras la pasión, reino de lo particular, lo que los separa. Y no puedo olvidar que la política nació de la mano de la filosofía, cuando los hombres perdieron el respeto a la naturaleza y a las leyes eternas y emprendieron la larga marcha por pensar el *nomos*. Por tanto, me quedo en esta situación de perplejidad en la que, sin saber cómo elegir los fines, renuncio a no elegirlos o a hacerlo irracionalmente. Ni la ética ni la ciencia parecen legitimadas para proporcionármelos. ¿Qué pueden esperar de nosotros?

²² *Ibid.*, 176.

3. ¿QUÉ ME ES DADO ESPERAR?

Ya sé que son dos preguntas distintas. La primera, con la que acababa el apartado anterior, se refería a qué pueden esperar y exigir el pueblo de los políticos; sugería que, si no hay manera de establecer racionalmente los fines, no hay argumento para el juicio final. Reconozco que, en este caso, tan arbitrario es reivindicar la impunidad (pasión del político actual) como anticipar la condena (pasión del ciudadano contemporáneo). Dejemos, pues, las cosas así.

La segunda, que da título a este apartado, es la última pregunta kantiana: ¿qué puedo esperar yo, como político? Me temo que la respuesta es muy larga, pues me exigiría hablar de la «*jaula de hierro*». Por espacio, tiempo y prudencia, me parece preferible dejarla en espera, para otro momento. Hay dos cosas que he aprendido de la política, de mi propia experiencia, si bien luego leí ambas tesis en Maquiavelo: una, que un político nunca ha de confesarse culpable, si no está dispuesto a abandonar la política; otra, que un político nunca puede mostrarse pesimista, a no ser que esté en la oposición. Y, claro está, como no sé aún mi lugar, desde esta especie de situación originaria tras el velo de la ignorancia en que estoy obligado a pensar, es razonable no decir nada sobre la *jaula de hierro*. No obstante, puedo asegurar que un político puede vivir sin esperar nada; que se puede ser político sin esperanza (al menos sin esperanza que repartir).

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- BAKSHI, O., *The Crisis of Political Theory: An Inquiry into Contemporary Thought*. Oxford U. P., 1987.
- BARRET-KRIEGEL, B., *L'État et les esclaves*. Paris. Payot, 1989.
- BIRBAUM, P., *La fin du politique*. Paris, Seuil, 1975.
- CAMPS, V., *Ética, retórica y política*. Madrid, Alianza Ed., 1988.
- CAPELLA, J. R., *Los ciudadanos siervos*. Barcelona, Trotta, 1993.
- COLLIOT-THÉLÈNE, C., *Le désenchantement de l'État. De Hegel à Max Weber*. Paris, Minuit, 1992.
- CRICK, B., *In Defence of Politics*. Londres, Weidenfeld & Nicolson, 1962.
- GAUCHET, M., *Le désenchantement du monde*. Paris, Gallimard, 1985.

- RIEDEL, M., *Metaphysik und Metapolitik*. Frankfurt, Suhrkamp, 1975.
- ZELNY, M. (ed.), *Autopoiesis, Dissipative Structure, and Spontaneous Social Order*. Boulder (Col.), Estview Press, 1980.

*La incorporación de la
Bioética a la discusión de
problemas sanitarios*

Fines de la medicina

Joaquín Martínez Montauti

Las aportaciones de las ciencias biomédicas en el campo de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, han provocado un cambio en nuestra visión de la enfermedad y de la muerte.

Algunas enfermedades infecciosas que llegaron a ser auténticas plagas de la humanidad, han desaparecido gracias a las vacunas. Los antibióticos consiguen la curación de enfermedades que habían sido mortales o dejaban graves secuelas. Las prótesis articulares permiten una recuperación funcional impensable hace un siglo. Las prótesis valvulares y vasculares, de manera satisfactoria, alargan la vida de enfermos que hubieran muerto irremediablemente. Los trasplantes, la cirugía intraútero, la reimplantación de miembros amputados accidentalmente, solucionan problemas no hace mucho insalvables. Pero también gracias a estos avances tecnológicos podemos encontrarnos con que algunas personas con graves traumatismos craneoencefálicos queden en un estado vegetativo irreversible.

También respecto a la muerte hemos cambiado nuestra manera de pensar. La ausencia de latido cardíaco o de respiración ya no es sinónimo de muerte. La tecnología ayuda a mantener el cuerpo con vida y obliga a redefinir la muerte. ¿Tiene sentido retrasar la muerte indefinidamente? O mejor ¿cuándo tiene sentido hacerlo?

Así, las nuevas tecnologías han puesto en jaque dos de los objetivos tradicionales de la Medicina, salvar y alargar la vida.

Pero estos éxitos no deberían ser la excusa para un optimismo excesivo ya que la enfermedad sigue existiendo y es causa de dolor, sufrimiento e invalidez. Si bien se ha progresado mucho en el conocimiento de los procesos morbosos, no siempre se dispone del tratamiento que los cura y, a veces, en el mejor de los casos, solo se puede paliar el sufrimiento o el dolor. A veces solo podemos ofrecer ayuda humana a los enfermos incurables o a los crónicos. No hay que olvidar que el cuidado

del ser humano incumbe no solo a la Medicina, sino también a otras esferas sociales de apoyo, ayuda y solidaridad.

Estos avances han sido posibles gracias a la investigación médica. Pero todavía queda mucho camino por recorrer, no todas las enfermedades tiene solución y no se ha encontrado remedio para todo el sufrimiento. Y así, es obligado considerar cuáles son las necesidades que la investigación pretende cubrir, cuál es el objetivo de la investigación y si éste es el camino a seguir. ¿Son necesidades del ser humano o lo son de una sociedad determinada? Aun entendiendo que lo investigado en un determinado país, a la larga, redundará en beneficio de los ciudadanos de otros países. Pero si estamos hablando de generaciones futuras ¿llegaran esas generaciones futuras?

No es menos importante el cómo se investiga. Debe seguirse solo el modelo biomédico tradicional, ciertamente responsable de muchos de los grandes éxitos de la Medicina que conocemos, pero que fragmenta al individuo en aparatos y sistemas y que es seguramente insuficiente para encarar el futuro. O debe ampliarse el modelo e incorporar una investigación que considere al individuo globalmente, que lo tenga en cuenta dentro del mundo en el que vive. Es decir, potenciar la investigación en epidemiología, en salud pública o la investigación biopsicosocial. Porque existe la demanda cultural desde la sociedad hacia una Medicina que considere al individuo globalmente, con sus condicionamientos psicológicos y sociales.

Los beneficios para la salud debidos a las mejoras en la alimentación y vivienda, en la salubridad del entorno relacionada con la recogida de residuos y el abastecimiento de agua, son cuantitativamente mayores. Si bien están directamente ligados con la Medicina, algunos logros resultan de la aplicación de la investigación biomédica en nutrición, microbiología ambiental, uso de antisépticos, etc.

La relación médico-paciente constituye el núcleo donde se pone en práctica la Medicina. En ese momento se produce la confluencia de objetivos del paciente, del médico, de la sociedad y los de la Medicina, y la comunicación entre médico y paciente que debe darse en ambos sentidos, paciente-médico y viceversa. Ahí coinciden también los objetivos y la visión del individuo que aportan los conocimientos teóricos de la medicina y la sociedad. No es lo mismo ver al paciente como un todo o verlo como un órgano, un aparato o un sistema enfermo. Aunque no es un objetivo de la Medicina procurar la autonomía de los pacientes, el médico debe hacer que su paciente sea un sujeto activo del cual incorporará las preferencias en la medida de lo posible. Es imprescindible que

el paciente entienda la información que debe suministrarle el médico, y asumirlo si es su voluntad. Esa es la razón del consentimiento informado, responder a la necesidad de dejar constancia que la información ha sido transmitida y entendida. Y también es un ejemplo de la importancia que tiene la comunicación en el ejercicio de la Medicina.

A menudo para hablar de salud lo hacemos como si fuera un capital financiero. Invertimos en salud o la arriesgamos, como si fuese dinero. Las dietas sanas, la llamada vida higiénica, pueden verse como inversiones. En cambio, fumar, llevar una vida sedentaria, no seguir el calendario de vacunaciones, se pueden considerar riesgos.

Para algunos, la salud es el futuro y al no saber qué ocurrirá mañana, intentan asegurarse adoptando conductas más saludables con el ánimo de prevenir. Pero la previsión solo va dirigida a una enfermedad o un grupo concreto de enfermedades, nunca es absoluta ni completa. Prevenir la poliomielitis mediante la vacuna no puede evitar una mielitis por otro virus. Existe un margen de riesgo e incertidumbre. Esta noción de riesgo e incertidumbre es el lenguaje de la Medicina y de los médicos.

Los médicos deben utilizar un lenguaje de probabilidades, un lenguaje en el que quepa la incertidumbre, aunque no es lo que quieren oír los pacientes. Entender la incertidumbre en la toma de una decisión, por ejemplo, en el caso de una determinada intervención sobre un paciente con una probabilidad de éxito del 70%, resulta difícil para el paciente y le genera angustia. El médico no está a salvo de esa angustia, pero ese es el quehacer de los médicos. Decir que una persona tiene un 80% de probabilidades de padecer un cáncer o un accidente vascular cerebral, es engañoso e ininteligible, aunque no sea falso. Ya que se padece cáncer al 100% o no se padece también al 100%. Pero este es el lenguaje ya que este es el conocimiento de los médicos.

El paciente y el médico deben asumir esa imprecisión del lenguaje médico ya que es la real, aunque aparentemente no ayude a decidir. Evidentemente todas las matizaciones tienen cabida y aquí es fundamental la pericia del médico. Esta pericia debe adquirirse y enseñarse. La formación de los médicos debería incluir el aprendizaje de la teoría y técnica de comunicación. Esta labor formativa no es exclusiva de las facultades de Medicina aunque son pocas las que lo han incorporado. El contacto en la cabecera del enfermo, entre los médicos en formación y los médicos experimentados, es imprescindible para transmitir y afianzar esos conocimientos y además, permite ver al paciente como una persona con su condicionamiento psicológico y social, y alejarse del modelo que

ve al paciente fragmentado, como un órgano, aparato o sistema enfermo. Hay que evitar que se oiga en los pasillos de los hospitales o en las reuniones de los médicos, la respuesta «tengo ingresadas dos neumonías» a la pregunta ¿qué enfermos tiene ingresados?

Los objetivos profesionales de los médicos son múltiples. Sin contar el económico y el prestigio social ligado a la profesión, estos objetivos se relacionan con las preferencias en la actividad profesional, ya sean asistenciales, investigadoras o docentes. Cualquiera de ellas puede predominar y condicionar la asistencia a los pacientes. Sin olvidar que los propios pacientes tienen sus objetivos en relación con la causa que les lleva a consultar con el médico. Pero en ambos casos son metas personales de esos individuos.

Los objetivos de la Medicina son fruto de su propia lógica interna y de su tradición dentro de la sociedad y de la cultura. Las actividades económicas relacionadas con la asistencia sanitaria son muy importantes, representan una parte substancial de la actividad económica de los países desarrollados lo cual, unido a los éxitos que la Medicina ha conseguido en algunos campos, hace tentador para todos medicalizar la sociedad. La ansiedad y algunos problemas relacionados con la distribución de la riqueza, o el acceso al trabajo o la angustia generada por el trabajo o por el stress de la vida, son mas fáciles de aceptar socialmente si se atribuyen a problemas médicos en vez de considerar su causa real. Aunque es cierto que a veces atribuyéndolos a problemas médicos es mas fácil intentar solucionarlos aunque sea individualmente y en cambio, si se espera a modificar la causa social que los ha provocado, la solución tardará mucho mas.

Indudablemente en la sociedad existe un cierto debate entre los propios fines de la Medicina y los que se le atribuyen. Pero ese debate se ha desplazado hacia los medios de la Medicina, hacia el cómo de la financiación, la privatización, los costes, el mercado, los incentivos profesionales, etc. Es un debate mas burocrático y político. Y, sin restar importancia a los recursos y a su distribución dentro de la sociedad, la discusión que resulta es pobre y se olvida de analizar cuál es la dirección de la Medicina, cuál es el contenido y así hacerla mas fructífera.

El debate debe considerar hacia dónde se dirige la Medicina y hacia dónde queremos que se dirija. Y ese queremos ha de ser coherente con la historia anterior de la medicina, con sus propias tradiciones, pensando a quien va dirigida, es decir, quién se ha de beneficiar de los conocimientos, que es el ser humano individual y colectivamente.

Hemos esbozado algunos de los objetivos tradicionales de la Medicina, como son salvar y extender la vida, la promoción y el mantenimiento de la salud o el alivio del dolor y del sufrimiento. Estos objetivos que son fruto de su propia lógica interna, de la tradición dentro de la sociedad y la cultura, han sido revisados y editados de nuevo en un suplemento especial del *Hastings Center Report* aparecido a finales de 1996. Aunque no era la primera vez que se formulaban. La revisión citada obedece a los múltiples cambios experimentados en la sociedad y la tecnología, al incremento de los costes de la asistencia sanitaria y a cambios culturales.

El envejecimiento de la población es una cuestión que no solo afecta a los países desarrollados, empieza a ser un problema para todos los países, conjugado con la disminución de la mortalidad infantil y la disminución de la natalidad. El incremento de los costes de la asistencia sanitaria ligado a las nuevas tecnologías —que no necesariamente aventajan a las que sustituyen y cuyo beneficio, a veces, es solo marginal—, plantea el problema de la equidad en la distribución y acceso a los recursos sanitarios. Las necesidades individuales se ven más atendidas en las sociedades cuya asistencia sanitaria está dominada por el mercado, pero en ellas se tiende a producir una asistencia de calidad solo para algunos segmentos privilegiados de la población ya que en ellas se atiende peor al bien común y es mayor la dificultad para controlar los costes. El coste de la asistencia sanitaria es mayor en países como EEUU con un sistema sanitario cuya financiación está en manos del mercado, que en los países europeos en los que la financiación es mixta y en los cuales se consigue una mayor cobertura sanitaria de la población. Los intereses económicos ligados a la actividad profesional, tan patentes en los sistemas sanitarios dominados por el mercado, pueden acabar con la relación de confianza entre paciente y médico, con los fines altruistas de la Medicina e incluso con la institución médica. Y para acabar, los cambios culturales relacionados con el culto al cuerpo y el ideal de belleza joven, la visión integral del ser humano enfermo no simplemente un órgano enfermo y la visión del individuo como fuente de deseos que deben ser satisfechos (ejemplos en la procreación o en la propia imagen). Estos cambios están en el origen de la revisión de los fines de la Medicina.

La Medicina ha de ser económicamente viable, eficaz y equitativa, con objetivos clínicos claros y equilibrados. Ha de asumir las dos vertientes de sanación y cuidado, y de asistencia sanitaria y salud. Los planteamientos sociales han de ser realistas, incluido el punto de vista

ético, y capaces de generar la confianza de la sociedad en la Medicina. Y por último, los fines de la Medicina han de ser libres, no ligados a grupos de presión (del mercado, de la industria o profesionales) aun los bien intencionados.

Estos fines de la Medicina no se estructuran de forma jerárquica, es decir, que uno no prevalece sobre otro, mas bien se complementan. No son axiomas, son consideraciones generales, de cuya reflexión podemos inferir qué persigue la Medicina, hacia dónde debería dirigirse, no lo que la sociedad o el individuo quieren que sea. La aplicación de esos fines no es fácil. Los conflictos nacen en los múltiples planos que abarca la Medicina, desde la asistencia inmediata al enfermo a la prevención de enfermedades futuras o las obligaciones que crea en la Salud Pública o la Medicina en el mundo laboral. También porque la Medicina se inmiscuye en la vida privada (uso de condones) y actúa sobre personas sanas (dietas saludables), es lógico que genere conflictos.

Los objetivos que se describen son cuatro:

1. La prevención de la enfermedad y las lesiones y la promoción y el mantenimiento de la salud

Conviene aclarar en primer lugar que esta prevención solo puede ser temporal e ir dirigida a algunas enfermedades ya que unas serán sustituidas por otras y que la muerte tal vez podrá aplazarse, pero sucederá inevitablemente. A título de ejemplo, la prevención de las enfermedades cardiovasculares mediante un cambio en el estilo de vida —tabaquismo, sedentarismo y dieta—, y el tratamiento de la hipertensión arterial y de las hiperlipemias, disminuye la mortalidad ligada a esas enfermedades pero, paralelamente, se produce un aumento de la mortalidad ligada a las enfermedades cancerosas. Merece la pena destacar la complejidad de esa intervención de prevención ya que implica educación, cambio de hábitos tan arraigados como la dieta y la actividad física, visitas médicas para control de la tensión arterial y analítico para la hiperlipemia y por último, la intervención farmacéutica sobre la tensión arterial y los lípidos.

Como hemos ilustrado con el ejemplo, este objetivo contempla la educación sanitaria y la promoción de cambios hacia estilos de vida que se han revelado mas saludables. Algunos cambios son muy claros como la promoción del uso de casco por los motoristas para disminuir la gravedad del traumatismo craneoencefálico en caso de accidente. Otros

entrañan contradicciones, compaginar la propiedad de las compañías tabacaleras, con las campañas antitabaco y la publicidad sobre cigarrillos. Y otros están mal definidos, como en el caso del sedentarismo (cuánto hay que correr, caminar, ir en bicicleta, jugar a la pelota, etc). Pero ¿cuántos intereses económicos hay detrás de esas actividades? ¿Se debe favorecer el desplazamiento a pie dentro de las ciudades, que es beneficioso como anti-stress y aumenta la actividad física? ¿Y cómo hacerlo? Sin olvidar que no se ha definido quien debe hacer la promoción y donde debe hacerse. ¿En la escuela o en la consulta del médico o a través de campañas televisivas? Probablemente la respuesta sea todos a la vez y cada uno en su ámbito. Estas campañas tienen un valor ejemplar y aumentan el aprecio y el respeto de los ciudadanos hacia la autoridad sanitaria pero también pueden ser vividas negativamente por su carácter coactivo y porque se inmiscuyen en la vida privada de los individuos.

Una vez producido el cambio se ha de poder valorar los impactos, sobre la morbilidad y el económico. Intuitivamente parece que no solo se van a ahorrar recursos sino que también se ahorrará el sufrimiento ligado a la enfermedad. Pero prevenir también consume recursos y la relación coste/beneficio no se ha establecido. Qué es beneficio, cómo se mide y a qué plazo.

Esta labor preventiva y de promoción de la salud conecta a la Medicina con la Salud pública e integra el acceso al individuo del que dispone la Medicina con el escenario de la vida social, profesional y económica en que se desarrolla. Además complementa la investigación biomédica con su modelo de diagnóstico/tratamiento y la investigación mas epidemiológica de la Salud Pública.

2. El alivio del dolor y del sufrimiento causados por la enfermedad

Aliviar el dolor y el sufrimiento son dos obligaciones de la Medicina desde muy antiguo. Hasta dónde está dispuesta una sociedad en el alivio del dolor y del sufrimiento mediante el uso de sustancias con poder adictivo y que se consideran ilegales pero de gran poder analgésico, o sobre la permisividad del suicidio asistido o de la eutanasia. ¿Los profesionales hasta dónde están dispuestos a llegar? Indudablemente se producen situaciones límite que exasperan a la sociedad y a los profesionales. Ni todas las sociedades ni todos los profesionales alcanzan el mismo punto en esa tentativa de ayuda. La aceptación del uso de

fármacos cuya capacidad analgésica es grande y está mas que probada, como es el caso de la morfina, topa con el tabú de los estupefacientes. No digamos ya el suicidio asistido o la eutanasia.

La lucha contra el sufrimiento no sale mejor parada. El sufrimiento que provocan las enfermedades mentales no debe ser infravalorado. Disponemos de una arsenal terapéutico (fármacos antidepresivos, ansiolíticos, neurolépticos) para el tratamiento de las enfermedades mentales que no debe escatimarse cuando es necesario pero que no siempre ayuda a paliar la angustia causada por la enfermedad o por el miedo a sufrir o a morir. Se debe evitar, siempre que sea posible, medicalizar el sufrimiento originado en otras causas distintas a la mala salud, como es el duelo por la muerte de un ser querido, por la violencia, etc. Pero aún utilizando todo el arsenal terapéutico del que disponemos, analgésico y psicotropo, a veces no es posible socorrer al paciente en sus necesidades y la Medicina debe reconocer sus propios límites.

Estas situaciones necesitan compasión y solidaridad por parte del personal sanitario y de una gran implicación personal. Para alcanzar ese objetivo se necesita una relación humana entre el paciente, su propio entorno y el personal sanitario y debe considerarse al paciente de manera global, no alguien con un órgano enfermo.

3. El cuidado y la curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados

El éxito curativo de la Medicina en algunas áreas, eleva las expectativas de los pacientes y sitúa el prestigio de las nuevas tecnologías y de los tratamientos novedosos, a menudo, por encima de su verdadero valor. Este prestigio influye sobre los gestores y el público, haciéndoles infravalorar lo que es el acto médico en sí mismo, es decir, la anamnesis y exploración concienzudas. Infravaloración que incluso afecta a los propios profesionales y que provoca un aumento del uso de las últimas novedades para paliar la inseguridad y la incertidumbre, lo cual solo es legítimo si consigue ese objetivo. O les lleva a abusar de ellas para evitar las reclamaciones judiciales y para ahorrarse problemas y discusiones con los pacientes. El coste de esas nuevas tecnologías es también una fuente de tensión.

Entre otras, las misiones del médico son curar y cuidar de sus pacientes y ambas han sido asumidas por la profesión a lo largo de la historia. Aunque con una intensidad y compromiso desiguales se ha

hecho énfasis en una u otra dependiendo de las épocas y sobre todo de los recursos terapéuticos. En los últimos cincuenta años hemos asistido a un desarrollo extraordinario de los medios de diagnóstico y tratamiento y se ha llegado a crear la ilusión que la curación de todas las enfermedades es posible. El propio éxito de la Medicina es una fuente de conflictos entre ambas misiones ya que había relegado la noción de cuidado. Afortunadamente esta noción ha emergido de nuevo, como demuestra la creación de los Cuidados Paliativos, una especialidad de la Medicina presidida por la noción de cuidado.

Igualmente la inversión en recursos que representa la medicina rehabilitadora o enseñar a convivir con una enfermedad crónica que son formas de cuidado y de curación.

Algunas lesiones y algunas enfermedades crónicas no pueden ser curadas en el sentido de hacerlas desaparecer y volver a la situación anterior a la lesión o enfermedad. La medicina rehabilitadora es capaz, con una gran inversión en esfuerzo humano, en tiempo y en recursos, de restaurar la función alterada, total o parcialmente o de conseguir que la lesión progrese mas lentamente. Es de gran ayuda para la reinserción social y para la recuperación de la autonomía.

Pero no debemos pasar por alto que el médico tiene sus propias ideas, fines y preferencias, que no tiene porque coincidir con los del paciente ni con los de la Medicina. Y que puede ver al paciente como un amasijo de «sangre y linfa» y que las soluciones que proponga serán las suyas, las acordes con sus ideas, y a menudo también con lo que quiere la sociedad. Estos fines no compartidos son fuente de tensión y conflicto.

4. Evitar la muerte prematura y procurar una muerte placida

La Medicina debe luchar contra la muerte prematura no contra la muerte ya que ésta es el destino de los humanos. La muerte no debe verse como un fallo médico o un problema biológico evitable siempre. La obligación de los profesionales sanitarios es procurar que los individuos cumplan su ciclo vital, en cambio, no lo es la búsqueda de vida mas larga, aunque éste sea un objetivo individual aceptable. También es obligación de la Medicina intentar que se llegue a la muerte con placidez. Para que este objetivo se cumpla es necesario que la sociedad sea capaz de elaborar un discurso moral que permita incorporar las preferencias de los pacientes y que, al final de la vida, permita interrumpir los tratamientos cuyas posibilidades de éxito sean escasas, teniendo en cuenta la voluntad del individuo y a la familia.

El ejercicio actual de la medicina. Un punto de vista desde la bioética y la calidad asistencial. La responsabilidad de las instituciones

Carlos Humet

I. EL SECTOR SANITARIO

En la vida humana ha habido pocos cambios tan importantes como los producidos por las ciencias biomédicas y la práctica de la medicina. Se ha alargado la esperanza de vida, se han eliminado o controlado muchas enfermedades infecciosas, se pueden detectar anomalías genéticas intraútero, se trasplantan órganos, se controla la reproducción, se alivia el dolor y se rehabilitan los cuerpos de forma impensable hace un siglo. A ello se unen cambios más amplios ocasionados por una mejora de la alimentación, el tratamiento del agua, la vivienda y las condiciones de seguridad en buena parte del mundo. Para los seres humanos ha cambiado la manera de pensar en las antiguas amenazas de enfermedad y muerte. Tampoco ha cambiado menos la manera de organizar la provisión de la asistencia sanitaria.

El sector sanitario está presionado por el crecimiento del gasto sanitario, el envejecimiento de la población, la rapidez del cambio tecnológico, la demanda de servicios siempre creciente, pero quizás el factor de cambio más importante, el nuevo papel que juega el ciudadano en los asuntos de la salud en general y especialmente cuando es el protagonista, es decir, cuando está enfermo. Por otra parte hay un debate de fondo no resuelto todavía sobre el modelo público o privado de la sanidad o mejor dicho modelos con o sin ánimo de lucro.

En la Tabla nº 1 podemos apreciar el crecimiento del gasto sanitario en algunos países de la Comunidad Europea entre los años 1970 y 1995 (según la OCDE). El análisis del sector sanitario no debe obviar el trasfondo económico de cualquiera de los temas que se trate. Sería

ingenuo analizar uno de los sectores económicos más importantes del Estado y no tener en cuenta que todas y cada una de las decisiones en sanidad tienen una traducción económica, que es bueno conocer para entender mejor el comportamiento del sector.

Tabla nº 1
**Gasto sanitario total como porcentaje del PIB
en los países de Europa Occidental**

	1970	1995
Alemania	5,9	9,5
Austria	5,4	9,6
Bélgica	4,1	8,0
España	3,7	7,6
Francia	5,8	9,9
Holanda	5,9	8,8
Reino Unido	4,5	6,9

Fuente: OCDE

El presupuesto que el Estado dedica a Sanidad en 1999 es algo superior a los cuatro billones de pesetas, cerca del 12% del total del presupuesto (Anuario El País 1999, pág 400). Mucho dinero. Por contra en el sector se ha extendido lo de los «recursos escasos». En teoría económica significa que las necesidades son más que los recursos disponibles, lo cual, además de en otros, se produce en el sector sanitario. Pues bien, hay quién desde el mundo sanitario entiende que disponemos de poco dinero y de ahí justifica que el sector funcione mal o que no se mejore aquello que no interesa que cambie.

Por otra parte y para acabar de situarnos es buena la reflexión a propósito de un trabajo de Dever sobre el uso de los recursos sanitarios (DEVER GEA, 1976:465) Describe la contribución potencial a la reducción de la mortalidad de cuatro parámetros: la biología humana contribuiría en un 27%, el entorno un 19%, el estilo de vida el 43% y el sistema de salud un 11%. Por contra los recursos empleados para cada uno de estos apartados son del 6,9% (incluye la investigación), 1,6%, 1,5% y 90% respectivamente. Es decir, el sistema sanitario, que utiliza el 90% de los recursos, contribuye solo en un 11% a la mejora de la salud en los términos estudiados por Dever (Tabla nº 2) Dato para la reflexión y seguramente para desmitificar buena parte de las argumentaciones económicas del sector sanitario.

Tabla n° 2

Contribución potencial a la reducción de la mortalidad y recursos

<i>Reducción de la mortalidad</i>		<i>Recursos</i>
27%	BIOLOGÍA HUMANA	6,9%
19%	ENTORNO	1,6%
43%	ESTILO DE VIDA	1,5%
11%	SISTEMA DE SALUD	90%

Fuente: *An epidemiological model for health policy analysis*. Soc Ind Res 2: 465, 1976.

II. LA MEDICINA DE EQUIPO

El ejercicio de la medicina moderna se basa en el equipo. En todos los ámbitos de la actividad asistencial se trabaja en forma de equipo. Tanto en la asistencia primaria, como en la especializada, como en la atención sociosanitaria ya no existe un único interlocutor para el paciente, si no diversos profesionales que desarrollan su actividad alrededor del paciente. Ello conlleva una nueva forma de relación médico-enfermo que trataremos de analizar.

La primera causa que justifica la aparición del equipo es el crecimiento de los conocimientos y la destreza necesaria para aplicarlos. En la actualidad no hay mente humana capaz de abarcar, en la forma enciclopédica clásica, la amplitud de los conocimientos de la biología y la medicina. De ahí surge la necesidad de especialización por esa misma amplitud y por la habilidad necesaria para el ejercicio competente en cada campo o ámbito de estos conocimientos. En biomedicina existen más de 50 profesiones sanitarias diferentes y siguen apareciendo nuevas y solo en el ámbito de la medicina más de 50 especialidades oficialmente reconocidas.

En segundo lugar la complejidad de la actividad sanitaria. Identificar y medir el producto de la actividad sanitaria no es tarea sencilla. Siempre ha representado una dificultad medir cuanta salud recupera un enfermo o una población tras una determinada intervención sanitaria. Por eso se han desarrollado sistemas que permiten identificar actuaciones sanitarias intermedias. En este sentido, el código que habitualmente utilizamos en los hospitales para identificar las enferme-

dades y su tratamiento, tiene quince mil diagnósticos posibles y unos cuatro mil procedimientos o intervenciones quirúrgicas. Para simplificar el análisis de la actividad de un centro sanitario, se utilizan los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), introducidos en 1983 en los EEUU como sistema de pago, que consiste en una agrupación de episodios de hospitalización que tienen un consumo similar de recursos. La versión que estamos utilizando tiene 511 GRD. Tal es la amplitud solo en el campo de la actividad hospitalaria.

En el ámbito de la atención farmacéutica, señalar que en España hay entre cinco mil y seis mil medicamentos registrados y por tanto a disposición de la población en general. Es francamente imposible que un profesional pueda conocer bien y manejar con seguridad todos los fármacos disponibles en el mercado.

Otra causa que justifica la aparición del equipo en la atención sanitaria, es el continuo avance de la biomedicina que requiere un esfuerzo de actualización permanente. Pero además en el ejercicio moderno de la medicina se han ido incorporando nuevas disciplinas como la economía, la estadística, la informática, los sistemas de información, la gestión empresarial, los idiomas, la bioética, la sociología y la antropología entre otras, lo que obliga a compartimentar las áreas de conocimiento e interrelacionar a los diferentes profesionales para abarcar todo el conocimiento.

Otro dato que ilustra la complejidad y amplitud de los conocimientos en biomedicina es el tiempo necesario para adquirir los conocimientos y habilidades. Formar un especialista cuesta seis años de licenciatura y entre tres y seis, según la especialidad, de programa MIR. Solo entonces, después de entre nueve y doce años de formación se considera que el licenciado (médico, farmacéutico, biólogo, etc) tiene una preparación suficiente para ejercer de forma autónoma.

Estas son algunas de las causas que explicarían la aparición del equipo en una forma moderna de ejercer la medicina. Hoy no es posible el médico aislado a la vieja usanza. Frente a la petición de servicio del enfermo, debemos responder ofreciéndole todos los conocimientos disponibles y teniendo presente que actuamos sobre un ser humano con todos sus derechos y sus obligaciones.

En nuestro centro, en la atención de un enfermo con una fractura de fémur, proceso que suele resolverse con una intervención quirúrgica en las primeras veinticuatro horas y unos ocho días de hospitalización, intervienen y tienen relación directa con el paciente 46 profesionales

diferentes, además del necesario personal de laboratorio, cocina, limpieza, mantenimiento, admisiones, etc. que actúan de forma indirecta.

En consecuencia la relación médico-enfermo clásica en la que aquel trabajaba sólo, con una intensa relación afectiva hacia sus pacientes que incluso sustituía los conocimientos, se modifica. El médico sigue siendo el punto de referencia para el paciente, pero ya no trabaja solo. Es más, el resultado asistencial, en términos de salud para el enfermo, ya no depende exclusivamente de los conocimientos y habilidades de su médico, si no de factores ligados al equipo asistencial: a la cualificación de los miembros de ese equipo, a su funcionamiento, a su organización, al estilo de dirección y a otra serie de factores que analizaremos más adelante.

El médico suele y debe seguir siendo el motor del equipo interdisciplinario. El desdibujamiento de este hecho que hemos vivido en la última década supone un grave perjuicio para el enfermo en particular y el sistema en su conjunto. En cuidados sociosanitarios este papel puede asumirlo la enfermera e incluso en casos de cuidados domiciliarios, es el propio paciente o familiar el que ejerce de motor del equipo asistencial (Engelhardt, 1996: 354)

Cuando el médico no asume la función de dirección del equipo asistencial, la relación médico-enfermo se desdibuja. Sustituimos esta relación personal por la del enfermo con un conjunto desordenado de personas que desarrollan su profesión asumiendo, más o menos, las responsabilidades individuales pero sin objetivos de grupo y sin que el enfermo tenga claro quien es su interlocutor. Es la despersonalización de la medicina que tanto daño ha hecho a la asistencia sanitaria pública y el principal motivo de queja de los pacientes.

Algunos médicos justifican esta ausencia de responsabilidad individual argumentando que es el equipo el responsable del enfermo. Confunden el necesario trabajo en equipo para el correcto ejercicio de la medicina moderna, con la dilución de la responsabilidad individual. Esta falta de asunción del papel de director y motor del equipo se contagia al resto del personal, con lo que el resultado es la confusión para el paciente. Ni que decir tiene que este comportamiento, muy frecuente en algunos ámbitos de la Administración Pública, no cabe achacarlo en exclusiva al profesional, sino a los hábitos de aquella que no ha sabido adaptarse a los tiempos y utiliza mecanismos de gestión no adecuados para la dirección de empresas complejas como son las organizaciones sanitarias.

III. EL EQUIPO ASISTENCIAL

En la nueva forma de ejercer la medicina definimos un equipo asistencial interdisciplinario con cinco elementos básicos:

- El médico como director del equipo y como punto de referencia para el paciente; en él confía y por él entra en el sistema.
- Personal sanitario de soporte; ayuda al responsable médico en el proceso de diagnóstico y tratamiento del enfermo y complementa aquellos conocimientos a los que no llega el responsable, de tal forma que al paciente se le ofrezcan siempre las mejores oportunidades. Se trata de personal de laboratorio, médicos consultores, personal técnico de quirófano, de servicios de alta tecnología, etc.
- Personal de cuidados, fundamentalmente personal de enfermería, que tiene la responsabilidad del cuidado del paciente.
- Personal no sanitario: hostelería (alimentación, mantenimiento, limpieza), compras, suministros, administración, etc.
- La institución y su dirección: objetivos fundacionales (asistencia-docencia-investigación; lucro o no lucro; etc.), principios éticos de la institución, estilo de dirección, etc.

Conviene profundizar un poco en la composición, principales cometidos y como regula cada elemento del equipo su comportamiento.

No hay actores principales y secundarios. Todos los elementos del equipo son necesarios para obtener buenos resultados y cada uno debe jugar el papel que tiene asignado con profesionalidad. El mejor cirujano cardiovascular fracasará con su paciente si no cuenta con un buen equipo de personas entrenadas en el quirófano o una reanimación postoperatoria con profesionales expertos, o unos quirófanos bien equipados y con un mantenimiento excelente, etc.

1. El médico como director del equipo asistencial

El paciente confía en un médico la solución de sus problemas de salud. Por lo expuesto anteriormente, este precisa de un equipo que le permita abarcar la amplitud de los conocimientos de la ciencia médica actual, de tal forma, que al paciente se le ofrezcan siempre las mejores oportunidades según el conocimiento de la ciencia médica en cada momento.

Es el médico el que trabaja en equipo, tiene un equipo o se integra en él. Este último no es el responsable directo del paciente. Su función

consiste en dar soporte al médico director del equipo para tratar de forma adecuada al enfermo que ha confiado en él. No hay que confundir la función de «director» que utilizamos aquí para cualquier médico que asume la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento de un paciente, con las funciones de gestión y/o dirección que la institución haya asignado a tal o cual profesional para la gestión de determinado servicio.

El equipo no puede sustituir una relación por naturaleza personal, difícilmente sustituible por otro tipo de relación. A veces se señala como causa de muchos de los problemas de la práctica diaria de la medicina, la pérdida de la figura del antiguo médico de cabecera figura paradigmática de la relación médico-paciente.

Clásicamente los profesionales se han dotado de códigos de conducta que han regulado el ejercicio profesional.

2. Personal sanitario de soporte al responsable médico

El médico precisa de la colaboración de una serie de profesionales que, desde diferentes ámbitos, colaboren con él para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos a su cargo.

Incluimos aquí personal de laboratorios tanto personal técnico como especialistas de las diferentes subespecialidades, personal de servicios de radiodiagnóstico, medicina nuclear y en general, servicios que utilizan tecnologías médicas, personal técnico de quirófano que ayuda al responsable médico en las intervenciones quirúrgicas de sus pacientes y por último aquellos profesionales de otras especialidades que desde su ámbito de conocimientos completan y ayudan al diagnóstico o al tratamiento.

Como los anteriores, estos profesionales suelen regular su comportamiento a través de códigos deontológicos.

3. Personal de cuidados

Se trata, fundamentalmente, del personal de enfermería. Tienen la responsabilidad del cuidado del paciente. Dentro del equipo asistencial ejercen unas funciones propias y otras delegadas por el médico responsable. Tienen relación directa con el enfermo y en muchas ocasiones establecen relaciones de complicidad y confianza con el enfermo que pueden ser de gran utilidad para el conocimiento y tratamiento de la enfermedad.

Como los anteriores, suelen regular su comportamiento a través de códigos deontológicos.

4. Personal no sanitario

Se trata del personal necesario para que la infraestructura de los centros sanitarios funcione. En el caso de los hospitales todos los servicios de hostelería (alimentación, mantenimiento, limpieza, etc), compras y suministros y los servicios administrativos. Como el resto de grupos su papel es imprescindible para la correcta asistencia del paciente, si bien no tienen relación directa con el enfermo. Como grupo profesional no suelen tener códigos que regulen su comportamiento.

5. La institución y su dirección

La labor asistencial de estos equipos se desarrolla en el marco de instituciones cuya titularidad (pública o privada), objetivos fundacionales (asistencia, docencia, investigación), afán de lucro o no, sistema de remuneración, etc., condicionan el comportamiento de los profesionales, el trato a los enfermos y por consiguiente también los resultados en términos de salud para los pacientes.

En el sector sanitario de nuestro país no se han desarrollado códigos de conducta o de comportamiento de las instituciones. No obstante la titularidad pública o la propiedad de determinada orden religiosa, llevan implícitos principios de comportamiento, a veces, incluidos en el objeto social de estas entidades.

Este aspecto es el que desarrollaremos a continuación tanto en lo que se refiere a los propios principios de las instituciones, como a su repercusión sobre los profesionales y por consiguiente en los enfermos.

IV. ÉTICA DE LA ORGANIZACIÓN

1. La empresa sanitaria

La organización sanitaria puede ser considerada como una empresa de servicios, una de cuyas características es que está dotada de personal altamente cualificado, autónomo en sus decisiones clínicas y con un trabajo diario basado en un acto casi artesanal como es la relación individual con cada paciente.

La empresa sanitaria forma parte de una sociedad con la que debe compartir normas de comportamiento y a su vez, contribuir a crear lo que algunos autores llaman ética cívica. Ética cívica como expresión de los valores de la sociedad como la libertad, la igualdad y la solidaridad principios recogidos en la carta de los Derechos Humanos, junto a otros como la tolerancia activa y la no imposición a otros de mi propio modelo (a no ser por el diálogo y el testimonio) en sociedades con democracia liberal (A. Cortina, 1998: 35)

No es posible la ética cívica sin la ética empresarial. Si cada uno de los elementos del sistema no cumple unas reglas, no es posible que el conjunto tenga esta ética cívica a la que debe aspirar una sociedad democrática moderna.

De los cuatro principios de bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, este último es el que traspasa el ámbito de la relación médico-paciente y entra en los aspectos de organización de la actividad asistencial, en el consumo y buen uso de los recursos disponibles y el que es objeto de nuestro comentario.

La actividad empresarial está dirigida a satisfacer las necesidades de un potencial cliente. A partir de un capital y unas personas, a una determinada materia prima se le incorpora un valor añadido fruto de la propia actividad empresarial, con lo que se obtiene un producto dirigido a satisfacer aquellas necesidades.

El único objetivo de la empresa no es ganar dinero como defienden algunos. Es cierto que la empresa que no gana dinero no existe. Pero la empresa crea puestos de trabajo, genera riqueza, ayuda a desarrollar las capacidades de las personas, resuelve problemas y necesidades de sus clientes, está inmersa y forma parte del tejido social, etc. Mucho más que el simple ganar dinero. En este quehacer de la empresa van implícitas obligaciones morales respecto a los trabajadores, a los clientes, a los proveedores, a los accionistas, al entorno, en definitiva respecto a la sociedad en su conjunto.

La gestión empresarial moderna valora cada vez más el papel del trabajador en tanto que persona, con sus capacidades, su creatividad, capacidad de relación, etc. alejándose del modelo de trabajador como mero «productor».

Por otra parte, entre los factores de motivación para el desarrollo del trabajo de cada persona, Juan Antonio Pérez López distingue tres componentes: la motivación extrínseca (reacción del entorno), la motiva-

ción intrínseca (resultados internos) y la motivación trascendente, entendiendo como tal la que nos lleva a actuar por las consecuencias de la acción para otras personas cuyas necesidades se busca satisfacer. Además, a través del trabajo buscamos satisfacer unas necesidades materiales (dimensión económica), desarrollarnos profesionalmente, aprender y aumentar nuestras capacidades (dimensión psicológica) y satisfacer las necesidades de otras personas (dimensión ética del trabajo) (J.A. Pérez López, 1998)

La motivación trascendente y la dimensión ética del trabajo entroncan con el concepto de ética empresarial. La necesidad de hacer bien el trabajo, de hacerlo en equipo en busca de un mejor resultado, de preocuparse por la mejora continua del servicio prestado, siempre con el objetivo último de hacer algo bien hecho y positivo para terceros. En este sentido son valores irrenunciables para cualquier empresa moderna: la calidad de los productos, la calidad de la gestión, la honradez del servicio, el mutuo respeto en las relaciones internas y externas a la empresa, la cooperación por la que conjuntamente aspiramos a la calidad, la solidaridad al alza explotando al máximo las propias capacidades de modo que el conjunto de personas pueda beneficiarse de ellas, la creatividad, la iniciativa y el espíritu de riesgo inherente a toda actividad empresarial.

2. Obligaciones de la institución sanitaria

La institución sanitaria está obligada, por una parte, a velar por los derechos del paciente en tanto que persona y en segundo lugar, a pronunciarse sobre determinados aspectos del funcionamiento de la organización que pueden condicionar los resultados entendidos estos tanto en términos de salud como en términos económicos.

La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), la organización que más centros sanitarios y hospitales acredita en el mundo, entre los requisitos que exige, identifica los derechos de los pacientes y la ética de la organización como uno de los once grupos de estándares que las organizaciones sanitarias deben desarrollar y cumplir (JCAHO, 1995)

Desde nuestro punto de vista el Código de Ética de una organización sanitaria debería contemplar los aspectos que exponemos a continuación, presentados a título enunciativo sin orden jerárquico.

2.1. Respecto a los derechos de los enfermos

En tanto que persona deben respetarse todos los derechos del enfermo. Este, es más que una enfermedad y esta no es más que una circunstancia en la vida del paciente. El papel protagonista que el ciudadano va adquiriendo en los temas de salud hace necesario el desarrollo y garantía del cumplimiento de este capítulo.

- **Seguridad física.** Los centros sanitarios deben responsabilizarse de la integridad y seguridad de las personas que tienen confiadas.
- **Intimidad.** La institución y su personal deben ser especialmente cuidadosos con el respeto a la intimidad de sus pacientes. La desigualdad de la relación sanitaria obliga de forma especial al personal sanitario a velar por el respeto a este principio.
- **Derecho a la información,** a decidir y participar en el proceso diagnóstico y terapéutico.
- **Consentimiento informado,** como expresión de la voluntad libre, informada y consciente mediante la cual el paciente autoriza al médico.
- **Derecho a negarse a participar en estudios, investigaciones o ensayos clínicos.**
- **Confidencialidad.** La gran cantidad de datos personales necesarios para una buena asistencia sanitaria, la incorporación de la informática y en general los medios técnicos disponibles actualmente, hacen especialmente vulnerables los datos privados del enfermo. La institución debe comprometerse a la custodia y buen uso de los datos personales y de los relativos a su salud.
- **Custodia de la historia clínica.** La necesidad de que toda la información del paciente sea registrada, esté siempre a disposición del enfermo y su equipo asistencial, obliga a las instituciones a elaborar y custodiar la historia clínica del paciente.
- **Mantener sus relaciones sociales.** Un enfermo no es un preso. El ingreso en un centro sanitario, ya de por sí traumático y no exento de riesgo, no debe implicar la ruptura con el entorno del paciente. En la medida de lo posible y siempre que así lo desee el enfermo, las instituciones deben facilitar al máximo la relación con la familia, amigos y entorno en general.

2.1. *Respecto a los derechos de los enfermos*

En tanto que persona deben respetarse todos los derechos del enfermo. Este, es más que una enfermedad y esta no es más que una circunstancia en la vida del paciente. El papel protagonista que el ciudadano va adquiriendo en los temas de salud hace necesario el desarrollo y garantía del cumplimiento de este capítulo.

- **Seguridad física.** Los centros sanitarios deben responsabilizarse de la integridad y seguridad de las personas que tienen confiadas.
- **Intimidad.** La institución y su personal deben ser especialmente cuidadosos con el respeto a la intimidad de sus pacientes. La desigualdad de la relación sanitaria obliga de forma especial al personal sanitario a velar por el respeto a este principio.
- **Derecho a la información,** a decidir y participar en el proceso diagnóstico y terapéutico.
- **Consentimiento informado,** como expresión de la voluntad libre, informada y consciente mediante la cual el paciente autoriza al médico.
- **Derecho a negarse a participar en estudios, investigaciones o ensayos clínicos.**
- **Confidencialidad.** La gran cantidad de datos personales necesarios para una buena asistencia sanitaria, la incorporación de la informática y en general los medios técnicos disponibles actualmente, hacen especialmente vulnerables los datos privados del enfermo. La institución debe comprometerse a la custodia y buen uso de los datos personales y de los relativos a su salud.
- **Custodia de la historia clínica.** La necesidad de que toda la información del paciente sea registrada, esté siempre a disposición del enfermo y su equipo asistencial, obliga a las instituciones a elaborar y custodiar la historia clínica del paciente.
- **Mantener sus relaciones sociales.** Un enfermo no es un preso. El ingreso en un centro sanitario, ya de por sí traumático y no exento de riesgo, no debe implicar la ruptura con el entorno del paciente. En la medida de lo posible y siempre que así lo desee el enfermo, las instituciones deben facilitar al máximo la relación con la familia, amigos y entorno en general.

- **Participación de la familia**, si así lo desea el propio paciente, en el proceso de atención de la enfermedad. A diferencia de otros modelos sociales, en el nuestro la familia juega un papel importante, a veces decisivo, en la atención del enfermo.
- **Derecho a realizar «directrices anticipadas»** en el sentido de respetar los deseos del paciente respecto a condiciones previas en el proceso de su atención, expresadas libremente.
- **Derecho a recibir asistencia religiosa** si así lo desea.
- **Derecho a escoger**. Debemos acostumbrarnos a que el enfermo pueda elegir médico, hospital, tratamiento, etc. Las instituciones deben favorecer los mecanismos que permitan al enfermo ejercer este derecho sin condicionamientos.
- **Derecho a morir con dignidad**. Los hospitales deben prestar especial atención al tratamiento y cuidados del final de la vida.

2.2. Respeto a la calidad de la asistencia sanitaria

La institución debe garantizar una asistencia sanitaria adecuada al proceso que sufre el enfermo, de acuerdo con los conocimientos del momento. Para ello las instituciones deberán velar por los siguientes aspectos.

- **Capacitación del personal**. Como la garantía del nivel de conocimientos teóricos (titulaciones) necesarios para el desempeño del puesto y de su actualización a lo largo del tiempo (formación continuada)
- **Competencia del personal**. Entendida como la aplicación correcta, en la práctica diaria, de aquellos conocimientos teóricos y su actualización a lo largo del tiempo.
- **Estándares profesionales**. Como sistema de normalización y definición previa de unos objetivos y/o resultados que disminuyan la variabilidad de la práctica (ofrecer idénticas oportunidades a todos los pacientes), le quiten arte y le pongan rigor y organización a la práctica asistencial y permitan medir sus resultados. En este sentido la elaboración de protocolos, guías de práctica, establecer procedimientos para enfermería, normas de funcionamiento, etc. se han demostrado instrumentos de gran utilidad.

- **Prerrogativas de los profesionales**, mal traducidas como «privilegios», que acotan la capacidad de actuación a la competencia demostrada por el profesional, convenientemente documentada.
- **Instalaciones y equipamiento** del nivel adecuado para la prestación del servicio en condiciones, su mantenimiento y su actualización en el tiempo. En definitiva facilitar los medios de trabajo que necesitan los profesionales para que los resultados de la actividad sean óptimos.
- **Organización**, orientada a resolver los problemas del paciente y a facilitar el trabajo asistencial.
- **Límites de la asistencia**. La institución debe autolimitarse en la atención de aquellos procesos para los que no esté convenientemente preparada, advertir de ello al paciente y facilitarle la solución de su problema.

2.3. Respecto al equipo asistencial

- **Respetar la libertad de actuación del médico** y los profesionales en el marco de los estándares fijados por la comunidad científica y con los medios disponibles.
- **Favorecer el trabajo en equipo**. Algunos trabajos encontraron que la única variable que explicaba los mejores resultados observados entre diferentes unidades de cuidados intensivos, era la mejor relación entre los miembros del equipo y al buen funcionamiento de este.
- **Favorecer las relaciones interpersonales** tanto dentro del propio equipo como con otros profesionales, instituciones y empresas.
- **Favorecer la fidelidad del equipo al paciente y viceversa**. Respetar y favorecer la relación médico-enfermo.

2.4. Respecto a los conflictos de intereses

En la actividad sanitaria se plantean con especial crudeza conflictos entre los intereses del paciente, los del profesional, los de la institución, los de los proveedores y en general de cualquier sujeto activo del sistema. Trataremos de forma enunciativa, que no exhaustiva, de algunos de

ellos. En cualquier caso las instituciones sanitarias deben reflexionar y pronunciarse también sobre estos aspectos.

- **Técnicos.** Los centros deben regular la existencia de médicos y otros profesionales en formación. Hay que hacer compatible la necesaria función docente de los centros sanitarios con la correcta asistencia al enfermo. La excesiva delegación de funciones, la falta de la conveniente supervisión, etc., pueden llevar a ofrecer al enfermo una asistencia de menor nivel.

Por otra parte, los centros deben ofrecer la mejor técnica posible de eficacia demostrada según los conocimientos científicos del momento, evitando que por desconocimiento del profesional o falta de habilidad suficientes, el enfermo sea sometido a intervenciones o procedimientos de menor eficacia o seguridad.

- **Económicos.** El sistema de pago o económico en el que se realiza la actividad puede condicionarla. Así los sistemas ultraliberales generan actividad innecesaria, el llamado «peloteo de enfermos» que son enviados de uno a otro especialista, más o menos agrupados y previamente de acuerdo, con el único objetivo de facturar más. Cuando el sistema de pago es por acto existe la tendencia a realizar más actividad (cirugía, visitas, exploraciones complementarias innecesarias) Mientras que cuando la remuneración es fija disminuye la productividad y se generan listas de espera, con el consiguiente perjuicio para el enfermo. La peligrosa incentivación por disminuir el gasto (riesgo de infrautilizar los medios necesarios para el diagnóstico o tratamiento) sin tener en cuenta criterios clínicos objetivos.

El «tarugo» (comisión) de los laboratorios farmacéuticos por consumo de sus productos. Las comisiones en las prótesis, lentes intraoculares, válvulas cardíacas y otros implantes, las comisiones en la compra de bienes de equipo, las cada vez más sofisticadas «ayudas a la formación y a la investigación» (cursos, congresos, pseudotrabajos de investigación) que los profesionales reciben fuera del circuito de la institución y de forma opaca. Hay poca conciencia en el sector de que es una práctica fraudulenta que condiciona la labor clínica, influye en los resultados de la actividad y estropea o vicia la relación médico-enfermo.

- **Asistencia-docencia-investigación.** La mayor parte de las instituciones sanitarias tienen, en mayor o menor medida, esta triada de objetivos. El equilibrio entre ellos debe resolverlo cada

ellos. En cualquier caso las instituciones sanitarias deben reflexionar y pronunciarse también sobre estos aspectos.

- **Técnicos.** Los centros deben regular la existencia de médicos y otros profesionales en formación. Hay que hacer compatible la necesaria función docente de los centros sanitarios con la correcta asistencia al enfermo. La excesiva delegación de funciones, la falta de la conveniente supervisión, etc., pueden llevar a ofrecer al enfermo una asistencia de menor nivel.

Por otra parte, los centros deben ofrecer la mejor técnica posible de eficacia demostrada según los conocimientos científicos del momento, evitando que por desconocimiento del profesional o falta de habilidad suficientes, el enfermo sea sometido a intervenciones o procedimientos de menor eficacia o seguridad.

- **Económicos.** El sistema de pago o económico en el que se realiza la actividad puede condicionarla. Así los sistemas ultraliberales generan actividad innecesaria, el llamado «peloteo de enfermos» que son enviados de uno a otro especialista, más o menos agrupados y previamente de acuerdo, con el único objetivo de facturar más. Cuando el sistema de pago es por acto existe la tendencia a realizar más actividad (cirugía, visitas, exploraciones complementarias innecesarias) Mientras que cuando la remuneración es fija disminuye la productividad y se generan listas de espera, con el consiguiente perjuicio para el enfermo. La peligrosa incentivación por disminuir el gasto (riesgo de infrautilizar los medios necesarios para el diagnóstico o tratamiento) sin tener en cuenta criterios clínicos objetivos.

El «tarugo» (comisión) de los laboratorios farmacéuticos por consumo de sus productos. Las comisiones en las prótesis, lentes intraoculares, válvulas cardíacas y otros implantes, las comisiones en la compra de bienes de equipo, las cada vez más sofisticadas «ayudas a la formación y a la investigación» (cursos, congresos, pseudotrabajos de investigación) que los profesionales reciben fuera del circuito de la institución y de forma opaca. Hay poca conciencia en el sector de que es una práctica fraudulenta que condiciona la labor clínica, influye en los resultados de la actividad y estropea o vicia la relación médico-enfermo.

- **Asistencia-docencia-investigación.** La mayor parte de las instituciones sanitarias tienen, en mayor o menor medida, esta triada de objetivos. El equilibrio entre ellos debe resolverlo cada

centro según sus características. La experiencia demuestra que no siempre se resuelven a favor del enfermo.

- **Futilidad.** Entendida como la utilización de tratamientos que se han demostrado no útiles. El debate surge en USA cuando desde planteamientos más solidarios (principio de justicia) y/o políticas de contención de costes, se cuestionan actuaciones médicas y por tanto, se amenazan los honorarios profesionales en un sistema liberal como el americano. A pesar de la distancia, de la diferencia de sistema sanitario y de valores, las instituciones sanitarias de nuestro país deben pronunciarse al respecto, si bien y en nuestra opinión, teniendo en cuenta criterios profesionales y principios de bioética. El coste no es, hoy por hoy, en la mayoría de los casos, el principal aspecto a considerar y nuestro sistema puede permitirse y debe anteponer estos criterios y principios a los aspectos de coste.

Otros temas que desarrollan los Códigos de Etica en el mundo empresarial son: situaciones que requieren una aprobación previa de la dirección, información confidencial, relación con los clientes, relaciones con proveedores y contratistas, pagos indebidos y sobornos, contribuciones a campañas políticas, relaciones con funcionarios públicos y políticos, respeto por las leyes, políticas de adecuación a legislación antimonopolio, uso debido de recursos de la empresa, relaciones con la competencia, actividades internacionales, calidad de los productos y servicios, relaciones entre los empleados, contratación de agentes y representantes, relaciones con la comunidad, seguridad laboral, respeto por las minorías, protección de la información de los proveedores y competidores.

La implantación de Códigos de Etica en nuestras instituciones sanitarias ayudará a formar el entramado de ética cívica que antes mencionábamos. Un sector tan importante como el de la asistencia sanitaria, que trata a personas vulnerables (enfermos), que crea muchos puestos de trabajo, que genera riqueza y que utiliza un gran volumen de recursos, no debe quedar al margen en el proceso de modernización de nuestra vida social.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- ANUARIO EL PAIS 1999, pág 400.
- CORTINA, A.: *Ética de la Empresa. Claves para una nueva cultura empresarial*, Madrid, ed. Trotta, 1998.
- DEVER GEA: *An epidemiological model for health policy analysis*. Soc Ind Res 2: 465, 1976.
- ENGELHARDT jr, H. TRISTRAM: *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, 1996.
- PÉREZ LÓPEZ, J. A.: *Lidrazgo y ética en la dirección de empresas: la nueva empresa del siglo XXI*, Bilbao, ed. Deusto, 1998.
- JCAHO: *Manual de Acreditación para Hospitales 1996*, Barcelona, SG Editores, 1995)
- TIERNEY, E. P.: *Ética Empresarial. Guía para directivos*, Madrid, de. Griker Asociados, 1998.
- DE MICHELE, R.: *Los Códigos de Ética en las Empresas*, Buenos Aires, ed. Granica, 1998.
- GELINIER, O.: *Ética de los negocios*, México, ed. Limusa, 1994.
- LOZANO I SOLER, J. M.: *Una qüestió controvertida: ètica i gestió*, Papers ESADE n° 80, Barcelona, 1992.
- LOZANO I SOLER, J. M.: *Ètica de les Organitzacions o Ètica en les Organitzacions: ¿Contradicció o Joc de Paraules?*, Papers ESADE n° 96, Barcelona, 1993.

Cuestiones bioéticas en la economía de la salud y la gestión hospitalaria

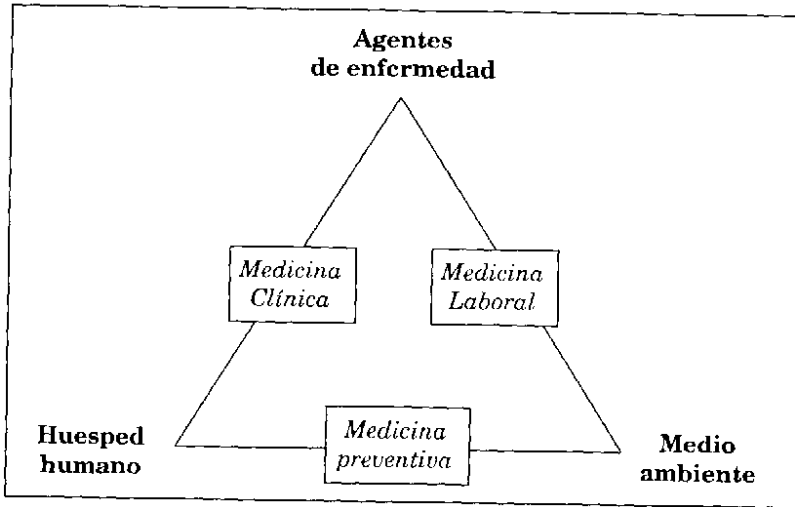
Miguel Ángel Asenjo

I. INTRODUCCIÓN

Los hospitales, además de consumir más del 60% del gasto sanitario (en España el 62,5% de los más de cuatro billones de pesetas que anualmente gastamos en sanidad) y en consecuencia ser los que más afectan a la economía sanitaria, son a su vez los que más noticias de prensa producen y, en consecuencia, son las instituciones sanitarias por las que más se interesa la opinión pública y que más condicionan el sistema sanitario.

En efecto, los hospitales son las últimas instituciones a las que se puede recurrir para recuperar la salud disminuida y la salud ha sido definida por la OMS como *el completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad*. Nos debemos preguntar seguidamente ¿y por qué se puede enfermar? La respuesta es que por la interacción de tres factores que son: agentes causantes de enfermedad, estado del huésped humano y medio ambiente. Los agentes causantes de enfermedad se pueden agrupar en: físicos, químicos y biológicos; el huésped humano está condicionado por la herencia, la edad, el sexo, la raza y los hábitos y finalmente el ambiente puede influir favorable o desfavorablemente según sus características físicas, biológicas y psicosociolaborales. La interacción entre agentes de enfermedad y huésped humano constituye la medicina clínica o asistencial, la que se produce entre el huésped humano y el medio ambiente es la preventiva y la resultante del medio ambiente y los agentes de enfermedad corresponde a la medicina laboral (Ver figura 1).

Figura 1
Triángulo morbigenético



En consecuencia lo más inteligente por efectivo y barato, es *promocionar* la salud por medio de la educación sanitaria, *prevenir* la enfermedad que ya requiere ciertas técnicas y exige el diagnóstico precoz y finalmente *evitar las secuelas* para lo que en muchos casos será precisa la hospitalización. Efectivamente, no podemos dejar de tratar la bronquitis crónica ni el ictus pero sería mejor prevenirlos no fumando o cuidando la hipertensión arterial, respectivamente. Al mismo tiempo debemos transmitir los conocimientos por medio de la *enseñanza* y adquirir otros nuevos, *investigando*. En definitiva, hay que promocionar la salud, prevenir la enfermedad, evitar las secuelas, enseñar e investigar. Todo ello ordenado, forma un sistema sanitario.

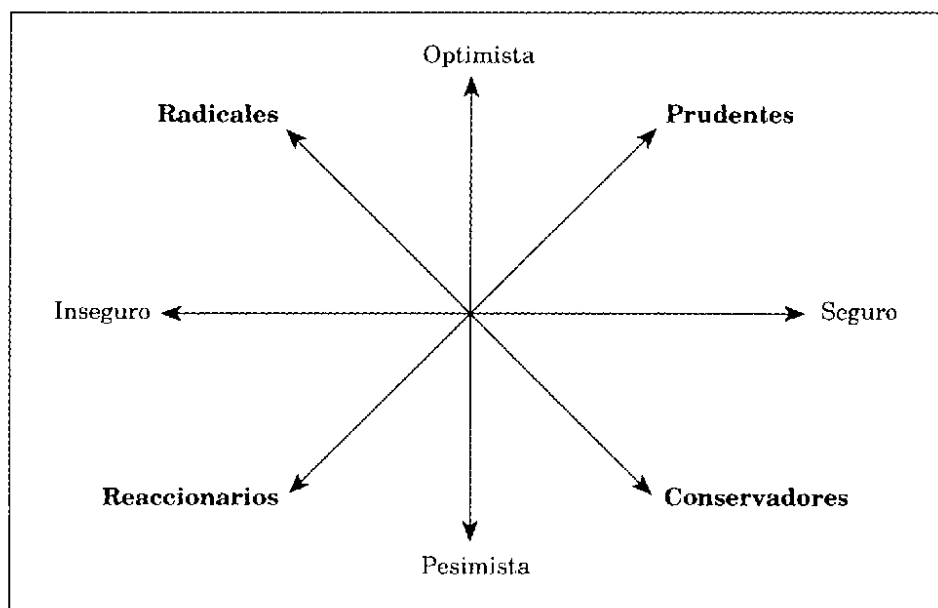
II. SISTEMAS HOSPITALARIOS EFICIENTES

1. Generalidades

Para disponer de un buen sistema sanitario es necesaria una correcta planificación, organización, dirección, coordinación y evaluación teniendo muy presentes las características individuales de las personas por cuanto que el hospital es la institución de máxima interacción social y se ve muy influida por la personalidad de cada uno y las personas en sus extremos pueden ser optimistas o pesimistas y seguras o inseguras; de la intersección de las líneas que unen estos extremos resultan cuatro

cuadrantes que en el delimitado por optimistas-seguros están las personas *prudentes*, abiertas al diálogo, que escuchan, que aceptan los acontecimientos y asumen las responsabilidades, utilizan los consejos y deciden en consecuencia, su edad cronológica, con múltiples excepciones, se sitúa entre los 35 y 55 años; en el cuadrante delimitado por seguros-pesimistas están los *conservadores* que viven más de recuerdos que de ilusiones y generalmente son los de mayor edad; en el área delimitada por optimistas-inseguros se colocan los *radicales*, para ellos todo es blanco o negro, sí o no, no existen matices y generalmente no han cumplido los 30 años. Finalmente, a cualquier edad, aparece el *reaccionario* para el que todos y todo es deficiente y es el resultado del pesimista-inseguro (Ver figura 2).

Figura 2
Personalidad general



Por otra parte, frases como *la salud no tiene precio* han dejado de escucharse o se pronuncian con menor frecuencia y convicción, ya que se sabe que la salud debido a una serie de circunstancias irreversibles tiene un coste elevadísimo que alguien debe abonar: bien el que utiliza los servicios en el momento de hacerlo o bien entre todos previamente, por medio de cuotas o impuestos.

Dentro de los países democráticos desarrollados, existen modelos sanitarios de todo tipo siendo en cuanto a la financiación, extremos que se ponen como ejemplo los correspondientes por un lado a Estados Unidos de Norteamérica y por otro a Inglaterra. El primero, de financiación fundamentalmente privada, consume más del 13% del Producto Interior Bruto (PIB) nacional y supera las 350.000 Ptas. por ciudadano y año y el segundo de financiación pública protege a todos los ciudadanos siendo el primer país democrático que, desde 1947, dispone de un Servicio Nacional de Salud que actualmente consume el 7% del Producto Interior Bruto (PIB) con unas 150.000 Ptas. por individuo y año. Ambos limitan implícitamente el consumo ya que el modelo de Estados Unidos frena su utilización por medio del precio y el de Inglaterra a través de las listas de espera. Ambos frenos crean insatisfacción, por lo que al tratar de corregirlos, el primero fomentando el estímulo al pleno empleo y el segundo introduciendo la competencia y el copago en la gestión de los servicios sanitarios acortan la distancia que les separa en esta cuestión.

¿Cómo se explica por otra parte que en Japón, donde no se hacen trasplantes de órganos, la esperanza de vida, es decir el número de años que por término medio vive una persona, sea la más alto del mundo si además ocurre que el número de médicos por 1.000 habitantes es la mitad que en Alemania o que en Francia y que el gasto en sanidad apenas es un poco superior a la mitad que en Estados Unidos de Norteamérica? Estamos ante una aparente paradoja que no es tal, ya que el hecho tiene una fácil explicación por cuanto que, en los países desarrollados la salud de sus ciudadanos está condicionada por cuatro factores, de los que el primero es la *herencia* que influye en un 27%, el segundo es el *entorno* en que vivimos y representa el 19%, el tercer factor es el *estilo de vida* individual que aporta un 43% y en cuarto lugar está el *sistema sanitario* que aporta el 11% restante, mientras que él solo consume el 90% de los recursos empleados en salud. Para mejorar el estilo de vida apenas se utiliza el 1,5% de los recursos. Para el entorno el 1,6% y el 6,9% restante se aplica a los problemas de la herencia. En definitiva, el factor que menos influye para alargar la esperanza de vida que es el sistema sanitario con un 11% es el que más recursos consume con un 90%. (Ver figura 3).

Como consecuencia de ello cada país ha resuelto sus problemas sanitarios como le ha parecido conveniente ignorando lo que han hecho sus vecinos, de tal forma que existen en el mundo cincuenta y siete confusas variaciones de impuestos, seguros sociales, cargos a los pacien-

tes, seguros privados, hospitales públicos y privados, médicos que trabajan para ellos, trabajan en ello o, incluso, tienen sus propias clínicas. En todo caso, lo verdaderamente importante para conseguir un sistema sanitario correcto es implicar en su planificación, desarrollo y gestión a los cuatro grupos fundamentales a quienes afectan sus consecuencias y de ellos y en primer lugar a los *enfermos*, hace años llamados pacientes ya que el acto médico consistía en el imperativo: ¡desnúdese, tumbese, cállese, haga lo que le decimos y le curaremos!, (prototipo de medicina paternalista) luego pasaron a usuarios (podían protestar si no estaban satisfechos pero no podían elegir) y hoy se tiende a que sean clientes (si no les gusta el servicio pueden elegir otro) el segundo grupo lo forman los *suministradores de salud*, es decir los profesionales sanitarios principalmente los médicos y cuya satisfacción es importante para la de los usuarios-clientes; el tercer grupo está formado por los *políticos*, tanto en el gobierno como en la oposición, o por los *accionistas* si es un hospital privado, y en cuarto lugar los *administradores* (gerentes, directores, jefes y supervisores), tal como aparece en la figura 4. Los intereses de estos grupos condicionan el sistema hospitalario, que a su vez condiciona el modelo sanitario.

Figura 3
Determinantes de la salud y gasto

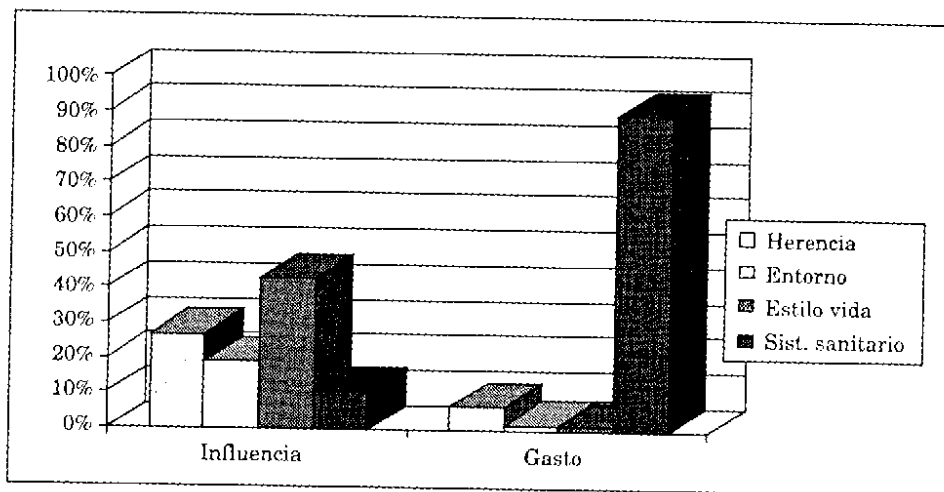
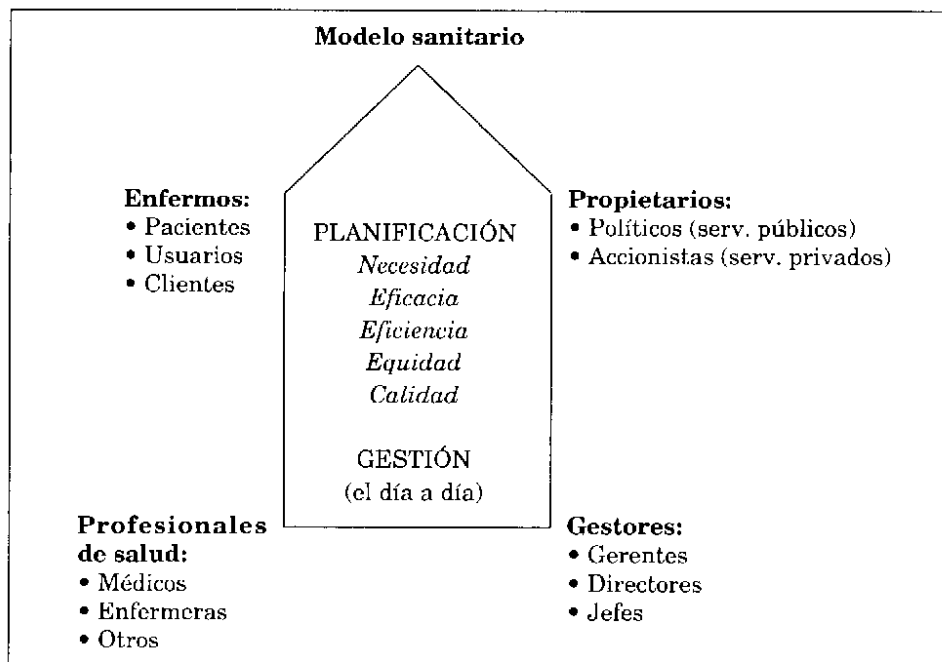


Figura 4
Determinantes del modelo sanitario



2. Características hospitalarias

Las características más apreciadas de los hospitales en los países desarrollados, además de la eficacia y la calidad, son la equidad y la eficiencia. Por medio de la equidad, se consigue que a la misma necesidad se ofrezca similar recurso cuya primera condición es la accesibilidad de todos por igual característica que debe cumplir a rajatabla el hospital público y con la eficiencia que seguro cumplen los privados se logra que lo que se programa se obtiene con el menor consumo de recursos y cuyo resultado se expresa por un cociente entre lo realizado y los recursos consumidos. Las características específicas de la empresa hospitalaria son las siguientes:

1ª Es una empresa de servicios cuyo principal recurso es el personal del que la mayoría es titulado o diplomado universitario lo que implica que la dirección ha de ser por persuasión objetivando las decisiones.

2ª Se financia por presupuesto lo que exige una rigurosa planificación. La planificación hospitalaria es una actividad muy técnica que

requiere preparación y metodología científica, ya que cuando la contrapartida por los servicios prestados es de tipo presupuestario se tiende a disminuir la actividad, si el abono es por acto médico estimula a hacer más actos, si se paga por estancia ésta se alarga y si es por caso se seleccionan los más rentables.

3ª Está muy regulado legalmente tanto en los derechos y obligaciones de los usuarios, como en el de los profesionales, gestores y propietarios.

4ª A la vez que lugar de máxima interacción humana con fines asistenciales, el hospital es una escuela, un centro de investigación y un hotel, cuyos clientes inválidos por sí, permanecen habitualmente en la habitación excepto si en ellos se realizan exploraciones especializadas o intervenciones quirúrgicas que además hay que acompañar.

5ª En general, con la universalización del derecho a la asistencia, es una empresa pública o al menos de interés público que además de la eficacia y calidad debe cuidar específicamente la eficiencia y la equidad.

6ª Las decisiones más importantes para los usuarios y para el prestigio del hospital, son las que toman los médicos y enfermeras en el acto asistencial. Dichas decisiones, sin intervención jerárquica inmediata, suponen en el hospital público una compra en un mercado prácticamente ilimitado con crecimiento exponencial, que consumen los enfermos, compran los médicos y paga un tercero. Esta relación de tan curioso mercado condiciona el modelo. En consecuencia, los médicos y también las enfermeras, son los auténticos gestores de los servicios prestados por el hospital, tanto en su efectividad (mejora de la salud) como en su eficiencia (al menor coste). También la calidad, que como en la enseñanza no se almacena para luego distribuirla sino que es simultánea al acto asistencial, es patrimonio en lo fundamental, de los médicos y de las enfermeras. Persuadir de que su acción sea favorable al enfermo y al hospital es una de las tareas fundamentales del gestor hospitalario.

Por todo ello, el sistema sanitario debe objetivar su acción para que los grupos implicados, anteriormente citados, puedan decidir con prudencia y rigor. Hay que demostrar para justificar el gasto y dar respuesta a la opinión pública que dentro del sistema sanitario eficiente los hospitales están bien planificados y bien gestionados.

3. *Planificación hospitalaria*

La planificación como previsión anticipada de un acontecimiento, necesita respuesta a los conceptos de: necesidad, eficacia, eficiencia, equidad y calidad. Debemos saber si los hospitales son:

- a) *Necesarios*. ¿Cuántos necesitamos?
- b) *Eficaces*. Con los que tenemos ¿qué podemos hacer?
- c) *Eficientes*. Lo que hacemos ¿a qué coste lo debemos hacer?
- d) *Equitativos*. Los públicos que tenemos para todos por igual
- e) *De calidad*. ¿Qué asistencia debemos ofrecer? y
- f) *Bien gestionados*. ¿Qué hacer para conseguir todo lo anterior?

a) *Necesidad*

La unidad de medida será la cama hospitalaria que por si misma no define la actividad pero la condiciona, ya que el número de enfermos que pueden ingresar en un hospital influye en el resto de actividad y es directamente proporcional al número de camas c , y a la ocupación de las mismas io y es inversamente proporcional al número de días que permanezca ingresado cada enfermo y que se denomina estancia media em de lo que se deduce que el número de camas es directamente proporcional al número de enfermos ingresados e y al número de días que permanezcan ingresados em y es inversamente proporcional a la ocupación y al tiempo considerado tal como expresa la siguiente relación matemática que esquematiza la figura 5.

Si el resultado de la aplicación de la citada relación matemática es superior o inferior a las camas ya existentes, esa es la cantidad exacta de las camas hospitalarias que sobran o faltan, respectivamente, y que determinan la frecuentación hospitalaria, que es el número de ingresos por mil habitantes en un año, condicionada por la oferta y la demanda y en la que influyen doce factores siendo los cuatro fundamentales la edad, la disponibilidad de servicios, el sistema de pago y la cultura de la población.

Los doce factores que condicionan la frecuentación, ordenados por su importancia, son los siguientes:

7. *Hospitales privados*. Los hospitales privados tienen, por lo general, estancias más cortas, y son de particular importancia para el desarrollo sanitario.

8. *Hospitales universitarios con programas docentes*. Estos hospitales tienden a alargar la estancia y con ello condicionan el número de camas.

9. *Funcionamiento de los servicios centrales*. La rapidez en la entrega de resultados: radiografías o de laboratorio cuando su demanda es correcta repercute en la duración de la estancia. En definitiva, un hospital dispone de servicios clínicos (camas), servicios centrales (colaboran con los clínicos) y servicios generales (hostelería).

10. *Provisión de médicos*. Según que el número de médicos en ejercicio sea alto, medio o bajo condiciona la utilización hospitalaria.

11. *Vivienda y compañía familiar*. Si la vivienda es adecuada y el enfermo puede ser atendido por familiares, acorta la estancia y con ello el número de camas.

12. *Organización interna*. Si la estructura funcional es correcta mejora el rendimiento de camas y reduce su número para similares ingresos.

b) *Eficacia*

La segunda característica de los modelos sanitarios eficientes es la de la eficacia que mide la capacidad de las instituciones para dar servicio en condiciones ordinarias y es directamente proporcional para hospitalización, al número de camas y a la ocupación e inversamente proporcional a la estancia media sobre la que influyen veintitrés factores de los que diez la alargan, ocho la acortan y cinco son variables.

Son factores que aumentan la estancia media los *diez* siguientes: un mayor número de camas, un número más elevado de facultativos, un índice de mortalidad más alto, mayor número de enfermos por facultativo, entrada de nuevos Residentes, mayor antigüedad en la especialidad, existencia de programa docente, mayor dotación en investigación, mayor porcentaje de ingresos de urgencia y peor estado socioeconómico de la población.

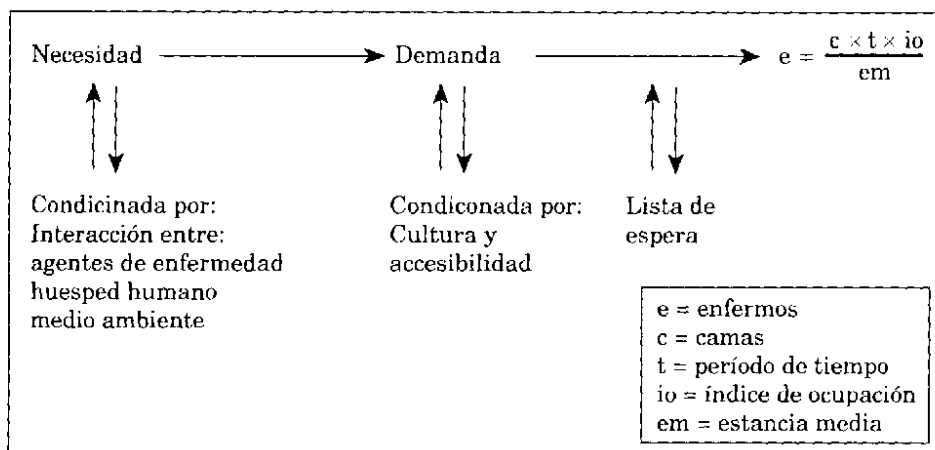
Son factores que disminuyen la estancia media los *ocho* que a continuación se exponen: baja dotación de camas, mayor demanda, mejor acceso a hospitales de crónicos, elevado número de personal no

médico, la protocolización en enfermería, mayor actividad en consultas externas, control más estricto sobre las estancias y mejor dotación tecnológica.

Son factores variables los *cinco* siguientes: preferencias culturales de los usuarios, tipo de diagnóstico, juicio clínico y hábitos médicos, día de la semana del ingreso y estilo administrativo de los centros.

El esquema de la eficacia se resume en la siguiente figura 6.

Figura 6
Fórmula para calcular la eficacia



Cuanto mayor sea el número de camas y el índice de ocupación y menor sea la estancia media, mayor será el número de enfermos hospitalizados los cuales a su vez condicionan la actividad en urgencias, en consultas externas y en los servicios centrales. Los quirófanos y el hospital de día aunque afectados por la actividad descrita necesitan programación aparte, dadas las nuevas formas de actividad asistencial.

El número de ingresos posibles se concreta en la siguiente fórmula:

$$e = \frac{c \times t \times io}{em}$$

Además de la función asistencial, al hospital se le exigen objetivos docentes e investigadores. Conviene señalar, no obstante, que el hospital y más concretamente el universitario, como centro de máximo nivel,

presenta importantes lagunas para la formación del médico general tales como:

- La excesiva especialización y facilidad de utilización de, prácticamente, todos los medios asistenciales.
- Excesivo acento de la asistencia en el individuo, con olvido de la colectividad.
- La complejidad y escasa representatividad de la patología regional, especialmente la de los enfermos hospitalizados (apenas se producen un 10% de hospitalizaciones mientras que se acude al médico cinco veces por año como media general) por lo que es necesario, tal como hace tiempo aconseja la OMS, aprovechar:
 - los centros de asistencia primaria
 - los cuidados domiciliarios
 - los servicios de consultas externas
 - los de urgencias y
 - la colaboración con los médicos de familia, facilitada esta última, sobre todo, por la Regionalización Hospitalaria y Sanitaria que permite la fácil y obligada estancia de médicos y estudiantes entre unos escalones y otros de la Red Hospitalaria, con aprovechamiento de todos los recursos sanitarios de la región o área sanitaria.

Es preciso, además, coordinar los dos factores casi antagónicos de la docencia:

- Mínima molestia para el enfermo, ya de por sí molesto con su enfermedad y
- La adquisición de suficiente experiencia práctica.

Para la formación de enfermeras y resto de profesionales sanitarios, también se hace imprescindible el hospital. Los objetivos investigadores estarán más o menos desarrollados según sea el ámbito y nivel del hospital.

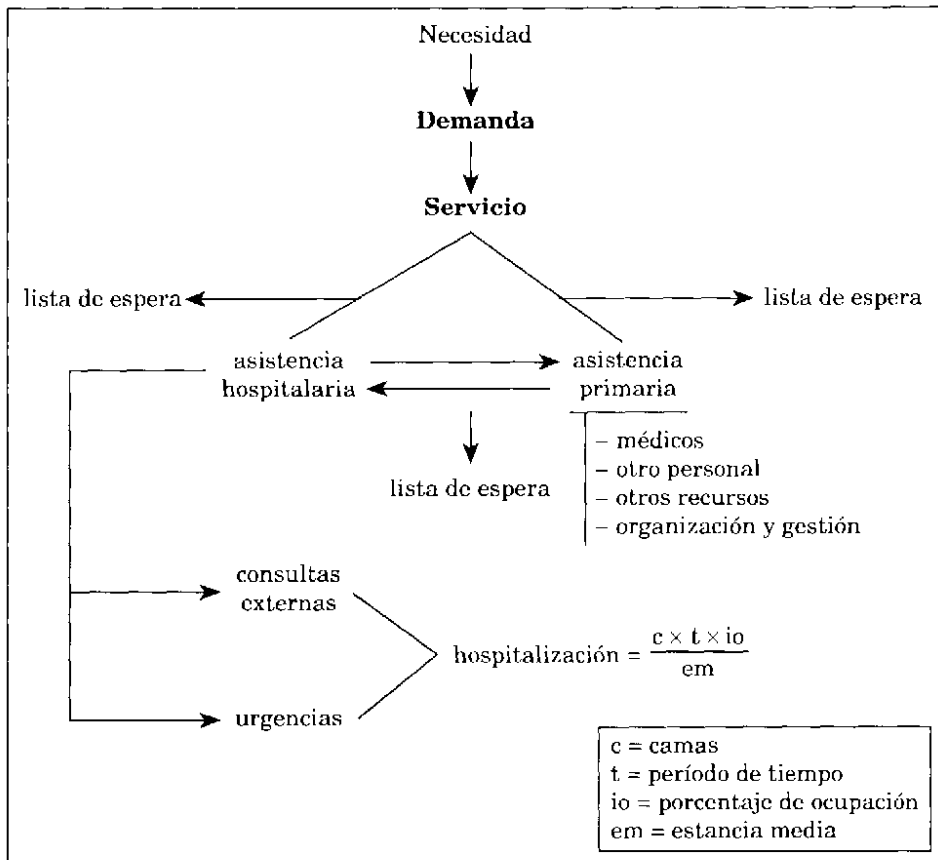
Si el hospital consigue los objetivos asistenciales, docentes e investigadores así descritos será efectivo ya que la efectividad es lo realmente conseguido. La eficacia, como hemos descrito, es lo que puede conseguir en condiciones ordinarias y es lo que se planifica y programa. Los resultados por el contrario se comprueban.

En consecuencia, nuestras camas hospitalarias producirán el máximo de ingresos cuanto mayor sea la ocupación (io) y menor la estancia media (em).

Establecida previamente la ocupación y la estancia media y conocido el número de camas disponibles, podemos planificar el número de enfermos que hospitalizaremos. Como además sabemos el porcentaje de ingresos procedentes de urgencias y consultas externas podemos prever la actividad de urgencias y de consultas externas y con ello la eficacia (planificación como previsión anticipada de un acontecimiento).

En consecuencia, el esquema anterior se transforma en el siguiente que esquematizo en la figura 7.

Figura 7
Diagrama de la eficacia



c) *Eficiencia*

Es la tercera característica de los buenos hospitales que condiciona los modelos sanitarios y consiste en obtener metas, definidas por objetivos cuantificados, fechados y asignado el responsable de conseguirlos, al menor coste posible con adecuada calidad. La eficiencia se expresa matemáticamente por medio de un quebrado en el que en el numerador figura la actividad y en el denominador el gasto. El resultado expresa el gasto por actividad o coste.

Podemos afirmar que el gasto más cuantioso de un hospital es el pago de la nómina del personal resultante de multiplicar el salario de cada persona por el número de ellas y que representa la mayor proporción del gasto hospitalario, lo que obliga a calcular, lo más científicamente posible, la plantilla de personal (número, categoría y niveles) y su salario el cual a su vez conviene relacionar con los resultados obtenidos. En efecto, cuando el sueldo está estrechamente relacionado con los resultados, produce un hospital muy competitivo, eficiente y probablemente tenso. Cuando el salario no guarda relación con el resultado, el hospital suele ser menos eficiente, más sosegado y tranquilo, pero cuando el conflicto aparece generalmente es más profundo. También la holgura del abanico salarial contribuye a la competitividad y por ello a la eficiencia. Adecuada relación entre resultados y salario y determinada amplitud del abanico salarial favorecen una mayor competitividad y eficiencia, aún a costa de una mayor tensión.

Muy sintéticamente podemos decir que la eficiencia consiste en obtener la actividad, deducida de la eficacia con el menor gasto posible. Se obtendría al aplicar la siguiente ecuación (Figura 8).

Figura 8

Fórmula de la eficiencia

$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{Actividad (eficacia)}}{\text{Gasto}}$$

La actividad vendría establecida por la eficacia calculada según se ha expresado anteriormente y en el gasto consideraríamos dos grandes epígrafes: las compras y los gastos de personal.

En las compras aparecerían: medicamentos, alimentación, suministros, comunicaciones, conservación y mantenimiento.

En los gastos de personal debemos considerar el número de personal (tiempo necesario para la asistencia dividido por el tiempo trabajado por cada persona) y el sueldo de cada persona a los que añadiremos los gastos sociales.

El esquema para el cálculo de la plantilla es el siguiente (Tabla 1):

Tabla 1
Información para cálculo de plantilla

TIPO DE ACTIVIDAD	Tiempo necesario para cada actividad (1)	Número de actividades (2)	Tiempo necesario 1 x 2
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas Externas • Urgencias • Hospitalización • Actividad quirúrgica • Servicios centrales • Especialidad concreta y así todas las actividades que desarrolle el hospital • Cuanto más se descomponga, mejor planificado estará el hospital • Otras actividades 			
TOTALES			

El tiempo trabajado será aquel por el que la persona ha sido contratada y, en consecuencia, el personal necesario sería el resultado del siguiente cociente:

$$PN = \frac{TTN}{TIT}$$

En el que:

PN = personal necesario

TTN = tiempo total necesario

TIT = tiempo individual trabajado

Agrupando las funciones afines y asignándolas a personas a las que a su vez se les aplica un salario, obtendremos los gastos de personal a los que añadimos los gastos por seguros sociales.

En los gastos de personal debemos considerar el número de personal (tiempo necesario para la asistencia dividido por el tiempo trabajado por cada persona) y el sueldo de cada persona a los que añadiremos los gastos sociales.

El esquema para el cálculo de la plantilla es el siguiente (Tabla 1):

Tabla 1
Información para cálculo de plantilla

TIPO DE ACTIVIDAD	Tiempo necesario para cada actividad (1)	Número de actividades (2)	Tiempo necesario 1 x 2
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas Externas • Urgencias • Hospitalización • Actividad quirúrgica • Servicios centrales • Especialidad concreta y así todas las actividades que desarrolle el hospital • Cuanto más se descomponga, mejor planificado estará el hospital • Otras actividades 			
TOTALES			

El tiempo trabajado será aquel por el que la persona ha sido contratada y, en consecuencia, el personal necesario sería el resultado del siguiente cociente:

$$PN = \frac{TTN}{TIT}$$

En el que:

PN = personal necesario

TTN = tiempo total necesario

TIT = tiempo individual trabajado

Agrupando las funciones afines y asignándolas a personas a las que a su vez se les aplica un salario, obtendremos los gastos de personal a los que añadimos los gastos por seguros sociales.

Finalmente, la eficiencia se expresaría así:

$$E = \frac{A}{GC + GP}$$

En la que:

E = eficiencia

A = actividad

GC = gastos de compras

GP = gastos de personal

Conviene cuidar mucho el ambiente y entorno laboral, ya que un puesto de trabajo es motivante si además de estar retribuido con un salario justo, su desempeño *es autónomo, variado, tiene retos a alcanzar, permite tomar decisiones, resolver problemas, aprender y progresar, es un trabajo en equipo y posee respeto y ayuda mutuos.*

La política de personal es la clave del éxito o fracaso de un hospital y condiciona su eficiencia.

d) Equidad

La equidad se cumple cuando a la misma necesidad se ofrece similar recurso. La condición fundamental para ello es la accesibilidad que se ve facilitada por el adecuado aprovechamiento de los recursos existentes para lo que se necesita máximo índice de ocupación (io) y mínima permanencia en el hospital (em). Es lamentable que hospitales generales con lista de espera tengan bajos índices de ocupación probablemente por mala distribución de camas y sobre todo promedio de estancia alto. Ambas circunstancias juntas, garantizan una larga, siempre molesta, e injusta lista de espera.

Para objetivar la equidad es conveniente realizar estudios de adecuación de ingresos y estancias, aplicando el correspondiente protocolo, con participación de los propios clínicos y correcto análisis de las listas de espera así como de los rendimientos de las personas y los Servicios. Los buenos resultados deben ser reconocidos y recompensados.

Para que el hospital sea accesible es necesario que existan camas disponibles aprovechando correctamente las existentes y además que esté situado en un lugar cuya distancia, medida en tiempo no en kilómetros, sea adecuada para la población que se desplaza con los

medios habituales de locomoción. Para poder cumplir con esta característica de proximidad y aprovechar al máximo lo disponible, teniendo en cuenta que no todos los hospitales pueden disponer de todo, se regionalizan, se jerarquizan y se sectorizan, que es una técnica de planificación sanitaria ampliamente extendida.

La accesibilidad tiene un importante componente cultural. Las poblaciones cultas, ricas y viejas tienen una alta esperanza de vida, padecen de enfermedades degenerativas, consumen más recursos, tienen estancias medias más largas, precisan más camas hospitalarias y utilizan más las existentes. En las poblaciones incultas, pobres y jóvenes ocurre lo contrario. La equidad, en consecuencia, debe ser económica, cultural, jurídica y física. Se inicia por la cultural, continúa con la económica, se iguala con la jurídica y se concreta en la física, que es el hecho de ingresar.

En todo caso, cuando a la misma necesidad se ofrece similar recurso se está cumpliendo con la ineludible obligación de la equidad que, junto con la eficiencia, son las dos características básicas de los buenos sistemas hospitalarios públicos, pero cuya característica no es tan importante en los privados ya que la equidad es anterior a la asistencia y probablemente empieza por el empleo. Si se garantiza empleo no es tan necesario garantizar seguridad o pensión y mucho menos ambas, las que a su vez están condicionadas por el primero.

En la siguiente tabla 2 se esquematiza el proceso de evaluación de la equidad.

Por medio del índice de ocupación, estancia media y rendimiento conseguimos la equidad funcional y deducimos la utilización correcta del hospital que, a su vez, condiciona la equidad física.

e) Calidad

La calidad y el precio son los dos factores que más reiteradamente se repiten como fundamentales para definir un buen producto o servicio. La calidad asistencial hospitalaria ha sido definida como la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los enfermos, tanto reales como percibidas, con el menor consumo de recursos. Tiene dos componentes, uno es científico que consiste en diagnosticar correctamente y aplicar la terapéutica conveniente; el otro es aparente y se concreta en la sensación que tiene el enfermo y sus familiares de ser tratado con interés, deferencia y educación. A este último aspecto se le ha denominado

empatía y refleja el proceso de transferencia psicológica que se produce entre el enfermo y el profesional de la salud. Consiste en ponerse imaginariamente en el lugar del otro. En este aspecto, así como en la eficiencia para similares patologías, los hospitales privados se muestran muy superiores a los públicos sobre todo cuando la actividad de los médicos es compatible en ambos.

Tabla 2
Parámetros de equidad

Orden	Tipo de hospital	Porcentaje de camas	Servicios ofertados	Número de camas	Índice de ocupación	Estancia media	Personal		Rendimiento persona/año en UBAs
							Índice personal cama	Porcentaje gasto	
A	Hospital Local o Comarcal	65	Medicina, Cirugía, Trauma, Obstetricia y Pediatría	100 aprox.	≥ 85	≤ 5 días	≤ 1,5	60%	≥ 350
B	Hospital de Distrito	25	Variable, aproximándose más a A o a C según su ubicación	300 aprox.	≥ 85	≤ 7 días	≤ 1,75	62%	≥ 250
C	Hospital Regional Universitario	10	Todas, según reglamentación del país	> 600	≥ 85	≤ 9 días	≤ 2,5	66%	≥ 200

* El valor de la UBA sería el siguiente: una estancia = 1; una primera visita en consulta externa = 0,4; una visita sucesiva = 0,2; una urgencia = 0,5; una intervención ambulatoria = 0,75.

En realidad la buena calidad asistencial sería aquella en la que el acto asistencial y la atención permanente al enfermo se desarrolla conforme a los más precisos y actualizados conocimientos científicos, su correcta aplicación práctica y exquisito trato personal. En consecuencia la calidad máxima, se logra si las personas que realizan la asistencia tienen conocimientos adecuados permanentemente actualizados (aspecto científico de la asistencia que es la fundamental), si los aplican correctamente para lo que necesitan disponer de tecnología suficiente y

adecuada y lo realizan poniendo al enfermo como centro de toda actuación (acto asistencial que es el que el enfermo percibe), recordando que la persona que se siente enferma y acude al hospital generalmente está angustiada y necesita ser tratada de forma paciente, no como paciente, sino como verdadero cliente que se caracteriza por poder elegir médico y hospital.

Podemos concretar diciendo que la calidad asistencial es el resultado de aunar dos componentes, el primero intrínseco, compuesto de conocimientos y tecnología y el otro extrínseco que es el aspecto humanitario de la asistencia en el que influyen desde el trato al enfermo y sus familiares, hasta la información y los aspectos relacionados con el ambiente y la hostelería. Curiosamente, aunque no sorprendentemente, el enfermo-paciente-usuario-cliente y sus familiares acostumbran a dar más importancia a este segundo componente de la asistencia ya que es el que perciben y por ello se denomina calidad aparente o percibida. El médico frecuentemente desprecia este aspecto o al menos lo descuida especialmente cuando trabaja en el sistema público. Tampoco el hospital público —constituido por las personas que trabajan en el edificio, no por el edificio como podría parecer— cuida suficientemente la calidad extrínseca o aparente, acaso porque casi siempre falta el dinero y lo gasta en otros aspectos científicamente más importantes pero menos aparentes para el enfermo, sus familiares y la opinión pública. Además, al hospital público le sobra clientela y de eso, posiblemente, abusa.

Para garantizar la calidad necesitamos disponer de personal suficiente (hay que calcular científicamente la plantilla) con conocimientos adecuados (hay que cuidar la selección), actualizados permanentemente (hay que fomentar la formación continuada incluida la investigación) que los puedan aplicar correctamente (hay que seleccionar la adquisición y cuidar el mantenimiento del material) sobre una persona (hay que cuidar los aspectos informativo—organizativo—hoteleros y de trato humano) y todo ello en el orden expuesto con la prioridad citada.

Realizar encuestas de opinión, atender las sugerencias y reclamaciones y difundirlas entre a quienes afecta es tarea fundamental de la dirección. La información por parte del médico sobre el proceso de la enfermedad y el cumplimiento de fechas y horarios son aspectos sumamente apreciados por los enfermos y familiares.

4. Gestión hospitalaria

Gestionar consiste en conseguir objetivos, a través de otros, previamente calculados, estableciendo la fecha de su consecución, y designando la persona que ha de conseguirlos y responsabilizarse de lo que otros han hecho. Para gestionar es necesario decidir y por tanto arriesgar. Los objetivos deben ser transformados en metas que, como dice la OMS, son objetivos cuantificados, fechados y asignado el responsable de conseguirlos.

Para lograr una adecuada gestión son necesarias dos premisas y seis disciplinas.

a) Premisas

Las dos premisas se concretan en:

1ª Establecer un sistema contable que permita medir numéricamente lo conseguido para compararlo con lo que se pretendía conseguir y con lo conseguido por otros.

2ª Disponer de capacidad de decisión, consistente en tener autoridad tanto legal (el nombramiento oficial) como aceptada o reconocida (el prestigio personal) por quienes hay que mandar. Además, la autoridad disponible debe ser equilibrada con la responsabilidad asumida ya que cuando el cociente autoridad/responsabilidad es superior a la unidad existe el riesgo de despotismo y cuando es inferior el peligro es de sentirse esclavo en el puesto de trabajo.

b) Disciplinas

Las seis disciplinas necesarias, precisamente en el orden que se exponen, se resumen a continuación y consisten, como casi todo, en poner en orden el sentido común. Son las siguientes:

1ª Conocimiento de los hechos, es decir tener formación especializada suficiente y disponer de información adecuada en el momento oportuno.

2ª Determinación de objetivos, que se concreta en cuantificarlos, poner fecha a su consecución y nombrar el responsable de conseguirlos.

3ª Dotación de medios, tanto arquitectónicos, como instrumentales, y de personal, adecuados a los objetivos previstos.

4ª Establecimiento de la estructura funcional, implantando un organigrama que delimite las relaciones jerárquicas. Quién manda a quién y quién debe obedecer a quién.

5ª Selección y motivación del personal, que es la cuestión fundamental pues en definitiva en un lugar con tanta interacción personal como es el hospital, la satisfacción del enfermo y sus familiares está relacionada directamente con la satisfacción de los profesionales que en él trabajan y

6ª Evaluación ya que ningún sistema hospitalario funciona sin problemas. Lo importante es conocer las desviaciones para corregirlas o para, en su caso, cuestionar el sistema si eso aconsejara la importancia de las desviaciones observadas.

La gestión diaria del hospital tiene por objeto, en definitiva, desarrollar oportunamente la actividad propia del mismo al que la OMS en su carta fundacional en 1946, definió de la siguiente manera: *«El hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación».*

Dicha gestión diaria se resume y se concreta en el siguiente plan específico de actuación:

1º Separar claramente lo que es dirección (planificación), gestión (el día a día) y participación (representación) y que cada uno asuma sus responsabilidades.

2º Desarrollar el trabajo en equipo con responsable final único.

3º Seleccionar gente muy cualificada con resultados previos demostrados.

4º Ejercer toda la autoridad necesaria y asumir toda la responsabilidad derivada.

5º Disponer de un buen equipo administrativo de soporte.

6º Establecer un sistema contable por proceso o similar.

7º Aprobar presupuestos económicos reales con participación de los jefes.

8º Analizar la cuenta de resultados sabiendo cuanto se gana o se pierde.

9º Permitir máxima autonomía financiera y aceptar sus consecuencias.

10º Desarrollar una buena política de personal.

11º Informatizar cuanto se pueda.

12º Evaluación cualitativa y cuantitativa constantes.

13º Auditar con frecuencia y

14º Reconocer que estamos al servicio del ciudadano enfermo. Los horarios y los derechos deben favorecerle a él.

III. EPÍLOGO

1. *Determinantes del modelo sanitario*

En todos los servicios e instituciones sanitarias influyen cuatro grupos. Estos grupos o estamentos que ya fueron esquematizados en la figura 4 y que condicionan el modelo sanitario son los siguientes:

Primer grupo. El *paciente* es un enfermo al que se trata paternalmente y se resume en la siguiente frase de la OMS: «*túmbese, cálese, desnúdese, haga lo que le decimos y le curaremos*». Cuando aparecen los seguros, el paciente se transforma en *usuario* y empieza a exigir. Actualmente, en países desarrollados, tiende a ser *cliente* y por tanto puede elegir por lo que ha de permitirse la libre elección de médico y de hospital. El hospital también debe de contratar libremente a los médicos para mantener la doble relación de agencia o de confianza tanto del enfermo como cliente como del propietario que le delega competencias de gasto.

Segundo grupo. Lo constituyen, fundamentalmente, los médicos y también las enfermeras y, según el trato que reciben y el grado de satisfacción con que trabajan, transfieren, en lo aparente, a sus enfermos su estado de ánimo repercutiendo en la calidad. Tiene que haber relación entre actividad y emolumentos. Hay que pagar por lo que se hace no por lo que se está. En este sentido, los servicios privados llevan la delantera.

Tercer grupo. Es el directivo cuya actuación es muy complicada ya que si los suministradores, es decir los médicos fundamentalmente, están descontentos por exigencia de disciplina, cumplimiento de horario, salario similar al resto de población, recursos limitados, etc. suelen

trasladar dicho descontento a los pacientes y éstos a la población y cuando los suministradores-médicos están contentos en razón a que existen muchos medios, buen salario, autonomía, cumplimiento libre de horario, etc., la protesta suele ser de los políticos, inducidos por enfermos y población. El equilibrio del directivo en las instituciones públicas es permanentemente inestable, dependiente del político que le nombró. En las instituciones privadas la evaluación es muy objetiva y muy fácil: observar la última línea de la cuenta de resultados.

Cuarto grupo. Es el de los políticos en los hospitales públicos sobre los que existen demandas de todo tipo siendo siempre superiores a los recursos y consecuentemente de imposible satisfacción. De su talla ética, moral y política a la que contribuyen mucho los directivos en su función de equilibrio entre las demandas de los usuarios y sus representantes, médicos, enfermeras y resto de personal y sus representantes y los siempre escasos recursos, resulta el necesario equilibrio social. En los hospitales privados son los accionistas quienes exigen rentabilidad a las inversiones y con ello calidad y eficiencia.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- M. A. ASENJO. Aspectos fundamentales de la planificación hospitalaria. Discurso de Ingreso. Real Academia de Medicina de Cataluña. Barcelona 1995.
- M. A. ASENJO. Nuevas profesiones sanitarias. Ponencia X Congreso Nacional de Hospitales. Sevilla 1997.
- S. B. Y ARTHUR ANDERSEN. La modernización de la sanidad pública en el mundo. Madrid 1997.
- M. A. ASENJO. Economía de la salud. En: Medicina Interna. J. Rodés y J. Guardia. Masson. Barcelona 1997;3500-3524.
- M. A. ASENJO. Gestión diaria del hospital. Ed. Masson. 1998. Barcelona
- M. A. ASENJO. Las claves de la gestión hospitalaria. Ed. Gestió 2000. 1999. Barcelona.

Estado actual del manejo clínico de los pacientes infectados por el VIH-1.

Aspectos relacionados con la bioética

José M^a Gatell

I. INTRODUCCIÓN

Con la introducción hacia finales de 1996 de los tratamientos antirretrovirales muy activos (HAART), la historia natural de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1) ha cambiado de forma drástica para aquellos pacientes que pueden acceder a estos tratamientos y los cumplen. La mortalidad y morbilidad asociada a la infección por el VIH-1 o al SIDA se ha reducido entre un 50-90%. La infección por el VIH-1 se ha convertido en una verdadera infección crónica, y bien tolerada, al menos para aquellos pacientes que no desarrollan efectos secundarios al tratamiento, que están dispuestos a soportar las incomodidades inherentes al mismo y a cumplirlo de forma casi perfecta (se precisan tasas de cumplimiento superiores al 90-95% para que sea eficaz a largo plazo). Por el contrario, la falta de un cumplimiento casi perfecto implica un fracaso en la respuesta virológica y con frecuencia la selección de resistencias. Dado el elevado grado de resistencias cruzadas entre los miembros de una misma familia terapéutica, y el número limitado de opciones terapéuticas, (Tabla 1) existe un importante porcentaje de pacientes con fracaso terapéutico y para los que apenas existen alternativas de rescate. Por todo ello, no se puede descartar que a medio plazo las expectativas clínicas de los pacientes infectados por el VIH-1 vuelvan a empeorar a menos que se descubran nuevas familias de fármacos dirigidos contra dianas diferentes del virus y sin resistencias cruzadas con las que existan actualmente.

Tabla n^o 1
Antirretrovirales comercializados en España en Diciembre de 1999.
Los marcados con una (*) está previsto que se comercialicen
con relativa rapidez

<p>I. Inhibidores de la TR</p> <p>a) Análogos de nucleósidos</p> <p>Zidovudina (AZT)</p> <p>Zalcitabina (ddC)</p> <p>Didanosina (ddI)</p> <p>Lamivudina (3TC)</p> <p>Estavudina (d4T)</p> <p>Abacavir (*)</p> <p>b) No nucleósidos</p> <p>Nevirapina</p> <p>Efavirenz</p> <p>Delavirdina (*)</p>	<p>II. Inhibidores de la Proteasa</p> <p>Indinavir</p> <p>Saquinavir gel duro y blando (*)</p> <p>Ritonavir</p> <p>Nelfinavir</p> <p>III. Otros</p> <p>Hidroxiurea</p> <p>Interleukina (IL-2)</p> <p>Interferon alfa</p>
--	---

II. CUANDO ESTÁ INDICADO INVESTIGAR SI UN PACIENTE ESTÁ INFECTADO POR EL VIH-1

Investigar si un paciente está infectado por el VIH-1, al igual que cualquier otra investigación médica o intervención terapéutica, debe hacerse con autorización explícita del paciente. La ley obliga a un despistaje sistemático de infección por el VIH-1 en los donantes de sangre, tejidos u órganos para trasplantes. Esta medida ha demostrado ser muy eficaz y ha reducido a prácticamente cero la transmisión por esta vía.

Las mujeres embarazadas, posiblemente sean el único grupo de pacientes en los que el despistaje de infección por el VIH-1 deba recomendarse de forma universal. En nuestro medio la tasa de infección es baja, pero los beneficios para la madre y el feto en caso de diagnosticarse son lo suficientemente importantes como para justificar recomendar un despistaje sistemático en todas las mujeres embarazadas.

Por el contrario, en todas las demás situaciones, investigar la posible existencia de infección por el VIH-1 debe hacerse exclusivamente cuando hay una indicación médica individualizada. Además, se deben poder garantizar que los resultados de los tests diagnósticos serán interpretados de forma correcta y comunicados al paciente por personal especializado capaz de garantizar un soporte y consejo médico, psicológico y social adecuado. En el momento actual, los beneficios terapéuti-

cos son lo suficientemente importantes como para justificar que se investigue de forma precoz la potencial existencia de una infección por el VIH-1 en todas aquellas personas que se han expuesto a alguna de las situaciones o actividades que comportan riesgo de contagio. Existen manifestaciones clínicas o datos de laboratorio que, sin ser específicos, deben hacer sospechar la presencia de una infección por VIH-1, sobre todo cuando se detectan en una persona relativamente joven y no hay una explicación aparente. Entre los datos clínicos podemos mencionar el muguet oral, la leucoplasia vellosa, la onicomycosis, el eczema seborreico, una psoriasis difícil de controlar o la pérdida de peso, astenia, diarrea o episodios de febrícula. Entre los datos de laboratorio podemos mencionar la leucopenia, la VSG elevada o la plaquetopenia.

III. MÉTODOS PARA INVESTIGAR LA PRESENCIA DE INFECCIÓN POR EL VIH-1

La detección de anticuerpos frente al VIH-1 por alguno de los métodos de ELISA comercializados y homologados y su confirmación mediante un test de Western Blot, o en su defecto una segunda prueba de ELISA (utilizando una segunda muestra de sangre) sigue siendo el único método diagnóstico aceptable. Los tests que detectan directamente el virus o componentes del mismo (como por ejemplo la cuantificación del ARN viral circulante denominado comunmente carga viral) tienen un gran valor pronóstico y para monitorizar la respuesta al tratamiento pero no deberían utilizarse como tests para diagnosticar la presencia de infección por el VIH-1 porque no se conoce bien cual es su sensibilidad y especificidad para esta indicación.

Por el contrario, la detección directa del virus o de componentes virales son muy útiles para el diagnóstico precoz de infección por el VIH-1 en pacientes adultos con infección aguda (cuando todavía no hay niveles detectables de anticuerpos y el paciente puede beneficiarse de un tratamiento muy precoz) o en el recién nacido debido a la transmisión pasiva de anticuerpos maternos y el retraso en la producción de anticuerpos propios que dificulta la interpretación de los test diagnósticos basados en la detección de anticuerpos.

IV. INFECCIÓN AGUDA (PRIMOINFECCIÓN) POR EL VIH-1

La infección aguda o primoinfección por el VIH-1 posiblemente sea la situación ideal para iniciar un tratamiento antirretroviral muy precoz. En un determinado porcentaje de pacientes es posible recuperar o que no llegue a perderse la respuesta inmunitaria específica frente al VIH-1 y puede especularse con la posibilidad de que bajo estas condiciones el sistema inmunitario del huésped fuera capaz de mantener el estado de infección latente tras interrumpir el tratamiento antirretroviral. Incluso si el tratamiento antirretroviral tuviera que mantenerse muchos años, o toda la vida, el sistema inmunológico tanto en términos numéricos como en capacidad funcional no llegaría a deteriorarse o se recuperaría rápidamente y no llegarían a desarrollarse eventos oportunistas.

La infección aguda es sintomática, y el cuadro clínico es relativamente específico, en un 30-70% de los casos pero raramente se identifican los síntomas clínicos con frecuencia y no se asocian al VIH-1. Por ello, incluso en los grandes centros donde se controlan centenares de pacientes infectados por el VIH-1, sólo se identifican cada año un pequeño número de casos de infección aguda.

Por tanto, los resultados que se obtengan del tratamiento de la infección aguda por el VIH-1 pueden ser muy importantes para aclarar la patogenia de la infección o incluso para demostrar conceptos tan importantes como la posibilidad de erradicar el VIH-1 pero tendrán escasa repercusión práctica.

Identificar un mayor número de pacientes en el preciso momento de desarrollar una infección aguda es un objetivo que debe intentarse y para lograrlo no sólo es necesario mantener un índice alto de sospecha sino, sobre todo, implicar a un amplio grupo de profesionales (médicos de familia y de asistencia primaria, servicios de urgencias, dermatólogos, hematólogos) que habitualmente no suelen estar demasiado relacionados con la problemática de la infección por el VIH-1.

V. INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIH-1

1. Controles clínicos y prevención de infecciones oportunistas

Ante un paciente infectado por el VIH-1 (presencia confirmada de anticuerpos) es necesario obtener una historia clínica completa y efec-

tuar una buena exploración física. La historia clínica debe incluir detalles relacionados, con la profesión, lugar de residencia, viajes, medicación habitual, hábitos tóxicos (tabaquismo, drogadicción por vía parenteral), hábitos sexuales y antecedentes de administración de hemoderivados y trasplantes. La exploración física tiene que incluir el peso y un examen detallado de piel y mucosas. La analítica basal debe incluir hemograma, VSG, recuento de plaquetas, glucosa, colesterol, triglicéridos, función hepática, renal y pancreática (amilasas y lipasas) subpoblaciones linfocitarias (CD4, CD8) y carga viral (copias de ARN del VIH-1 por ml de plasma). Debe incluir además una serología para toxoplasma (IgG), citomegalovirus (IgG) lues (test reagínicos y treponémicos), hepatitis B (antígeno de superficie y anticuerpos IgG contra el core y el antígeno de superficie) y hepatitis C (anticuerpos IgG). Debe recomendarse también un test cutáneo con PPD, una radiografía de tórax y un examen ginecológico con citología cervical salvo que se disponga de información reciente. Si el PPD es superior a 5 mm a las 48-72 h, el paciente no ha recibido nunca tuberculostáticos, y puede descentrarse razonablemente una tuberculosis activa está indicado efectuar quimioprofilaxis en general con isoniacida durante 6-12 meses. Si la serología luética es positiva indicando infección activa está indicado efectuar el tratamiento adecuado. El calendario vacunal para niños y adultos infectados por el VIH-1 es muy similar al de los sujetos inmunocompetentes. En concreto, para el caso de adultos con infección por el VIH-1 se recomienda la vacuna antigripal anual, la vacuna antineumocócica (una sola vez) y la vacuna antihepatitis B si no hubo infección previa (ausencia de anticuerpos anticore)

Si la cifra basal de linfocitos CD4+ (dos determinaciones) está por debajo de 200 células/mm³ está indicada la profilaxis primaria para el *P. carinii*. Si se efectúa con cotrimoxazol (la dosis más habitual en Europa es de 800-160 mg 3 días por semana de sulfametoxazol-trimetoprim) confiere protección cruzada para *T. gondii*. Si la cifra es inferior a 50-100 células/mm³, la serología IgG para CMV positiva y se detecta CMV o alguno de sus componentes en sangre periférica puede considerarse también profilaxis primaria o incluso tratamiento preemtivo con ganciclovir oral o endovenoso.

Finalmente, si el diagnóstico de infección por VIH-1 coincidió con el diagnóstico de alguna infección oportunista o neoplasia asociada al VIH-1 debe efectuarse el tratamiento indicado en cada caso.

2. Cuando y como iniciar el tratamiento antirretroviral

El tratamiento antirretroviral se asocia claramente con un retraso en la progresión clínica de la enfermedad por VIH-1 y con un aumento de la supervivencia. Por otra parte, es incómodo y tóxico tanto a corto como a medio y largo plazo. La incomodidad se traduce en que con frecuencia un paciente asintomático en estadio precoz empieza a percibir su enfermedad coincidiendo con el inicio del tratamiento, y a causa del mismo, lo que a menudo conduce a una falta de cumplimiento o, lo que es peor, a un cumplimiento parcial que facilita la selección de resistencias. Globalmente considerado, el tratamiento antirretroviral es considerablemente tóxico. Los efectos tóxicos agudos o los asociados con medicamentos individuales pueden ser graves pero suelen manejarse con cierta facilidad mediante cambios de un medicamento por otro. Los efectos tóxicos a medio o largo plazo (algunos de ellos acumulativos y dependientes de la dosis total y la duración del tratamiento) sobre todo si se asocian a toda una familia de medicamentos son muy difíciles de manejar. Finalmente, hemos aprendido recientemente que el tratamiento antirretroviral por sí sólo no va a ser capaz de erradicar el VIH-1 pero que la capacidad de recuperación del sistema inmunológico es muy importante (no parece existir un punto de no retorno) y que la velocidad de recuperación es la misma independientemente del estadio en que se inicie el tratamiento. Simplemente, si empezamos más tarde, corremos el riesgo de que el paciente desarrolle complicaciones oportunistas y tardaremos más en acercarnos a la normalidad. Teniendo en cuenta los anteriores factores, existe un acuerdo generalizado en iniciar el tratamiento antirretroviral en aquellos pacientes con menos de 500-350 linfocitos CD4+/mm³ independientemente de la carga viral o bien cuando la carga viral es muy alta (ej. >10.000-30.000 copias/ml plasma) independientemente de la cifra de linfocitos CD4+. En estas situaciones los beneficios compensan la incomodidad, toxicidad y el posible deterioro en la calidad de vida (véase el resto de capítulos del libro). Por el contrario, en pacientes con cifras altas de linfocitos CD4+, sobre todo si la carga viral es baja, el riesgo de progresión es pequeño y aunque se produzca no habrá complicaciones oportunistas y podremos tratar de recuperar el «tiempo perdido». Por tanto, en esta situación las consideraciones relacionadas con la calidad de vida, pueden ser el factor determinante para tomar decisiones. Iniciar el tratamiento antirretroviral, raramente es una urgencia médica. La única situación podría ser un paciente en fase muy avanzada que corre un riesgo importante de desarrollar complicaciones oportunistas o que ya las ha

desarrollado y su respuesta al tratamiento puede verse muy favorecido si simultáneamente se produce una recuperación inmunológica. Para el resto de pacientes, que son la mayoría, no representa ningún problema retrasar el inicio del tratamiento unas semanas o incluso unos meses y aprovechando para que el paciente pueda tomar una decisión razonada y pueda obtener el soporte psicológico y social que precise.

Si se toma la decisión de iniciar el tratamiento, debe elegirse una pauta potente, que en general comporta la combinación de dos inhibidores de la TR análogos de los nucleósidos más un tercer fármaco que puede ser un inhibidor de la proteasa, un inhibidor de la TR no análogo de los nucleósidos o incluso un tercer inhibidor de la TR análogo de los nucleósidos con las combinaciones triples que contienen un inhibidor de la proteasa se dispone de mucha experiencia y con ellas se han obtenido beneficios clínicos. Son también las más incómodas y posiblemente las peor toleradas a largo plazo. Existen datos preliminares, y diversos estudios en marcha que, analizan la eficacia de combinaciones triples sin inhibidores de la proteasa y sería conveniente que en estos ensayos se introdujeran de forma sistemática evaluaciones de la calidad de vida de los pacientes. Bajo mi punto de vista las combinaciones para tratamiento inicial que contienen dos inhibidores de la proteasa sólo tienen sentido si uno de ellos (en particular el ritonavir) se utiliza a dosis bajas para mejorar la farmacocinética del otro. Prácticamente no se dispone de experiencia con combinaciones que contengan dos inhibidores de la TR no análogos de los nucleósidos. Finalmente, es posible que en el futuro se empiece el tratamiento con más de tres medicamentos en subgrupos seleccionados. La replicación del VIH-1 se suprime con mayor rapidez pero la toxicidad es también considerablemente superior.

3. Cumplimiento del tratamiento antirretroviral

El buen cumplimiento a largo plazo del tratamiento antirretroviral es difícil y la problemática es similar a la de varias enfermedades crónicas que precisan tratamientos muy prolongados o de por vida. Para acabar de empeorar las cosas, el tratamiento antirretroviral tiene un escaso margen de tolerancia al incumplimiento. Es preciso tomar más del 90-95% de la medicación prescrita, siguiendo la pauta prescrita, para que sea eficaz y se evite la selección de mutantes resistentes.

Las mejores opciones para mejorar el cumplimiento podrían ser diferir el inicio del tratamiento hasta que el paciente esté totalmente

convencido (salvo en aquellas raras situaciones en las que su inicio sea una urgencia médica), simplificar lo más posible las pautas y tratar de adaptarlas al estilo de vida de cada paciente. Finalmente, hay que aconsejar que es mejor interrumpir totalmente todos los medicamentos que efectuar interrupciones parciales de alguno de los componentes del régimen terapéutico.

4. Tolerancia del tratamiento antirretroviral

Globalmente considerado el tratamiento antirretroviral es bastante tóxico. Cada una de las tres familias de medicamentos está asociada a efectos secundarios característicos. Además cada medicamento individual está asociado a efectos secundarios específicos. La toxicidad de clase de los inhibidores de la TR análogos de los nucleósidos es la toxicidad mitocondrial, y la esteatosis hepática con acidosis láctica, la de los análogos de los nucleósidos, la tubulopatía renal, la de los no nucleósidos son las erupciones cutáneas y la de los inhibidores de la proteasa las alteraciones del metabolismo lipídico y la lipodistrofia. Entre los análogos de los nucleósidos el grado de toxicidad mitocondrial difiere de unos compuestos a otros y ello explica diferencias aparentes o de grado. Así por ejemplo, para el caso de la zidovudina la toxicidad mitocondrial se manifiesta como mielosupresión y para el caso de la zalcitabina o de la estavudina como neuropatía periférica. Ejemplo de toxicidad específica de un compuesto podría ser la pigmentación asociada a la zidovudina, la litiasis renal asociada al indinavir o los trastornos neurológicos asociados al efavirenz.

5. Manejo clínico de la mujer embarazada infectada por el VIH-1

La mayor parte de sociedades y agencias internacionales recomiendan que la mujer embarazada debe recibir el mismo tratamiento antirretroviral que se le recomendaría en caso de no estar embarazada. Debe advertírsele, sin embargo, que salvo para la zidovudina no se conoce la seguridad para el feto. Si cuando se diagnostica el embarazo, la mujer infectada por el VIH-1 no había recibido nunca tratamiento antirretroviral, puede considerarse esperar al segundo trimestre para iniciarlo. Por el contrario, si ya estaba recibiendo tratamiento, la recomendación es continuarlo si la respuesta virológica era buena y cambiarlo siguiendo las normas habituales si no era adecuado.

Con un adecuado tratamiento antirretroviral de la madre, considerando practicar una cesarea, evitando la lactancia materna y tratando al recién nacido, se ha conseguido que la tasa de transmisión materno fetal baje de aproximadamente el 25% a menos del 5%.

6. Infecciones por VIH-1 tras exposición accidental o sexual. Riesgo, manejo clínico y prevención

El riesgo de contagio tras una exposición accidental por parte del personal sanitario oscila alrededor del 0.3%. Es superior cuando hay exposición percutánea a un volumen elevado de sangre y la carga viral de la fuente del contagio es elevada. El riesgo tras una exposición sexual sin protección se estima que podría ser similar. La recomendación de utilizar profilaxis con antirretrovirales está basada en un estudio caso-control en el que se utiliza zidovudina en monoterapia y en datos con animales de experimentación. En el momento actual la recomendación es aconsejar tratamiento triple (en general zidovudina, lamivudina y nelfinavir o indinavir) durante aproximadamente un mes para aquellas personas con una exposición que entrañe un riesgo elevado de transmisión y empezando lo más rápidamente posible tras el accidente. Si la fuente del contagio estaba efectuando tratamiento antirretroviral, hay que pensar en la posibilidad de transmisión de cepas resistentes y adaptar la recomendación terapéutica.

Los casos de exposición sexual hay que considerarlos de forma individualizada y tener en cuenta que el riesgo de transmisión hay que balancearlo con el coste, la toxicidad, el riesgo de resistencias y la sensación de que puede que no sea imprescindible adoptar precauciones siempre porque hay un tratamiento preventivo postexposición. Un caso especial pueden ser las víctimas de una violación o abuso sexual.

VII. QUE NOS DEPARA EL FUTURO

Aparte de tratar de demostrar el concepto de que la erradicación del VIH-1 es factible, los dos grandes retos para el futuro son la prevención (no cabe esperar ningún resultado inmediato de los estudios con vacunas preventivas) y el gran grupo de pacientes con fracaso terapéutico (por uno o varios motivos) como resistencia, falta de cumplimiento o problemas farmacocinéticos) que han sido sometidos a diversos regímenes terapéuticos y que es poco probable que vayan a responder a opciones

terapéuticas alternativas, incluso cuando los cambios están guiados mediante la determinación de resistencias. Es posible que la evolución de estos pacientes, muchos de ellos con cepas multirresistentes, sea más lenta, pero acabará produciéndose. Debe contemplarse el escenario de una vuelta atrás hacia la situación que teníamos antes de 1996, salvo que se descubran nuevas familias de medicamentos, sin resistencia cruzada con las actuales y a poder ser dirigidas contra nuevas dianas del virus.

Mientras tanto hay que insistir en una adherencia casi perfecta, sobre todo en los pacientes con buena respuesta, para que ésta sea duradera y no se seleccionen resistencias. La toxicidad a largo plazo seguirá siendo un tema preocupante y serán los estudios de calidad de vida los que aportarán un balance equilibrado entre los beneficios y los riesgos potenciales.

VIII. OTROS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA BIOÉTICA

La relación médico-enfermo plantea problemas similares a los ya conocidos en hematología o oncología con los agravantes de que el SIDA es una enfermedad contagiosa, que se transmite a través de relaciones sexuales, que puede afectar a colectivos marginales y que históricamente ha provocado un importante grado de rechazo social.

Como concepto básico, debe plantearse que los pacientes infectados por el VIH-1 tienen derecho al mismo tipo de asistencia sanitaria que cualquier otro paciente. El sistema sanitario debe garantizar este derecho. Por otra parte, el médico, a nivel individual, y salvo situaciones de emergencia debería también tener derecho a delimitar el tipo de pacientes que desea atender. El paciente con SIDA, como es lógico, tiene también derecho a todas las intervenciones médicas o quirúrgicas (con finalidad terapéutica o diagnóstica) que se consideren más eficaces para resolver su problema, esté o no relacionado con su infección por el VIH-1. Por su parte, el médico tiene el derecho y el deber de la autoprotección y el derecho a exigir a la administración sanitaria que le dote de los medios humanos y materiales adecuados para poder ejercerlo.

En el ámbito de las relaciones médico-enfermo, podemos considerar algunas situaciones y dicotomías que se plantean con frecuencia y son objeto de discusión o polémica. Todos los pacientes, incluyendo aquellos infectados por el VIH-1 tienen derecho a autorizar o denegar pruebas

diagnósticas o terapéuticas de forma individualizada. La polémica puede plantearse cuando determinadas pruebas forman parte de baterías de análisis. Autorizarlas una a una de forma explícita es poco práctico, tanto para el paciente como para el médico. Por el contrario, la inclusión de determinados análisis en una batería, para la que se ha solicitado autorización de forma global, puede generar problemas y lesionar derechos de los pacientes. En cualquier caso, ningún análisis puede incluirse en una batería, sin autorización explícita del paciente, cuando su finalidad no es la salud del paciente, sino la autoprotección del médico. La confidencialidad, un derecho claramente reconocido de los pacientes, genera problemas cuando terceras personas con un mayor o menor grado de relación con el paciente, solicitan información por diversos motivos. El material almacenado o congelado no debe utilizarse para realizar análisis sin el consentimiento expreso de los pacientes, quizás con la posible excepción de los estudios anónimos no relacionados con la correspondiente autorización del comité ético de investigación clínica del centro hospitalario.

El derecho al anonimato, también claramente reconocido para los pacientes, genera problemas cuando el médico tiene la evidencia que su paciente mantiene conductas que ponen en riesgo a terceras personas. Finalmente, el médico tiene la obligación de que sus informes sean completos, veraces y claros. Esta obligación del médico, con frecuencia, genera problemas cuando un paciente o sus familiares solicitan informes parciales o ambiguos por razones diversas.

Como situaciones especiales, podemos mencionar la problemática del personal sanitario infectado por el VIH-1, que se analiza en el siguiente capítulo. Sus derechos básicos laborales deben ser respetados. Pero, deben abstenerse de practicar un pequeño número de actividades que se consideran de riesgo para sus pacientes. Finalmente, no está claro si los pacientes deben ser siempre informados cuando son atendidos por personal sanitario con infección por el VIH-1 aun y cuando el procedimiento médico o quirúrgico no entrañe ningún peligro para el paciente.

Otra situación especial, que se crea con una enfermedad muy grave y de aparición reciente, es como seleccionar a un número limitado de pacientes a los que se les puede ofrecer el acceso a medicamentos de investigación o de uso compasivo.

Como consideraciones finales, vale la pena resaltar que los deberes del médico (que son muchos y deben cumplirse) se contraponen como mínimo con su derecho a no ser un héroe. En el contexto de una medicina

jerarquizada, un médico individual no siempre tiene a su alcance todos los medios para asumir las responsabilidades que le pueden ser exigidas por diversas vías, incluida la vía penal. Además, tiene también el derecho a la presunción de inocencia y al honor. Para terminar, sólo mencionar que, más allá de los controles deseables e imprescindibles, el exceso de reglamentación y la práctica de una medicina defensiva retrasan o impiden la aplicación inmediata del «estado del arte» y de la práctica del «arte de la medicina».

BIBLIOGRAFÍA

- PALELLA, F., [198] Dramatically Declining Morbidity and Mortality in an Ambulatory HIV-Infected Population. 5th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections, February 1-5, 1998, Sheraton Chicago Hotel, Chicago, IL 1998; Abstract.
- MOUTON, Y., ALFANDARI S, VALETTE, M., CARTIER, F., Dellamonica P, Humbert G, et al. Impact of protease inhibitors on AIDS-defining events and hospitalizations in 10 French AIDS reference centres. Federation National des Centres de Lutte contre le SIDA. AIDS 1997; 11:F101-F105
- KNOBEL, H., CARMONA, A., GRAU, S., PEDRO-BOTET, J., DIEZ, A. Adherence and effectiveness of highly active antiretroviral therapy [letter]. Arch Intern Med 1998; 158:1953
- CONDRÁ, H. Resisting resistance: Maximizing the durability of antiretroviral therapy. Ann. Intern. Med. 1998; 128:951-953.
- MONTANER, JS., HOGG, R., RABOUD, J., HARRIGAN, R., O'SHAUGHNESSY, M. Antiretroviral treatment in 1998 [In Process Citation].
- ANONYMOUS. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1 – a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. The International Perinatal HIV Group [see comments]. N Engl J Med 1999; 340:977-987.
- MELLORS, J. W., RINALDO, C. R., GUPTA, P., WHITE, M., TODD, J. A., KINGSLEY, L. A. Prognosis in HIV infection predicted by the quantity of virus in plasma. Science 1996; 272:1167-1169.
- CARPENTER, C. C., FISCHL, M. A., HAMMER, S. M., HIRSCH, M. S., JACOBSEN, D. M., KATZENSTEIN, D. A., et al. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1998: updated recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. JAMA 1998; 280:78-86.
- ROSENBERG, E. S., BILLINGSLEY, J. M., CALIENDO, A. M., BOSWELL, S. L., SAX, P. E., KALAMS, S. A., et al. Vigorous HIV-1-specific CD4+ T cell responses associated with control of viremia [see comments]. Science 1997; 278:1447-1450.
- COOPER, D. A., MACLEAN, P., FINLAYSON, R., MICHELMORE, H. M., GOLD, J., DONOVAN, B., et al. Acute AIDS retrovirus infection. Definition of a clinical illness associated with seroconversion. Lancet 1985; 1:537-540.

- PAPE, JWPM, JEAN, S. S., HO, J. L., HAFNER, A., JOHNSON, W. D. Effect of isoniazid prophylaxis on incidence of active tuberculosis and progression of HIV infection. *Lancet* 1993; 342:268-272.
- MENSA, J., GATELL, J. M., JIMÉNEZ, A., PRATS, G. Guía de terapéutica antimicrobiana. 1999; 8 ed., 1-478. Barcelona: Masson-Salvat.
- CARR, A., SAMARAS, K., BURTON, S., FREUND, J., CHISHOLM, D. J., COOPER, D. A. A Syndrome of Peripheral Lipodystrophy (LD), Hyperlipidemia and Insulin Resistance due to HIV Protease Inhibitors (PI's). 5th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections, February 1-5, 1998, Sheraton Chicago Hotel, Chicago, IL 1998; Abstract.
- MARTÍNEZ, E., CONGET, I., LOZANO, L., CASAMITJANA, R., GATELL, J. M. Reversion of Metabolic abnormalities and fat redistribution after switching from HIV-1 protease inhibitors to nevirapine. *AIDS* (in press) 1999;
- CHUN, T. W., CARRUTH, L., FINZI, D., SHEN, X., DIGIUSEPPE, J. A., TAYLOR, H., et al. Quantification of latent tissue reservoirs and total body viral load in HIV-1 infection [see comments]. *Nature* 1997; 387:183-188.
- FINZI, D., HERMANKOVA, M., PIERSON, T., CARRUTH, L. M., BUCK, C., CHAISSON, R. E., et al. Identification of a reservoir for HIV-1 in patients on highly active antiretroviral therapy [see comments]. *Science* 1997; 278:1295-1300.
- GARCÍA, F., PLANA, M., VIDAL, C., CRUCETA, A., O'BRIEN, W., PANTALEO, G., et al. Dynamics of viral load rebound and immunological changes after stopping effective antiretroviral therapy. *AIDS*. Aceptado para publicación. 1999;
- AUTRAN, B., LI, T. S., TUBIANA, R., CALVEZ, V., HOCINE, A., CARCELAIN, C., et al. Restoration of CD4 T helper cell functions in advanced patients after combined anti-retroviral therapies. 4th Antiretroviral Conference. Washington 1997; Abstract.
- GATELL, J. M., CLOTET, B., PODZAMCER, D., MIRO, J. M., MALLOLAS, J. Guía práctica del SIDA. Clínica diagnóstico y tratamiento. 1998; 5 ed., 1-350. Barcelona: Masson-Salvat.
- HAMMER, S. M., SQUIRES, K. E., HUGHES, M. D., GRIMES, J. M., DEMETER, L. M., CURRIER, J. S., et al. A controlled trial of two nucleoside analogues plus indinavir in persons with human immunodeficiency virus infection and CD4 cell counts of 200 per cubic millimeter or less. AIDS Clinical Trials Group 320 Study Team [see comments]. *N Engl J Med* 1997; 337:725-733.
- STASZEWSKI, S. A phase III, multicentre, randomized, open label study to compare the antiretroviral activity and tolerability of efavirenz+indinavir, vs efavirenz+zidovudine+lamivudine vs zidovudine+lamivudine+indinavir at 36 weeks. 4th. International Congress on drug therapy in HIV Infection. Glasgow, 1998 1998; Abstract.
- KATLAMA, C. A randomized open label study to evaluate the efficacy and safety of three triple combination therapies aimed at three different HIV targets in antiretroviralnaive HIV-infected patients. 6th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections, February 1-5, 1999, Sheraton Chicago Hotel, Chicago, IL 1999; Abstract.
- KAUFMANN, D., PANTALEO, G., SUDRE, P., TELENTI, A. CD4-cell count in HIV-1 - infected individuals remaining viraemic with highly active antiretroviral therapy (HAART). Swiss HIV Cohort Study [letter]. *Lancet* 1998; 351:723-724.
- GARCÍA, F., VIDAL, C., GATELL, J. M., MIRÓ, J. M., SORIANO, A., PUMAROLA, T. Discrepancy between virological and immunological response. *Ann. Inter. Med.* (in press). 1999.

- PIALOUX, G., RAFFI, F., BRUN-VEZINET, F., MEIFFREDDY, V., FLANDRE, P., GASTAUT, J. A., et al. A Randomized Trial of Three Maintenance Regimens Given after Three Months of Induction Therapy with Zidovudine, Lamivudine, and Indinavir in Previously Untreated HIV-1-Infected Patients. *N Engl J Med* 1998; 339:1269-1276.
- HAMMER, S. M., YENI, P. Antiretroviral therapy: where are we? *AIDS* 1998; 12 Suppl A:S181-S188
- GATELL, J. M. Management of side effects of antiretroviral therapy. *HIV.&.AIDS Current Trends*. (in press) 1999;
- HENDERSON, D. K. Postexposure chemoprophylaxis for occupational exposures to the human immunodeficiency virus. *JAMA* 1999; 281:931-936.
- ANONYMOUS. Management of possible sexual, injecting-drug-use, or other nonoccupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy. Public Health Service statement. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47:1-14.

Sobre el respeto a la autonomía de los pacientes

Andreu García Aznar

I. INTRODUCCIÓN

Durante años la relación médico-paciente se ha basado en un modelo paternalista. El individuo enfermo, necesitado y disminuido tanto en su capacidad física como moral según la visión aristotélica, acudía a ser atendido por un médico que era el encargado de decidir aquello que, según su criterio, era lo mejor para él. La salud era considerada una gracia o un don, mientras que la enfermedad era vivida como una deuda o un castigo. En éste contexto el ejercicio de la medicina era equiparable a un sacerdocio y el médico a un mediador entre Dios y los hombres. El médico ejercía una profesión, como los sacerdotes o los gobernantes, y recibía honorarios al contrario que el resto de hombres que ejercían oficios y cobraban salarios. Al incorporarse al grupo profesional el médico acataba los principios del mismo, siendo el Juramento Hipocrático un modelo de ese compromiso (D. Gracia, 1989). En él se incide en la necesidad de anteponer el bien del paciente ante cualquier otro interés. Este hecho conlleva que en un modelo paternalista sea el médico quien decide, de acuerdo con sus conocimientos y el código de la sociedad en que se mueve, aquello que es lo mejor para el paciente mientras que a éste sólo le queda el papel de actuar como sujeto pasivo ante tal decisión.

Esta situación hay que situarla en el contexto social en que se produjo. Durante años derechos sólo reconocidos a ciertos grupos de la población, ausencia de respeto a la libertad o dignidad de las personas o el desprecio por la diferencia, entre otros, han marcado nuestra historia. La sociedad ha necesitado años para ir consiguiendo los derechos que hoy, en mayor o menor grado y según el lugar, disfrutamos. El proceso se iniciaría en la Edad Media con la aparición de las Cartas de Franquicias a las que seguirían, como hitos importantes, la Declaración de Independencia de los EEUU del 4 de julio de 1776 y la Carta de Derechos del Hombre y del

Ciudadano de la Asamblea Nacional Francesa de 26 de agosto de 1789. En la primera se proclama que «todos los hombres son creados iguales, que son dotados por su Creador de algunos derechos inalienables, entre los que están la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad,...» y en la segunda que « los hombres nacen y permanecen libres e iguales en derechos» (art. 1), y que « la libertad consiste en poder hacer todo aquello que no daña a los demás. Así, el ejercicio de los derechos naturales de cada hombre no tiene más límites que los que aseguran a los demás miembros de la sociedad el goce de esos mismos derechos» (art.4). Paulatinamente los estados irían reconociendo en sus Constituciones esos y nuevos derechos y como aspiración de reconocimiento de ello para todos los pueblos la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamaría su Declaración Universal de los Derechos Humanos el 10 de diciembre de 1948. En nuestro país y tras un periodo de 40 años aparcados en el «nacionalcatolicismo» la Constitución (CE) de 1978 abriría las puertas a una sociedad «que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político» (art. 1.1) y que reconoce, entre otros, el derecho a la protección de la salud (art. 43), que sería desarrollado posteriormente en la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986.

En el campo de la medicina las cosas también han ido cambiando. Por un lado, el avance en el conocimiento de la etiología y el tratamiento de las diversas patologías ha repercutido en una mejora de la asistencia y a ayudado a alejar mitos y supersticiones en torno a la enfermedad y por otro, y acorde con los cambios en la sociedad, también se ha ido modificando la relación entre el médico y sus pacientes. En 1803 Percival, en su tratado de Ética Médica, consideraba que el médico debía informar a los familiares y que la información tenía que ser veraz, mientras que a finales de ese siglo el rechazo de un tratamiento por el paciente era considerado por parte de los médicos americanos como el primer signo de incompetencia, a principios del siglo XX consideraban que el paciente debía ser informado y, más adelante, que toda actuación sobre el cuerpo de un individuo debía de ser entendida como una agresión si previamente no se había obtenido su consentimiento. En tal hecho influyó la sentencia, en 1914, del juez Cardozo que decía «Cada ser humano de edad adulta y sano juicio tiene el derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo». En el año 1946, y como respuesta a las atrocidades del régimen nazi, se promulgó el Código de Nuremberg que incidió en que el consentimiento voluntario del paciente es esencial y en el año 1957 se empezó a considerar la necesidad de que ese

consentimiento fuera informado. Aquí ya no basta sólo con que el paciente consienta sino que es necesario que antes haya recibido la información necesaria para que pueda decidir libremente. En 1971 Potter utilizó por vez primera el término Bioética y en 1973 surgió, en EEUU, la primera Carta de Derechos del Paciente propulsada por las Asociaciones de Consumidores que ya en el año 1969 entraron en contacto con la Asociación Americana de Hospitales para que los centros pertenecientes a ella la recogieran. En el año 1978 y de la mano del Informe Belmont entrarían en juego los principios de autonomía, justicia y beneficencia que actualmente aún manejamos. En él se dice. «Una persona autónoma es un individuo que tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás. Mostrar falta de respeto a un ente autónomo es repudiar los criterios de aquella persona, negar a un individuo la libertad de obrar de acuerdo con tales criterios razonados, o privarle de la información que se requiere para formar un juicio meditado, cuando no hay razones que obliguen a obrar de este modo».

La sociedad ha ido cambiando y los individuos con ella. Se han ido reconociendo derechos y se van planteado de nuevos que antes ni tan sólo se imaginaban (el derecho a un ambiente sano o el respeto a los animales, por ejemplo). Esta sociedad se aleja de la de Código Único que se fundamentaba en el Derecho Natural y del cual surgían las normas que poder civil y religioso se encargaban de hacer cumplir. La nueva sociedad no se asienta ya sobre una única escala de valores sino que acoge diferentes comunidades morales que pueden tener enfoques diversos frente los problemas que se plantean y que, por tanto, vivirán de forma diferente hechos semejantes por lo que deberán pactar un mínimo ético común que sea la base de la convivencia.

En el campo de la medicina ésto conlleva un cambio de actitud. Hasta hace poco el médico actuaba, y la sociedad esperaba que así fuera, de la forma que él consideraba más beneficioso para su paciente. La sociedad actual concibe que ésto ya no debe ser así y que lo que es bueno para el paciente ya no depende sólo de la opinión del médico. El paciente debe percibir y sentir como buena la actuación del médico y para ello debe conocer su situación, debe ser informado, y debe dar su consentimiento. El paciente se convierte así en un sujeto activo que participa en la toma de decisiones y deja de ser un mero expectador para convertirse en un

ente autónomo con capacidad de decidir sobre aquellas cuestiones que le atañen. Ésto no incumbe sólo a hechos puntuales relacionados con el propio cuerpo. Los cambios en el campo de la biología y la medicina se producen con tal rapidez que es necesario que sean objeto de un debate público tal y como reconoce el artículo 28 del Convenio relativo a Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa (1997).

Se podrían citar otros hechos también relevantes y que indican que sociedad e instituciones han ido avanzando paulatinamente en el reconocimiento del derecho de las personas a ser respetadas en su libertad y dignidad. Ese reconocimiento representa asumir nuestra mayoría de edad y el peso que ello comporta a fin de convertirlo en algo liberador y creador. Representa reconocer a los individuos como entes autónomos «entendiendo que el principio de respeto de autonomía indica que debemos permitir a los agentes racionales vivir sus propias vidas según sus propias decisiones autónomas libres de coerción o interferencias» (P.Singer, 1984: 178) o dicho de otro modo, respetar al otro en sus creencias, en su individualidad, en su diferencia. Todo ello dentro del marco común de respeto a los derechos humanos como mínimo ético necesario de convivencia y tolerancia.

II. MÉDICOS Y PACIENTES

Cuando un individuo tiene una necesidad relativa a su salud y acude a un médico se inicia el proceso de una relación que se ha de desarrollar en un ámbito de libertad. Esa relación no es una relación simétrica. Uno tiene una necesidad y un presunto desconocimiento de lo que le acontece y de las acciones a seguir para solucionarla y el otro un presunto conocimiento y, según los casos, los medios para resolverla. Esta situación no hace ni más libre ni más incapacitado a uno u otro de los sujetos, simplemente juegan roles diferentes. Normalmente el paciente desea solucionar su problema de salud y, normalmente, el médico desea solucionarlo. El paciente plantea aquello que le inquieta y los síntomas que presenta y el médico debe informarle de los procedimientos diagnósticos a seguir, las posibilidades de tratamiento y la posible evolución de su cuadro y realizar las acciones que la buena práctica aconseje en cada momento.

Ocurre, sin embargo, que ésto no es tan simple y aunque algunos autores ven a médico y paciente como dos amigos entregados al bien de la salud ésto sólo sería de ese modo si los intereses y la concepción sobre

lo que es la salud y lo que es bueno fuera igual para ambos (H.T. Engelhardt, 1995: 319).

En la realidad influyen factores como los siguientes: la concepción sobre una vida buena puede ser diferente para ambos; los medios disponibles que en ocasiones no permiten solucionar las entidades que se plantean y las listas de espera que pueden no ser vistas igual por uno u otro; los familiares favoreciendo o entorpeciendo la relación según la actitud que adopten; los miedos, el del paciente «terrenal, primitivo, casi animal, un miedo que se mueve en un terreno oscuro y que no necesita metáforas» (A.Mirada, 1996: 7) y los del médico, «miedo a causa dolor, a ser acusados de ser portador de malas noticias o del fracaso terapéutico, miedo a la ignorancia, a no saber decir no lo sé o a expresar las propias emociones» (R.Buckman, 1998: 39); o la forma en que se realice la información que puede hacer que un paciente acepte o rechace un tratamiento.

Otro punto a tener en cuenta es el presunto desconocimiento del paciente sobre su proceso. Debido a la mejora del nivel cultural de la población, a una mayor facilidad de acceso a la información, a la gran diversidad y difusión de los medios de comunicación y a la existencia de medios como internet dónde es posible hallar todo tipo de datos, la posibilidad de acceder a informaciones relativas a la medicina es más fácil y, por tanto, cada vez más asequible a un mayor número de individuos.

Esa situación lleva a plantearnos cuatro puntos básicos en la relación médico-paciente: La veracidad, la intimidad, la confidencialidad y la fidelidad. La veracidad obliga al médico a informar de forma comprensible para el paciente, y de acuerdo con su buen saber y entendimiento, de aquello que él considera adecuado para resolver el problema que se le ha planteado a fin de que éste pueda conocer su situación y dar su consentimiento. La veracidad obliga a huir de la persuasión (inducir, mover, obligar a uno con razones a creer o hacer una cosa), de la manipulación (dar la información de tal forma que sólo cabe una opción cuando existen otras posibles) o de la coacción (la persona da su consentimiento a una opción elegida por otra a fin de evitar los problemas que le acarrearía contrariarla). La intimidad implica que el paciente será tratado según su idiosincrasia personal; la confidencialidad que sus datos únicamente serán conocidos por aquellos que intervienen directamente en el proceso asistencial y que serán protegidos para evitar su divulgación, y la fidelidad que los pactos se respetarán en el tiempo.

Puede ocurrir que el paciente no esté de acuerdo con el médico. En ese caso puede optar, si así lo desea, por no seguir sus indicaciones o por consultar con otro facultativo. Es deseable, incluso, que el médico le ofrezca tal posibilidad. Si deciden seguir adelante ambos deberán acordar las reglas y deberán trabajar para lograr un resultado satisfactorio: el médico con una buena preparación y una actitud abierta a las inquietudes del paciente y a las cuestiones que se vayan planteando y el paciente colaborando en el proceso de diagnóstico y tratamiento a fin de evitar, en lo posible, efectos negativos o un mayor coste económico a la sociedad. El objetivo es crear una relación en la que el paciente sepa que la información que se le da es veraz y que podrá consultar aquello que le inquieta porque se le dará respuesta, una relación en la cual el paciente será tratado según sus creencias y que no tendrá dudas respecto a que se guarde el secreto de sus proceso o de las confidencias que haya realizado y una relación en la que no exista el temor a que no se respeten los pactos que se hayan acordado con el médico aún incluso si él ya no puede reclamarlos por hallarse su capacidad disminuida y todo ello en un marco de respeto a su libertad a decidir.

En una relación paternalista un sujeto decide y el otro se beneficia, o padece, su elección, siendo de esperar que el sujeto que decide acepte la responsabilidad de sus actos. Cuando se trata de una acción en que se respeta la autonomía del paciente es éste quien decide. Aquí la responsabilidad es compartida. La del médico es la de haber realizado una buena praxis y un adecuado proceso de información a fin de que el paciente pueda elegir con conocimiento de causa aquello que crea más adecuado según su modelo de vida y que puede ser acorde, o no, con aquello que cree el médico. La del paciente es la de asumir su elección. Aquí ya no se trata de elegir bien o mal, se trata de elegir libremente y de que esa elección sea aquella que consideramos que es la más adecuada según nuestra forma de ver las cosas pues, como dice Engerlhardt (1995: 324), «que el individuo competente pueda dar su consentimiento reconoce que cada cual es, por lo general, el mejor juez de lo que le conviene e incluso, si no lo fuese, es preferible la satisfacción de elegir libremente, a elegir correctamente por la imposición de otros».

III. LA INFORMACIÓN

Una decisión autónoma es aquella que es tomada por una persona que tiene información sobre la cuestión que se le plantea y sobre la cual ha de decidir, que comprende esa información, elabora un razonamiento

crítico sobre la misma y las consecuencias de su elección y manifiesta su opinión, todo ello dentro de un margen de incertidumbre razonablemente aceptable.

Las personas toman decisiones a lo largo de su vida. Decisiones sobre que estudiar, dónde ir de vacaciones, elegir pareja, tener hijos,... Son decisiones que se ven influenciadas por múltiples factores del entorno y que a pesar de haber reflexionado sobre ellas no existe la certeza de haber elegido correctamente. Tal es así que a veces los estudiantes cambian de facultad al ver que la primera no responde a lo que creían eran sus inquietudes, que el lugar dónde vamos de vacaciones es pésimo, que los amores mas profundos se vuelven desamores o que los hijos nos comportan más obligaciones de las que habíamos previsto. Se trata de decisiones autónomas que los individuos tomamos cada día y que, cuando lo hacemos, creemos que ello será lo mejor y la duda que podemos tener al respecto es razonablemente aceptable o simplemente deseamos correr el riesgo, pues aunque los individuos nos planteemos cuestiones y elucubremos sobre ellas, en general interesa tener vidas vividas y no reflexionadas pues no necesariamente una vida planeada es una vida mejor (R. Dworkin, 1994: 314).

Esa autonomía en la vida cotidiana se traslada ahora al campo de la medicina. Ello nos puede llevar a tener que decidir, por ejemplo, si aceptamos una intervención quirúrgica que comporte una laringectomía o optamos por un tratamiento que conserve la integridad anatómica, sabiendo que las complicaciones y esperanza de vida en uno y otro casos serán diferentes. O se nos puede plantear que demos nuestro consentimiento para una intervención que posiblemente pueda solucionar la enfermedad que padecemos pero que comporta un riesgo de complicaciones severas que si bien son asumibles no existe la certeza de que no se vayan a presentar. Debemos elegir en un ámbito de conocimiento y de incertidumbre razonablemente aceptable y para ello deberemos haber recibido la información adecuada.

El derecho a la información viene recogido en el artículo 10.5 de la LGS: «El paciente tiene derecho a que se le de en términos comprensibles, a él y a sus familiares o personas próximas, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento». El reciente Código Deontológico del Consejo de Colegios de Médicos de Catalunya (CDCCMC), en vigor desde enero de 1998, se expresa, en términos similares y en su apartado III, recoge el deber del médico de dar al paciente la máxima información posible sobre su estado de salud, los pasos diagnósticos, las exploracio-

nes complementarias y los tratamientos y debe de hacerlo de forma entendedora y prudente (art.20), ésta información ha procurar darla aún cuando se trate de enfermedades graves planteándose en conciencia como conseguir que la información, o la forma de darla, no perjudiquen al paciente (art.23), deberá informar a los parientes si el paciente lo autoriza o cuando no exista una comprensión lúcida por parte de éste (art. 24). El derecho a la información no implica que el paciente deba ser informado si no lo desea, tal y como recoge el art. 10.2 del Convenio de Biomedicina del Consejo de Europa: «Toda persona tendrá derecho a conocer toda la información obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada».

Reconocida la obligación legal y deontológica de informar se plantea la cuestión de a quien se debe informar. De lo expuesto anteriormente podemos deducir que el destinatario de la información es el paciente y es él quien debe ser informado. Referente a la información a los familiares parece existir una cierta diferencia entre la LGS y el CDCCMC pues mientras en aquella se dice que se debe informar a pacientes y familiares en éste se dice que para informar a los familiares antes debe de obtenerse el permiso del paciente o éste debe hallarse en una situación que no permita recibir información. Parece más correcta ésta última postura pues es más respetuosa con la intimidad y confidencialidad del paciente. Sería una buena solución que en el momento del ingreso, al realizar la historia clínica, se preguntara al paciente si desea designar algún interlocutor para el caso de que él no pueda, o no desee, recibir la información (que puede ser toda o únicamente a la que haga referencia a cuestiones determinadas) y/o establecer algún límite de las personas que pueden actuar como tales. En todo ello no debe obviarse que vivimos en una sociedad en la cual tiene una amplia influencia la familia, que de forma tradicional ha actuado de forma paternalista con sus miembros por lo que, respetando la decisión del paciente, deberemos lograr la colaboración de la misma, si es el caso, pues si bien los familiares pueden servir de apoyo a paciente y sanitarios también pueden dificultar la relación.

Otra cuestión es la cantidad de información que se debe dar. Se ha hablado del criterio de la práctica profesional y del criterio de la persona razonable. En el primer caso es el médico el que selecciona la información de acuerdo con lo que el conjunto de la profesión consideraría que sería la mejor información para el bien del paciente y el segundo se refiere a la información que una persona debería recibir para realizar una opción razonable. Lo que ocurre es que no todos los profesionales

piensan igual ni todos los pacientes desean, o necesitan, lo mismo para cubrir sus expectativas. La información se ha hurtado tradicionalmente a pacientes con enfermedades graves y aún es frecuente que, en nuestro medio, los pacientes no pregunten sobre su patología o delegen en sus familiares el papel de dialogar con el médico. Ello ha comportado en ocasiones una conspiración de silencio en torno a los pacientes, soledad y la imposibilidad de una comunicación franca y esperanzadora con el médico que hoy sabemos hubiera sido beneficiosa (L. Rojas Marcos, 1998: 89). En la misma línea se manifiesta A. Fina (1996: 87) cuando dice que «no deja de ser oportuno y conveniente conocer a nuestros enemigos, especialmente cuando incluso nos pueden causar la muerte». Se debe procurar que el paciente tenga la mayor información posible y debería abandonarse la idea preconcebida de que el paciente no desea saber o no va ser capaz de soportarlo. La información no ha de ser un hecho puntual sino que debe convertirse en un proceso en la que el informador deberá adaptarse «al tempo» que le irán marcando el paciente y las circunstancias que se vayan presentando y debe recordar que tiene ante sí a una persona que puede estar angustiada o confusa por lo que la información no sólo debe ir encaminada a aportar datos sino también a reducir esa angustia y esa incertidumbre.

Existen ocasiones en las que podría estar justificado limitar la información a un paciente. Cuando un médico considera que en la situación específica de un paciente concreto darle determinadas informaciones puede agravar su estado sería lícito no hacerlo, teniendo en cuenta que eso es la excepción, que debe mantenerse el mínimo tiempo imprescindible, que debería hacerse constar en la historia clínica los motivos que han impulsado a ello y que en ningún caso autoriza la mentira.

Otro punto a tener en cuenta es el documento de consentimiento informado que recientemente se ha ido introduciendo en nuestro medio. Este documento surgió en los países anglosajones donde tuvo su auge en los años 60-70. En nuestro país tuvo un precedente en la Orden de 3 de agosto de 1982 que desarrolla el Real Decreto 944/1978 sobre Ensayos Clínicos en Humanos que exigía la existencia del mismo y es a partir de la LGS que se impulsa su uso. Si bien es un documento que debe realizarse su utilización no sustituye, y no puede ni debe hacerlo, el proceso de información oral que es el medio idóneo en la relación médico-paciente. Tal documento vendría a formalizar esa información pero no asegura que ésta se haya dado de forma correcta ni tampoco que haya sido comprendida por el paciente. Una dificultad que se ha venido

reseñando al respecto es que, en ocasiones, el grado de legibilidad de los diferentes modelos los hacen difícilmente comprensibles. Los puntos que debería recoger serían los siguientes: descripción del procedimiento expuesto; riesgos, molestias y efectos secundarios posibles; beneficios del procedimiento; posibles tratamientos alternativos; efectos previsibles de la no realización de ninguno de los procedimientos posibles; comunicación al paciente de la disposición del médico a ampliar la información si lo desea y a resolver las dudas que tenga y comunicación al paciente de su libertad a reconsiderar en cualquier momento la decisión tomada.

Pueden existir excepciones a la obtención del consentimiento y limitaciones al proceso de información. El proceso de información, y la obtención del consentimiento, puede verse limitado, aunque no siempre ni necesariamente, en situaciones de urgencia o de incapacidad y en tal situación el médico debe obrar en el mejor beneficio del paciente de acuerdo con la buena praxis médica, teniendo en cuenta que pueden existir tutores legales o documentos de directrices anticipadas que deben ser tenidos en cuenta. En el caso de pacientes menores si sus representantes rechazan un tratamiento que los conocimientos médicos reconocen como válido y necesario para salvar la vida, el médico, en caso de urgencia, ha de prescindir del consentimiento (CDCCMC art.15). Cuando existe riesgo para la salud pública la ley (LGS, art.10.6) permite adoptar medidas contra la voluntad de las personas en dos casos, por razones sanitarias de urgencia y por razones de necesidad. Al ser medidas que limitan la libertad, que es un derecho fundamental, su aplicación ha de ser excepcional y debe argumentarse su indicación debiendo ser autorizadas por las administraciones de sanidad y justicia. Que se prescinda de la obtención del consentimiento informado no implica que las personas afectadas no deban ser correctamente informadas.

IV. LA CAPACIDAD

Aceptada la pluralidad de valores y la necesidad de una información adecuada se plantea un nuevo problema en el reconocimiento de la autonomía de la persona: la capacidad.

Según nuestro ordenamiento jurídico la persona alcanza la mayoría de edad a los 18 años (art. 315 del Código Civil), siendo capaz, a partir de ese momento, para todos los actos de la vida civil, salvo las excepcio-

nes establecidas en casos especiales por éste código (art. 332), siendo causa de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma (art. 200), siendo necesaria una sentencia judicial para que alguien sea declarado incapaz (art. 199).

Si bien desde el punto de vista jurídico la ley puede resolver algunos casos no resuelve, desde un punto de vista ético, el problema. Una persona puede poseer capacidad para decidir sobre ciertas cuestiones y no sobre otras ya que no siempre es necesario el mismo grado de capacidad o argumentación. Por ejemplo, podemos aceptar que un niño puede negarse a tomar un analgésico suave por una cefalea pero es más difícil aceptar su rechazo a una apendicetomía que de no realizarse puede comportar la muerte.

Otro caso, un joven de 17 años puede tener formado su criterio y argumentar de forma razonable su decisión pero ésta ser contraría a la de sus tutores legales. En tal situación y según el artículo 13 del CDCCMC el médico debe respetar su voluntad si tiene su capacidad mental conservada y si tiene capacidad para comprender aquello que decide aunque el padre, la madre o el representante legal disientan.

Existen procesos, psíquicos o físicos y transitorios o permanentes, tales como la depresión severa, la embriaguez, situaciones bajo influencia de drogas, demencias, coma, ..., que sitúan al paciente en un grado de incapacidad para comprender o decidir. En ocasiones puede existir un documento de directrices previas o un interlocutor previamente designado que indique cuales son las preferencias del paciente, pero en muchos casos son familiares y médicos, con espíritu beneficiante y predisposición no-maleficiente, los que deciden la pauta a seguir.

En ocasiones la situación puede ser más confusa. Los pacientes suelen tomar decisiones de acuerdo con las indicaciones de su médico pero en ocasiones pueden optar por decisiones que pueden parecer inadecuadas desde el punto de vista clínico. Cada vez más los médicos deben ir acostumbrándose a que sus pacientes puedan adoptar posturas que no sean acordes a la práctica tradicional y que tal actitud no comporta necesariamente una disminución de la capacidad.

Existen numerosos tests para evaluar la capacidad del paciente: Test de capacidad de Roth, Meisel y Lidz (1977), Criterios de Capacidad de Appelbaum i Roth (1982), Escalas móviles de capacidad de Drane (1985), Criterios de Bernard Lo (1990). En líneas generales apuntan que la capacidad vendría determinada por la comprensión del paciente de su

situación y de las consecuencias que se derivarían de su elección, la argumentación en que ésta se sustenta, la adaptación a su esquema de valores y que esto se mantiene durante el tiempo.

Actualmente, sin embargo, los instrumentos de los que disponemos para evaluar la capacidad son aún insuficientes. Cuando un paciente acude a un médico éste debe hacer todo lo posible para solucionar su problema ya que «la primera lealtad del médico es la persona a la que atiende y la salud de ésta ha de anteponerse ante cualquier otra conveniencia» (art. 8 del CDCCMC). Ello no implica que pueda actuar en contra de una elección tomada por un paciente, aunque le pueda parecer absurda, pero tampoco debe implicar, sobretodo si tal situación puede ser tratada y el no hacerlo comporta complicaciones graves, que no deba asegurarse que el individuo actúa libremente, que no existen coacciones o situaciones que limiten su capacidad o situaciones de temor ante el tratamiento que pueden ser solucionadas si se crea un clima adecuado.

V. LA AUTONOMÍA

El derecho de los pacientes a ser respetados en su autonomía viene determinado por el hecho de ser personas que aunque padezcan una enfermedad, y excepto en determinadas patologías o situaciones, no dejan de ser individuos con capacidad para actuar de forma autónoma. Pero, como todos los derechos y aunque el respeto a la autonomía de los pacientes es un valor fundamental, éste no es un valor absoluto y puede restringirse si no existen los recursos adecuados o se hace en aras del bien social.

El respeto a la autonomía implicaría el derecho a ser informados, a no ser tocados, a consentir antes de cualquier intervención pero no a exigir pautas que no sean reconocidas o para las que no existan recursos o que menoscaben derechos de otras personas o que obligen a los profesionales a actuar en contra de sus criterios o de su conciencia. En estos casos el paciente debe recibir información veraz y argumentada de los motivos por los cuales se ha denegado su solicitud.

Existen situaciones, cómo el rechazo a un tratamiento, el respeto a un documento de directrices anticipadas o la negativa a seguir tratamientos para prolongar la vida o el derecho a que se respete afrontar la muerte de acuerdo con aquello que han sido las creencias y ha dado sentido a la vida, que son muestras de expresión de la autonomía y que deben tenidas en consideración.

1. El rechazo a un tratamiento

El rechazo a un tratamiento viene recogido en el artículo 10.9 de la LGS. También se recoge en los art. 13 y 14 del CDCCMC. Para ello existe la condición de que antes haya sido informado de una forma comprensible de las consecuencias previsibles de su negativa y que se encuentre en una situación lúcida y no se derive daño a terceros.

En ocasiones el rechazo a un tratamiento puede comportar situaciones de riesgo para la vida. Una situación típica es el rechazo a las transfusiones por motivos religiosos. En estos casos entran en conflicto el derecho a la vida (CE art. 15) con el derecho a la libertad religiosa (CE art.16). Podemos entender que el derecho a la vida es esencial para que los otros derechos se desarrollen pero también es posible interpretar, en el contexto de una sociedad plural, que el derecho a la vida es un derecho a que no nos la quiten y a que no nos obliguen a vivirla en contra de nuestras creencias si ello no perjudica a terceros y aunque tal decisión no sea acorde con la mayoría de la población. Visto así el derecho a la vida sería vivir de acuerdo con nuestras creencias y nuestras dudas, nuestras afirmaciones y nuestras contradicciones, nuestras ilusiones y nuestros pesares, avanzando y retrocediendo y eligiendo en libertad aquello que deseamos. Ese derecho a vivir de ese modo no estaría por encima del derecho de otros a vivir de otra forma, no pudiéndonos adjudicar el derecho a que otras personas vivan, o mueran, por nuestras creencias.

El hecho de que patologías que podrían ser subsanadas no sean tratadas entra en conflicto con lo que ha sido la tradición médica. Los nuevos tiempos impulsan a una visión integral de la persona, en la que si bien la salud es una parte muy importante puede no ser la más valorada por determinadas personas que pueden considerar que otros valores prevalecen por encima de ella. El Tribunal Supremo (Sentencia 950/1997 de 27 de junio de 1997) afirma que «el adulto capaz puede enfrentar su objeción al tratamiento médico, debiéndose respetar su decisión, salvo que con ello ponga en peligro derechos o intereses ajenos, lesionen la salud pública u otros bienes que exigen especial protección», añadiendo más adelante que «el derecho a la vida y a la salud del menor no pueden ceder ante la libertad de conciencia u objeción de los padres».

La LGS también recoge, en el mismo artículo citado, que en caso de rechazo al tratamiento el paciente debe solicitar el alta voluntaria. Desde el punto de respeto a la autonomía a los pacientes quizás no sea la actitud más adecuada. Cabría precisar si el rechazo es a un tratamiento determinado o a cualquier tratamiento. En caso de que existan otros

tratamientos, aunque sean menos eficaces, deben ser ofrecidos al paciente. Aún en el caso de rechazo a cualquier tratamiento si el paciente presenta situaciones que no aconsejen el alta se le deben ofrecer las medidas básicas que permitan el mantenimiento de su dignidad.

2. El documento de directrices anticipadas

La idea de crear un documento en el que una persona pudiera indicar su deseo de que se le dejara de aplicar un tratamiento en caso de una enfermedad terminal fue de Luis Kutner, un abogado de Chicago, en el año 1967. Este documento se ha popularizado en los EEUU y Canadá, si bien existen obstáculos que dificultan su formulación: falta de información, actitud fatalista ante la muerte, las creencias de tipo cultural y la falta de apoyo por parte de los seres queridos (M. Gordon y P.A. Singer, 1995, 163-166). En España la Asociación Española para el Derecho a Morir Dignamente impulsa su instauración.

El respeto a un documento de directrices anticipadas se encuadra dentro de la obligación de fidelidad del médico hacia su paciente. El respeto a la autonomía de los pacientes no sólo exige respetar sus opiniones cuando éste está en condiciones de manifestarlas sino también cuando ya no dispone de la capacidad para ello si en el momento en que fueron adoptadas se realizaron libremente, siendo un imperativo ineludible para la sociedad tal respeto (J.L. Baudouin y D. Blondeau, 1995, 127) ya que cuando una persona competente realiza un documento sobre como desea ser tratado en caso de incapacidad está manifestando su deseo de la clase de vida que desea tener y tal hecho es el que más respeta la autonomía desde un punto de vida integral (Dworkin, 1994, 296).

3. El derecho a rechazar tratamientos para prolongar la vida y a afrontar la muerte de acuerdo con las propias creencias

El art. 57 del CDCCMC recoge el derecho de toda persona a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte y el derecho de ésta a rechazar un tratamiento para prolongar la vida, siendo deber del médico ayudar al paciente a asumir la muerte de acuerdo con sus creencias y aquello que ha dado sentido a su vida y el art. 58 que el objetivo de la atención

a las personas en situación de enfermedad terminal no es acortar o alargar la vida, sino promover su máxima calidad posible.

La cercanía de la muerte no ha de impedir a las personas vivir ese período final de sus vidas de acuerdo con lo que han sido sus creencias y sus valores. Mientras que para unos el objetivo puede ser mantener la vida, su vida, otras personas pueden optar por rechazar tratamientos que la prolonguen de una manera inaceptable para ellos. En ésta situación nadie puede adueñarse de la decisión de otros. Las personas no piensan igual referente a lo que es una vida buena y en la misma situación unas personas optarán por seguir adelante y otras por rechazar un tratamiento. En una sociedad plural el respeto a la dignidad de las personas implica que ambas posturas deben ser respetadas.

Los individuos no reclaman ya sólo buenos profesionales en el ámbito técnico. Cada vez demandan más una asistencia sensible y respetuosa con el sufrimiento y con el mantenimiento de la dignidad de la persona. No sólo hay que hacer bien las cosas, hay que hacer bien las cosas que están bien, y ello puede obligar a que en ocasiones se tengan que utilizar todos los medios pero que en otros casos ello no sea indicado a fin de evitar que la cura pase a ser tortura. La decisión no compete sólo a los profesionales y médicos y pacientes la deberán afrontar juntos.

VI. CONCLUSIÓN

La base argumental de lo que he venido desarrollando es que corresponde al individuo, en el ejercicio de su libertad, encaminar su vida en el sentido que crea más acorde con su sistema de valores, siempre y cuando ello no comporte una limitación para otros. El problema es que eso no es fácil y no lo es porque por un lado, la sociedad con sus políticos y profetas ha tendido siempre a marcar las líneas de aquello se consideraba correcto y de aquello que no y, por otro, porque la libertad comporta riesgos y esfuerzos que no siempre estamos dispuestos a asumir. La idea sería que de ser individuos protegidos y a los que sólo se les permitía pequeñas parcelas de libertad, vamos pasando a ser individuos autónomos a los que se debe justificar y argumentar cuando ésta se pretende limitar. En el campo de la sanidad médicos y pacientes van habituándose a una nueva situación que requiere cada vez más tener en cuenta las particularidades de los pacientes y su implicación en la toma de decisiones, al objeto de una lograr una relación más fructífera y más acorde con los cambios de la sociedad.

Aún existen caminos por andar y tropezones que salvar por lo que nuestro destino como individuos libres no tiene otra opción que la de ser cada vez más participes en aquello que nos concierne y en aquello que concierne a la sociedad, y como sustento de todo ello unas reglas de juego basadas en el respeto y la promoción de los derechos humanos.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- BATISTAMIDANDA, J. E.: «¿Familiares conflictivos?», *Med Clin (Barc)*, 102, 1994, 742-743.
- BAUDOUIN J. L., BLONDEAU D.: *La ética ante la muerte y el derecho a morir*, Barcelona, ed. Herder, 1995.
- BUCKMAN, R.: *Com donar les males notícies*, Vic, ed. Eumo, 1998.
- CASADO, M.: *Materiales de Bioética y Derecho*, Barcelona, ed. Cedecs, 1996.
- CASO, A.: «El dolor y la moral», *El País*, 21 de enero de 1998.
- CENFENO CORTÉS, C. y NÚÑEZ OLARTE, J. M.: «Estudios sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer en España», *Med Clin (Barc)*, 110, 1998, 744-750.
- DWORKIN, R.: *El dominio de la vida*, Barcelona, ed. Ariel, 1994.
- ENGELHARDT, H. T.: *Los fundamentos de la Bioética*, Barcelona, ed. Paidós, 1995.
- FINA, A (Prólogo A. MIRADA): *Convivre amb el càncer*, Barcelona, ed. Columna, 1996.
- GENERALITAT DE CATALUNYA.: *Guia de recomanacions sobre el consentiment informat*, Barcelona, 1997.
- GORDON, M. y SINGER P. A.: «Decisiones y cuidados al final de la vida», *The Lancet* (ed. español), 27, 1996, 163-166.
- GRACIA, D.: *Fundamentos de bioética*, Madrid, ed. Eudema, 1989.
- ROJAS MARCOS, L.: «Juan, es cáncer», *El País semanal*, 1 de febrero de 1998, 89.
- SIMON LORDA, P.: «El consentimiento informado: teoría y práctica (I)», *Med Clin (Barc)*, 100, 1993, 659-663.
- SIMON LORDA, P.: «La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones y sus problemas», en *Estudios de Bioética*, L. Feito (ed.), Madrid, Dykynson, 1997.
- SIMON LORDA, P., BARRIO CANTALEJO, I.: «Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética», *Med. Clin. (Barc.)*, 105, 1995, 583-597.
- SINGER, P.: *Ética Práctica*, Barcelona, ed. Ariel, 1984.

Aproximación jurídica a la problemática en torno a los profesionales sanitarios susceptibles de transmitir enfermedades contagiosas

Montserrat Viñas Pons

I. CONSIDERACIONES PREVIAS

La utilización en el ámbito sanitario de medios y productos curativos y diagnósticos nuevos, muchos de ellos procedentes del propio cuerpo humano, tales como sangre, hormonas, órganos, etc., junto con la aparición de enfermedades nuevas, como el VIH, transmisibles a través de dichos productos, ha provocado en la década anterior una importante problemática epidemiológica que ha tenido también consecuencias jurídicas en el ámbito de la responsabilidad de los profesionales y las administraciones sanitarias¹.

En el momento actual, si bien se ha superado en parte la problemática mencionada dado el conocimiento epidemiológico de las posibilidades de transmisión de enfermedades a través de los productos procedentes del cuerpo humano y de la aparición de métodos de detección cada vez más precisos, los diferentes servicios epidemiológicos y las redes de vigilan-

¹ Así, son varias las sentencias que han apreciado la existencia de responsabilidad en profesionales sanitarios y instituciones por contagio de pacientes, a partir de transfusiones sanguíneas en centros hospitalarios del estado español. Véanse, entre otras, la sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona de 20 de noviembre de 1989 y la sentencia de la Sala Segunda del Tribunal Supremo de 18 de noviembre de 1991.

Igualmente, a través del Real Decreto Ley 9/1993, de 28 de mayo (B.O.E. núm. 130 de 1 de junio de 1.993), se concedieron ayudas a los afectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) como consecuencia de actuaciones realizadas en el sistema sanitario público.

cia hemoterápica continúan atentos a esta cuestión dada la aparición de nuevas enfermedades como la encefalopatía bovina espongiiforme (vulgarmente conocida como enfermedad de las vacas locas) y la existencia aún de períodos ventana en los test que se utilizan para contrastar la idoneidad de los productos.

Junto a la vía de transmisión de enfermedades mencionada y otras vías de contagio más clásicas en los centros hospitalarios, un elemento que ha merecido en los últimos tiempos una especial atención por parte de las comisiones de vigilancia epidemiológica y de control de calidad, así como por parte de los servicios de medicina laboral de los centros, ha sido el de los profesionales sanitarios que son susceptibles de transmitir enfermedades contagiosas graves (sida, hepatitis, etc).

Desde un punto de vista jurídico el enfoque de esta problemática puede hacerse desde dos vertientes diferentes: a) por un lado, desde el punto de vista del paciente, en cuanto titular de un conjunto de derechos en sus relaciones con los profesionales, centros y administraciones sanitarias; b) por el otro, desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, en su doble vertiente: la derivada del derecho al trabajo — su contenido y límites — y la que tiene que ver con las medidas de protección a la salud laboral para evitar, en la medida de lo posible, que se produzcan contagios desde los pacientes hacia los propios profesionales sanitarios.

El objetivo de este trabajo es hacer una aproximación a esta doble problemática jurídica.

II. DERECHOS DE LOS USUARIOS

Los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios, como ya ha puesto sobradamente de manifiesto la doctrina jurídica, se encuentran recogidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante LGS)². En efecto, esta Ley en su artículo 10, si bien no contiene un auténtico catálogo, sí que enumera algunos de los derechos de los usuarios que son en algunos casos una transcripción en el ámbito sanitario de derechos fundamentales recogidos en la Constitución.

Para abordar la problemática planteada, además de acudir al artículo 10 de la LGS mencionada, que es aplicable a aspectos más colaterales

² BOE núm. 102, de 29 de abril 1986.

como pueden ser el derecho a la información o el derecho a la libre elección de tratamiento, debemos acudir directamente al texto constitucional, en concreto a dos de los derechos que menciona: a) por una parte, a un derecho fundamental, el recogido en el artículo 15, que dispone que todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y b) por otra parte, al principio rector de la política social y económica del artículo 43, que reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud.

En cuanto al derecho a la vida y a la integridad física de las personas, es un derecho fundamental que aplicado en el ámbito sanitario es reclamable directamente a todos los agentes que intervienen en cualquier actuación y que vincula tanto a las administraciones públicas como a todos los profesionales sanitarios en su relación con los pacientes.

La lesión a la vida y a la integridad física puede comportar sanciones recogidas en las normas penales, que contemplan, además de supuestos generales, previsiones específicas aplicables directamente a la actuación sanitaria. Es de especial interés a este respecto la configuración de la imprudencia en el ámbito sanitario que se recoge en el Código Penal³.

Por otro lado, en el ámbito de los poderes públicos, todos los ciudadanos de acuerdo con el artículo 43 de la CE tienen derecho a la protección de la salud. Son muy interesantes las reflexiones de la doctrina jurídica en torno a cómo debe configurarse este derecho; al respecto, la doctrina mayoritaria concluye que se trata de un derecho de prestación. Tal configuración comporta el correlativo deber de la instituciones competentes de reconocer y dar las suficientes prestaciones para garantizar su contenido.

Un aspecto interesante a los efectos de este trabajo, que concurre en los derechos de prestación y que pone de manifiesto la doctrina jurídica más reciente⁴, viene constituido por la exigencia de que las prestaciones de los poderes públicos deben tener unos niveles de calidad aceptables. Se añade así a la exigencia de que las prestaciones estén contempladas en un catálogo que dé seguridad jurídica a todos los ciudadanos, la exigencia de que dichas prestaciones tengan también unos niveles de

³ Véase al respecto CÓRDOBA RODA, J. «Configuración de la imprudencia en el ámbito sanitario en el nuevo Código Penal». *Revista Derecho y Salud*, Vol. 4, núm. 2, págs. 140-147.

⁴ Desde un punto de vista doctrinal, véase MARTÍN MATEO, R. «El sistema administrativo clásico y su permeabilidad a los nuevos paradigmas de calidad total». *RAP*, núm. 134, mayo-agosto, págs. 7 a 27.

calidad contrastados que estén recogidos a ser posible en normas y protocolos de actuación.

En este sentido, conviene tener en cuenta que la LGS recoge en su articulado varias previsiones que hacen referencia a la necesidad de garantizar dicha calidad. Así, en su artículo 18, relativo a las actuaciones sanitarias del Sistema de Salud, se establece que las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán actuaciones tendentes al control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles. También, en su artículo 69, se determina que la evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud; y asimismo, que la administración sanitaria establecerá los sistemas de evaluación de calidad asistencial, oídas las sociedades científicas sanitarias. Igualmente, exige que los médicos y demás profesionales sanitarios titulados del centro participen en los órganos encargados de la evaluación de la calidad asistencial del mismo. Por último, se establece que los hospitales deberán también posibilitar o facilitar a las unidades de control de calidad externo el cumplimiento de sus cometidos y establecer mecanismos adecuados para ofrecer un alto grado de calidad asistencial.

Cabe mencionar que algunas Comunidades Autónomas han desarrollado actividades de acreditación para contrastar el grado de calidad de sus servicios asistenciales. Cataluña es la Comunidad Autónoma cuya actividad en este aspecto ha sido plasmada en normas de carácter general. Así, desde el año 1.981, se han venido dictando Ordenes que regulan la acreditación de los centros hospitalarios a través de los cuales se da cobertura a los usuarios del sistema sanitario de cobertura pública. La norma actualmente vigente es la Orden del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de 10 de julio de 1.991⁵. A efectos de este trabajo, conviene tener en cuenta que entre los criterios de acreditación relativos a la calidad asistencial, el punto 5 del anexo de la Orden mencionada, recoge la exigencia de disponer de protocolos de higiene y prevención de transmisión de infecciones.

Una combinación de los preceptos constitucionales citados y de las normas concordantes con los mismos, nos lleva a concluir que existe la obligación tanto por parte de los agentes directamente implicados en la

⁵ DOGC, núm. 1.447, de 7 de agosto de 1991.

prestación de asistencia sanitaria — profesionales sanitarios y responsables de los centros —, como por parte de los poderes públicos, de llevar a cabo todas las medidas necesarias para evitar que se produzcan efectos indeseables en la vida y la salud de las personas que reciben asistencia sanitaria. Ello comporta que todos los agentes mencionados tienen la obligación de velar por que no se produzcan transmisiones de enfermedades por la vía objeto de estudio a los pacientes.

Desde un punto de vista jurídico, estas medidas vienen constituidas además de por aquellas que estén contempladas en normas de carácter general y en protocolos de actuación que aprueben las administraciones públicas y los centros sanitarios, por la «lex artis», termino acuñado por la jurisprudencia que hace referencia a la necesidad de actuar de acuerdo con los conocimientos de la ciencia en cada momento concreto.

Por ello, desde un punto de vista técnico los profesionales sanitarios, tanto si ejercen su actividad en el marco privado como en el público, deberán adoptar todas aquellas pautas de actuación que de acuerdo con los conocimientos actuales sean precisas para evitar esta fuente de contagios. Por su parte, los responsables de los centros sanitarios deben velar por que dichas medidas se cumplan y por que existan los medios técnicos precisos a tal efecto.

Si bien es cierto que la utilización de medidas de seguridad de carácter técnico y de control de calidad asistencial seguramente constituyen la principal fuente para evitar contagios desde el personal sanitario a los pacientes, también es cierto que cuando se plantea esta problemática frecuentemente se apuntan medidas que afectan directamente a la esfera de los profesionales sanitarios y a sus derechos y deberes como trabajadores. A continuación, se hace un análisis de la aplicación de la legislación laboral a dichas medidas.

III. DERECHOS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Como se ha comentado una de las piezas clave para la prevención de estos contagios son los profesionales sanitarios. A estos efectos, las medidas que se apliquen sobre los mismos, pueden obedecer a una doble finalidad:

a) Por un lado, pueden consistir en medidas dirigidas a proteger directamente a los pacientes: realización de pruebas tendentes a determinar qué profesionales están infectados, separación de funciones en los

casos en que se considere que ser portador de la enfermedad comporta un riesgo para los pacientes que se trata, etc. Estas medidas, en todo caso, deben ser compatibles con los derechos de los trabajadores y por tanto deben estar dentro del marco que la legislación laboral permite.

b) Por otro lado, no puede dejarse de tener en cuenta el derecho que los profesionales sanitarios tienen también respecto a no sufrir un menoscabo en su propia salud y, por tanto, no pueden olvidarse las medidas que los centros sanitarios deben llevar a cabo para evitar que la función que desarrollan repercuta negativamente en la misma. En este caso, estas medidas deben ir encaminadas a evitar que se produzcan contagios desde los pacientes hacia los profesionales sanitarios.

1. Medidas sobre los profesionales sanitarios tendentes a evitar contagios a los usuarios de servicios sanitarios

Un aspecto del derecho de los profesionales sanitarios en cuanto a su condición de trabajadores y por tanto de titulares de derechos reconocidos en la esfera laboral que debe valorarse también a la vista de los derechos de los pacientes que anteriormente se han apuntado, viene referido a la posibilidad de tener que dejar de ejercer la profesión o a ser removido de su puesto de trabajo cuando su ejercicio profesional comporte un riesgo para los pacientes que trata.

Al respecto, el derecho al trabajo está reconocido también en la CE en su artículo 35, que en el primer apartado dispone: «Todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión y oficio..., sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo». Este derecho es objeto de desarrollo, como impone la propia C.E., por el Estatuto de los trabajadores⁶.

El Estatuto de los Trabajadores desarrolla este derecho, y en lo que respecta a la cuestión planteada debe partirse de su artículo 4.2. c), que establece que en relación al trabajo los trabajadores tienen derecho a «No ser discriminados para el empleo o, una vez empleados, por razones de sexo, estado civil, por la edad dentro de los límites marcados por esta Ley.

⁶ Aprobado en su texto refundido por el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo (B.O.E. núm. 75 de 29 de marzo de 1995).

Tampoco podrán ser discriminados por razón de disminuciones físicas, psíquicas y sensoriales, siempre que se encuentren en condiciones de aptitud para desarrollar el trabajo de que se trate».

Vemos, por tanto, que el principio general del derecho de los trabajadores es el de la no discriminación por motivos de salud. Ello no obstante, debe tenerse en cuenta que este derecho no es ilimitado, puesto que, como se desprende del tenor literal del precepto transcrito, estas condiciones de salud no pueden constituir un impedimento a la hora de llevar a cabo el trabajo en unas condiciones adecuadas y máxime en el supuesto que se está comentando, en el que lo que se trataría de evitar es el poner en peligro la salud de terceras personas.

Para hacer compatibles los derechos de los usuarios del sistema sanitario con los de los profesionales sanitarios, parecería oportuno evaluar qué actuaciones de los profesionales pueden comportar un riesgo de transmisión de enfermedades a los pacientes y cuáles no.

Sobre aquellos lugares de trabajo de los centros sanitarios cuyo desarrollo no comporta un riesgo de transmisión de enfermedades a terceros parece claro que debe regir el principio de no discriminación y la libertad de ejercicio de la profesión.

Por contra, el profesional infectado debe abstenerse de practicar técnicas o procedimientos en los cuales los expertos concluyan que existe un riesgo de transmisión, puesto que debe garantizarse que la prestación asistencial llegue al ciudadano con las garantías suficientes y por lo tanto deben evitarse aquellos riesgos sobre su vida o integridad física que son previsibles.

Ello comporta que los servicios competentes de los centros sanitarios deban hacer una valoración de esta problemática y evaluar que ejercicios profesionales pueden comportar, en caso de estar infectado el profesional que los lleva a cabo, riesgos de transmisión.

Otro aspecto de esta problemática viene referido a la obligatoriedad o no de practicar a los profesionales sanitarios pruebas de detección de las enfermedades transmisibles.

En general, los profesionales sanitarios son reacios a la práctica obligatoria de estas pruebas, alegando que su realización comportaría falsas seguridades puesto que la mayoría de sistemas de detección tienen períodos ventana y que es posible contraer la enfermedad inmediatamente después de haberse realizado dichas pruebas, de manera que sería muy difícil determinar los plazos de realización.

Desde un punto de vista jurídico, si acudimos a la legislación sectorial sanitaria, la LGS, como principio general, exige el consentimiento antes de realizar actuaciones sanitarias sobre las personas.

Por su parte, la legislación laboral, concretamente la Ley 31/1.995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales⁷ en su artículo 22 (en adelante, LPRL), prevé la vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores como una obligación del empresario. A estos efectos, se establece que la vigilancia periódica debe hacerse en función de los riesgos inherentes al trabajo; por lo tanto debe estar adaptada a la función que se realiza.

A pesar de contemplarla como una obligación, la Ley prevé la exigencia del consentimiento del trabajador para llevar a cabo esta vigilancia. Por lo tanto, aplicando el criterio general de la LPRL, debería recabarse el consentimiento del profesional previa la realización de pruebas.

No obstante este criterio general, la LPRL contempla como excepción a esta necesidad de consentimiento los supuestos siguientes:

1. Cuando la realización de reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
2. Para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para sí mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa.
3. Cuando así se haya establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

De las tres excepciones previstas en la Ley, la que más directamente afecta al supuesto planteado en este trabajo es la segunda, puesto que parece evidente que los pacientes de un centro sanitario tienen la condición de «personas relacionadas con la empresa».

Por ello, si nos atenemos a las previsiones legislativas, la realización de pruebas puede entenderse amparada en el artículo 22 de la LPRL.

Cabe reseñar que la ley exige que cuando se actúe sin consentimiento del trabajador, se hará previo informe de los representantes de los trabajadores.

⁷ B.O.E. núm. 269 de 10 de noviembre de 1995.

Ello no obstante, deberá ser a la vista de la opinión de los expertos en prevención como se dicten las pautas de actuación a este respecto, pautas que deberán evolucionar en función de cómo avancen los conocimientos epidemiológicos.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que la LPRL prevé que para la realización de estos reconocimientos se deben causar las menores molestias posibles al trabajador y que deben ser proporcionales al riesgo que se trata de evitar.

2. Garantías para el trabajador en las medidas de vigilancia y control sobre su salud

Una vez llevadas a cabo las medidas de vigilancia y control sobre la salud de los trabajadores, la LPRL en su artículo 22.2 exige que se garanticen sus derechos en cuanto a la intimidad, dignidad y confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud. Al respecto, la Ley establece que debe respetarse lo siguiente:

1. Los resultados de las tareas de vigilancia deben comunicarse a los trabajadores afectados. Es decir, en caso de realización de las pruebas que antes han sido objeto de comentario, el resultado de las mismas debe ser comunicado al profesional afectado.
2. Los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores no podrán ser utilizados con finalidades discriminatorias ni en perjuicio del trabajador.
3. El acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores «sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin el consentimiento expreso del trabajador».

Si bien los principios generales mencionados son de aplicación a todos los supuestos, el último de ellos tiene también excepciones. Así, la propia LPRL establece que el empresario y las personas u órganos con responsabilidad en materia de prevención «serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva».

Vemos pues que cuando en la realización de pruebas se detecta la concurrencia de alguna circunstancia que puede afectar la aptitud para

desarrollar correctamente las funciones inherentes al lugar de trabajo, además de existir la obligación legal de informar al propio trabajador, existe también la de informar al empresario. Parece, por tanto, del todo punto razonable concluir que los responsables asistenciales de los centros sanitarios deben estar informados de los resultados que en relación a la salud de los trabajadores puedan afectar a la integridad física de los pacientes que son atendidos en el centro, para que puedan adoptar las medidas oportunas en orden a la prevención de riesgos.

Lo que de ninguna manera permitiría la LPRL es informar directamente a terceros, circunstancia que sería atentatoria al derecho a la intimidad y que podría comportar las correspondientes sanciones.

3. Medidas previstas en la legislación laboral vigente para evitar contagios a los profesionales sanitarios

Aunque en opinión de los expertos el riesgo de contagio de enfermedades como el VIH de pacientes a profesionales sanitarios es muy bajo si se siguen las medidas de seguridad recomendadas, desde un punto de vista normativo debe tenerse en cuenta que la LPRL prevé todo un conjunto de medidas que deben observarse para preservar la salud de los trabajadores.

En este sentido, cabe mencionar que el derecho a la vida y a la integridad física reconocido a nivel constitucional es recogido también de forma explícita por el Estatuto de los trabajadores, que incluye entre los derechos de los mismos el derecho «a su integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene» (art.4.2.d).

Este derecho es objeto de desarrollo a través de la LPRL, que impone una obligación a los empresarios de proteger la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo (art. 14.2).

Este deber, la Ley lo concreta en un conjunto de medidas tales como: evaluación de los riesgos; proporcionar equipos de trabajo y medios de protección adecuados; facilitar información, consulta y participación de los trabajadores; formar a los trabajadores en materia preventiva; vigilar la salud de los trabajadores; proteger a los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos; constitución de los servicios de prevención⁸; entre otras.

⁸ A través del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero (BOE núm. 27 de 31 de enero de 1997), se ha aprobado el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Por lo tanto, los responsables de los centros sanitarios deberán estar muy atentos a esta cuestión y llevar a cabo todo el conjunto de actuaciones que la LPRL prevé, encaminadas a prevenir que se produzcan contagios entre los profesionales sanitarios por su trato con los pacientes, debiendo llevar a cabo una política de especial prevención en aquellos puestos de trabajo que por sus especiales características más riesgo de contagios comportan.

Por último conviene apuntar que la LRPL contempla también como una obligación del trabajador velar por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional. Por ello también los profesionales sanitarios deben tomar todas las medidas de precaución posibles para disminuir el riesgo de sufrir contagios a consecuencia de su actividad asistencial, que puedan afectar su salud y la de los pacientes que luego deberán tratar.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- ÁLVAREZ DE LA ROSA, M. y varios autores. (1996) «Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales». Número monográfico de la Revista Derecho y Salud 4-1.
- ARROYO ZAPATERO, L. (1990) «La supresión del delito de propagación maliciosa de enfermedades y el debate sobre la posible incriminación de las conductas que comportan riesgo de transmisión del Sida». Derecho y Salud 4-2.
- CARDONA RUBERT, M. B. «Datos sanitarios y relación laboral». (1998). Tirant lo Blanch. «Colección laboral».
- COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA. (1997) «Cómo actuar cuando un médico es portador del Virus de la inmunodeficiencia humana o del virus de la hepatitis B o C». Cuadernos de la Buena Praxis.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL. Generalitat de Catalunya (1998). «La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) en el medio sanitario».
- MARTÍNEZ MONTAUTI, J. (1996) «Bioética y Virus de la Inmunodeficiencia Humana». Materiales de Bioética y Derecho. Cedecs.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1996) «Recomendaciones relativas a los profesionales sanitarios portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIII) y otros Virus transmisibles por sangre, virus de la hepatitis B (VHB) y Virus de la hepatitis C (VHC)».
- MORILLAS CUEVAS, L., y PORTILLA CONTRERAS, G. (1993) «Responsabilidad Penal del Médico y Personal Sanitario enfermo o portador del VIII en supuestos de transmisión dolosa e imprudente» JANO 1032.

ROMEO CASABONA, C. M. (1.993) «*Prevención Médico Sanitaria de la transmisión del SIDA*» (1.993) JANO 1032.

VIDAL MARTÍNEZ, J. y ALVENTOSA DEL RÍO, J. «*Algunas cuestiones jurídicas que plantea en España la enfermedad del SIDA*» (1.993) JANO 1024.

Bioética y discapacidad

Francisco J. Curiá Casanoves

I. ANTECEDENTES

Las lesiones orgánicas son, por lo menos, tan antiguas como el hombre. Al igual que entre el resto de las especies de seres vivos siempre se han producido accidentes y errores bien de forma congénita o bien durante el desarrollo de cada individuo que, como un criterio más de la selección natural, han permitido la evolución de la especie.

La primera referencia documentada la encontramos en un escrito de datado aproximadamente en el 5000 a.d.c, en la época faraónica, conocido como el papiro de Edwin Smith, que describe sin darle título lo que podríamos llamar la historia natural de una lesión medular cervical traumática con todas sus consecuencias.

Al margen de este documento, que podríamos considerar puramente como el primer antecedente histórico, encontramos otras referencias larvadas a la discapacidad en la antigüedad.

Así, dentro de la tradición judaica y de sus escritos podríamos encontrar referencias a la enfermedad y a las deformidades, discapacidades de índole diversa, tratadas como un castigo divino, debido a su creencia en que Dios premiaba a sus fieles con bienaventuranzas terrenales, con una baja, nula o muy escasa referencia a cualquier vida futura. Fruto de esta creencia, la marginación y el alejamiento de la sociedad moralmente correcta era una consecuencia lógica y por tanto también las duras leyes que les obligaba a hacer señales acústicas para que *los moralmente sanos* pudieran alejarse y no contaminarse durante los desplazamientos.

En la Grecia clásica, donde el ideal de ser libre era el hombre con forma y pensamiento correctos, es decir con un cuerpo envidiable y una razón preeminente, existen pocas referencias a los defectos y a las

lesiones neurológicas. Aunque Homero, en la Odisea, describe de forma solapada un traumatismo cervical y su muerte tras una ingesta enólica que afectó al joven Elpenor. Hipócrates, en el 400 a.d.c. describe las consecuencias de una paraplejía crónica con referencia a la constipación, disuria, edema de las extremidades inferiores y llagas secundarias al encamamiento. Llama la atención en estos escritos, la dieta recomendada para los afectados de una lesión medular consistente en una notable ingesta líquida basada principalmente en leche de burra mezclada con miel y un vino blanco de origen egipcio.

Dentro de las corrientes filosóficas de los últimos siglos antes de Cristo, el *epicureísmo* ha sido una de las que han persistido a lo largo de los siglos y tiene todavía bastantes seguidores hoy en día. Al fin y al cabo no presenta grandes cambios respecto de las creencias o corrientes más populares en la era moderna. Propugna valores como el placer como finalidad de la vida. Así una de sus máximas era: «*mientras estamos vivos, la muerte no existe y cuando estamos muertos, no existimos*» que marca un cierto aire materialista y justifica el placer como finalidad. También postula unos principios éticos (justicia, honestidad, prudencia y libertad) similares a los que tratamos de universalizar hoy en día. Por tanto, debemos aceptar que en algunos aspectos del pensamiento no han pasado más de 3.000 años. Lesiones, y discapacidades, no se refieren.

Por contra, en el siglo III antes de Cristo, surge una corriente cosmopolita y que fue la primera en preconizar la fraternidad de la humanidad y la igualdad natural de todos los seres humanos «*libres*». Fue una corriente competidora durante siglos del epicureísmo y propugnaba unos valores éticos también similares (conocimiento, valor, justicia y templanza). Esta corriente se conoce como *estoicismo*. De lesiones y discapacidades, tampoco existe referencia.

Tampoco se contemplan en la Roma Clásica, imagen y semejanza de Grecia en muchos de sus aspectos, a pesar de que en algunos de sus escritos podamos encontrar algunas referencias a la discapacidad.

Si la primera aproximación a la igualdad entre los seres humanos se llevó a cabo con el estoicismo, el primer grito a favor de la diferencia y de la tolerancia parece que nació con el *cristianismo* que es el primer movimiento reivindicativo de la igualdad de los derechos de todas las *criaturas* por encima de cualquier diferencia.

Siguiendo con este breve recorrido histórico, nos encontramos inmersos en la oscuridad de la Edad Media que marcó una regresión social sostenida en la diferencia de linaje, de clase, de fuerza, de instrucción

etc., que parece que se ha mantenido inalterada a lo largo de más de diez siglos con pequeños cambios de matiz en las estructuras sociales, fundamentados o justificados en el hecho religioso, económico, cultural, de linaje, de lengua etc.; en las diversas estructuras de poder.

En la modernidad, en la medida que el conocimiento se difunde con más facilidad, a medida que la ciencia se reestructura y se rehace sobre fundamentos cada vez más racionalizados, surge de nuevo la necesidad de la tolerancia hacia a la diferencia y, entre otros, hacia la discapacidad y rebrotan estructuras sociales que revaloran la vida humana en sus distintas formas y condiciones.

En el sentido puramente médico, sanitario y social, no ha sido hasta bien entrado el siglo XX cuando la discapacidad en sus diversas formas, ha tenido y tiene un tratamiento diferenciado. Hasta nuestro siglo todo ha sido segregación y marginación por desconocimiento, por miedo, por temor, por considerarla pecado, mal...

Así, cuando hacemos un resumen esquemático de la evolución histórica de la atención a los discapacitados o a los menos favorecidos, podríamos decir que ha seguido un curso ondulante a grandes trazos.

El mundo ha pasado fácilmente por una fase de fatalismo total, de verdadera impotencia acompañada de especulaciones sobre la composición del ser humano en la antigüedad, hasta *el derecho a la compasión, a acompañar en..., a sufrir con*, que propugna el cristianismo.

Pasa después por un período oscuro de afición por la investigación, por la curación mágica del mal, buscando la fuente de la eterna juventud y el Santo Grial, soñando con el poder de la piedra filosofal.

Hasta llegar a una estructuración científica que hace pensar que todo se puede estudiar, partir, analizar y rehacer; crece hasta conseguir una creencia plenipotenciaria, llena de esperanza científica en que todo es posible y en que cuanto más analicemos y reproduzcamos nuestra experimentación, más cerca estaremos del total dominio de la naturaleza humana.

Y alcanzar tal nivel conocimiento no nos lleva más que a hacer patente nuestra profunda ignorancia. Dicho de otra forma: Hace más de 4000 años que discutimos sobre cual es la naturaleza del hombre, del ser humano y sobre las características que la definen. Y por el momento, parece que la *dignidad* sería el único atributo propio de la especie. El resto podría considerarse como el vestido que cubre nuestra desnudez. Es un acto de fe, de fe en la humanidad y en el hombre.

Pero esta *dignidad* que creemos indiscutible del ser humano, no siempre se la hemos otorgado a todos los seres humanos o de aspecto humano; y más aún en el caso de las persona con defectos o discapacidades, las cuales han pasado de no ser ni tener, *a tener derecho a...* y finalmente, al ensayo de *plena dignidad* de hoy día.

Este sería el panorama haciendo una somera revisión histórica de la sociedad occidental. Otras estructuras sociales, otras costumbres, otros pensamientos y otros valores han conducido a los diversos núcleos sociales de nuestro mundo a otros tantos puntos evolutivos, con situaciones culturales diferentes que es necesario respetar, desde mi punto de vista, *por lo menos, mientras se mantengan inmersos en su propio entorno social y cultural*. Las consideraciones sobre la universalidad de los postulados éticos, creo que merecen un tratamiento especial que no podría ofrecer con la merecida consideración en esta aproximación histórica, con suficiente extensión y profundidad.

Esta búsqueda permanente, no es todavía universal. En nuestro mundo conviven creencias diversas fundamentadas tanto en la razón como en la tradición histórica y incluso ancestrales y parece que todavía estamos lejos de estos mínimos universales que estructuralmente tratamos de plasmar en la «*Declaración Universal de los Derechos Humanos*» que cumple ahora 50 años. Nos hallamos en un cruce de culturas facilitado por la rapidez de las comunicaciones, de los viajes, y resulta difícil aproximar o unificar los criterios de dignidad humana en las diversas culturas.

Estamos inmersos en una crisis o revolución permanente, fruto de la evidencia que día a día nos aporta la ciencia sobre nuestra profunda ignorancia; posiblemente a causa del miedo abismal que genera tanto el poder que otorga el conocimiento adquirido como la profunda e inmensa ignorancia, que tras el progreso se agazapa.

II. ASPECTOS ASISTENCIALES

1. *Toponimia*

Para iniciar la exploración de un nuevo campo o la difusión de las experiencias y problemas propios de una área específica, es preciso definir con la máxima claridad posible los nuevos temas que queremos abordar, y por tanto, creo muy necesario fijar un acuerdo terminológico para eliminar el confucionismo que pudiera existir entre nosotros.

Este acuerdo, premisa básica entre las ciencias llamadas duras, no siempre ha estado la base de aquellas disciplinas o ciencias que tienen una implicación más acentuada en el terreno social.

La atención médico-sanitaria y el tratamiento rehabilitador de las personas afectadas de una gran discapacidad física de origen neurológico es, de hecho, una disciplina nueva que ha nacido a mitad de nuestro siglo. Con anterioridad, los afectados, morían de forma irremisible en el transcurso de las primeras semanas después de la lesión, básicamente por lagunas en el conocimiento de las causas del problema y por carencias del propio sistema asistencial con posibilidades limitadas en cuanto a un correcto cuidado.

Los avances técnicos y el redescubrimiento de algunos conceptos básicos en medicina asistencial, han permitido en un primer tiempo superar el primer escollo y garantizar la supervivencia tras la lesión. Después, aprovechando los avances de la medicina convencional y sus técnicas, acercar la esperanza de vida de las personas discapacitadas a la de la población general.

Así, cuando hablamos de discapacidad, es preciso poner de manifiesto desde el primer momento que no estamos hablando de enfermedad, a pesar de que ésta pueda estar relacionada, bien con origen de una discapacidad, bien como consecuencia de la misma, y por tanto conviene aclarar los términos. Para hacerlo de forma breve, creo conveniente utilizar la terminología básica propuesta por la OMS desde el 1980. Así hablamos de:

Lesión, déficit o deficiencia: Que es la afectación por pérdida o por anomalía de una estructura o también de una función que afecta a una persona, tanto en el ámbito anatómico o físico, como en el fisiológico o funcional, o en el psicológico.

Discapacidad: Que es la falta o reducción — fruto de una lesión o de un déficit— de la capacidad para realizar una actividad en la forma y manera que se considera normal para un ser humano.

Minusvalía: Que es la condición de la persona con una discapacidad. Es el perjuicio o desventaja — fruto de un déficit o de una discapacidad — que para un ser humano supone bien una limitación o bien un impedimento para el desarrollo del *rol* considerado normal — según edad, sexo y condiciones sociales y culturales— en su entorno.

Así haciendo un resumen diríamos que:

La lesión o el déficit *describe una disfunción a nivel de órgano, de una parte del cuerpo.*

La discapacidad mide o describe *el grado de disfunción a nivel de persona, de individuo.*

La minusvalía mide o describe *el grado de disfunción a nivel social, en su entorno.*

La diferencia conceptual propuesta, permite realizar valoraciones globales del individuo. Así, el déficit supone una valoración bajo el punto de vista médico; la discapacidad es importante para la rehabilitación y evalúa carencias a nivel personal; la minusvalía subraya los aspectos sociales y relacionales de estas carencias.

Finalmente, y para dejar el tema correctamente situado, creo que puede ser recomendable explorar algún tipo de clasificación que, al mismo tiempo, nos sirva de recordatorio sobre los diversos tipos de discapacidad que podemos encontrar en nuestro entorno, muchos de los cuales no están presentes en nuestra consciencia.

Podemos ensayar distintas clasificaciones según criterios tan diversos como:

Congénitas y adquiridas. según se produzca antes o después de nacer

Traumáticas y Médicas según sean por traumatismo o por enfermedad.

Físicas, Psíquicas y Sensoriales: Según aspectos funcionales.

Por todo ello, creo importante remarcar que es evidente que cuando hablamos de discapacidad *no hablamos de enfermedad, de accidente o de lesión, sino de las consecuencias de la misma y de la dificultad para una normal actividad de la persona afectada de una forma permanente e irreversible.* No nos referimos a las alteraciones de la capacidad para una normal actividad de la persona afectada por un proceso o enfermedad *reversible* que siempre se podrán manifestar en el transcurso de cualquier proceso patológico y que supone un paréntesis en su vida.

Así pues, hablamos de personas afectadas de un déficit crónico y permanente con su condición de persona con todos los derechos y deberes que pueden precisar de una discriminación positiva en su atención a causa de la lesión que padecen.

Según la última encuesta sobre la discapacidad en nuestro país (INE-1987), el 15% de la población española sufre algún tipo de discapacidad.

Múltiples estudios anglosajones estiman la incidencia de «major disabilities» entre el 5 y el 10%.

Para realizar una correcta aproximación, debemos partir de un diagnóstico fidedigno que posibilite:

- 1º. Definir los déficits y evaluar qué discapacidad y minusvalía secundaria originan.
- 2º. Identificar funciones residuales que servirán de punto de partida para restablecer la independencia funcional: *la rehabilitación*.

Si bien la rehabilitación se basa en los exámenes neurológicos y ortopédicos, la evaluación funcional es la parte fundamental de la exploración.

Dentro de la exploración neurológica habrá que hacer especial énfasis en:

- A) **Nivel de consciencia** (ESCALA DE COMA DE GLASGOW puntuación total a entre 3 y 15; 3 es una grave afectación y 15 la normalidad).
- B) **Evaluación cognitiva** (Orientación, Atención, Memoria, Cálculo, Similitudes, Razonamiento lógico, Información general).
- C) **Comunicación (habla y lenguaje)**: (Para evaluar los trastornos del habla y del lenguaje, afasia, apraxia y disartria, evaluación funcional, lectura, escritura, habla, audición).
- D) **Pares craneales**.
- E) **Reflejos**: (Reflejos musculares profundos, reflejos superficiales, reflejos patológicos).
- F) **Integración motora central**: (Tono muscular, coordinación, movimientos involuntarios, apraxia).
- G) **Sensibilidad**: (Superficial, profunda, cortical).
- H) **Percepción (Más común en lesiones del lóbulo parietal no dominante)**: (Agnosia, desorientación derecha-izquierda).

Una vez identificados los déficits, debemos evaluar las consecuencias en relación a la *función*. La anamnesis y la exploración física pueden dar una orientación sobre el nivel funcional, pero no es suficiente y se debe realizar una *exploración funcional* exhaustiva, evaluando:

Actividades de la vida diaria: (Alimentación, higiene, baño, WC, vestido, movilidad en al cama.

Transferencias: (Silla - WC - cama - coche - suelo - bañera).

Uso de la silla de ruedas: (tipo de silla, capacidad de autopropulsión, hacer el pino, subir y bajar bordillos, cargar la silla al vehículo).

Estudio de la marcha: (Equilibrio en bipedestación, observación del movimiento de las diferentes partes del cuerpo durante la marcha, estudio del ciclo de la marcha).

Conducción de vehículos: (Evaluar si tiene capacidad para conducir un vehículo y con qué adaptaciones).

Antes de finalizar este apartado terminológico, creo interesante completar la descripción de los distintos tipos y clasificaciones de la capacidad con unas breves referencias a su incidencia, prevalencia y algunos condicionantes que tienen en nuestro entorno:

La edad. La edad es un factor condicionante. De hecho entre los menores de 14 años la incidencia media es del 2%, mientras que entre los mayores de 64 años, lo es del 63%. Existe, pues, una considerable diferencia de incidencia entre el grupo poblacional de 35 a 44 años con una tasa del 6% y el de 45 a 54 años entre los cuales sube hasta el 14%. El grupo poblacional con una mayor incidencia es el de más de 85 años, con un 83.5% de las discapacidades.

El sexo. Existe una mayor incidencia de discapacidades entre las mujeres que entre los hombres (15.5% enfrente del 13.3%). En parte se podría explicar por la mayor longevidad de las mujeres. Pero el cálculo de la tasa estándar, que anula las diferencias derivadas de la estructura diferente para edades en uno y otro sexo, confirma una *mayor predisposición femenina a sufrir alguna modalidad de discapacidad por encima de los 44 años.*

Condicionantes socioeconómicos. El entorno socioeconómico afecta también, de forma importante, a la incidencia de discapacidad. Así, entre las familias con unos ingresos superiores a 300.000 pesetas mensuales, la incidencia de discapacidad es del 5%, mientras que entre los que tienen unos ingresos entre 200.000 y 300.000 pesetas asciende hasta un 6%; y por contra, si los ingresos familiares se sitúan entre las 15.000 y 30.000 pesetas, la incidencia de discapacidad alcanza el 27%. En la vertiente formativa, si el cabeza de familia es analfabeto, la incidencia de discapacidad puede ser del 31%, pero si es titulado superior puede bajar hasta menos del 6%.

De las personas afectadas por algún tipo de discapacidad, la distribución según la clasificación planteada antes sería:

físicas	57%
sensoriales	12%
psíquicas	24%
orgánicas	7%

Podemos analizar algunos de los tipos más frecuentes de discapacidad y población afectada, agrupándolos en:

Discapacidad visual: En 1986 en España había 58.416 personas afectadas de una ceguera total; 361.615 personas ciegas de uno de los dos ojos, y 485.437 personas con dificultades graves para ver imágenes aunque lleven gafas correctoras. En total representaba el 2.1% de la población general.

Discapacidad auditiva: Había 911.714 personas afectadas por este tipo de discapacidad, número que representaba el 2.4% de la población general. Afectados por sordera total eran 116.777 personas; afectados de sordera de un sólo oído, 358.996 afectados; que no podían seguir una conversación sin ayuda de audífono, 522.074 afectados. Evidentemente, la edad es un factor que influye mucho en este grupo, dado que hasta los 45 años afecta menos del 1%, mientras que por encima de los 84 años afecta más del 20%.

Discapacidad para comunicarse: La discapacidad para hablar la sufrían 190.000 personas que equivale al 0.67% de los hombres y al 0.35% de las mujeres. Con pérdida o restricción grave de la lectoescritura, 206.000 afectados; y con pérdida o restricción grave de la capacidad para interpretar signos gráficos, 162.000 afectados. La tasa total de este apartado supone 0.96%, excluidas las personas con analfabetismo.

Discapacidad para los autocuidados: Afecta más de 440.000 personas, número que representa el 1.14% de la población, la mayor parte de ella con edad avanzada. Llama la atención tan sólo un 5.2% de los afectados pueden superar su problema mediante el uso de ayudas técnicas.

Discapacidad para el desplazamiento: Es la discapacidad más frecuente. Afecta 4.031.799 personas lo que supone el 10.5% de la población general. La incidencia se incrementa con la edad, especialmente a partir de los 45 años. La discapacidad para subir escaleras afecta a 2.529.049 personas y la de caminar a 863.472 personas, de las cuales 111.168 van en silla de ruedas y 752.034 necesitan ortesis o ayuda de otro tipo.

Discapacidad para salir de casa: Es un problema que afecta el 2.1% de la población, 812.095 personas, con un claro predominio del sexo femenino. La incidencia aumenta a partir de los 70 años, y por encima de los 84, llega hasta un 42%.

Discapacidad ambiental: Hay 275.725 personas con muy grave sensibilización a elementos del medio ambiente como polvo, polen, etc. Afecta al 0.7% de la población total.

Discapacidad de comportamiento con uno mismo: Se han contabilizado 387.116 personas o casos que suponen 1.1% de la población general. Son todos aquellos que tienen dificultades para llevar a cabo los aprendizajes que cotidianamente necesitamos, y que incluye un grupo de 183.644 personas la conducta de las cuales pone en peligro su propia integridad física. El problema de este grupo disminuye con la edad, sobre todo a partir de los 70 años.

Discapacidad de comportamiento con los demás: Los escasos 296.816 declarados, que incluyen drogadicción y alcoholismo severos, y a 54.217 personas incapaces de relacionarse con los demás por agresividad o falta de respeto a las normas sociales básicas, se considera subestimada por la carga social negativa que comporta su reconocimiento que hace que algunos casos sean escondidos por las propias familias.

Cuando se valoran las causas o etiología de la lesión, encontramos que en la franja de edad de menos de 6 años, la etiología más frecuente es la del origen genético, bien por malformaciones o bien por factores que han actuado sobre la madre durante la gestación y representan el 42% de los casos. Del resto el 10% estaría conformado por problemas de asistencia al parto o sufrimiento fetal durante el mismo. Y finalmente, el resto permanecería englobado en el grupo de enfermedades comunes que puede afectar a la infancia. En el abanico de edad entre los 6 y los

64 años, las enfermedades comunes serían la causa del 72% de los déficits, los accidentes laborales representarían el 3.5% y las enfermedades de origen profesional otro 3.5%. Los accidentes de tráfico representarían sólo el 2%. Curiosamente en este grupo (de 6 a 64 años) aparece un 5% de discapacidades atribuible al envejecimiento precoz.

En el abanico de edad de más de 64 años, el 55% de los déficits son secundarios a enfermedades comunes y a procesos degenerativos propios de la vejez y pueden llegar a tener una proporción del 36%.

Hasta este momento hemos hecho un breve viaje por la lesión, el déficit y la discapacidad que pueden crear. Este hecho, pero, no implica que toda discapacidad comporte una minusvalía asociada. En este sentido y según la misma encuesta del INE (1987) con una incidencia de discapacidad del 15%, tan solo se ha evidenciado un 6% de minusvalía, aunque probablemente la explicación la hallaríamos en que la población comprendida entre los 47 y los 77 años tienen una minusvalía menor que la que les correspondería en relación a sus déficits, y que no se consideró ninguna minusvalía entre los menores de 6 años de edad.

III. CONSIDERACIONES SOBRE LAS GRANDES DISCAPACIDADES FÍSICAS DE ORIGEN NEUROLÓGICO

Después de esta primera aproximación al mundo de la discapacidad y por proximidad a mi trabajo habitual y a mi experiencia personal, me gustaría hacer una especial referencia y reflexión sobre las personas con discapacidades físicas de origen neurológico, a las que a partir de este comentario, me referiré simplemente como lesionados haciendo una breve descripción de las consecuencias que su lesión comporta, de la discapacidad que representa lo cual nos ha de permitir una reflexión sobre los conflictos que puede comportar su atención, su tratamiento, su reintegración social, laboral, etc.

Los lesionados a que me refiero son básicamente personas afectadas de una lesión medular o de una discapacidad física de origen neurológico. Incluyen enfermedades de la motoneurona (ELA), esclerosis múltiple o en placas (EM), parálisis cerebral infantil (PCI), mielomeningocele, accidentes vasculares cerebrales (AVC) de origen isquémico o hemorrágico, anóxias cerebrales de origen diverso, traumatismo craneoencefálicos (TCE) y lesiones neurológicas diferentes como consecuencia de cirugía tumoral, neurocirugía o cirugía muy agresiva como la

cirugía arterial de grandes vasos (aneurismas de grandes vasos, prótesis valvulares, etc.).

Estos lesiones tienen en común que suelen afectar a la población joven y que gracias a los avances de la medicina, las posibilidades de supervivencia se incrementan día a día, hecho del que se derivan necesidades de cuidados y atención especiales para garantizar una vida de calidad, una vida más humana. Las causas son diversas:

A) Accidentes de tráfico que pueden provocar unos *150 nuevos discapacitados* de origen medular/año en Cataluña que viene a suponer los 2/3 de este tipo de patología y que afecta de forma predominante el abanico más joven de población comprendida entre los 14 y 35 años.

B) El otro 1/3 estaría constituido por:

B.1. Tumores con afectación de la medula espinal y los SNC, que crece día tras día en mejorar las posibilidades de diagnóstico, la atención médica y los tratamientos oncológicos.

B.2. Las enfermedades degenerativas del Sistema nervioso cuya supervivencia se incrementa con la mejora del sistema sanitario.

B.3. Y las lesiones secundarias a patología neonatal y congénita que aunque parece que pueden disminuir en la medida que se incrementa el diagnóstico prenatal y mejora la atención sanitaria en el momento del parto, debemos de considerar que los afectados que existen actualmente, *lo son o lo serán* ya que su esperanza de vida se incrementa en la medida que somos capaces de tratar las complicaciones que pueden surgir a lo largo de su existencia.

¿Que aspectos de la vida ve afectado un lesionado, de forma especial?

Sus Relaciones, su Independencia, su Intimidad y la Información.

Afecta a la independencia como ser individual respecto de los que están en el entorno y evidencia una diferencia, diferencia marcada desde la llamada normalidad, teniendo en cuenta que con la adaptación del entorno para las capacidades más reducidas, éstas desaparecen como tales y obtenemos un efecto normalizador, por lo menos en el aspecto físico.

Afecta a la intimidad y modifica la relación con los otros tanto en la proximidad, como en el cuidado y en el tratamiento de la persona con una lesión de origen neurológico. Precisa *desnudarse en el sentido más amplio de la palabra*, en implicar la ayuda de terceras personas tanto en los aspectos puramente físicos como en el fisiológicos. La pérdida o

afectación del control de los esfínteres implica una baja tolerancia social por parte del entorno de una persona adulta, que se supone que ha de tener un control racional y voluntario sobre este aspecto de la vía diaria, aunque exista una tolerancia «jocosa» en el caso de nuestros menores.

La normalización de la accesibilidad, problema en el que todos hemos de vernos inmersos de una u otra forma a causa de las limitaciones de la movilidad más o menos inherente al proceso de envejecimiento.

El cambio conceptual que debemos realizar en el sentido que una discapacidad no presupone una enfermedad —aunque las enfermedades impliquen algún tipo de discapacidad temporal o no—. Por tanto, la persona lesionada no precisa de tratamiento médico continuado y conserva según el grado y nivel de lesión, unas capacidades útiles a nivel tanto familiar, como laboral y social, y a la vez para su realización como ser humano.

En conjunto no suponen más que obstáculos añadidos para una plena integración de las personas con discapacidad.

Por otro lado, el tejido y el soporte social es un elemento imprescindible para la normalización de los lesionados, de las personas con una discapacidad, pero tiene un coste que, lejos de ser despreciable, crece en el seno de una sociedad con recursos limitados. Esta misma sociedad no se siente motivada a hacer rentable el consumo existente en este sector, hasta ahora minoritario, que precisa de notables inversiones y que implica un encarecimiento del producto final.

Las ayudas de carácter técnico presentan el mismo problema. Además, el divorcio entre la sociedad industrial y la investigación básica y aplicada, y la falta de comunicación entre ambas, denotan un bajo aprovechamiento de los recursos y esfuerzos existentes. Con un entendimiento correcto se podrían disminuir los costes de los productos utilizados al poder diversificar su uso, y, por tanto, aumentar el rendimiento industrial ampliando el mercado de consumo.

En caso contrario, siempre será preciso hacer una discriminación positiva referente al proceso de integración de las personas con una discapacidad, invirtiendo unos recursos ya limitados, desaprovechando otros existentes.

Consideración especial merecen las personas con una discapacidad que afecta las funciones superiores de la persona humana tanto si son fruto de una enfermedad que afecte al sistema nervioso central —congénita, neonatal, aguda, crónica o degenerativa— como si son fruto

de un traumatismo craneo-encefálico. Estas personas precisan de un mayor soporte y comprensión social a causa de la alteraciones del comportamiento, de la memoria y de la capacidad de aprendizaje y de relación que la lesión les supone.

Este esfuerzo se ha de realizar a la vez en el entorno macrosocial y microsocia l o familiar y de forma coordinada. Sin la acción coordinada de los familiares cuidadores y de la sociedad en su conjunto referente a una mayor tolerancia y solidaridad, los conflictos en aspectos de justicia y autonomía de los afectados siempre estarán presentes.

La situación diferencial en cuanto a autonomía física, coloca el conjunto de los afectados y de las personas emocionalmente relacionadas con ellos en una situación de limitación de la autonomía personal, no por las limitaciones en los aspectos de movilidad o de independencia física, si no porqué su máxima aspiración es conseguir de nuevo la normalidad social y la integridad física y funcional con igualdad de condiciones en todos los aspectos. Es su máxima esperanza. Ello implicaría la anulación de la lesión, su curación, y los puede hacer caer en un estado de credulidad/incredulidad respecto de cualquier innovación, promesa, tratamiento, experimento, intervención para su mejoría, disminuyendo notablemente la capacidad de hacer una correcta evaluación del riesgo a que se someten para alcanzar los posibles beneficios.

Este mismo hecho se refleja en algunas situaciones conocidas en que algunas personas afectadas han realizado grandes esfuerzos económicos en líneas de medicina no convencional para tratar o mejorar lesiones neurológicas que la ortodoxia médica descarta hoy por hoy con los medios disponibles. Por contra, algunos profesionales son capaces de ofrecer, con costes económicos no despreciables, la promesa de una mejoría, que si bien en el aspecto académico se puede constatar como real, no representa ninguna ventaja en aspectos funcionales para el paciente, hecho que puede llegar a conocer el afectado. Pero el esfuerzo económico que personalmente, familiarmente o socialmente le ha comportado, implica que, a menudo, no se atreva a reconocer en todo su alcance que el esfuerzo y el riesgo no compensen la escasa la mejoría obtenida. Es decir, resulta muy difícil reconocer la frustración, el fracaso, y más si este comportó un esfuerzo económico notable.

Llama poderosamente la atención encontrar en las páginas de Internet ofertas para ensayar intervenciones quirúrgicas con la oferta solapada de una mejoría, cuando no la curación de graves lesiones neurológicas. Estas ofertas se hacen fuera de los países del mundo occidental.

Si la rehabilitación implica en su punto de partida la aceptación de la discapacidad para poder reeducar las habilidades y capacidades residuales, esta aceptación no es nunca completa, ni entre los afectados ni entre los familiares, amigos y compañeros, por mas que sean racionales. Sobre todo planea siempre la esperanza sobredimensionada en la curación, en la plenipotencialidad de la medicina para encontrar la curación, la solución para resolver una determinada patología sin secuelas. Eso los convierte en elementos poco receptivos, poco racionales y muy susceptibles de entrar en una espiral de actuaciones con poca o ninguna base científica o con resultados no contrastados, que en el fondo no es si no una explotación por parte de otro, aunque bien intencionada.

En esta parte del conflicto las publicaciones periódicas tienen una responsabilidad, ya que la publicación de información no ponderada, la redacción espectacular pero poco clarificada, puede estimular en desmedida la esperanza de los afectados haciéndoles perder la vista del horizonte de la realidad diaria y del riesgo a que se han de someter por una utopía, invirtiendo esfuerzos personales y económicos, propios y ajenos, para conseguir esta posibilidad. Convierten este objetivo, esta posibilidad en su estándar de lucha y olvidan con facilidad que la vida tan solo pasa una vez por nuestras manos, *se olvidan de vivir la vida*.

Los profesionales de la sanidad, también tenemos una responsabilidad primordial para contrarrestar estos efectos, pero creo que tenemos aún algunos déficits y algunos miedos que nos limitan enormemente.

- 1ª Tenemos una herencia omnipotente, renacentista, que nos crea conflictos para reconocer las limitaciones de la ciencia médica, para asumir su propia impotencia, su propio fracaso.
- 2ª Tenemos déficits formativos específicos, humanísticos y también profesionales, a nivel de comunicación. Sabemos vender, transmitir esperanza y confianza, pero nadie nos ha enseñado a comunicar las limitaciones de la ciencia y de las actuaciones y a hacer un correcto acompañamiento de nuestro paciente, del que a menudo huimos ante una situación poco favorable.
- 3ª El cambio cultural que ha supuesto para la ciencia médica y sus avances pasar de una situación de fatalismo diagnóstico y terapéutico, y una posibilidad de *«poco más que tener cuidado de...»* a una dimensión casi plenipotenciaria de poder curar una mayor cantidad de enfermedades y procesos cada día, nos ha hecho olvidar la capacidad y la obligación de *«tener cuidado de...»*.

Es necesario estimular los cambios culturales precisos para potenciar un mayor conocimiento de la situación, para entender, asumir y normalizar, y para no discriminar a los lesionados.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- JENNY MORRIS: Capaces de vivir. Bloques 2. Fundación Instituto Guttmann, Barcelona 1992.
- MAURY: La paraplegie chez l'adulte et chez l'enfant. Flammarion Médecina-Sciences. Paris.
- LUDWING GUTTMANN. Spinal Cord Injuries. Blackwell Scientific Publications. Oxford. 1973.
- BADIA X, SALAMERO, M., ALONSO, J., OLLÉ, A. La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español. 1ª ed. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1996.
- DOWELL, I., NEWELL, C.. MEASURING HEALTH. A Guide to Rating Scales and Questionnaires. New York: Oxford University Press, Inc., 1987.
- Las Discapacidades de la Población Española. INE. Edición de 1989.
- MOSKOWITZ, E., MC. CANN, CB. Classification of disability in the chronically ill en aging. J. Chronic Dis 1957; 5:342-346.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva, World Health Organization, 1980.

Cuestiones jurídicas en torno a la discapacidad

Antoni Vilà

I. ASPECTOS LEGALES E INSTITUCIONALES

1. Antecedentes

Siempre ha habido personas que han sufrido algún tipo de discapacidad, sin embargo su papel ha variado según los tiempos y lugares. En general, sus condiciones de vida han sido muy duras, sujetas a la ignorancia, la superstición y al miedo que les empujaba hacia la soledad y el abandono. Aunque es un tópico que antes se excluía a la gente con deficiencia y ahora se propugna su integración (Casado, D., 1995:110), podemos observar que a finales del siglo pasado se inicia un camino hacia el reconocimiento de los derechos que les corresponden como personas: primero, mediante actuaciones en los ámbitos de la rehabilitación y la educación, más tarde, al finalizar la segunda guerra mundial, a través de actuaciones fundadas en los principios de integración y normalidad.

Han sido abundantes los esfuerzos realizados a escala mundial para dignificar las condiciones de vida de este colectivo de ciudadanos. La propia Declaración de los Derechos Humanos (1948) afirma el derecho de todas las personas, sin distinción, a la igualdad de acceso a los servicios públicos, a la seguridad social o a la realización de los derechos económicos, sociales y culturales. Estos derechos han sido concretados mediante el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) que dedica su artículo 23 a los niños con discapacidad, señalando que *«Los Estados parte reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad»*. Con carácter más específico podemos señalar la Declaración de los Derechos del Retrasado

Cuestiones jurídicas en torno a la discapacidad

Antoni Vilà

I. ASPECTOS LEGALES E INSTITUCIONALES

1. Antecedentes

Siempre ha habido personas que han sufrido algún tipo de discapacidad, sin embargo su papel ha variado según los tiempos y lugares. En general, sus condiciones de vida han sido muy duras, sujetas a la ignorancia, la superstición y al miedo que les empujaba hacia la soledad y el abandono. Aunque es un tópico que antes se excluía a la gente con deficiencia y ahora se propugna su integración (Casado, D., 1995:110), podemos observar que a finales del siglo pasado se inicia un camino hacia el reconocimiento de los derechos que les corresponden como personas: primero, mediante actuaciones en los ámbitos de la rehabilitación y la educación, más tarde, al finalizar la segunda guerra mundial, a través de actuaciones fundadas en los principios de integración y normalidad.

Han sido abundantes los esfuerzos realizados a escala mundial para dignificar las condiciones de vida de este colectivo de ciudadanos. La propia Declaración de los Derechos Humanos (1948) afirma el derecho de todas las personas, sin distinción, a la igualdad de acceso a los servicios públicos, a la seguridad social o a la realización de los derechos económicos, sociales y culturales. Estos derechos han sido concretados mediante el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) que dedica su artículo 23 a los niños con discapacidad, señalando que *«Los Estados parte reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad»*. Con carácter más específico podemos señalar la Declaración de los Derechos del Retrasado

Mental (1971) y la Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975), la primera establece que: «*El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos*» (punto 1), y la segunda, en el mismo sentido, declara que: «*El impedido tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana. El impedido, cualesquiera sean el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad, lo que supone, en primer lugar, el derecho a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible*» (punto 3) (Naciones Unidas, 1988). Naciones Unidas dedicó el año 1981 a las personas con discapacidad (*International Year of Disabled Persons*) que abrió nuevos enfoques más operativos dirigido a hacer efectivos los derechos que se concretaron en el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (PAM) y, posteriormente, las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (NORUM) (Naciones Unidas, 1996; Casado, D., 1996).

En nuestro país disponemos también de notables antecedentes de lucha por la dignidad y los derechos de las personas con discapacidad, desde instituciones medievales, como las de ciegos y mendicantes, a ilustres autores que trataron estos temas, como Francesc Eiximenis y Joan Lluís Vives (1492-1540). A finales del siglo pasado y comienzos del actual, podemos destacar la creación de sociedades de socorros mutuos (p.e. la Unión fraternal de Ciegos y Semiciegos, la Sociedad de Socorros Mutuos entre Sordomudos o el *Sindicat de Cecs de Catalunya*) o la primera entidad de enseñanza de ciegos de España (*Escola de Cecs de Barcelona*). Más recientemente, debemos recordar la inmensa labor realizada en la postguerra por muchas entidades cívicas, cobijadas por la Iglesia, como la Hospitalidad de Lourdes, Auxilia, Fraternidad Católica de Enfermos, etc. y por otras de nuevas a partir de la Ley de Asociaciones (1964). Un cambio radical se produce a partir de la década de los 70 en que, por un lado, la Administración pública crea un organismo para atender a los problemas derivados de la discapacidad (Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos, SEREM) y convoca una conferencia para abordar la temática (Minusval'74) y por otro, desde el sector social, emergen los «*grupos de base*» constituidos por afectados que se enfrentan a los planteamientos de las entidades que se «*cuidaban de ellos*» y a los responsables públicos del sector de la discapacidad para exigir, con voz propia y de forma más contundente, sus legítimos derechos, trasladando a la opinión pública sus necesidades. Todas estas actuaciones fructificaron en la creación de la Comisión

Especial del Congreso para el estudio de los problemas de los minusválidos (1977), cuyos trabajos cristalizaron cinco años más tarde con la aprobación de la Ley de Integración Social de las Personas con Minusvalía (LISMI) (Vilà, A. —coord.—, 1994) que desarrolla los derechos proclamados por la Constitución recién aprobada.

2. Los derechos de las personas con discapacidad.

Disponemos de dos instrumentos internacionales que enmarcan las actuaciones; nos referimos al citado PAM, desarrollado durante la llamada *década de las personas con discapacidad* (1983-1992) y las NORUM aprobados por la Asamblea de las Naciones Unidas (Resolución 37/52 de 3.12.82 y 48/96 de 20.12.93, respectivamente). Estos documentos efectúan importantes aportaciones conceptuales, sobre las políticas y concretan los derechos de este colectivo, mediante la formulación de recomendaciones que afectan a la legislación, medio ambiente, ingresos económicos y seguridad social, educación, formación, ocupación tiempo libre, cultura, religión y deporte. Su propósito general se dirigía a la promoción de medidas eficaces para la prevención, la rehabilitación y la equiparación de oportunidades (ver cuadro nº 1), aunque se privilegió este último, especialmente grato al movimiento *independent living* (Casado, D., 1996:90), como lo muestran sus objetivos básicos de «*igualdad*» y de «*plena participación*».

<i>Cuadro nº 1</i> Naciones Unidas. Aspectos conceptuales	
ESTADO DE SALUD	PREVENCIÓN
Enfermedad: Traumatismo, Alteración congénita	Adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.
DEFICIENCIA (IMPAIRMENT)	
Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.	REHABILITACIÓN
DISCAPACIDAD (DISABILITY)	Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida.
Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.	

MINUSVALÍAS (HANDICAP)	EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES (ACCESIBILIDAD)
Una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales).	Procesos mediante el cual el sistema general de la sociedad —tal como el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo— se hace accesibles para todos.

Debido a la confusión y a la incidencia de los aspectos terminológicos en el tratamiento de este tema haremos una breve referencia a los mismos. Los documentos citados adoptan la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) publicada originariamente en inglés por la OMS en 1980, cuyos términos *impairment-disability-handicap* fueron traducidos al castellano por el INSERSO (OMS, 1983) por *deficiencia-discapacidad-minusvalía* (Ver cuadro nº 1). Sin embargo, persiste el problema cuando tratamos de emplear un termino castellano que comprenda los tres niveles (en inglés utilizan *disability* y sus derivados *disabled person / s / people*), ya que se ha venido utilizando *disminuidos* (art. 49 de la Constitución) y mayormente *minusvalía*, *minusválido* y *persona con minusvalía* (LISMI), (Casado, 1991) aunque últimamente se aprecia una tendencia a la utilización de *discapacidad* y *persona con discapacidad* como término general, comprensivo de los demás. Por otro lado, las revisiones terminológicas que se están efectuando (ICIDH-2, 1998) evolucionan hacia unas definiciones operativas que enfatizan cada vez más la importancia del entorno (*contexto de la condición de salud*), distinguiendo entre: a) alteraciones (del cuerpo) —*impairments (body)*—: es una pedida o una anomalía de la estructura del cuerpo o de una función fisiológica o psicológica; b) actividades (persona) —*activities (person)*—: es la naturaleza y el alcance del funcionamiento al nivel de la persona (las actividades pueden ser limitadas en su naturaleza, duración y calidad); c) participación (sociedad) —*participation (society)*—: es la naturaleza o el alcance de la implicación de una persona en situaciones de la vida en relación a las alteraciones, las actividades, las condiciones de salud y los factores del contexto (la participación puede ser restringida en su naturaleza, duración y calidad).

La evaluación del PAM originó la aprobación de las NORUM que tiene un alto contenido ético-jurídico que centra sus objetivos en la

igualdad de oportunidades y la igualdad de derechos de las personas con independencia de sus diferencias y características e incluye referencias operativas a cuestiones concretas, como el acceso al entorno y a la información, la educación, el trabajo, la seguridad social y los ingresos mínimos, la vida familiar y la integridad personal, la cultura, las actividades recreativas y deportivas, y la religión. Del conjunto de planteamientos de Naciones Unidas nos parece oportuno resaltar tres aspectos claves para el tema que tratamos: a) la igualdad de derechos y deberes; b) la importancia del entorno en la configuración de la minusvalía; c) la exigencia de participación social plena y en la toma de decisiones que les afecten.

En los últimos años, también se han elaborado desde instancias europeas diversos documentos relativos a la política social que inciden en la discapacidad. Por otra parte, se han puesto en marcha importantes programas (Helios, Horizon, etc.) y definido políticas para hacer efectivos sus derechos, como la «*Comunicación sobre la igualdad de oportunidades de las personas con minusvalía. Una nueva estrategia Comunitaria en materia de minusvalía*», que señala tres puntos del debate actual: a) la persona como centro de las actuaciones, b) las personas con discapacidad deben permanecer en su entorno habitual, c) la cooperación del sector público y la iniciativa social, especialmente del colectivo de personas con discapacidad y sus representantes. También, debemos hacer referencia a la «*Guía Europea de la Buena Práctica*» (Comisión Europea, 1996), que pretende establecer canales locales y nacionales para aplicar las citadas NORUM; este interesante documento señala claramente algunos valores europeos emergentes relacionados con las políticas: a) la igualdad de oportunidades y la autonomía requiere una oferta individual; b) la igualdad de derechos implica también las responsabilidades; c) el derecho a un estilo de vida libremente elegido; d) el respeto y valoración de la diferencia; e) la participación en la toma de decisiones que afecten a sus vidas; f) la potenciación de las capacidades; g) la solidaridad, respeto y asignación de los recursos necesarios; h) la adaptación de las legislaciones a las diferencias y controles de calidad de los servicios; i) la sensibilización social.

La Constitución española del 78 establece un nuevo modelo de Estado que configura e incide en los derechos y las políticas para las personas con discapacidad. En síntesis se refiere a los siguientes aspectos:

- a) El artículo 10 CE establece el fundamento ideológico del Estado social al señalar el principio de *dignidad de la persona* que puede constituir el fundamento de los derechos de libertad civil, de

participación y de intervención pública en la corrección de desequilibrios (Basile, S. 1980:274-75); exigiendo, para ello, a los poderes públicos que tomen medidas para promover las condiciones que permitan que la libertad y la igualdad sean reales y efectivas, que remuevan los obstáculos que puedan impedir o dificultar su plenitud y que faciliten la participación de todos los ciudadanos en la vida política económica, cultural y social (art. 9.2). Este mandato afecta a todos y, por tanto, también —o especialmente, como uno de los grupos vulnerables— a las personas que tienen alguna discapacidad.

- b) De los derechos fundamentales y libertades públicas, establecidas en el Capítulo Segundo (art. 14 y Sección 1ª del Título I CE), debemos hacer una especial referencia a la prohibición de cualquier tipo de discriminación (art. 14 CE), al derecho de todos a la educación (art. 27 CE) y a los demás derechos civiles y políticos protectores de la esfera personal, ya que constituyen elementos básicos para el proceso de inserción y normalización de las personas discapacitadas. Recordemos que estos derechos gozan de una protección excepcional, disponiendo de un conjunto de garantías para hacerlos efectivos, que incluyen una amplia tutela en caso de vulneración ante los tribunales ordinarios mediante un procedimiento basado en los principios de preferencia y sumariedad y, en su caso, del recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional.
- c) Con referencia a los derechos y deberes de los ciudadanos (Capítulo Segundo, Sección 2ª del Título I CE), nos interesa resaltar el derecho y el deber al trabajo, a la elección de profesión, a la promoción laboral y a una remuneración suficiente de todos los españoles y, por tanto, también de los que tengan alguna discapacidad. Aunque estos derechos no tienen la misma protección que los señalados en el apartado anterior, ya que, a pesar que también vinculan a todos los poderes públicos, son inmediatamente y directamente exigibles, están sometidos a reserva de ley (ordinaria) y que su revisión supondría una reforma esencial de la Constitución, no están protegidos —excepto la objeción de conciencia— por el procedimiento preferente y sumario ni con el recurso de amparo.
- d) La Constitución cualifica el tercer grupo como principios rectores de la política social y económica (Capítulo Tercero del Título I CE) y reduce considerablemente los mecanismos de garantía, pues, únicamente informaran la legislación positiva, la práctica judicial

y la actuación de los poderes públicos —pero no vinculan— y no son directa e inmediatamente exigibles, sino que su plena eficacia depende de las leyes que los desarrollen. Estos derechos que disfrutaban del nivel mínimo de protección (Aznar, M., 1994:181) recogen ámbitos relacionados con la discapacidad, como familia y infancia (art. 39), seguridad social (art. 41), protección de la salud (art.43), vivienda (art. 47) e incluso dedica un artículo a las personas con discapacidad. Este precepto (art. 49) establece una obligación a los poderes públicos de realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de estas personas, a las que deben prestar la atención especializada que requieran y ampararlos especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I otorga a todos los ciudadanos, que son los que venimos comentando. Este precepto ha sido clave para fundamentar el establecimiento de medidas de *discriminación positiva* a favor de este colectivo.

La LISMI fue la encargada de desarrollar y hacer operativo el citado precepto constitucional, fijando los derechos y estableciendo medidas concretas para hacerlos efectivos. En el momento de su elaboración se produjo un debate sobre la conveniencia de una ley especial, ya que algunos consideraban que podría ser en sí misma discriminatoria para el colectivo destinatario. Referente a este tema, las NORUM (art. 15) establecen un criterio flexible: «*La legislación nacional relativa a las personas con discapacidad puede adoptar dos formas diferentes. Los derechos y deberes deben incorporarse a la legislación general o figurar en una legislación especial*» (art. 15 NORUM) y en el caso de España se optó por una ley especial pero, como explicaba el Presidente de la citada Comisión especial parlamentaria, con el objetivo de «*llegar a la situación en que las leyes especiales no sean necesarias para que las personas afectadas queden integradas en un plano de absoluta igualdad en la legislación general aplicable a todos los españoles*» (Trias Fargas, R., 1982). Se trata, pues, de una ley marco de carácter global específica para este colectivo de ciudadanos que marca los principios (normalidad, integración, universalidad, etc.) y establece medidas concretas para garantizar sus derechos en los distintos ámbitos: prevención, rehabilitación, educación, integración laboral, servicios sociales, prestaciones sociales y económicas, accesibilidad, etc. (ver cuadro nº 2). Esta norma ha sido desarrollada a nivel estatal (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1997) y autonómico (Generalitat de Catalunya, 1992 y 1993) que en buena medida ha ido incorporando sus preceptos a la legislación general.

<i>Cuadro nº 2</i>		
Ley de integración social de los minusválidos (Ley 13/1992, de 7 de abril)		
SÍNTESIS DEL CONTENIDO		
Ámbito	Concepto	Características
Prevención	Constituye un derecho y un deber de todo ciudadano y de la sociedad en su conjunto y formará parte de las obligaciones prioritarias del Estado en el campo de la salud pública y de los servicios sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación y planificación familiar • Consejo genético • Atención pre y perinatal • Atención y diagnóstico precoz • Asistencia pediátrica • Higiene y seguridad laboral • Seguridad en el tránsito viario • Control higiénico y sanitario de los alimentos • Control de la contaminación ambiental
Rehabilitación	Es el proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social, fundamentalmente a través de la obtención de un empleo adecuado.	<ul style="list-style-type: none"> • Médico-funcional • Tratamiento y orientación psicológica • Educación general y especial • Recuperación profesional
Integración laboral	La finalidad primordial de la política de empleo de trabajadores minusválidos será su integración en el sistema ordinario de trabajo o, en su defecto, su incorporación al sistema productivo mediante la fórmula especial de trabajo protegido.	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema ordinario de trabajo: medidas obligatorias y de fomento • Sistema de trabajo protegido: <i>Centro Especial de Empleo (CEE)</i> • Situación de paro: <i>Subsidio de garantía de ingresos mínimos</i>
Servicios sociales	Tienen como objetivo garantizar a los minusválidos el logro de adecuados niveles de desarrollo personal y de integración en la comunidad, así como la superación de las discriminaciones adicionales padecidas por los minusválidos que residen en las zonas rurales.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación familiar, información y servicio de atención domiciliaria • Servicios de residencia y hogares comunitarios • Centros Ocupacionales (CO) • Centros de atención especializada • Actividades deportivas, culturales, de ocio y tiempo libre

Prestaciones sociales y económicas ¹	Sistema especial y transitorio de prestaciones sociales y económicas para los minusválidos que, por no desarrollar una actividad laboral, no estén incluidos en el campo de aplicación del sistema de la seguridad social.	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica. • Subsidio de garantía de ingresos mínimos. • Subsidio por ayuda de tercera persona. • Subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte. • Recuperación profesional. • Rehabilitación médico-funcional.
Movilidad y barreras arquitectónicas	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad a los edificios, vías públicas, parques y jardines. • Vivienda. • Transportes públicos colectivos. • Estacionamiento de vehículos de minusválidos. 	

3. *Nuevas cuestiones*

En los últimos años están emergiendo nuevas problemáticas relacionadas con la discapacidad y aspectos normativos e institucionales con importantes repercusiones ético-jurídicas. A continuación nos referimos a algunas de ellas.

a) Garantía de los derechos

El enfoque de la protección de los derechos de las personas con discapacidad se ha centrado en los derechos sociales, con las limitaciones que ello conlleva como hemos visto; en cambio, en el mundo anglosajón han optado por la alternativa de tratar de dichos derechos mediante la técnica-jurídica de los derechos civiles (no-discriminación) que resulta más potente debido a su importancia política. Entre las consecuencias más destacables del camino emprendido debemos recordar que la efectividad de la mayoría de los derechos sociales precisa de normas —estatales y autonómicas— que les den vida y muchas de ellas presentan una gran ambigüedad en su concreción, acceso, financiación

¹ Los subsidios de garantía de ingresos mínimos y por ayuda de tercera persona quedan suprimidos a la entrada en vigor de la Ley 26/90 de Pensiones no contributivas (disp. adicional 9ª), aunque los que tuvieran reconocido el derecho a dichos subsidios podrán continuar en el percibo de los mismos (disp. transitoria 1ª). Permanece el subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte (disp. adicional 9ª).

y una ausencia de mecanismos claros de garantías, debilitando el sistema de protección social y la igualdad real de oportunidades.

b) Las personas dependientes

Dentro del colectivo de la discapacidad esta aumentando progresivamente el contingente de personas que no gozan de autonomía para la realización de las actividades de la vida cotidiana, debido a deficiencias graves o como consecuencia de procesos de envejecimiento, que está desafiando a la sociedad y demanda un amplio pacto sobre los derechos de estas personas y la forma de prestar y financiar las atenciones.

c) Participación y autonomía

El creciente intervencionismo público y la compartimentación y rigidez de servicios entra en conflicto con el principio de participación y el de autonomía en las decisiones que exigen cambios en los planteamientos hacia culturas de consenso y flexibilidad.

d) Fijación de mínimos

Las nuevas políticas requieren inversiones solidarias para este colectivo, para que puedan disponer de unos mínimos vitales y desarrollar una vida digna, que las actuales prestaciones y servicios no garantizan.

e) Las responsabilidades

El Estado de bienestar exige un replanteamiento de papel de los distintos agentes que intervienen en el campo de la discapacidad. Debería alcanzarse un pacto sobre las responsabilidades públicas, el rol de las entidades privadas y los derechos y deberes de las personas afectadas y sus familias.

f) Nuevas tecnologías

El mundo actual está abriendo nuevas posibilidades y perspectivas para las personas con discapacidad a partir de los descubrimientos

científicos y las aplicaciones tecnológicas que en muchos casos exigirán la intervención y ayuda de la ética y la bioética para la toma de decisiones satisfactorias y, en la medida de lo posible, para neutralizar los posibles efectos perversos que puedan comportar algunas innovaciones.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- AZNAR, M. «Los derechos de los ciudadanos y acceso a los servicios: perspectiva nacional y comunitaria», en *Europa Social a Debate*, Salamanca, Junta de Castilla y León, 1994.
- CASADO, D. *Panorámica de la discapacidad*, Barcelona, Intress, 1991.
- CASADO, D. *Ante la discapacidad. Glosas Iberoamericanas*, Buenos Aires, Ed. Lumen, 1995.
- CASADO, D. *Reglas estándar sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (Comentario crítico)*, Buenos Aires, Ed. Lumen, 1996.
- COMISIÓN EUROPEA, Helios II. *Guía Europea de Buena Práctica*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 1996.
- GENERALITAT DE CATALUNYA, *10 anys de la Llei d'Integració social dels minusvàlids (LISMI) a Catalunya: present i futur. Vol. I Informes tècnics sobre l'aplicació de la LISMI a Catalunya. Vol. II Aportacions de les entitats, documents i recomanacions*, Barcelona, Departament de Benestar Social, 1992 y 1993.
- NACIONES UNIDAS, *Compendio de declaraciones sobre los derechos de las personas impedidas*, New York, Departamento de Información, 1988.
- NACIONES UNIDAS, *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad y Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*, Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1996.
- REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA, *Realizaciones sobre la Discapacidad en España. Balance de 20 años*, Madrid, 1997.
- OMS, *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y minusvalías*, Madrid, Inerser, 1983.
- TRIAS FARGAS, R. *Presentación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos*, Barcelona, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1982.
- VILÁ, A. (coord.) *Crónica de una lucha por la igualdad*, Barcelona, Fundació Institut Guttmann, 1994.
- VILÁ, A. *Los derechos de las personas con discapacidad*, en *Revista de Trabajo Social «Servicios Sociales y Política Social»*, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, Madrid, 1998.

Células pluripotenciales y ética

José Luis Velázquez

La identificación, aislamiento y cultivo de células madre pluripotenciales humanas (hPSC) y el propósito de I. Wilmut de clonar embriones humanos mediante transferencia nuclear somática (SCNT) para obtenerlas ha reavivado la discusión sobre la legitimidad de producir, emplear y modificar *formas iniciales* de vida humana con fines no reproductivos. En la discusión se enfrentan dos posturas. Una condena la producción y utilización de embriones humanos con fines experimentales no reproductivos porque considera inmoral la instrumentalización y posterior destrucción de un organismo capacitado genéticamente para convertirse en un ser humano completo. La otra postura defiende la creación y experimentación con embriones en las primeras fases de evolución sobre la base de los beneficios individuales, sociales, científicos y clínicos. Esta polémica, que viene protagonizando las sesiones de los comités nacionales e internacionales de bioética, no tiene visos de concluir en una decisión consensuada. A pesar de todo algo está empezando a cambiar como se puede comprobar en las decisiones que han tomado los gobiernos de Francia¹ y Bélgica² y en las solicitudes de instituciones consultivas de Gran Bretaña y Estados Unidos para reformar las legislativas sobre experimentación con embriones humanos³. Esto demuestra que el derecho y la moral no son ajenos al progreso científico. Lo que sigue es un intento reflexivo para contribuir modestamente en la elaboración de un nuevo marco conceptual, impulsar reformas en la legislación vigente y defender una perspectiva moral reformista.

¹ Cf. Jean-Yves Nau «Un rapport parlementaire révèle les carences des lois de bioéthique de 1994» en LE MONDE / 19 Février 1999 / Page 11.

² El gobierno belga estudia actualmente un proyecto de ley que permita la creación de embriones para la investigación. Cf. LE MONDE, 7 de enero de 1999, página 2.

³ En diciembre de 1998 los organismos británicos Human Genetics Advisory Commission y la Human Fertilisation and Embriology Authority, solicitaron al

I

Las células madre humanas (Human Stem Cells), denominadas también células troncales o maestras, tienen la capacidad de producir una amplia variedad de células especializadas que derivan en tejidos y órganos. Estas células pueden ser totipotentes o pluripotentes. Horas después de la fertilización, la célula se divide en dos células totipotentes idénticas con capacidad para convertirse en un ser humano completo si se implantaran en el útero. Cuatro días después, las células totipotenciales entran en una fase de desarrollo y especialización y forman una esfera hueca de células llamada blastocito. La capa externa del blastocito forma la placenta y los tejidos necesarios para el desarrollo fetal en el útero. La capa interna es una masa celular que forman las células especializadas de los 210 tipos de tejidos del cuerpo humano. Las células de la capa interna son pluripotenciales pero no totipotenciales pues si las implantáramos en el útero su desarrollo no culminaría en un ser humano.

En noviembre de 1998 dos equipos de investigación lograron identificar, aislar y cultivar células pluripotenciales humanas. El equipo de J. Thompson⁴ lo consiguió aislando células humanas pluripotenciales extraídas de la masa celular interna de 14 embriones humanos en la fase de blastocito donados bajo consentimiento informado por personas sometidas a tratamiento de fecundación *in vitro*⁵. John Gearhart⁶ siguiendo una estrategia diferente obtuvo células pluripotenciales de las células germinales primordiales (PGCs) alojadas en el tejido fetal procedentes de abortos terapéuticos.

gobierno la prohibición expresa de la clonación reproductiva humana y la autorización y regulación de la clonación de células humanas embrionarias con fines clínicos (clonación terapéutica). Cf. <http://www.dti.gov.uk/hgac>. El Comité de Bioética norteamericano (National Bioethics Advisory Commission) ha solicitado a B. Clinton la financiación pública de proyectos relacionados con la experimentación de embriones. Cf. BBC News, 24.5.99.

⁴ James Thomson et al., «Embryonic Stem Cell Lines Derived from Human Blastocysts», *Science*, vol. 282, n° 5391 (November 6, 1998): 1145-47.

⁵ Estos embriones sobrantes en fase de blastocito se destruyeron una vez extraídas las células de la masa celular.

⁶ Cf. John Gearhart, «New Pluripotential for Human Embryonic Cells» en *Science* 282, n° 5391: 1061-62. Véase también el texto de la intervención de Gearhart ante el comité del senado americano en J. Gearhart, «Testimony before The Senate Labor-HHS Appropriations Committee», December, 2, 1998 en <http://bioethics.gov/>

Otra manera de obtener y aislar células madre consiste en derivar líneas de células pluripotenciales de un cigoto en fase de blastocito creado mediante transferencia nuclear somática (SCNT). Es decir, siguiendo el método empleado por I. Wilmut para «crear» a Dolly.

Las aplicaciones que se vislumbran de estos experimentos tienen un gran valor científico, médico y farmacológico. Las expectativas se centran, como ha señalado Harold Varmus⁷, en: la investigación del proceso de diferenciación de las hPSC, la utilización de células pluripotenciales como fármacos que reduciría el número de ensayos clínicos y en la programación de estas células para la creación de órganos y tejidos sin riesgo de rechazo.

Visto así, todo indica que las líneas de investigación abiertas por estos tres grupos de científicos son altamente prometedoras. Sin embargo, esto no ha evitado la polémica en torno a algunos aspectos relacionados con la legitimidad de crear, emplear y modificar *formas iniciales de vida humana* para fines de investigación y otros no exclusivamente reproductivos. Tres de los interrogantes que suscitan estos experimentos están relacionados con la aceptación o rechazo moral de: 1) la utilización de embriones humanos procedentes de abortos, 2) la utilización de embriones sanos y sobrantes de los tratamientos de FIV, y 3) la creación de embriones humanos (mediante técnicas de FIV o SCNT) sólo con fines de investigación. El planteamiento que voy a defender se resume en dos líneas argumentativas. La primera es que considero que no hay razones intrínsecas a la clonación o a la creación de embriones humanos que justifiquen la prohibición. La segunda es que sería deseable un tipo de regulación que establezca las circunstancias y condiciones bajo las cuales sería aceptable la experimentación clínica y científica con embriones y células madre con el fin de asegurar una serie de bienes nuevos y mejorar las condiciones de vida de los seres humanos. A lo largo del capítulo expondré algunas de las condiciones que harían aceptable este tipo de ensayos.

⁷ Cf. H. Varmus, *Stem Cell Research: Hearings on Stem Cell Research Before the Subcomm. on Labor, HHS and Education of the Senate Comm. on Appropriations (Stem Cell Research Hearings)*, 105th Cong., 2nd Sess. (1998) (statement of Dr. Harold Varmus, Director, National Institutes of Health, 1) en <http://bioethics.gov>.

II

Los problemas morales señalados se pueden agrupar teniendo en cuenta dos aspectos: el modo de acceder a las células pluripotenciales y el tratamiento que reciben las distintas fuentes de donde se extraen las células pluripotenciales. Como hemos visto anteriormente las fuentes de donde se extraen las hPSC pueden ser alguna de estas cuatro: 1) Tejidos procedentes de fetos como resultado de abortos deseados o terapéuticos (J. Gearhart); 2) embriones sobrantes sanos donados por personas sometidas a FIV (J. Thompson); 3) embriones humanos creados mediante FIV y destinados expresamente a la experimentación, y 4) embriones humanos creados mediante SCNT (I. Wilmut).

El primer método no plantea aparentemente ningún problema moral nuevo. Una vez admitidas las circunstancias médicas que aconsejan el aborto y el respeto que merece la libertad de elección de la madre, entonces la aceptación moral del aborto es una cuestión independiente del posible destino que se le dé al feto o parte de él. Una vez que se dispone de un feto o un embrión abortado y habiendo resuelto la madre libre y consentidamente cederlo para la investigación, no hay razón para no equiparar esta acción a la donación de órganos. Igual que se respeta la voluntad de aquellas personas que deciden donar sus órganos para trasplantes, en el caso que nos ocupa bastaría contar con el consentimiento voluntario e informado de la «madre» o «padres» del embrión o feto abortado para emplearlo en la investigación o como un conjunto de recursos vivos para personas que los precisen. Por tanto, en este caso ni el modo de acceso a las hPSC ni el trato que se le da al feto o al embrión encierra problema moral alguno. En cambio, cabría preguntarse si hay razones para aceptar el aborto en el supuesto de que se contemplara como un medio para beneficiarse de la utilización de los tejidos fetales y células para fines de investigación o clínicos. Aunque no se puede descartar una situación así, lo cierto es que es necesario mantener separados la libertad y el derecho a abortar de los posibles usos que tienen los fetos y el material fetal en este caso. Más aún, el respeto a la libre y autónoma decisión de una mujer de abortar tiene que extenderse incluso si su deseo es la donación para la investigación o su utilización clínica a medio o largo plazo.

Con relación al segundo método de obtención de células pluripotenciales la posible objeción moral radica en el trato y consideración que se le da a un embrión cuando se decide no destinarlo a la implantación y, en consecuencia, a la reproducción. De todos es conocida

la situación en que se encuentran los embriones que no se transfieren al útero. En los tratamientos de FIV lo habitual es transferir al útero un número máximo de 3 o 4 embriones mientras que los restantes óvulos fecundados artificialmente se congelan en pequeños grupos. De este modo, en el caso de no concluir con éxito ni la implantación y ni el desarrollo de los embriones transferidos, se evita a la mujer la molestia de someterla nuevamente a la estimulación hormonal de ovarios y a la extracción de óvulos. Cuando tiene éxito la FIV, los embriones sobrantes se conservan para que en el futuro la pareja pueda aumentar la familia si así lo desea. Sin embargo, legislaciones como la de Gran Bretaña han puesto un límite máximo para la conservación de 10 años. Transcurrido este periodo, los embriones son destruidos aún en contra de la voluntad de los padres. Aquí caben dos preguntas: ¿hay que conservar en estado de crioconservación embriones en la fase de cuatro células hasta que alguien lo reclame pues se trata de un ser humano en potencia? Y ¿se puede aceptar para el embrión un destino diferente al de la reproducción? El argumento de la potencialidad⁸ si tiene alguna plausibilidad no es desde luego en este caso. Si los padres de los embriones no quieren tener más hijos, si nadie con problemas de fertilidad los reclama y si las clínicas se niegan a prolongar indefinidamente la conservación del embrión, lo cierto es que las posibilidades de que se conviertan los embriones en seres humanos plenos son nulas. Ahora bien, si el embrión humano es excluido del proceso de desarrollo y no se implanta en el útero no hay razón para concederle una protección absoluta y más teniendo en cuenta los posibles beneficios que se pueden derivar para personas existentes. En este caso se podría admitir su uso para la investigación.

Con relación a la tercera fuente de hPSC las objeciones recaen sobre el trato que reciben los embriones y sobre la finalidad para la que se crean. Al margen de quienes se oponen a cualquier tipo de investigación con embriones, las posturas se dividen entre los que sólo admiten la

⁸ El argumento de la potencialidad sostiene que el embrión no es una persona pero está en camino de serlo y merece por tanto la misma protección que las personas. Este argumento adolece de muchos puntos débiles. Si hay que considerar como moralmente significativo cualquier forma biológica con potencial de convertirse en un ser humano, entonces tanto el óvulo como los espermatozoides requieren el mismo respeto que los embriones. Igualmente, si tenemos en cuenta el gran número de abortos espontáneos que encierra la gestación completa de una vida humana, nos encontramos que se atenta contra la vida humana en el intento fallido de crear una vida humana. Cf. J. Harris, *Superman y la mujer maravillosa*, Ed Tecnos, Madrid (1998): 59-65 y P. Singer, *Ética Práctica*, Edit. CUP, Barcelona (1995): 188-192.

investigación terapéutica sobre embriones creados mediante FIV y los que admiten la creación de embriones con fines médicos y científicos. Esta última posición es la que más rechazo encuentra y choca con la normativa legal vigente de la mayoría de los países occidentales⁹. Los argumentos contra la experimentación con embriones se pueden resumir en tres. El primero sostiene que la creación de embriones con fines experimentales atenta contra la dignidad del embrión pues se le valora como un medio y no como un fin en sí. El segundo argumento mantiene que este tipo de prácticas no deben permitirse pues suscitan sentimientos de indignación al traspasar una serie de barreras morales sobre las que existe un amplio acuerdo. El tercer argumento se sitúa en una posición intermedia pues mientras tolera la experimentación con embriones sobrantes rechaza la creación expresa para la experimentación. ¿Qué se puede responder a estas tres objeciones?

La primera de ellas pone todo su acento en la idea del valor intrínseco y absoluto de cualquier forma de vida humana. Quienes así piensan, afirman que el embrión tiene el mismo estatuto moral que la persona y que en consecuencia debe ser protegido como tal. Esta postura viene a decir que la dignidad forma parte del tesoro genético. Ahora bien, lo cierto es que no es una razón suficiente considerar el origen humano del embrión sobrante para hacerlo merecedor de una protección absoluta ya que al carecer de sensibilidad y de intereses vinculados con forma alguna de autonomía y al estar excluido del proceso de gestación difícilmente se puede pensar en daño alguno.

La segunda objeción corresponde a un aspecto recogido en 1984 en el Informe Warnock¹⁰. La presidenta de la Comisión Mary Warnock estimó que la investigación con embriones humanos se podría aceptar si «las ventajas fueran muy grandes» y «sólo si no se hiriera en absoluto la sensibilidad moral general»¹¹. Con esto quería resaltar el papel de los sentimientos morales de los ciudadanos en la determinación de lo que es moralmente aceptable y lo que no lo es. Según S. Hampshire¹² los

⁹ La legislación de la mayor parte de los países sólo permite la investigación sobre embriones sobrantes que no rebasen los 14 días y siempre que tenga una finalidad reproductiva, de diagnóstico o terapéutica.

¹⁰ Cf. M. Warnock, *A Question of Life. The Warnock Report on Human Fertilisation & Embryology*, Basil Blackwell, Londres (1984).

¹¹ Ibid. p. XV.

¹² Cf. S. Hampshire, «La moral y el pesimismo» en S. Hampshire et al. *Moral pública y privada*, Edit. FCE, Méjico (1983): 11-36, pp. 20-21.

miembros de una sociedad comparten unos sentimientos que aunque no están claramente relacionados con reglas o principios morales sistematizados y racionalmente justificados forman parte del «respeto por la moral misma» erigiéndose como barreras contra acciones provocadoras de temor hacia «la naturaleza humana».

Ahora bien, ni la regulación legal ni la aprobación moral pueden supeditarse *exclusivamente* a los sentimientos o a la reacción emocional de los ciudadanos. Entre otras cosas porque estos sentimientos supuestamente ultrajados no son necesariamente morales pues podrían estar basados en prejuicios. Por tanto, sólo cabe concederles un valor complementario pero no decisivo¹³. Ni existe una reacción emocional homogénea ni los sentimientos orientan las acciones en una misma dirección¹⁴. Basta comprobar cómo la compasión que despierta un enfermo terminal que padece horribles dolores, en unos casos se traduce en una actitud favorable a la eutanasia y en otros, a mantener en vida hasta el último momento al paciente. Por tanto, si hay personas que no comparten ese sentimiento de rechazo, habrá que presentar razones que vayan más allá de los sentimientos de indignación o ultraje que despiertan en los demás.

Más enjundia tiene, sin embargo, la tercera objeción que se apoya en la supuesta diferencia moral entre *usar* embriones para la experimentación y la reproducción y *crear* embriones para la *experimentación*. Aquí hay que reparar en dos puntos. Uno tiene que ver con la forma en que se privilegia la reproducción frente a otro tipo de posibles bienes. El otro, en cambio, está relacionado con el argumento que defiende la experimentación con embriones humanos sobrantes pero rechaza la creación de embriones para la experimentación.

¹³ No es fácil determinar qué tipo de relación hay entre los sentimientos morales y los juicios morales. Parece plausible admitir una relación dinámica con un mayor peso a favor de una actitud crítica y reflexiva. Quien mejor ha descrito esta relación ha sido R. Dworkin: «Distinguimos las posiciones morales de las reacciones emocionales, no porque supongamos que las posiciones morales son desapasionadas o carezcan de emoción – más bien ocurre lo contrario – sino porque se supone que la posición moral justifica la reacción emocional, pero no a la inversa. Si alguien es incapaz de presentar razones, no negamos el hecho de su compromiso emocional (...) pero no consideramos ese compromiso como una prueba de su convicción moral.» R. Dworkin, *Taking Rights Seriously*, HUP, Mass. (1978): p. 250.

¹⁴ J. Harris ha ampliado las críticas a esta forma de argumentar en el artículo «Clones, Genes, and Human Rights» incluido en el volumen *The Genetics revolution and Human Rights* editado por J. Burley y publicado por OUP (1999), pp. 61-94.

Atacaré primero el punto de vista que concede una especial predilección a la reproducción. ¿Tiene que primarse la creación de embriones para la reproducción hasta el punto de desestimar cualquier otro objetivo (por ejemplo el descubrimiento de técnicas curativas, ampliación de los conocimientos sobre el desarrollo embrionario, el perfeccionamiento de diagnósticos genéticos preimplantatorios, etc.)? En ninguna sociedad plural, democrática y laica se considera que exista algún valor que se sitúe por encima de todos los demás. Los valores morales forman un conjunto donde aparecen ponderados por principios que ocasionalmente entran en conflictos y que se dirimen de formas diversas atendiendo a cualificaciones y circunstancias. Es precisamente este marco el que considera que el aborto, aun cuando suponga la destrucción del feto, está moralmente justificado pues no toda forma de vida humana merece un tipo de protección y consideración moral absoluta cuando choca con la libertad de elección de la madre. Y lo mismo ocurre con la eutanasia. Que la eutanasia en muchos casos sea moralmente aceptable radica en el mayor peso de la libertad de decisión individual y la autonomía frente a la mera existencia biológica. Por eso, si importa traer al mundo seres humanos sanos y deseados y mejorar la salud de los seres humanos existentes, entonces hay que examinar qué tipo de daño se ocasiona cuando un embrión sano se destina a la experimentación y no a la reproducción. Si tenemos en cuenta las características físicas de un embrión de unas pocas células, la carencia de sensibilidad al dolor y el porcentaje de posibilidades de llegar a ser un ser humano (30%); habría al menos que admitir la justificación de algún tipo de experimentación e investigación en los estadios iniciales de la vida humana. Además, se puede añadir que la distinción entre investigación terapéutica y no terapéutica dentro del campo de la biomédica es cuando menos discutible. En la Declaración de Helsinki¹⁵ de 1964 se dice que hay una «distinción fundamental» entre «la investigación médica cuyo fin es esencialmente de diagnóstico o terapéutico para un paciente y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico, sin representar un beneficio o diagnóstico o terapéutico *directo* para la persona sujeta a investigación». Hay muchas dificultades para admitir una diferencia tan tajante. La experimentación biomédica no se guía siempre por un solo fin sino que combina tanto los de carácter diagnós-

¹⁵ El texto completo de la Declaración de Helsinki se puede leer en el libro de J. Gafo *Ética y Legislación en enfermería*, Editorial Universitas S.A., Madrid (1994): 400-403, p. cit. 401.

hipotecando estas nuevas líneas de investigación a la reproducción con la triquiñuela de que es legítimo investigar cuando tenemos el embrión y no cuando lo creamos para investigar. Como ha señalado Harris¹⁸ tenemos que asumir la responsabilidad de que si aceptamos la investigación para embriones entonces debería ser irrelevante el que los hayamos creado para ese fin o si habiéndolos creado para la reproducción los empleamos para investigar. A falta de mayor precisión esa responsabilidad moral a la que alude Harris exige una revisión sobre la concepción que tenemos de formas de vida humana no nacidas con relación a los seres humanos existentes. Pues, ¿no resulta acaso chocante la aceptación moral de la destrucción de un feto de 22 semanas y oponerse en cambio a la experimentación con embriones?

La cuarta fuente para obtener células pluripotenciales de embriones humanos trae a colación el siguiente interrogante: ¿es moralmente relevante el método para obtener los embriones a la hora de decidir las razones para emplearlos para un fin u otro? La cultura y valores que rodean a la procreación y la creación de la vida humana encierran la convicción de que tiene un mayor valor el origen de la vida cuando se siguen los pasos convencionales dejando actuar única y exclusivamente a la naturaleza. Con el tiempo y la popularización de las técnicas de FIV se ha llegado a aceptar la asistencia técnica pero sólo hasta determinado punto y siempre con la mirada puesta en la reproducción. Así, muchos piensan que extralimitar la intervención externa supone una intromisión inaceptable de la tecnología en la gestación de la vida.

La clonación de embriones es una técnica que se viene empleando con animales desde hace décadas. La variante más reciente es aquella en la que interviene la transferencia del núcleo de una célula somática procedente de un mamífero adulto a un óvulo sin núcleo. Fue así como se logró dar a luz a Dolly. El mérito de este descubrimiento quedó eclipsado por el temor suscitado ante la posibilidad de aplicarse para obtener clones humanos. Si dejamos de lado los delirantes proyectos de R. Seed, lo cierto es que el objetivo más próximo y compartido por la comunidad científica consiste en perfeccionar la clonación terapéutica. Es decir, clonar de forma eficaz y segura embriones humanos para obtener células pluripotenciales para tratar enfermedades mitocondriales y obtener tejidos y órganos para sustituirlos por otros sin riesgo de rechazo. Los índices de eficacia y seguridad se podrían considerar

¹⁸ Cf. J. Harris, *ibid.*, pp. 74-75.

aceptables cuando fueran similares a los de las técnicas de FIV. H. Griffin ha afirmado que tendrán que pasar de 10 a 20 años hasta que esto se logre, el mismo periodo que se necesitará para perfeccionar la clonación como método reproductivo.

Al principio me referí a la necesidad de establecer una serie de condiciones que sirvieran de pauta para la regulación de la investigación con embriones humanos. El grupo de condiciones que propongo necesariamente tienen un carácter provisional pues es obvio que el progreso científico y la reflexión moral posterior nos empujaran a modificarlo. Tampoco se puede considerar que el orden en que se presentan sea determinante. Atendiendo a parte de una propuesta recogida por M. Mulkay¹⁹ y que yo comparto, un conjunto de circunstancias que justificarían la experimentación serían las siguientes:

1. Cuando los resultados que se esperan de la investigación pueden beneficiar al embrión humano que es objeto de estudio.
2. Cuando la meta de la investigación es beneficiar a otros embriones o personas pero no al embrión que es sujeto de la experimentación. En tales circunstancias «la muerte de los embriones sujetos a experimentación está justificada si es inevitable y si su uso está compensado por posibles beneficios médicos».

Finalmente yo añadiría una tercera que coincide en algunos aspectos con la recomendación que la comisión Warnock hizo en su día con la salvedad de la restricción temporal de los 14 días como fecha límite para realizar experimentaciones con embriones.

3. La creación de embriones con fines exclusivamente experimentales y su mantenimiento en vida con más de tres meses debe tener la aprobación de una serie de organismos independientes.

III

Cuando se produce un acontecimiento de las características de Dolly se tiene por costumbre resaltar exclusivamente las aplicaciones médicas y las implicaciones morales que conlleva una utilización imprudente.

¹⁹ Cf. M. Mulkay, *The Embryo research debate*, CUP, Cambridge (1997): 161-162. Dolly no se corresponde con lo que se imaginó en principio. Cf. EL PAÍS, 2 de junio 199.

Sin embargo, al gran público se le escamotea habitualmente la importancia *per se* de los descubrimientos científicos. Se deja de lado, por ejemplo, que el nacimiento de Dolly ha supuesto la caída de uno de los dogmas de la biología. El dogma en cuestión se refiere a la imposibilidad de obtener un mamífero a partir del núcleo de una célula somática adulta mediante la fusión eléctrica con un óvulo desnucleado. Hasta que conocimos los detalles de la hazaña de I. Wilmut se tenía la convicción de que las células somáticas cuando alcanzan un determinado nivel de especialización en su evolución y desarrollo pierden la capacidad de reprogramarse. Como nos ha recordado H. Griffin²⁰ «la producción de una oveja viva a partir de una célula obtenida de la ubre de una oveja de seis años demuestra que las células diferenciadas no son inmutables.»

No ha sido este el único dogma que ha caído. Recientemente, un grupo de biólogos vinculados a los laboratorios Geron ha puesto en evidencia otro de los principios clásicos de la biología: la regla de Hayflick. L. Hayflick describió que la longevidad de las células depende de una sección del ADN y más concretamente del gen telomerasa. Los telómeros, situados en los extremos de los cromosomas, menguan cada vez que la célula se divide. Cuando los télomeros alcanzan una determinada longitud la célula entra en una fase terminal. Hay sin embargo, dos tipos de células que constituyen las excepciones de la regla pudiéndose dividir infinitamente: las células cancerígenas y las células madre embrionarias. La causa radica en el gen telomerasa. Mientras en la mayoría de las células este gen está reprimido o inactivo, en las células cancerígenas y en las células madre embrionarias el gen telomerasa se desbloquea manteniéndose activo y permitiendo una división ilimitada. Los biólogos de Geron han descubierto que mediante la introducción de un gen telomerasa activo en las células se podría hacer crecer y multiplicar a las células de forma indefinida.

A la vista de los hechos y del valor que tienen los descubrimientos desde el punto de vista científico y clínico queda por examinar si nuestra perspectiva moral está condiciones de asumir y aceptar sus consecuencias. El biólogo americano E. Mayr²¹ ha señalado que las normas éticas tradicionales del mundo occidental han dejado de ser adecuadas para

²⁰ H. Griffin, «Clonación por transferencia de núcleos» en AA.VV. *En las Fronteras de la Vida: Ciencia y Ética de la Clonación*, Ed. Doce Calles, Madrid (1998): 62-75, p. 66.

²¹ Cf. E. Mayr, *Así es la biología*, Ed. Debate, Barcelona (1998): pp. 285-290.

resolver algunos problemas de hoy y del futuro: la reproducción sin inhibiciones, la responsabilidad ante la naturaleza y los violentos enfrentamientos culturales. Mayr no ha sido el único ni el más contundente. El filósofo australiano P. Singer ha ido más lejos y ha hablado del colapso de la moral tradicional²². Pero mientras Mayr atribuye esta incapacidad a la rigidez y falta de flexibilidad de las normas y a la dificultad para admitir que nuestro mundo ha cambiado; Singer apunta como una de las causas principales el peso de la tradición judeocristiana en la cultura moral. Lo que les une a los dos autores es no menos importante. Y es la forma de valorar el curso que ha seguido la historia del conocimiento científico frente al conocimiento moral. Desde luego cuando se compara la evolución de la ciencia con los cambios en las perspectivas morales, es fácil advertir que la ética en general tiene un paso lento. No digamos ya si hablamos en términos de revoluciones. La única revolución equiparable a la de Copérnico, Newton, Darwin, Einstein y Wilmot es la revolución que ha supuesto la edificación de nuestro ideario moral sobre los Derechos Humanos. Más allá de las explicaciones históricas y de la singularidad intrínseca de la ética frente a otras disciplinas y con la vista puesta en los diagnósticos de Mayr y Singer, entiendo que si a la reflexión moral le importa realmente lo que está pasando tiene que reparar en tres puntos: la relación de la ética con el resto de las ciencias de la vida, la secularización plena de sus planteamientos y la elaboración de una nueva concepción del sujeto humano.

Desde los tiempos de Hipócrates hasta hoy, toda una larga tradición se ha venido ocupando de reflexionar sobre la dimensión moral del ejercicio de la medicina. Tanto es así que la bioética a lo largo de mucho tiempo quedó identificada con la ética médica. Pero la bioética tiene también desde sus orígenes académicos otra orientación de más amplias miras si atendemos a la definición de V. Ressealer Potter: Una disciplina que combina el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de los valores humanos con el propósito de contribuir a aumentar el bienestar de la humanidad. Sin embargo, la intención original se ha visto frustrada pues la bioética en lugar de abrirse desprejuiciadamente a los bienes y aplicaciones de la biología, se ha cerrado en banda limitándose a prescribir, regular y normativizar. Su trabajo se ha reducido ejercer funciones de guardián, a inspirar y establecer restric-

²² Cf. P. Singer, *Rethinking Life & Death*, OUP, Oxford (1995): pp. 187 y ss.

irrupido las autoridades religiosas en los debates sobre biotecnología, se puede tener la impresión de que la solución de los problemas morales que suscita la ciencia pasan por mantener unidas la ética y la religión. La superación de esta situación pasa por atender a dos cuestiones. La primera, atañe a los científicos y divulgadores de la ciencia. Una cosa es poner en conocimiento del público en un lenguaje sencillo y accesible los hechos científicos y otra muy distinta es hacerlo con metáforas procedentes de la cultura religiosa pensando que eso facilita la comprensión. Lo que produce es más bien confusión y representa un obstáculo para captar con seriedad y objetividad el valor de los descubrimientos. La otra cuestión es más general pero no menos importante. Quienes pretenden convencernos de la validez general de los principios morales apoyados en dogmas religiosos o en la tradición presuponen que todos somos creyentes lo cual dista mucho de la verdad. Desde el momento que la aceptación de esa justificación exige ser creyente, los partidarios de esa moral ignoran que no todos profesan esas creencias y mucho menos que se puedan imponer. Las normas morales fundamentales si por algo se caracterizan es por su pretensión de validez general, algo que no se consigue apoyándose en principios que no cuentan con la aceptación de todos. Además, la justificación religiosa adolece de una gran ingenuidad. La de pensar que todos los problemas por difíciles que sean tienen una solución sencilla cuando se apela a los artículos de un determinado código. La conclusión, por tanto, es que la aceptación de normas, principios y valores morales fundamentales tiene que ser independiente de las tradiciones religiosas. Es este uno de los grandes retos de las sociedades modernas y democráticas: o bien se avanza en la dirección de una radicalización de la ética laica o bien se expone a frenar cualquier tipo de progreso moral. De ahí la importancia de evitar que las discusiones de los comités públicos de bioética se conviertan en espacios para las discusiones de corte teológico.

Pero si hay algo que definitivamente ha puesto en cuestión la biología contemporánea es la concepción tradicional del hombre. La transformación, de la que debería tomar buena cuenta cualquier perspectiva moral, radica en tres aspectos. En primer lugar, el ser humano ya no puede considerarse al margen de la naturaleza y su evolución pues comparte con los demás seres vivos buena parte de su historia y el elemento esencial de la vida: el ADN. En segundo lugar, ha quedado comprobado que otros animales además del hombre poseen facultades y capacidad para realizar operaciones intelectuales y mantener relaciones de cooperación similares a las humanas. La consecuencia más importante es que

posibilita un tipo de reconocimiento moral que nos empuja a ampliar los límites convencionales de la comunidad moral y a tomar en consideración los intereses de al menos los mamíferos superiores y buena parte de los recursos naturales. En tercer lugar, y como resultado de las expectativas derivadas del nacimiento de Dolly, cada vez resulta más necesario pensar que dos nuevas «estirpes» de seres humanos van a entrar en el futuro a formar parte de la «familia del género humano»: Los clones nacidos a partir de SNCT y los seres humanos con el patrimonio genético original modificado. Dos posibilidades nada remotas que van a poner a prueba la idea que tenemos hoy del hombre. Si se sigue pensando que un ser humano por el mero hecho de haber nacido de una forma determinada o por haber modificado su genoma o parte de él deja de ser merecedor de respeto y consideración moral, entonces nada habremos avanzado. Por el contrario, si al mirar dentro de nosotros admitimos que somos entre otras cosas una auténtica fuente de recursos en forma de genes, células y tejidos para fortalecer nuestra autonomía y ampliar nuestra libertad entonces cabe pensar en la posibilidad de recuperar una gota de optimismo para aumentar el bienestar general de todos. De los humanos y de los menos humanos.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- COPERIAS, ENRIQUE M., «La tienda de órganos» en *Muy Interesante*, núm. 312, Enero 1999: 36-44.
- HARRIS, JOHN, *Superman y la mujer maravillosa*, Ed. Tecnos, Madrid (1998).
- REGALADO, ANTHONY, «The Troubled Hunt for the Ultimate Cell» en *Technology Review (MIT'S magazine of Innovation)*, Vol. 101, núm. 4, July-August (1998): 32-41.
- SILVER, LEE, *Vuelta al Edén*, Ed. Taurus, Madrid (1999).
- THOMPSON, JAMES et. al., «Embryonic Stem Cell Lines Derived from Human Blastocysts», *Science*, Vol. 282, núm. 5391 (November 6, 1998): 1145-47.
- WRIGHT, SHIRLEY, J., «Human Embryonic Stem-Cell Research: Science and Ethics» en *American Scientist*, Vol. 87, July-August (1999): 352-361.

***Un diálogo con los clásicos:
apéndice de textos comentados***

Materiales básicos sobre los orígenes de la moral moderna

Ramón Valls

Los textos aquí seleccionados son, por así decirlo «de obligado conocimiento» por parte de quien se ocupa de Ética. No son, en muchos casos, los textos más significativos de la doctrina de su autor, sino que se han escogido aquellos que, de manera preferente, han venido a formar parte de nuestra cultura, permanecen en ella y siguen siendo socialmente operativos.

1

MOISÉS (s. XIII a.C.). *El Decálogo*¹

Honra a tu padre y a tu madre, para que se prolonguen tus días sobre la tierra que Yahvé, tu Dios, te va a dar.

No matarás.

No cometerás adulterio.

No robarás.

No darás testimonio falso contra tu prójimo.

¹ Aunque Moisés vivió en el siglo XIII a.C., el código atribuido a él en el Antiguo Testamento hay que fecharlo probablemente en el s. IX a.C. cuando Judá e Israel fueron «Estado». La última redacción es de ca. 400 a.C. (Esdras). De las dos versiones que nos transmite el Pentateuco (Ex. 20 y Dt. 51) reproducimos aquí la del Éxodo por ser la más conocida. A los preceptos que transcribimos le preceden otros cuatro sobre el culto y el sábado, y sólo el primero de los siguientes se formula positivamente como mandato. Los restantes se formulan como prohibiciones.

No codiciarás la casa de tu prójimo, ni codiciarás la mujer de tu prójimo, ni su siervo, ni su sierva, ni su bucy, ni su asno, ni nada que sea de tu prójimo².

2

HIPÓCRATES. Hipócrates nació el 460 a.C. De los escritos "hipocráticos" hay traducción completa en ed. Gredos, Madrid (Biblioteca clásica vols. 63, 90, 91, 114, 126, 143, 175...) Una selección muy asequible y recomendable se encuentra en el vol.7 de la colección *Los clásicos de Grecia y Roma*, ed. Planeta- De Agostini, vendida en los kioscos³.

(1) *Juramento (Hórkos)*. Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higiea y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio a este juramento y compromiso:

Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades, si le hiciere falta; considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si es que tuvieran necesidad de aprenderlo, de forma

² Se trata por tanto de un código ético-jurídico en tanto regula actos externos de relación con los demás miembros de la misma comunidad, o sea, con los «próximos». No, con los pueblos vecinos, enemigos. La transformación interiorizada del Código («Habéis oído que se dijo: *No adulterarás*. Pero yo os digo que todo el que mira a una mujer deseándola, ya ha adulterado con ella su corazón») y su universalización («Habéis oído que se dijo: *Amarás a tu prójimo*, y odiarás a tu enemigo. Pero yo os digo: quered a vuestros enemigos») es obra de Jesucristo. Véase todo el pasaje del Evangelio según Mateo, cap. 6, 14-34 y todo el cap. 7.

³ La colección de escritos que conocemos como *corpus hipocraticum*, contiene textos de diversos autores y épocas. Domina sin embargo en ellos, como se ve de manera muy sobresaliente en el escrito sobre el *mal sagrado* (epilepsia) una mentalidad racionalista (desacralizadora) y científica (empírica) en tanto basa el diagnóstico, el pronóstico y la terapia en la observación de casos semejantes. Supone que la naturaleza tiene un comportamiento constante con tendencias a la curación y se puede emparentar con la filosofía de los jonios. En el *Juramento* por el contrario se trasluce más bien una mentalidad pitagórica, es decir, la conciencia de pertenecer a una comunidad cerrada de iniciados en un saber superior que, sin abdicar de su base empírica, se remonta hasta un conocimiento religioso o metafísico.

gratuita⁴ y sin contrato; hacerme cargo de la preceptiva, la instrucción oral y todas las demás enseñanzas⁵ de mis hijos, de los de mi maestro y de los discípulos que hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por juramento a la ley médica, pero a nadie más⁶.

Haré uso del régimen dietético⁷ para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré.

No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia⁸. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo⁹. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte¹⁰.

No haré uso del bisturí ni aun con los que sufren mal de piedra: dejaré esa práctica a los que la realizan¹¹.

⁴ Salvo en casos excepcionales, la enseñanza de la medicina en Grecia no era gratuita, como tampoco lo era su ejercicio. Hipócrates cobraba por enseñar (Platón, *Protágoras*, 311 b-c)... Adviértase que todo este párrafo del juramento respira gremialismo, casi sectarismo. Son indicios de pitagorismo, p.e. la confianza en la dietética o el rechazo del suicidio.

⁵ *Parangelliê*, preceptiva. Se trataba de un conjunto de reglas y preceptos relativos a la actuación del médico en el ejercicio de su profesión; *akroësis*, enseñanza oral de cualquier nivel, aunque esté también consignada en libros; *loípe máthêsis*, resto de conocimientos médicos o cuestiones particulares que el alumno aprende en el contacto con su maestro o en la asistencia a los enfermos. Se observa en el texto, por tanto, una gradación desde los conocimientos más generales a los más particulares e incluso individuales.

⁶ En la antigüedad existían familias de médicos. Platón afirma que también los extraños eran admitidos en la «familia».

⁷ *Diatêma* significaba principalmente el régimen alimenticio, pero comprendía también otros tratamientos, como los baños.

⁸ En opinión de algunos eruditos no se trata aquí de la eutanasia, que no ofrecía problema en la antigüedad, sino del envenenamiento como caso especial del suicidio. Amundsen afirma que la prohibición de proporcionar venenos es propia del *Juramento* y atípica en la medicina antigua.

⁹ El aborto estaba castigado en muy pocas ciudades de la Grecia antigua. Ver Platón, *Leyes*, 740 d y Aristóteles, *Política* 1335 b 20 ss. El aborto terapéutico era también admitido por los médicos.

¹⁰ Según Edelstein esta exigencia de pureza y santidad responde al elevado ideal de vida de los pitagóricos.

¹¹ Resulta muy problemático aplicar aquí la distinción entre internistas y cirujanos. ¿Se trata de otro indicio de pitagorismo? Otros autores ponen este pasaje en relación con la castración.

A cualquier casa que entrare acudiré para asistencia del enfermo, fuera de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres o mujeres, esclavos o libres¹².

Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere y oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto.

En consecuencia séame dado, si a este juramento fuere fiel y no lo quebrantare, el gozar de mi vida y de mi arte, siempre celebrado entre todos los hombres¹³. Mas si lo transgredo y cometo perjurio, sea de esto lo contrario.

(2) *Sobre la enfermedad sagrada [=epilepsia].* [No hay enfermedades sagradas; todas son naturales]

§ 1 Acerca de la enfermedad que llaman sagrada sucede lo siguiente. En nada me parece que sea algo más divino ni más sagrado que las otras, sino que tiene su naturaleza propia, como la de las demás enfermedades, y de ahí se origina. Pero su fundamento y causa natural la consideraron los hombres como una cosa divina por su inexperiencia y su asombro, ya que en nada se asemeja a las demás. Pero si por su incapacidad de comprenderla le conservan ese carácter divino, por la banalidad del método de curación con el que la tratan vienen a negarlo. Porque la tratan por medio de purificaciones y conjuros.

Y si va a ser estimada sagrada por lo asombrosa, muchas serán las enfermedades sagradas por ese motivo, que yo indicaré otras que no resultan menos asombrosas ni monstruosas, a las que nadie considera sagradas [...]

§ 2 Me parece que los primeros en sacralizar esta dolencia fueron gentes como son ahora los magos, purificadores, charlatanes y embaucadores que se dan aires de ser muy piadosos y de saber de más¹⁴. Éstos en efecto tomaron lo divino como abrigo y escudo de su incapaci-

¹² Obligaciones generalmente admitidas en las que difícilmente se puede ver algo característico del *Juramento*.

¹³ La gloria futura entre los hombres era una aspiración general entre los griegos.

¹⁴ Observación exacta, todavía válida. Se atribuyen un plus de autoridad en tanto depositarios privilegiados de una revelación divina o de conocimientos no vulgarizados.

dad¹⁵ al no tener remedio de que servirse, y para que no quedara en evidencia que no sabían nada estimaron sagrada esta afección. Y añadieron explicaciones a su conveniencia, y asentaron el tratamiento curativo en el terreno seguro para ellos mismos, aduciendo purificaciones y conjuros [...]

Y si el comer o llevar eso produce y desarrolla la enfermedad, y el no comerlo la cura, tampoco entonces es lo divino lo responsable, ni son de provecho las purificaciones, sino que lo que cura y lo que daña son los comestibles, y se esfuma el influjo de lo divino.

§ 5 [...] Tiene su origen, como sucede también en otras enfermedades, en la familia [*katà génos*, por herencia]. Pues si de un flemático nace un flemático, y de un bilioso un bilioso [...] ¿qué impide que cuando el padre o la madre tenían la enfermedad también la tenga alguno de sus descendientes? Porque el semen proviene de todas las partes del cuerpo, sano de las sanas, y enfermizo de las enfermas. Y otro testimonio de que en nada es más sagrada que las restantes enfermedades es que ataca a los flemáticos por natural constitución, pero no se da en los biliosos. Ahora bien, si fuera más divina que las demás, sería preciso que la enfermedad ésta se presentara igual en todos, y que no discriminara entre el tipo bilioso y el flemático.

§ 6 Pero el caso es que la causa de esta dolencia está en el cerebro, lo mismo que la de las demás enfermedades de mayor gravedad. De qué manera y por qué motivo se origina lo expondré yo claramente. El cerebro humano es doble [...]

§ 17 Conviene que la gente sepa que nuestros placeres, gozos, risas y juegos no proceden de otro lugar sino de ahí (del cerebro), y lo mismo las penas y amarguras, sinsabores y llantos. Y por él razonamos e intuimos, y vemos y oímos y distinguimos lo feo, lo bello, lo bueno, lo malo, lo agradable y lo desagradable, distinguiendo unas cosas de acuerdo con la norma acostumbrada¹⁶ y percibiendo otras de acuerdo con la convenien-

¹⁵ *Remedium ignorantiae*, llamará Spinoza en los orígenes del moderno racionalismo ilustrado al recurso a las concepciones antropomórficas de la divinidad.

¹⁶ El *ethos* interiorizado!

cia¹⁷; y por eso al distinguir los placeres y los desagradados según los momentos oportunos¹⁸ no nos gustan (siempre) las mismas cosas.

§ 21 Esa enfermedad que llaman «la enfermedad sagrada» se origina a partir de las mismas causas que las demás, de cosas que se acercan y alejan, es decir del frío y del sol, y de los vientos que cambian y que nunca son cosas estables. Ésas son cosas divinas, de modo que en nada hay que distinguir a esa dolencia y considerar que es más divina que las restantes, sino que todas ellas son divinas y humanas. Cada una tiene su naturaleza y su poder en sí misma, y ninguna es desesperada ni intratable [...]

Aquel que sabe producir lo seco y lo húmedo, lo frío y lo caliente entre los hombres, mediante la dieta¹⁹, ése puede curar también esa enfermedad, si reconoce los tiempos oportunos para los tratamientos adecuados, sin purificaciones ni magia, ni toda la charlatanería de ese estilo.

3

ARISTÓTELES. *Ética a Nicómaco*, I, 2; 1094 a 18 - 1094 b 11. [La ética del individuo es interior a la *polis*]

Si existe, pues, algún fin de nuestros actos que queramos por sí mismo y los demás fines] por él, no eligiéndolo todo por otra cosa — pues así se procedería hacia lo infinito, de modo que el deseo sería vacío y vano —, es evidente que ese fin [último] será lo bueno y lo mejor. Y [si es] así ¿no tendrá el conocimiento de él gran influencia sobre nuestra vida, y, como arqueros que tienen un blanco, no alcanzaremos mejor el nuestro? Si es así, hemos de intentar saber cuál es y a cuál de las ciencias o facultades pertenece. [Pues bien,] parece que [este fin último] ha de ser el [mismo que el] de la [ciencia] más principal y eminentemente directiva. Tal es manifiestamente la política²⁰. En efecto, ella es la que establece qué

¹⁷ Afirmación que podría ser de Hobbes. Véase el texto de éste sobre bien y mal (*Leviatán* cap VI), incluido aquí como texto (2) de este autor.

¹⁸ El *kairós* u ocasión apta.

¹⁹ Como ya hemos dicho en la nota 6, los médicos antiguos entienden por dieta todo un régimen de vida no limitado a la alimentación.

²⁰ Entre las ciencias prácticas, como se suele interpretar. No falta, de todas maneras, quien sostiene que la política viene a coincidir con la ciencia teórica suprema, es

ciencias son necesarias en las ciudades y cuáles ha de aprender cada uno, y hasta qué punto. Vemos además que las facultades más estimadas le están subordinadas, como la estrategia, la economía, la retórica. Y puesto que la política se sirve de las demás ciencias prácticas y legisla además qué se debe hacer y de qué cosas hay que apartarse, el fin de ella comprenderá los de las demás ciencias, de modo que constituirá el bien del hombre.; pues aunque el bien del individuo y el de la ciudad sean el mismo, es evidente que será mucho más grande y más perfecto alcanzar y preservar el de la ciudad; porque ciertamente ya es apetecible procurarlo para uno solo, pero es más hermoso y divino procurarlo para un pueblo y para ciudades.

Este es, pues, el objeto de nuestra investigación [la ética como tratado sobre las virtudes], que es una cierta parte de la política²¹.

4

VITORIA, FRANCISCO DE. *De lege* (1533-34).- Cuestión 92: Los efectos de la ley. Artículo 1º: «Si el efecto de la ley es hacer buenos a los hombres». -Publicado en *La ley*, Selección de fragmentos y traducción, en ed. Tecnos, 1995. Col. Clásicos del pensamiento nº 109. - [El legislador civil ha de intentar la virtud moral del súbdito]

1. Responde [Sto. Tomás] que la intención de cualquier legislador es hacer buenos a los hombres [...]

[Pero] una sola dificultad hay aquí [...] Acerca de la ley natural no hay duda, ni tampoco de la divina positiva, ni de la eclesiástica divina, pero sí hay duda acerca de la civil, si la intención del rey deba ser hacer buenos a los hombres, o más bien hacerlos ricos, o sanos.

decir, con la «filosofía primera» o ciencia «del ente en cuanto ente» en la medida en que Aristóteles sigue siendo platónico, aunque disidente, y entiende por tanto que el buen gobernante ha de ser filósofo para poder remontarse a la contemplación (*theoria*) suprema. En cualquier caso, el texto deja clara la subalternancia de la Ética a la Política.

²¹ A pesar de que la práctica de la virtud, como objeto de la Ética, sea interior a la polis, parece también que lo estrictamente político no basta para «vivir bien» puesto que la *Ética a Nicómaco*, a partir del libro VIII se corona con una serie de hermosos capítulos sobre la amistad, relación que por encima de lo puramente político entendemos nosotros que se instala en lo personal.

Hay que notar que, como ha dicho antes el Doctor, lo que hace a los hombres buenos simplemente es sólo la virtud moral. [...]. Por consiguiente preguntarse si la intención del legislador es hacer buenos a los hombres es exactamente lo mismo que preguntarse si debe inducir a los hombres a las virtudes morales. [...]

A esta cuestión respondo que sin duda la intención del rey es hacer a los hombres buenos simplemente e inducirlos a la virtud [... bien común → felicidad...] Por consiguiente, estando la mayor parte de la felicidad en la virtud **no pueden ser buenos ciudadanos, aunque sean ricos, si no son amantes de la virtud**²².

Se prueba esto por la autoridad de la Sagrada Escritura [...]

Se prueba también porque la república misma tiene autoridad para inducir a los hombres a la virtud puesto que la tiene para inducirlos al bien útil y deleitable que son bienes menores [...] Asimismo el padre de familia debe procurar hacer honrados a sus hijos; ahora bien la familia es una parte de la república; por consiguiente la república misma [...]

Se prueba por último, [*a facto ad posse*] porque los príncipes han dado leyes que pertenecen al orden moral, como, por ejemplo, prohíben la blasfemia, la sodomía, etc. [...]

El príncipe no intenta hacer a los hombres felices simplemente, sino solamente hacerlos felices con la felicidad humana²³.

²² Kant defenderá en la modernidad la tesis diametralmente opuesta. Sería posible, piensa él, una república de demonios, es decir, de ciudadanos sin ninguna virtud moral interior, mientras acaten las leyes externas aunque sólo sea por la utilidad que obtienen de su observancia y por el temor a los castigos, si no las cumplen. (*Sobre la paz perpetua*.- Suplemento primero.- De la garantía de la paz perpetua, Trad. cast. en Colección Austral n° 612, p. 126).

²³ El texto de F. de Vitoria sólo puede referirse a un príncipe católico gobernante de un país católico. Postula por tanto la homogeneidad moral de la población de aquel país y entiende además que su ordenamiento jurídico ha de contribuir a implantar en los gobernados las virtudes propias de aquella moralidad. Este segundo punto descansa ciertamente en una mala lectura de Aristóteles en tanto transfiere el concepto de virtud de éste, virtud preferentemente ciudadana y pública, al concepto cristiano de virtud interior. En cualquier caso, la mentalidad moderna rechaza, incluso como ridículo, que quien nos gobierna deba hacernos virtuosos.

5

MACHIAVELLI, NICCOLÒ. *El Príncipe* (1513, publ. 1532). Traducción castellana en edit. Alianza, Libro de bolsillo nº 818. También en edit. Tecnos, col. Clásicos del Pensamiento nº 52.

(1) Cap. XII. [Armas y leyes]. Ya hemos insistido anteriormente en lo necesario que es para un príncipe que sus cimientos sean buenos, pues de lo contrario la consecuencia será su hundimiento. Pues bien los principales cimientos y fundamentos de todos los Estados —ya sean nuevos, ya sean viejos o mixtos— consisten en las buenas leyes y las buenas armas. Y dado que no puede haber buenas leyes donde no hay buenas armas y donde hay buenas armas siempre hay buenas leyes, dejaré a un lado la consideración de las leyes y hablaré únicamente de las armas.

[...] y si uno tiene apoyado su Estado sobre armas mercenarias, jamás estará firme y seguro [...] ²⁴

(2) Cap. XVIII. [La política es independiente de la moral]. No puede, por tanto, un señor prudente —ni debe— guardar fidelidad a su palabra cuando tal fidelidad se vuelve en contra suya y han desaparecido los motivos que determinaron su promesa²⁵. Si los hombres fueran todos buenos, este precepto sería correcto, pero puesto que son malos y no te guardarían a ti su palabra, tú tampoco tienes por qué guardarles la tuya. [...]. No quiero callarme uno de los ejemplos más frescos: Alejandro VI no hizo jamás otra cosa, no pensó jamás en otra cosa que en engañar a los

²⁴ En otras palabras: Sin poder fuerte no hay buen orden legal. Recténgase: 1) El peligro de hundimiento de la organización política es constante; su equilibrio es siempre inestable porque en función de su debilidad reemerge continuamente la violencia propia del estado de naturaleza. 2) «Buenas armas» significa no solamente ejército poderoso, sino sobre todo propio. 3) Es claro que sin buenas armas no puede haber buenas leyes porque sólo el poder fuerte puede dar efectividad a la coerción legal y porque es libre para actuar frente a los intereses particulares que le presionan; parece sin embargo menos claro que las buenas armas produzcan siempre buenas leyes, puesto que se dan tiranías fuertes. M. replicaría: No son fuertes; el fuerte legisla bien «por la cuenta que le trac», es decir, porque todo lo sano tiende a autoconservarse.

²⁵ Así ocurre siempre, de hecho, con los tratados internacionales. Se firman y cumplen mientras favorecen a las dos partes. Dejan de cumplirse cuando tal cumplimiento resulta perjudicial a una de ellas.

hombres y siempre encontró con quien poderlo hacer. No hubo jamás hombre que asegurara con mayor rotundidad y con mayores juramentos afirmarse una cosa y que sin embargo la observase menos. Pero a pesar de todo siempre le salieron los engaños a la medida de sus deseos, porque conocía bien esta cara del mundo²⁶.

(3) Ibid. [La ficción es esencial a la política]. No es, por tanto, necesario a un príncipe tener todas las cualidades anteriormente mencionadas, pero es muy necesario que parezca tenerlas. E incluso me atreveré a decir que si uno las tiene, y las observa siempre, le son perjudiciales, pero si aparenta tenerlas, son útiles; por ejemplo, parecer clemente, leal, humano, íntegro, devoto, y serlo, pero tener el ánimo predispuesto de tal manera que, si es necesario no serlo, puedas entonces y sepas adoptar la cualidad contraria. Y se ha de tener en cuenta que un príncipe —y especialmente un príncipe nuevo— no puede observar todas aquellas cosas por las cuales los hombres son tenidos por buenos, pues a menudo se ve obligado, para conservar su Estado, a actuar contra la fe, contra la caridad, contra la humanidad, contra la religión. Por eso necesita tener un ánimo dispuesto a moverse según le exigen los vientos y las variaciones de la fortuna y, como ya dije anteriormente, a no alejarse del bien, si puede, pero a saber entrar en el mal si se ve obligado.

Debe, por tanto, un príncipe tener gran cuidado de que no le salga jamás de la boca cosa alguna que no esté llena de las cinco cualidades que acabamos de señalar y ha de parecer, al que lo mira y escucha, todo clemencia, todo lealtad, todo integridad, todo humanidad, todo religión. Y no hay cosa más necesaria de aparentar que se tiene esta última cualidad, pues los hombres en general juzgan más por los ojos que por las manos ya que a todos es dado ver, pero palpar a pocos: cada uno ve lo que parece, pero pocos palpan lo que eres y estos pocos no se atreven

²⁶ Aquí se afirma enérgicamente la independencia de lo político respecto de lo moral apoyándolo en el ejemplo del Papa Borgia. Si hasta la política del Papa, cuando es política de verdad, no se atiene a la regla moral (de aquel tiempo), cuánto más la política de los príncipes seculares. Lo moral se relega así a ideal irrealista y se abre paso a la idea kantiana de la «república de demonios»: el poder coactivo de las leyes es necesario porque nunca podemos suponer que todo el mundo sea bueno. Hobbes perfeccionará el razonamiento de Maquiavelo al entender que los hombres luchan *naturalmente* por la satisfacción de sus deseos y eso no es objeto de calificación moral. Los hombres de los que habla Hobbes no son, por naturaleza, malos ni buenos. Serán malos si no cumplen la ley.

a enfrentarse a la opinión de muchos, que tienen la autoridad del Estado para defenderlos. Además, en las acciones de todos los hombres y especialmente de los príncipes, donde no hay tribunal al que recurrir, se atiende al fin. Trate pues un príncipe de vencer y de conservar su Estado, y los medios siempre serán juzgados honrosos y ensalzados por todos, pues el vulgo se deja seducir por las apariencias y por el resultado final de las cosas, y en el mundo no hay más que vulgo. Los pocos no tienen sitio cuando la mayoría tiene donde apoyarse²⁷...

(4) Ibidem cap. XXI. [*Panem et circenses*]. Un príncipe debe mostrar también su aprecio por el talento y honrar a los que sobresalen en alguna disciplina. Además debe procurar a sus ciudadanos la posibilidad de ejercer tranquilamente sus profesiones, ya sea el comercio, la agricultura o cualquier otra actividad, sin que nadie tema incrementar sus posesiones por miedo a que le sean arrebatadas o abrir un negocio por miedo a los impuestos. Antes bien, debe incluso tener dispuestas recompensas para el que quiera hacer estas cosas y para todo aquel que piense engrandecer su ciudad o Estado por el procedimiento que sea. Además de todo esto, debe entretener al pueblo en las épocas convenientes del año con fiestas y espectáculos. Y puesto que toda ciudad está dividida en corporaciones o en barrios, debe prestarles su atención y reunirse con ellas de vez en cuando, dando ejemplos de liberalidad y humanidad, pero conservando siempre intacta la magnificencia de su dignidad, porque esto no puede faltar nunca en cosa alguna²⁸.

²⁷ La apariencia es esencial a la política y la regla de su «representación» más o menos teatral o retórica son los gustos del vulgo. Cuando las acciones políticas que son necesarias en virtud de la política misma, no son exhibibles en su desnudez, hay que vestir las o disfrazarlas según los criterios o valores del vulgo, como ya habían advertido los sofistas. De ahí se sigue que el príncipe no puede sostenerse sin un cierto consentimiento del pueblo, consentimiento que éste prestará atendiendo sobre todo al resultado de la acción política, no a los medios empleados. Véase el texto siguiente. Anótese también que por encima del Estado no hay tribunal superior al cual recurrir contra él. Por eso Hobbes dirá que es «dios mortal sobre la tierra».

²⁸ En este texto tenemos la versión «maquiavélica» o moderna del *panem et circenses* clásico. «Ejercer tranquilamente sus profesiones». En esta fórmula se condensa el «pacto» fundacional del Estado moderno entre burguesía y príncipe. Si el resultado del gobierno es la posibilidad de prosperidad, el gobierno es bueno. Por otro lado, la mención de las diversiones populares pone de manifiesto que el príncipe no sólo ha de crear las condiciones para la prosperidad (*bonum utile*) sino también las que favorecen el placer (*bonum delectabile*).

6

HOBBS, THOMAS. *El Leviatán* (1651). De esta obra, la principal de Hobbes, hay traducción castellana actual en Alianza Universidad 582. Del tratado *De cive* (El ciudadano), versión más breve del mismo asunto, hay edición bilingüe, en latín y castellano, en Editorial Debate y CSIC, Madrid, 1993.

(1) *De la introducción al Leviatán*: [El Estado no es natural pero imita a la naturaleza]. La naturaleza (el arte con que Dios ha hecho y gobierna el mundo) está imitada de tal modo, como en otras muchas cosas, por el arte del hombre que éste puede crear un animal artificial. Y siendo la vida un movimiento de miembros cuya iniciación se halla en alguna parte principal de los mismos ¿por qué no podríamos decir que todos los autómatas (artefactos que se mueven a sí mismos por medio de resortes y ruedas como lo hace el reloj) tienen una vida artificial? ¿Qué es en realidad el corazón sino un resorte; y los nervios, qué son sino diversas fibras; y las articulaciones, sino diversas ruedas que dan movimiento al cuerpo entero tal como el Artífice se lo propuso? El arte va aún más lejos, imitando esta obra racional que es la más excelsa de la naturaleza: el hombre. En efecto, gracias al arte se crea este gran Leviatán que llamamos república o Estado (en latín, *civitas*) que no es sino un hombre artificial, aunque de mayor estatura y robustez que el natural, para cuya protección y defensa fue instituido, y en el cual la soberanía es un alma artificial que da vida y movimiento al cuerpo entero; los magistrados y otros funcionarios de la judicatura y del poder ejecutivo, nexos artificiales; la recompensa y el castigo (mediante los cuales cada nexo y cada miembro vinculado a la sede de la soberanía es inducido a ejecutar su deber) son los nervios que hacen lo mismo en el cuerpo natural; la riqueza y la abundancia de todos los miembros particulares constituyen su potencia; *la salus populi* [la salud del pueblo] son sus negocios; los consejeros, que informan sobre cuantas cosas precisa conocer, son la memoria; la equidad y las leyes, una razón y voluntad artificiales, la concordia es la salud; la sedición, la enfermedad; la guerra civil, la muerte. Por último, los convenios mediante los cuales las partes de este cuerpo político se crean, combinan y unen entre sí, aseméjense a aquel *fiat*, o hagamos al hombre, pronunciado por Dios en la Creación²⁹.

²⁹ El Estado es una creación técnica del hombre que imita a la naturaleza. Obsérvese por tanto que siendo el Estado invento humano, algo técnico, se inspira sin embargo

(2) *Leviatán*, cap. VI. [Bueno y malo se dicen primariamente en relación con los deseos del individuo]. Lo que de algún modo es objeto de cualquier apetito o deseo humano es lo que con respecto a él se llama bueno. Y el objeto de su odio y aversión, malo; y de su desprecio, vil y despreciable o indigno. Pero estas palabras de bueno, malo y despreciable siempre se usan en relación con la persona que las utiliza. No son siempre y absolutamente tales, ni ninguna regla de bien y de mal puede tomarse de la naturaleza de los objetos mismos, sino del individuo (donde no existe Estado) o (en un Estado) de la persona que lo representa; o de un árbitro o juez a quien los hombres permiten establecer e imponer como sentencia su regla del bien y del mal³⁰.

(3) *Ibidem*, cap. XIII, final³¹. [La discordia y la violencia son naturales; de ahí, guerra de todos contra todos]. Así hallamos en la naturaleza del hombre tres causas principales de discordia. Primera, la competencia; segunda, la desconfianza; tercera, la gloria. La primera causa impulsa a los hombres a atacarse para lograr un beneficio; la segunda para lograr seguridad, la tercera para ganar reputación. La primera hace uso de la violencia para convertirse en dueña de las personas, mujeres, niños y ganados de otros hombres³²; la segunda para defenderlos; la tercera recurre a la fuerza por motivos insignificantes como una palabra, una sonrisa, una opinión distinta, como cualquier otro signo de subestimación, ya sea directamente en sus personas o de modo indirecto en su descendencia, en sus amigos, en su nación, en su profesión o en su apellido.

en lo natural y, en algún sentido, incluso lo continúa, puesto que toda la naturaleza es una «construcción» o artificio (divino). Naturaleza y Estado no son por tanto algo enteramente heterogéneo. Atiéndase también a que la salud de este cuerpo artificial es la concordia o paz civil y que la abundancia y riqueza de todos es la fuerza del organismo, la cual es consecuencia de aquella salud.

³⁰ Además de la temprana oposición a la falacia naturalista, conviene aquí observar que, siendo el bien y el mal naturales relativos a cada individuo, la disensión es inevitable. La concordia por tanto será bien político y solamente cuando nos situamos en el interior de esta esfera aparecen el bien y el mal comunes, primeramente jurídicos (o morales en sentido lato) pero todavía no morales como imperativo interno o de conciencia.

³¹ El texto describe el tránsito desde el estado de naturaleza al estado civil.

³² ¡Referencia bíblica! Véase Ex. 20, 17 y Dt. 5, 21.

Con todo ello es manifiesto que durante el tiempo en que los hombres viven sin un poder común que los atemorice a todos, se hallan en la condición o estado que se denomina guerra; una guerra tal que es la de todos contra todos. Porque la guerra no consiste solamente en batallar, en el acto de luchar, sino que se da durante el lapso de tiempo en que la voluntad de luchar se manifiesta de modo suficiente [...]

Por consiguiente, todo aquello que es consustancial a un tiempo de guerra, durante el cual cada hombre es enemigo de los demás, es natural también en el tiempo en que los hombres viven sin otra seguridad que la que su propia fuerza y su propia invención pueden proporcionarles³³. En una situación semejante no existe oportunidad para la industria, ya que su fruto es incierto³⁴; por consiguiente, no hay cultivo de la tierra, ni navegación, ni uso de los artículos que pueden ser importados por mar, ni construcciones confortables, ni instrumentos para mover y remover las cosas que requieren mucha fuerza, ni conocimiento de la faz de la tierra, ni cómputo del tiempo, ni artes, ni letras, ni sociedad; y lo que es peor de todo, existe continuo temor y peligro de muerte violenta³⁵; y la vida del hombre es solitaria, pobre, tosca, embrutecida y breve³⁶.

A quien no pondere estas cosas puede parecerle extraño que la naturaleza venga a disociar³⁷ y haga a los hombres aptos para invadir y destruirse mutuamente; y puede ocurrir que no confiando en esta inferencia basada en las pasiones, desee acaso verla confirmada por la experiencia. Haced, pues que se considere a sí mismo; cuando emprende

³³ Adviértase: Cuando la seguridad pública se debilita o relaja, reaparece en mayor o menor medida el estado de naturaleza como estado de emergencia. En esta reemergencia se legitima la cláusula presente en todas las Constituciones civiles referente a los «estados de excepción».

³⁴ «Industria» podría también traducirse como «ingenio para los negocios». Véase la coincidencia con el texto ya citado de Maquiavelo sobre la prosperidad que el príncipe debe garantizar.

³⁵ Esta presencia del peligro de muerte violenta es la experiencia fundamental de Hobbes. Para tenerla no necesitó vivir en una selva. El estado de naturaleza lo experimentó él como guerra civil.

³⁶ Nótese las dos listas aquí implícitas: de los bienes que se siguen del estado civil y de los males que se siguen del estado de naturaleza. La lista de los males de este segundo se sustenta en la experiencia de la guerra civil y se obtiene por sustracción o resta de los bienes de la civilización. Hobbes no piensa por tanto que la secuencia estado de naturaleza — estado civil deba interpretarse históricamente, como si el primer estado hubiera precedido al segundo cronológicamente. Hace filosofía, no historia.

³⁷ Kant recogerá este rasgo al hablar de la «sociable insociabilidad» del ser humano.

una jornada se procura armas [...] cierra la puerta [...] echa la llave a sus arcas [...] ¿No significa ésto acusar a la humanidad con sus actos como yo lo hago con mis palabras? Ahora bien, ninguno de nosotros acusa con ello a la naturaleza humana. Los deseos y otras pasiones del hombre no son pecados en sí mismos; tampoco lo son los actos que de las pasiones proceden hasta que consta que una ley las prohíbe; que los hombres no pueden conocer las leyes antes de que sean hechas, ni puede haber una ley hasta que los hombres se pongan de acuerdo con respecto a la persona que deba promulgarla³⁸.

Acaso puede pensarse que nunca existió un tiempo o condición en que se diera una guerra semejante, y, en efecto, yo creo que nunca ocurrió generalmente así, en el mundo entero³⁹; pero existen varios lugares donde viven ahora de ese modo: los pueblos salvajes en varias comarcas de América⁴⁰ [...] De cualquier modo que sea, puede percibirse cuál será el género de vida cuando no exista un poder común al que temer, pues el régimen de vida de los hombres que antes vivían bajo un gobierno pacífico, suele degenerar en una guerra civil.

Ahora bien aunque nunca existió un tiempo [de guerra de todos contra todos] en todas las épocas, los reyes y personas revestidas con autoridad soberana, celosos de su independencia, se hallan en estado de continua enemistad, en la situación y postura de los gladiadores, con las armas asestadas y los ojos fijos uno en otro. Es decir, con sus fuertes guarniciones y cañones en guardia en las fronteras de sus reinos, con espías entre sus vecinos, todo lo cual implica una actitud de guerra⁴¹. Pero como a la vez defienden también la industria de sus súbditos, no resulta de ello aquella miseria que acompaña a la libertad de los hombres particulares.

³⁸ He aquí la raíz del positivismo jurídico: barrido general hobbiano de toda moral y de todo derecho natural previos a los bienes y derechos socialmente establecidos y sancionados por el poder político.

³⁹ Como ya hemos dicho en la nota 36, se trata de una deducción que procede por substracción de los bienes de la paz civil.

⁴⁰ Texto anterior al romanticismo idealizador de la vida de los salvajes en estado de naturaleza.

⁴¹ Las relaciones internacionales se encuentran en «estado de naturaleza». La cuestión la recogió Kant y él fue quien lanzó la propuesta de una sociedad de naciones que instaurara la paz perpetua. Hegel, sin embargo, dirá que la propuesta kantiana «permanece en el deber ser», o sea, no va más allá del sermón moral porque no hay un poder de ámbito mundial (FDD § 330).

En esta guerra de todos contra todos, se da una consecuencia, que nada puede ser injusto. Las nociones de derecho e ilegalidad, justicia e injusticia están fuera de lugar. Donde no hay poder común, la ley no existe; donde no hay ley, no hay justicia. En la guerra, la fuerza y el fraude son las dos virtudes cardinales⁴². Justicia e injusticia no son cualidades ni del cuerpo ni del espíritu. Si lo fueran, podrían darse en un hombre que estuviera solo en el mundo, lo mismo que se dan sus sensaciones y pasiones. Son aquéllas cualidades que se refieren al hombre en sociedad, no en estado solitario⁴³. Es natural también que en dicha condición no existan propiedad ni dominio, ni distinción entre tuyo y mío⁴⁴; sólo pertenece a cada uno lo que puede tomar, y sólo en tanto que puede conservarlo. Todo ello puede afirmarse de esa miserable condición en que el hombre se encuentra por la obra de la simple naturaleza⁴⁵, si bien tiene una cierta posibilidad de superar ese estado, en parte por sus pasiones, en parte por su razón⁴⁶.

Las pasiones que inclinan a los hombres a la paz son el temor a la muerte, el deseo de las cosas que son necesarias para una vida confortable y la esperanza de obtenerlas por medio del trabajo⁴⁷. La razón sugiere adecuadas normas de paz⁴⁸ a las cual pueden llegar los hombres por mutuo consenso. Estas normas son las que, por otra parte, se llaman leyes de la naturaleza [...]

⁴² ¡Eco o reescritura de Maquiavelo!

⁴³ Tesis verdaderamente capital. Justicia e injusticia son cosa de la sociedad constituida en Estado, es decir, con un poder legislativo capaz de imponerse coercitivamente. Ver el texto de Locke, en el cap. 1 de su *Tratado sobre el gobierno civil*.

⁴⁴ Objeto de tan largas y alambicadas consideraciones de Kant para «deducir» de la razón pura práctica el derecho «natural» lockiano. Operación imposible, porque aquel «derecho» era simplemente lo que los terratenientes y comerciantes de la época exigían que el Estado les garantizara.

⁴⁵ A esta visión tan poco romántica del estado de naturaleza, Hegel añadirá una consideración sobre el valor nimio de la libertad natural. En estado salvaje, ¡cuán pocas cosas se pueden hacer comparadas con las que podemos hacer nosotros!

⁴⁶ Los empiristas también son racionalistas. Lo único que repudian de los racionalistas (y no es poco) es la tesis del innatismo, es decir, que la razón tenga contenidos propios de conocimiento no procedentes de la experiencia.

⁴⁷ No porque vaya a proporcionárselas Leviatán. Éste cuida solamente de la paz civil.

⁴⁸ Son lo que «los hombres», dice Hobbes, llaman «leyes naturales», pero impropriamente. Ver texto siguiente.

(4) Ibidem, cap. XIV. [En estado de naturaleza no hay derecho o ley propiamente dichos]. El derecho de naturaleza, lo que los escritores llaman comúnmente *ius naturale*, es la libertad que cada hombre tiene de usar su propio poder como quiera, para la conservación de su propia naturaleza, es decir, de su propia vida; y por consiguiente, para hacer todo aquello que su propio juicio y razón considere como los medios más aptos para lograr ese fin⁴⁹.

Por libertad se entiende, de acuerdo con el significado propio de la palabra⁵⁰, la ausencia de impedimentos externos, impedimentos que con frecuencia reducen parte del poder que un hombre de hacer lo que quiere; pero no pueden impedirle que use el poder que le resta, de acuerdo con lo que su juicio y razón le dicten.

Ley de naturaleza (*lex naturalis*) es un precepto o norma general, establecida por la razón, en virtud de la cual se prohíbe a un hombre hacer lo que puede destruir su vida o privarle de los medios de conservarla; o bien prohíbe omitir aquello mediante lo cual piensa que pueda quedar su vida mejor preservada. Aunque quienes se ocupan de estas cuestiones acostumbran a confundir *ius* y *lex*, derecho y ley, precisa distinguir esos términos porque el derecho consiste en la libertad de hacer o de omitir, mientras que la ley determina y obliga a una de esas dos cosas. Así, la ley y el derecho difieren tanto como la obligación y la libertad, que son incompatibles cuando se refieren a una misma cosa.

(5) Ibidem, cap. XIV. [En estado de naturaleza la razón aconseja buscar la paz]. [...] en semejante condición [de naturaleza] cada hombre tiene derecho a hacer cualquier cosa, incluso en el cuerpo de los demás. Y por consiguiente, mientras persiste ese derecho natural⁵¹ de cada uno respecto a todas las cosas, no puede haber seguridad para nadie (por fuerte o sabio que sea) de existir durante todo el tiempo que ordinariamente la naturaleza permite vivir a los hombres. De aquí resulta un precepto, o regla general de la razón, en virtud de la cual cada hombre debe esforzarse por la paz mientras tiene la esperanza de lograrla; y

⁴⁹ No es propiamente derecho porque nadie tiene una obligación correlativa, ni hay instancia ante la cual valga como tal derecho.

⁵⁰ *Solutio a vinculo*, o sea, no estar sujeto a cadena. Libertad, por tanto, meramente física.

⁵¹ Este «derecho» no lo es propiamente porque no se da la obligación correlativa de respetarlo por parte de los demás.

cuando no puede obtenerla, debe buscar todas las ayudas y ventajas de la guerra. La primera parte de esta regla contiene la ley primera y fundamental de naturaleza, a saber, buscar la paz y seguirla [...]

(6) *Ibidem*, final del cap. XV.- [Noción verdadera de ley natural]. Estos dictámenes de la razón suelen ser denominados leyes por los hombres, pero impropriamente, porque no son sino conclusiones o teoremas⁵² relativos a lo que conduce a la conservación y defensa de los seres humanos, mientras que la ley, propiamente, es la palabra de quien por derecho tiene mando sobre los demás. Si, además, consideramos los mismos teoremas como expresados en la palabra de Dios, que por derecho manda sobre todas las cosas, entonces son propiamente llamados leyes⁵³.

(7) *Ibidem*, cap. XVII. [Texto capital de Hobbes y de toda la teoría política moderna: el pacto de sumisión]. [...] El único camino⁵⁴ para erigir semejante poder común, capaz de defenderlos contra la invasión de los extranjeros y contra las injurias ajenas, asegurándoles de tal suerte que por su propia actividad y por los frutos de la tierra⁵⁵ puedan nutrirse a sí mismos y vivir satisfechos, es conferir todo su poder y fortaleza a un hombre o a una asamblea de hombres⁵⁶, todos los cuales, por pluralidad de votos, puedan reducir sus voluntades a una voluntad⁵⁷. Esto equivale

⁵² Hobbes había traducido a Euclides.

⁵³ Lo que se suele llamar ley natural no es propiamente ley. En el estado de naturaleza hay razón, pero es débil. No impera, aconseja.

⁵⁴ Modo de argumentar típicamente filosófico. Desde un punto de vista puramente lógico, este razonamiento no es riguroso, porque depende en primer lugar de exigencias puestas de antemano. Sería, a lo sumo, una *necitas ex suppositione*. Y, en segundo lugar, el argumento depende de una difícil enumeración verdaderamente exhaustiva de las otras posibilidades. Pero si se interpreta políticamente, ese modo de argumentar representa la única posibilidad real que se presenta en aquel momento histórico, es decir, la posibilidad que cuenta con mediaciones disponibles (Véase el texto de Kojève que figura al final de esta antología).

⁵⁵ Nótese los gérmenes del liberalismo posterior. La prosperidad no es obra del Estado. Éste sólo pone la pacificación como condición necesaria de la actividad económica de los particulares.

⁵⁶ Spinoza prende su teoría democrática de esta segunda alternativa.

⁵⁷ El Estado, en cualquier caso, sólo podrá tener una voluntad. Eso valdrá para todos los filósofos del Estado moderno.

a decir: elegir un hombre o una asamblea de hombres que represente su personalidad⁵⁸; y que cada uno considere como propio y se reconozca a sí mismo como autor de cualquier cosa que haga o promueva quien representa su persona, en aquellas cosas que conciernen a la paz y la seguridad comunes⁵⁹; que, además, sometan sus voluntades cada uno a la voluntad de aquél, y sus juicios a su juicio. Esto es algo más que consentimiento o concordia⁶⁰; es una unidad real de todo ello en una y la misma persona, instituida por pacto de cada hombre con los demás⁶¹, en forma tal como si cada uno dijera a todos: autorizo y transfiero a este hombre o asamblea de hombres mi derecho de gobernarme a mí mismo, con la condición de que vosotros transfiráis a él vuestro derecho y autoricéis todos sus actos de la misma manera. Hecho esto, la multitud así única en una persona se denomina Estado, en latín *civitas*. Esta es la generación de aquel gran Leviatán, o más bien (hablando con más reverencia) de aquel dios mortal, al cual debemos bajo el Dios inmortal, nuestra paz y nuestra defensa, porque en virtud de esta autoridad que se confiere por cada hombre particular en el Estado posee y utiliza tanto poder y fortaleza que por el terror que inspira⁶² es capaz de conformar las voluntades de todos ellos para la paz en su propio país, y para la mutua ayuda contra sus enemigos, en el extranjero. Y en ello consiste la esencia del Estado, que podemos definir así: una persona de cuyos actos una gran multitud, por pactos mutuos realizados entre sí, ha sido instituida por cada uno como autor, al objeto de que pueda utilizar la fortaleza y medios de todos como lo juzgue oportuno para asegurar la paz y defensa común. El titular de esta persona se denomina soberano y se dice que tiene poder soberano; cada uno de los que le rodean es súbdito suyo.

⁵⁸ Representación es elemento esencial del Estado. Incluso en una democracia directa se produce algún tipo de representación cuando la asamblea soberana designa cualquier clase de magistrado o funcionario con autoridad.

⁵⁹ ¿Se contiene aquí una limitación del poder absoluto?

⁶⁰ El consentimiento o concordia los concibe Hobbes, más bien, como subsiguientes a la constitución del poder, el cual vale como elemento formal de la sociedad civil. Véase el texto de la Introducción al Leviatán. Aquí, texto (1).

⁶¹ No con aquél a quien se transfiere el poder natural, es decir, la facultad de usar la fuerza.

⁶² La presencia difusa del peligro de muerte en el estado de naturaleza se transfiere al Estado concentrándose en un solo punto y viniendo a ser como el alma del poder. El terror que reina en el estado de naturaleza no se elimina, pero habiéndose localizado, se hace más previsible y se transforma así en miedo saludable al poder.

Se alcanza este poder soberano por dos conductos. Uno, por la fuerza natural [...]. Ocurre el otro procedimiento cuando los hombres o asamblea de hombres voluntariamente [...] [Véase el cap. XX del *Leviatán*].

7

LOCKE, JOHN. *Ensayo sobre el gobierno civil.* (1690) Madrid, Aguilar 1969.

(1) Cap. I, § 3. [Definición mínima de poder político] Entiendo, pues, por poder político el derecho de hacer leyes que estén sancionadas con la pena capital⁶³ y, en su consecuencia, de las sancionadas con penas menos graves, para la reglamentación y protección de la propiedad⁶⁴; y el de emplear las fuerzas del Estado para imponer la ejecución de tales leyes y para defender a éste de todo atropello extranjero; y todo ello únicamente con miras al bien público.

(2) *Ibidem*, cap. II § 4. [El estado de naturaleza según Locke]. Para comprender bien en qué consiste el poder político y para remontarnos a su verdadera fuente, será forzoso que consideremos cuál es el estado en que se encuentran naturalmente los hombres, a saber: un estado de completa libertad para ordenar sus actos y para disponer de sus propiedades⁶⁵ y de sus personas como mejor les parezca, dentro de los límites de la ley natural, sin necesidad de pedir permiso y sin depender de la voluntad de otra persona.

⁶³ Presencia en el Estado del temor natural a la muerte, como en Hobbes. Véase la nota anterior. La definición de Estado que ofrece Locke es por un lado minimalista. Hay Estado donde hay poder legislativo capaz de obligar, aunque sea por la fuerza, al cumplimiento de las leyes. Pero es por otro lado una definición maximalista porque si su poder alcanza hasta la pena de muerte, se trata de un poder que sigue siendo tan absoluto como el teorizado por Hobbes.

⁶⁴ Motivo principal de la doctrina de Locke. Es ya, cuando él lo enuncia, materia del «pacto» entre los antiguos terratenientes y la nueva burguesía mercantil por una parte con la dinastía de los Orange, procedente de los Países Bajos, por la otra parte. Significa un equilibrio de fuerzas que se ha hecho presente en el Parlamento.

⁶⁵ Locke sigue la pauta de Hobbes, incluyendo sin embargo en el estado de naturaleza el «derecho natural» a la vida y la propiedad (véase el texto en el que se ofrece un criterio para medir la cantidad de tierra que corresponde naturalmente a cada cual). En cualquier caso, la «naturalidad» de la propiedad tranquilizaba a los propietarios en tanto obligaba al Estado a salvaguardar sus posesiones.

(3) *Ibidem*, cap. IX, § 123. [El motivo para abandonar el estado de naturaleza es su inseguridad]. Si el hombre es tan libre como hemos explicado en el estado de naturaleza, si es señor absoluto de su propia persona y de sus bienes [...] ¿por qué razón va a renunciar a esa libertad...? La respuesta evidente es que [...] el disfrute de esos bienes en tal estado es muy inseguro encontrándose expuesto constantemente a ser atropellado por otros hombres⁶⁶.

(4) *Ibidem*, cap. VI, § 57. [Nos sometemos a la ley para librarnos de la tiranía de los demás]. La ley, tomada en su verdadero concepto, no equivale tanto a limitación como a dirección de un agente libre e inteligente hacia su propio interés, y solo manda lo que conviene al bien general de los que le están sometidos [...] Por eso afirmo, cualesquiera que sean los errores que se cometan sobre este punto, que la finalidad de la ley no es suprimir o restringir la libertad, sino lo contrario, es decir, protegerla y ampliarla⁶⁷ [...] ¿Puede alguien ser libre, si cada cual puede ser tiranizado por el capricho de los demás? [Se somete a las leyes] para no verse sometido, de ese modo, a la voluntad arbitraria de otro, y poder seguir libremente la suya propia.

(5) *Ibidem*, cap V, § 35. [La capacidad de trabajo es la medida del derecho natural a la propiedad] La medida de la propiedad la señaló bien la naturaleza limitándola a lo que alcanza el trabajo de un hombre⁶⁸ y las necesidades de la vida [...] § 36: A pesar de que el mundo nos parece tan poblado, podría todavía aplicarse idéntica medida sin perjuicio para nadie. Suponiendo a un hombre o a una familia en el estado primitivo, como cuando los hijos de Adán o de Noé empezaron a poblar el mundo, debemos dejarle que se establezca en algún lugar desocupado del

⁶⁶ En definitiva, la falta de seguridad es la razón, según Locke, de la renuncia a la libertad natural. Si la sociedad natural no estuviera amenazada por los que no respetan la ley «natural» (vida y propiedad) no habría necesidad de Estado. Adviértase cómo la mentalidad lockiana forma parte del *american way of life*. Véase el texto de la Declaración de Independencia de los EE.UU. (Aquí n^o 8).

⁶⁷ Punto de enlace con Rousseau.

⁶⁸ Adviértase la aparición relativamente temprana en Locke del trabajo como valor y virtud típicamente modernos, antes del protagonismo que tomará en la Economía política clásica y en los movimientos revolucionarios posteriores a la Revolución francesa.

interior de América [...] [Y] me atrevo a afirmar que la misma regla de apropiación, es decir, que cada hombre posea la tierra que puede cultivar, podría seguir rigiendo en el mundo [...] porque hay en el mundo tierras para mantener el doble de habitantes que hoy viven en él [...]

(6) *Ibidem*, cap. VII, § 87. [Pacto lockiano: El poder político se constituye como árbitro de una disputa que surge en el estado natural, pero que ya es de suyo jurídica en virtud del derecho natural]. El hombre, según hemos demostrado ya, nace con un título a la perfecta libertad y al disfrute ilimitado de todos los derechos y privilegios de la ley natural. Tiene, pues, por naturaleza, al igual que cualquier otro hombre o de cualquier número de hombres que haya en el mundo, no sólo el poder de defender su propiedad, es decir, su vida, su libertad y sus bienes, contra los atropellos y acometidas de los demás; tiene también el poder de juzgar y castigar los quebrantamientos de esa ley cometidos por otros, en el grado que en su convencimiento merece la culpa cometida, pudiendo, incluso, castigarla con la muerte cuando lo odioso de los crímenes cometidos lo exija, en opinión suya. Ahora bien, no pudiendo existir ni subsistir una sociedad política sin poseer en sí misma el poder necesario para la defensa de la propiedad, y para castigar los atropellos cometidos contra la misma por cualquiera de los miembros de dicha sociedad, resulta que sólo existe sociedad política allí, y allí exclusivamente, donde cada uno de los miembros ha hecho renuncia de ese poder natural, entregándolo en manos de la comunidad⁶⁹ para todos aquellos casos que no le impiden acudir a esa sociedad en demanda de protección para la defensa de la ley que ella estableció. Vemos, pues, que al quedar excluido el juicio particular de cada uno de los miembros, la comunidad viene a constituirse en árbitro y que, interpretando las reglas generales y por medio de ciertos hombres autorizados⁷⁰ por esa comunidad para ejecutarlas, resuelve todas las diferencias que puedan surgir entre los

⁶⁹ Posición intermedia del pacto lockiano entre el de Hobbes y el de Rousseau. Aquí el pacto constituye a la comunidad.

⁷⁰ Estos «hombres autorizados» no son constituidos por el pacto originario puesto que éste sólo constituye a la comunidad o sociedad y ésta, en un segundo momento lógico, da su autoridad a ciertos hombres. Si se quiere observar aún la raíz hobbesiana del pacto lockiano se debería acudir a la asamblea que éste había previsto como alternativa al poder personal, pero la comunidad de Locke es de todos individualmente para todos comunitariamente.

miembros de aquella sociedad en cualquier asunto de derecho⁷¹, y castiga las culpas que cualquier miembro haya cometido contra la sociedad, aplicándole los castigos que la ley tiene establecidos. Así resulta fácil discernir quienes viven juntos dentro de una sociedad política y quienes no. Las personas que viven unidas formando un mismo cuerpo y que disponen de una ley común sancionada y de un organismo judicial al que recurrir, con autoridad para decidir las disputas entre ellos⁷² y castigar a los culpables, viven en sociedad civil los unos con los otros. Aquellos que no cuentan con nadie a quien apelar en este mundo siguen viviendo en el estado de naturaleza, y, a falta de otro juez, son cada uno de ellos jueces y ejecutores por sí mismos, ya que, según lo he demostrado anteriormente, es ese estado perfecto de naturaleza.

8

JEFFERSON, THOMAS. *Declaración de Independencia de los Estados Unidos, 1776*⁷³. Cuando en el curso de los acontecimientos humanos, se le hace necesario a un pueblo disolver los vínculos políticos que lo habían unido a otro, y asumir entre los poderes de la tierra la posición separada e igual para la cual lo legitiman las leyes naturales y el Dios de la naturaleza, el respeto debido a las opiniones de la humanidad pide que sean declaradas las causas que lo impulsan a la separación.

Asumimos estas verdades como evidentes por sí mismas: Que todos los humanos son creados iguales, que han sido dotados por su creador con ciertos derechos inalienables entre los que se encuentra el derecho a la vida, a la libertad y a la búsqueda de la felicidad. Que para asegurar estos derechos, han sido instituídos gobiernos entre los humanos, los

⁷¹ A la vida y a la propiedad.

⁷² ¿Y las disputas con el poder?

⁷³ La Declaración de Independencia es netamente lockiana y liberal. En la Constitución de EE.UU. se advierte, además de este influjo, otro más hobbiano y autoritario procedente de los «federalistas»(Hamilton). La lectura de los textos de Locke aquí transcritos, juntamente con la de esta Declaración de Independencia, muestra claramente cómo los mitos fundacionales narrados por las películas del *Far West* de la primera época (hasta *La Diligencia* de John Ford), en las que los indios no tienen derecho natural a las tierras que ocupan porque no las cultivan, así como el derecho de cada colono a ser juez de su propia causa cuando no puede acudir a la comunidad, son tópicos del género que encarnan aquella doctrina.

cuales obtienen sus poderes justos del consentimiento del gobernado. Que cuando alguna forma de gobierno se vuelve destructiva de estos fines, es derecho del pueblo cambiar o abolir aquel gobierno e instituir otro nuevo fundamentándolo en aquellos principios y organizando sus poderes de la manera que les parezca más apta para producir su salvación y felicidad. La prudencia dispondrá, por lo demás, que los gobiernos ya establecidos desde tiempo atrás no serán cambiados por causas pequeñas y pasajeras, puesto que la experiencia ha demostrado que la humanidad está más dispuesta a padecer, cuando los males son soportables, que a dirigirse hacia la abolición de las formas a las que se han acostumbrado. Pero cuando una larga serie de abusos y usurpaciones invariablement dirigidos al mismo objeto pone de manifiesto un designio de someter aquel pueblo al despotismo absoluto, es derecho suyo, es su deber, derribar a un gobierno de esta clase y proveer nuevos guardianes de su seguridad futura. La historia del actual reino de la Gran Bretaña es una historia de injurias repetidas y de usurpaciones, todas las cuales se dirigen *directamente* al establecimiento de una tiranía absoluta sobre estos Estados. Y para demostrarlo permitid que los hechos sean sometidos a la consideración de la gente inocente (Sigue una larga lista de agravios).

Nosotros por tanto, representantes de los Estados Unidos de América, reunidos en Asamblea general y apelando al Juez supremo del mundo en lo que se refiere a la rectitud de nuestras intenciones, publicamos solemnemente y declaramos en nombre y con la autoridad de la buena gente de estas colonias que ellas son Estados libres e independientes, y tienen el derecho de serlo; que han sido desligadas de toda fidelidad a la corona británica y que toda unión política entre ellas y el Estado de la Gran Bretaña es y ha de ser totalmente disuelta; y que como Estados libres e independientes tienen plenos poderes para declarar la guerra, firmar la paz, pactar alianzas, establecer relaciones de comercio y de hacer todos los otros actos y cosas que los Estados independientes tienen el derecho de hacer. Y para corroborar esta declaración y con confianza firme en la protección de la divina providencia, nos confiamos mutuament nuestras vidas, nuestros bienes y nuestro sagrado honor.

9

MONTESQUIEU, *Del espíritu de las leyes*, (1748)

[Libertad legal y división de poderes] Parte I, cap. III. *¿Qué es la libertad?* [...] Hay que tomar consciencia de lo que es la independencia y de lo que es la libertad. La libertad es el derecho de hacer todo lo que las leyes permiten de modo que si un ciudadano pudiera hacer lo que las leyes prohíben, ya no habría libertad, pues los demás tendrían también esta facultad⁷⁴.

Cap. IV. *Continuación del mismo tema*. La democracia y la aristocracia no son Estados libres por su naturaleza. La libertad política no se encuentra más que en los Estados moderados; ahora bien, no siempre aparece en ellos, sino sólo cuando no se abusa del poder. Pero es una experiencia eterna, que todo hombre que tiene poder siente la inclinación de abusar de él, yendo hasta donde encuentra límites. ¡Quién lo diría! La misma virtud necesita límites.

Para que no se pueda abusar del poder es preciso que por disposición de las cosas⁷⁵, el poder frene al poder. Una constitución puede ser tal que nadie esté obligado a hacer las cosas no preceptuadas por la ley, y a no hacer las permitidas.

Cap. V. *De la finalidad de los diferentes Estados*. Aunque todos los Estados tengan, en general, el mismo fin, que es el de mantenerse, cada uno tiene, sin embargo, uno que le es particular. [...]

Existe también una nación en el mundo cuya constitución tiene como objeto directo la libertad política [...]

Cap VI. *De la constitución de Inglaterra*. [...] ⁷⁶

⁷⁴ Se trata por tanto de libertad político-legal.

⁷⁵ Esta «disposición de las cosas» es la articulación institucional de los poderes del Estado.

⁷⁶ Aquí delata Montesquieu su fuente. La división de poderes ya existe en Inglaterra, pero él la perfecciona y divulga.

10

ROUSSEAU, JEAN JACQUES. *Contrato social* (1762). Madrid, Espasa Calpe, col. Austral, 1990. También en Madrid, Aguilar, 1969 y Madrid, Tecnos, nº 54 de la col. Clásicos del Pensamiento.

(1) Libro I, Cap. I. [Libertad como principio del Estado legítimo] El hombre ha nacido libre y, sin embargo, por todas partes se encuentra encadenado. Tal cual se cree el amo de los demás, cuando, en verdad, no deja de ser tan esclavo como ellos. ¿Cómo se ha verificado este camino? Lo ignoro. ¿Qué puede hacerlo legítimo? Creo poder resolver esta cuestión.

(2) *Ibidem*, cap. IV, De la esclavitud. [La libertad es la esencia irrenunciable de los seres humanos; la esclavitud siempre es ilegítima][...] Sería preciso, pues, para que un gobierno arbitrario fuese legítimo, que en cada generación el pueblo fuese dueño de admitirlo o rechazarlo; mas entonces este gobierno habría dejado de ser arbitrario.

Renunciar a la libertad es renunciar a la cualidad de hombres, a los derechos de humanidad e incluso a los deberes. No hay compensación posible para quien renuncia a todo⁷⁷. Tal renuncia es incompatible con la naturaleza del hombre, e implica arrebatar toda moralidad a las acciones el arrebatar la libertad a la voluntad⁷⁸. Por último es una convención vana y contradictoria reconocer a una de las partes una autoridad absoluta y a la otra una obediencia sin límites. ¿No es claro que no se está comprometido a nada respecto de aquel de quien se tiene derecho a exigirlo todo?⁷⁹ ¿Y esta sola condición, sin equivalencia, sin reciprocidad, no lleva consigo la nulidad del acto? Porque ¿qué derecho tendrá un esclavo sobre mí, si todo lo que tiene me pertenece, y siendo su derecho el mío, este derecho mío contra mí mismo es una palabra sin sentido?

⁷⁷ La libertad no es una característica entre otras de lo humano; es su totalidad. Será sobre todo Fichte quien elabore esta doctrina de Rousseau recibida por él de Kant.

⁷⁸ ¿Es ésto posible? ¿No hay que suponer un «cuerpo» o contenido mínimo de la voluntad, p.e. el propio cuerpo y un mínimo de bienes, para que pueda hablarse de «arrebatar la libertad»?

⁷⁹ Según el pacto hobbiiano.

(3) *Ibidem*, cap. VI. Del pacto social. [El pacto social ha de hacer compatible la soberanía de todos con la sumisión, también de todos, a las leyes]. «Encontrar una forma de asociación que defienda y proteja con toda la fuerza común a la persona y a los bienes de cada asociado, y por virtud de la cual cada uno, uniéndose a todos, no obedezca sino a sí mismo y quede tan libre como antes». Tal es el problema fundamental, al cual da solución el *Contrato social*.

Las cláusulas de este contrato se hallan determinadas hasta tal punto por la naturaleza del acto que la menor modificación las haría vanas y de efecto nulo; de suerte que, aun cuando jamás hubiesen podido ser formalmente enunciadas⁸⁰, son en todas partes las mismas y doquiera están tácitamente admitidas y reconocidas, hasta que una vez violado el pacto social, cada uno vuelve a la posesión de sus primitivos derechos y a recobrar su libertad natural habiendo perdido la convencional, por la cual renunció a aquélla⁸¹.

Estas cláusulas, debidamente entendidas, se reducen todas a una sola, a saber: la enajenación total de cada asociado con todos sus derechos a toda la humanidad⁸²; porque en primer lugar, dándose cada uno por entero, la condición es la misma para todos, y siendo la condición igual para todos, nadie tiene interés en hacerla onerosa a los demás⁸³.

(4) *Ibidem*, cap. VIII. Del estado civil. Reduzcamos todo este balance a términos fáciles de comparar: lo que el hombre pierde por el contrato social es su libertad natural y un derecho ilimitado a todo cuanto le apetece y puede alcanzar; lo que gana es la libertad civil y la propiedad de todo lo que posee. Para no equivocarse en estas complicaciones es preciso distinguir la libertad natural, que no tiene más límite que las fuerzas del individuo, de la libertad civil, que está limitada por la voluntad general; y es preciso también distinguir la posesión, que no es sino el efecto de la fuerza o el derecho del primer ocupante, de la propiedad, que no puede fundarse sino sobre un título positivo.

⁸⁰ El paso dado por Kant al entender que el pacto originario es una idea de la razón pura práctica más que un pacto propiamente dicho está aquí prenunciado.

⁸¹ El derecho a la rebelión se sigue del principio libertad.

⁸² Adviértase lo que se ha llamado el «totalitarismo» de Rousseau. Atiéndase a que el «todo» es aquí toda la humanidad, nada menos.

⁸³ La libertad igual de todos nos hace solidarios en ella. Aquí se contiene implícitamente el lema «Libertad, igualdad, fraternidad».

Según lo que precede se podría agregar a lo adquirido por el estado civil la libertad moral⁸⁴, la única que hace al hombre dueño de sí mismo, porque el impulso exclusivo del apetito es esclavitud, y la obediencia a la ley prescrita es la libertad.

11

KANT, IMMANUEL (1724-1804).

(1) **Crítica de la razón práctica (1788). Conclusión**⁸⁵. (KW, V 161-163).

[Los dos mundos de Kant]. Dos cosas llenan el ánimo de admiración y respeto, siempre nuevos y crecientes cuanto más reiterada y persistentemente se ocupa de ellas la reflexión: el cielo estrellado que está sobre mí y la ley moral que hay en mí. Son cosas ambas que no debo buscar fuera de mi círculo visual y limitarme a conjeturarlas como si estuvieran envueltas en tinieblas o se hallaran en lo trascendente; las veo ante mí y las enlazo directamente con la conciencia de mi existencia. La primera arranca del sitio que yo ocupo en el mundo sensible externo, y ensancha el enlace en que yo estoy hacia lo inmensamente grande con mundos y más mundos y sistemas de sistemas, y además, su principio y duración hacia los tiempos ilimitados de su movimiento periódico. La segunda arranca de mi yo invisible, de mi personalidad, y me expone en un mundo que tiene verdadera infinitud, pero sólo es captable por el entendimiento, y con el cual (y, en consecuencia, al mismo tiempo también con todos los demás mundos visibles) me reconozco enlazado no de modo puramente contingente como aquél, sino de modo universal y necesario. La primera visión de una innumerable multitud de mundos aniquila, por así decir, mi importancia como criatura animal que debe

⁸⁴ ¿No se había considerado ésta como natural? Parece que no queda más remedio que distinguir ahora entre libertad moral, meramente potencial en estado de naturaleza, y libertad moral actualizada, con capacidad real de actuar, cosa que solamente podrá darse en el estado civil, es decir, en la relación igualitaria con los otros en el seno de la sociedad política.

⁸⁵ Kant contrapone el mundo de la naturaleza, regido por la necesidad de sus leyes, y el mundo moral regido por la ley que el hombre da a su libertad de manera racional y autónoma. Adviértase no solamente la discontinuidad de los dos mundos sino su contraposición, en claro contraste con la continuidad de la libertad con la naturaleza según la concepción de Spinoza.

devolver al planeta (sólo un punto en el universo) la materia de donde salió después de haber estado provisto por breve tiempo de energía vital (no se sabe cómo). La segunda, en cambio, eleva mi valor como inteligencia infinitamente, en virtud de mi personalidad, en la cual la ley moral me revela una vida independiente de la animalidad y aun de todo el mundo sensible, por lo menos en la medida en que pueda inferirse de la destinación finalista de mi existencia en virtud de esta ley, destinación que no está limitada a las condiciones y límites de esta vida.

Pero la admiración y el respeto, si bien pueden excitarnos a la investigación, no pueden suplir su deficiencia. ¿Qué hacer pues para emprenderla de modo útil y apropiado a la sublimidad del objeto? Los ejemplos, en este caso, pueden servir de advertencia pero también de modelo. La contemplación del mundo partió del espectáculo más sublime que puedan presentar los sentidos humanos y que en su vasta extensión pueda soportar nuestro entendimiento, y terminó... con la astrología. La moral comenzó con la más noble propiedad de la naturaleza moral, cuyo desarrollo y cultivo se proyectan hacia infinitos provechos, y terminó... con el fanatismo o la superstición. Así ocurre con todos los intentos rudimentarios, aun aquellos en que la parte principal de la tarea corresponde al uso de la razón, que no es como el uso de los pies, que se halla por sí mismo mediante su ejercicio más frecuente sobre todo cuando se refiere a propiedades que no pueden exponerse tan directamente en la experiencia común. Pero después que, aunque tarde, se puso en boga la máxima de reflexionar previamente todos los pasos que se propone dar la razón, y de no dejarse llevar por otro camino que el trazado por un método bien meditado de antemano⁸⁶, entonces el enjuiciamiento de la gran fábrica del universo tomó una dirección completamente distinta y con ella, al mismo tiempo, un resultado incomparablemente más feliz. La caída de una piedra, el movimiento de una honda, descompuestos en sus elementos y en las fuerzas que en ellos se manifiestan, y elaborados matemáticamente, acabaron trayendo esa intelección clara e inmutable para todo el futuro del edificio del universo, de la cual cabe esperar que se amplíe siempre a medida que progrese la observación, pero no debe temerse que retroceda nunca.

Ese ejemplo puede aconsejarnos que sigamos igualmente este camino para el tratamiento de las disposiciones morales de nuestra naturaleza, con la esperanza de obtener también un resultado favorable análogo. Al

⁸⁶ Descartes, *Discurso del método*.

fin y a la postre tenemos a mano los ejemplos de la razón que juzga lo moral. Descomponiéndolos en sus conceptos elementales y, a falta de la matemática, emplear un procedimiento análogo al de la química, separando lo empírico de lo racional que en ellos se encuentre, y sometiendo los en repetidos ensayos a la piedra de toque del entendimiento humano común, puede alcanzarse la posibilidad de conocer con certidumbre ambos de modo puro y lo que cada uno de ellos puede hacer por sí solo, y de esta suerte prevenir por una parte el extravío de un juicio todavía verde, inexperto, y por otra (lo que es mucho más necesario impedir) las exaltaciones geniales que, como suele suceder con los adeptos de la piedra filosofal, sin la menor investigación metódica de la naturaleza y sin conocimiento de ella prometen tesoros soñados y se tiran los verdaderos. En una palabra: la ciencia (buscada con crítica e iniciada con método) es la puerta estrecha que conduce a la sabiduría, si por ésta se entiende, no solamente lo que debe hacerse, sino lo que ha de servir de guía a los maestros para allanar y hacer cognoscible el camino hacia la sabiduría, que cada cual debe recorrer, y poner a los demás a cubierto de extravíos: una ciencia cuya guardiana debe seguir siendo siempre la filosofía, en cuyas sutiles investigaciones no debe intervenir para nada el público, aunque sí debe interesarse por las doctrinas que son las que podrán ilustrarlo con la debida claridad después de haber sido elaboradas de este modo.

(2) KANT. *Idea para una historia universal en sentido cosmopolita* (1784)

... [el ser humano] tiene que llegar a la perfección del desarrollo de todas sus disposiciones.

TESIS CUARTA. *El medio de que se sirve la naturaleza para lograr el desarrollo de todas sus disposiciones es el ANTAGONISMO de las mismas en sociedad, en la medida en que ese antagonismo se convierte a la postre en la causa de un orden legal de aquellas.* Entiendo en este caso por antagonismo la *insociable sociabilidad* de los hombres⁸⁷, es decir, su inclinación a formar sociedad que, sin embargo, va unida a una resistencia constante que amenaza perpetuamente con disolverla. Esta disposición reside, a las claras, en la naturaleza del hombre. El hombre

⁸⁷ He aquí la reescritura kantiana de la doctrina de Hobbes sobre los humanos en estado de naturaleza. No sólo hay disposiciones que inclinan a la discordia sino también pasiones y razón que inclinan al estado civil.

tiene una inclinación a entrar en sociedad; porque en tal estado se siente más como hombre, es decir, que siente el desarrollo de sus disposiciones naturales. Pero también tiene una gran tendencia a aislarse; porque tropieza en sí mismo con la cualidad asocial que le lleva a querer disponer de todo según le place, y espera, naturalmente, encontrar resistencia por todas partes, por lo mismo que sabe hallarse él propenso a prestársela a los demás. Pero esta resistencia es la que despierta todas las fuerzas del hombre y le lleva a enderezar su inclinación a la pereza y, movido por el ansia de honores, poder o bienes, trata de lograr una posición entre sus congéneres, que no puede *soportar* pero de los que tampoco puede prescindir. Y así transcurren los primeros pasos serios de la rudeza a la cultura, que consiste propiamente en el valor social del hombre; los talentos van desarrollándose poco a poco, se forma el gusto y, mediante una continuada ilustración, conviértese el comienzo en fundación de una manera de pensar que, a la larga, puede cambiar la ruda disposición natural respecto de los matices morales en principios prácticos determinados y, de este modo, cambiar también el acuerdo para formar sociedad, patológicamente [=pasiionalmente] provocado, en un todo *moral*.

Sin aquellas características tan poco amables de la insociabilidad, de las que surge la resistencia que cada cual tiene que encontrar necesariamente por motivo de sus pretensiones egoístas, todos los talentos quedarían por siempre adormecidos en su germen en una arcádica vida de pastores, en la que reinaría un acuerdo perfecto y una satisfacción y versatilidad también perfectas, y los hombres, tan buenos como los borregos encomendados a su cuidado, apenas si procurarían a esta existencia suya un valor mayor del que tiene este animal doméstico; no llenarían el vacío de la creación en lo que se refiere a su destino como seres de razón. ¡Gracias sean dadas, pues, a la naturaleza por la incompatibilidad, por la vanidad maliciosamente porfiadora, por el afán insaciable de poseer o de mandar! Sin ellos, todas las excelentes disposiciones naturales del hombre dormirían eternamente raquíticas. El hombre quiere concordia; pero la naturaleza sabe mejor lo que le conviene a la especie y quiere discordia⁸⁸. Quiere el hombre vivir cómoda y plácidamente pero la naturaleza prefiere que salga del abandono y de

⁸⁸ Kant alaba ahora a la naturaleza en tanto pone discordia entre los hombres tal como lo había registrado Hobbes.

la quieta satisfacción, que se entregue al trabajo y al penoso esfuerzo⁸⁹ para, por fin, encontrar los medios que le libren sagazmente de esta situación. Los impulsos naturales, las fuentes de la insociabilidad y de la resistencia absoluta, de donde nace tanto daño, pero que, al mismo tiempo, conducen a nuevas tensiones de las fuerzas y, así, a nuevos desarrollos de las disposiciones naturales, delatan también el ordenamiento de un sabio creador y no la mano chapucera o la envidia corrosiva de un espíritu maligno.

TESIS QUINTA. *El problema mayor del género humano, a cuya solución le constriñe la naturaleza, consiste en llegar a una SOCIEDAD CIVIL que administre el derecho en general*⁹⁰. Como sólo en sociedad, y en una sociedad que compagine la máxima libertad, es decir, el antagonismo absoluto de sus miembros, con la más exacta determinación y seguridad de los límites de la misma, para que sea compatible con la libertad de cada cual, como sólo en ella se puede lograr el empeño que la naturaleza tiene puesto en la humanidad, a saber, el desarrollo de todas sus disposiciones, quiere también la naturaleza que sea el hombre mismo quien se procure el logro de este fin suyo, como el de todos los fines de su destino; por esta razón, una sociedad en que se encuentre unida la máxima *libertad bajo leyes exteriores* con el poder irresistible, es decir, una *constitución civil* perfectamente *justa*, constituye la tarea suprema que la naturaleza ha asignado a la humana especie; porque ella no puede alcanzar el logro de sus otras intenciones con respecto a nuestra especie más que con la solución y cumplimiento de esta tarea⁹¹. La necesidad es la que fuerza al hombre, tan aficionado, por lo demás, a la desembarazada libertad, a entrar en este estado de coerción; necesidad la mayor de todas, a saber, la que los hombres se infligen entre sí, ya que no pueden convivir ni un momento más en medio de su salvaje libertad. Sólo dentro del coto cerrado que es la asociación civil esas mismas inclinaciones producen el mejor resultado; como ocurre con los árboles del bosque que, al tratar de quitarse unos a otros aire y sol, se fuerzan a buscarlos por encima de sí mismos y de este modo crecen erguidos; mientras que aquellos otros que se dan en libertad y aislamiento, extienden sus ramas

⁸⁹ Obsérvese el papel decisivo que Kant atribuye al valor trabajo o, si se prefiere, a la virtud de la laboriosidad.

⁹⁰ Adviértase que el tránsito del estado de naturaleza al estado civil, en Kant como en Hobbes, es paso desde la «desembarazada libertad» a la coerción jurídica.

⁹¹ Entiende Kant que lo moral y lo político jurídico son complementarios y ambos necesarios.

caprichosamente y sus troncos enanos se encorvan y retuercen. Toda la cultura y todo el arte, ornatos del hombre, y el más bello orden social, son frutos de la insociabilidad que, ella misma, se ve en necesidad de someterse a disciplina y, de esta suerte, de desarrollar por completo, mediante un arte forzado, los gérmenes de la naturaleza.

TESIS SEXTA. *Este problema es también el más difícil y el que más tardíamente resolverá la especie humana*⁹². La dificultad que ya la mera idea de la tarea nos patentiza es la siguiente: el hombre es un animal que, cuando vive entre sus congéneres, necesita de un señor. Porque no cabe duda que abusa de su libertad con respecto a sus iguales y aunque, como criatura racional, desea en seguida una ley que ponga límites a la libertad de todos, su egoísta inclinación animal le conduce seductoramente allí donde tiene que renunciar a sí mismo. Necesita un *señor*, que le quebrante su propia voluntad y le obligue a obedecer a una voluntad valedera para todos para que cada cual pueda ser libre. Pero ¿de dónde escoge este señor? De la especie humana, claro está. Pero este señor es también un animal que necesita, a su vez, un señor. Ya puede, pues, proceder como quiera, no hay manera de imaginar cómo se puede procurar un jefe de la justicia pública que sea, a su vez, justo; ya sea que le busque en una sola persona, o en una sociedad de personas escogidas al efecto. Porque cada una abusará de su libertad si a nadie tiene por encima que ejerza poder con arreglo a las leyes⁹³. El jefe supremo tiene que ser justo por sí mismo y, no obstante, un hombre. Así resulta que esta tarea es la más difícil de todas; como que su solución perfecta es imposible; con una madera tan retorcida como es el hombre no se puede conseguir nada completamente derecho. Lo que nos ha impuesto la naturaleza es la aproximación a esta idea. Que será también lo último en ser puesto en obra se deduce asimismo del hecho de que los *conceptos correctos* acerca de la naturaleza de una constitución posible exigen una experiencia muy grande, entrenada por la historia, y, sobre todo, una buena voluntad dispuesta a aceptarla; y estos tres factores podrán coincidir muy difícilmente y, si ello sucede, muy tarde, luego de muchos vanos intentos⁹⁴.

⁹² La dificultad no reside tanto en la simple constitución de un estado civil cualquiera, sino en que éste sea «republicano» (democrático, diríamos nosotros), es decir, en el que todos, incluidos los gobernantes, seamos soberanos y súbditos por un igual.

⁹³ Aquí se debe advertir como el ideal platónico del «rey filósofo» cede el paso a la división de poderes.

⁹⁴ Parece que el texto contiene una vacilación entre una simple aproximación paulatina al estado ideal y un logro real, aunque difícil, de tal estado.

siva) pero de modo que aquel hecho tuviera que considerarse no como causa de ese progreso, sino únicamente como apuntando hacia él, como señal histórica (*signum rememorativum, domonstrativum, prognosticum*), y así se pudiera demostrar la tendencia del género humano en su totalidad, es decir, no considerado según los individuos (pues esto nos proporcionaría una enumeración y cálculo interminables), sino tal como se encuentra repartido en pueblos y Estados por toda la tierra.

6. *De un hecho de nuestro tiempo que demuestra esta tendencia moral del género humano.* [La aprobación general que ha merecido la Revolución francesa]. Este hecho no consiste en humanas acciones u omisiones de importancia por las cuales lo grande entre los hombres se hace pequeño o lo pequeño grande, y en cuya virtud, como por arte de encantamiento, desaparecen antiguos y magníficos edificios políticos y surgen del seno de la tierra otros que ocupan su lugar. No, nada de esto. Se trata tan sólo de la manera de pensar de los espectadores que se delata *públicamente* en este juego de grandes transformaciones y que se deja oír claramente al tomar ellos partido, de un modo tan general y tan desinteresado, por uno de los bandos contra el otro, arrostrando el peligro del grave perjuicio que tal partidismo les pudiera acarrear; lo cual (en virtud de su generalidad) demuestra un carácter del género humano en conjunto y, además, (en virtud de su desinterés) un carácter moral, por lo menos en la índole, cosa que no sólo nos permite tener esperanzas en el progreso, sino que lo constituye ya, puesto que su fuerza alcanza por ahora.

Esta revolución de un pueblo lleno de espíritu, que estamos presenciando en nuestros días, puede triunfar o fracasar, puede acumular tal cantidad de miseria y de crueldad que un hombre honrado, si tuviera la posibilidad de llevarla a cabo una segunda vez con éxito, jamás se decidiría a repetir un experimento tan costoso, y, sin embargo, esta revolución, digo yo, encuentra en el ánimo de todos los espectadores (que no están complicados en el juego) una *participación* de su deseo, rayana en el entusiasmo, cuya manifestación, que lleva aparejado un riesgo, no puede reconocer otra causa que una disposición moral del género humano.

Esta causa, que afluye moralmente, ofrece un doble aspecto, primero, el del *derecho*, que ningún pueblo debe ser impedido para que se dé a sí mismo la constitución que bien le parezca; segundo, el del *fin* (que es, al mismo tiempo, deber), ya que sólo aquella constitución de un pueblo será en sí misma justa y moralmente buena que, por su índole, tienda a evitar, según principios, la guerra agresiva — constitución que no puede

ser otra, por lo menos en idea, que la republicana —, y a entrar en aquella condición que acabará con las guerras (fuente de todos los males y de toda corrupción de las costumbres) y, de este modo, se podrá asegurar negativamente al género humano, a pesar de su fragilidad, el progreso hacia mejor, de suerte que, por lo menos, no sea perturbado en él.

Esto y la participación *afectiva* en el bien, el *entusiasmo*, aunque como todo afecto en cuanto tal, merece reproche y, por lo tanto, no puede ser aprobado por completo, ofrece, sin embargo, por mediación de esta historia, ocasión para la siguiente observación, importante para la antropología: que el verdadero entusiasmo hace siempre referencia a lo *ideal*, a lo moral puro, esto es, al concepto del derecho, y no puede ser henchido por el egoísmo. Los enemigos de los revolucionarios no podían con recompensas de dinero alcanzar el celo tenso y la grandeza de ánimo que el mero concepto del derecho insuflaba en aquellos, y el mismo concepto del honor de la vieja aristocracia militar (un análogo del entusiasmo) cedía ante las armas de aquellos que se habían entusiasmado por el *derecho* del pueblo al que pertenecían. ¡Y con qué exaltación simpatizó entonces el público espectador desde fuera, sin la menor intención de tomar parte!

[Sigue: 7 Historia profética de la humanidad. 8 De la dificultad que surge, en razón de su publicidad, en las máximas que apuntan al progreso mundial. 9 ¿Qué rendimiento le va a aportar al género humano el progreso hacia mejor? 10 ¿En qué orden, únicamente se puede esperar el progreso hacia mejor? No tanto en y por la educación, sino por el escarmiento que producen en nosotros los males de la guerra.]

Conclusión

Un médico no hacía sino consolar a su enfermo todos los días con el anuncio de la próxima curación, hoy diciéndole que el pulso iba mejor, mañana que lo que había mejorado era la excreción, pasado que el sudor era más fresco, etc., etc. El enfermo recibe la visita de un amigo: ¿cómo va esa enfermedad?, le pregunta nada más entrar. ¡Como ha de ir! ¡Me estoy muriendo de mejoría! A nadie le voy a tomar a mal que, en vista del mal cariz que ofrece la cosa pública, empiece a desesperar de la salud del género humano y de su presunto progreso o mejoría, pero yo confío en el remedio heroico presentado por Hume y que promete una rápida curación: «Cuando veo ahora (nos dice), las naciones en guerra, se me figura ver dos borrachos que se pegan de golpes en una cacharrería. Que, además de tener que atender a la curación de sus chichones durante largo tiempo, habrán de pagar todos los estropicios que hicieron en la

tienda. *Sero capiunt Phryges* [=Tarde aprenden los troyanos]. Los dolores que seguirán a la presente guerra pueden forzar al profeta político la confesión de la próxima orientación del género humano hacia mejor, que ya se halla en perspectiva.

(4) KANT. *Metafísica de las costumbres. De la doctrina del derecho*

§ B. *¿Qué es el derecho?*

Si no quiere caer en tautología, o bien remitir a lo que proponen las leyes de algún país en algún tiempo en vez de dar una solución general, esta pregunta puede muy bien sumir al *jurisconsulto* en la misma perplejidad en que se encuentra el lógico ante el desafío al que está llamado: *¿qué es la verdad?* Lo que sea de derecho (*quid sit iuris*), es decir lo que dicen o han dicho las leyes en un determinado lugar y en un tiempo determinado, puede aún muy bien indicarlo; pero si también es justo lo que proponían y el criterio general para reconocer tanto lo justo como lo injusto (*iustum et iniustum*), permanecerán ocultos para él si no abandona durante largo tiempo aquellos principios empíricos, y busca las fuentes de aquellos juicios en la mera razón (si bien aquellas leyes pueden servirle para ello perfectamente como hilo conductor) para erigir los fundamentos de una posible legislación positiva. Una doctrina jurídica únicamente empírica es (como la cabeza de madera en la fábula de Fedro) una cabeza, que puede ser hermosa, pero que lamentablemente no tiene seso.

El concepto de derecho, en tanto se refiere a una obligación que le corresponde (es decir, el concepto moral del mismo), afecta, *en primer lugar* sólo a la relación externa y ciertamente práctica de una persona con otra, en tanto que sus acciones, como hechos, pueden influirse entre sí (inmediata o mediatamente). Pero, *en segundo lugar*, no significa la relación del arbitrio con el deseo del otro (por tanto, con la mera necesidad (*Bedürfnis*)), como en las acciones benéficas o crueles, sino sólo con el arbitrio del otro. *En tercer lugar*, en esta relación recíproca del arbitrio no se atiende en absoluto a la *materia* del arbitrio, es decir, al fin que cada cual se propone con el objeto que quiere; no se pregunta, por ejemplo, si alguien puede beneficiarse también o no de la mercancía que me compra para su propio negocio; sino que sólo se pregunta por la *forma* en la relación del arbitrio de ambas partes, en la medida en que se considera únicamente como libre, y si con ello, la acción de uno de ambos puede conciliarse con la libertad del otro según una ley universal.

Por tanto, el derecho es el conjunto de condiciones bajo las cuales el arbitrio de uno puede conciliarse con el arbitrio del otro según una ley universal de la libertad.

§ C. *Principio universal del derecho*

«Una acción es *conforme a derecho (recht)* cuando permite, o cuya máxima permite a la libertad del arbitrio de cada uno coexistir con la libertad de todos según una ley universal».

Por tanto, si mi acción, o en general mi estado puede coexistir con la libertad de cada uno, según una ley universal, me agravia el que me lo obstaculiza; porque ese obstáculo (esa resistencia) no puede coexistir con la libertad, según leyes universales.

De aquí se desprende también que no puede exigirse que este principio de todas las máximas sea a su vez mi máxima, es decir, que lo convierta en máxima de mi acción; porque cada uno puede ser libre, aunque su libertad me resulte totalmente indiferente o desee de corazón dañarla con tal de que no le perjudique con mi acción externa. Tomar como máxima el obrar conforme al derecho es una exigencia que me hace la ética.

Por tanto, la ley universal del derecho: «Obra externamente de tal modo que el uso libre de tu arbitrio pueda coexistir con la libertad de cada uno según una ley universal», es ciertamente una ley que me impone una obligación, pero que no espera en modo alguno, ni menos aun exige, que *deba yo mismo* restringir mi libertad a esas condiciones por esa obligación, sino que la razón sólo dice que está restringida a ello en su idea y que también puede ser restringida por otros de hecho; y esto lo dice como un postulado, que no es susceptible de prueba ulterior alguna. Cuando el propósito no consiste en enseñar la virtud, sino sólo en exponer qué es *conforme a derecho (recht)*, no es lícito, ni se debe incluso, presentar aquella ley del derecho como móvil de la acción.

§ D. *El derecho está ligado a la facultad de coaccionar*

La resistencia que se opone a lo que obstaculiza un efecto fomenta ese efecto y concuerda con él. Ahora bien, todo lo contrario al derecho (*unrecht*) es un obstáculo a la libertad según leyes universales: pero la coacción es un obstáculo o una resistencia a la libertad. Por tanto, si un determinado uso de la libertad misma es un obstáculo a la libertad según leyes universales (es decir, contrario al derecho (*unrecht*)), entonces la coacción que se le opone, en tanto que obstáculo frente a lo que obstacu-

liza la libertad, concuerda con la libertad según leyes universales; es decir, es conforme al derecho (*recht*): por consiguiente, al derecho está unida a la vez la facultad de coaccionar a quien lo viola, según el principio de contradicción.

§ E. *El derecho estricto puede representarse también como la posibilidad de una coacción recíproca universal, concordante con la libertad de cada uno según leyes universales*

Esta proposición significa lo siguiente: el derecho no puede pensarse como compuesto de dos elementos, es decir, de la obligación según una ley y de la facultad de aquel que obliga a los otros por su arbitrio de coaccionarles a ello, sino que podemos establecer inmediatamente el concepto de derecho sobre la posibilidad de conectar la coacción recíproca universal con la libertad de cada uno. Así como el derecho en general sólo tiene por objeto lo que es exterior en las acciones, el derecho estricto es decir, aquel que no está mezclado con nada ético es el que no exige sino fundamentos externos de determinación del arbitrio; porque entonces es puro y no está mezclado con prescripciones referidas a la virtud⁹⁸. Por tanto, sólo puede llamarse derecho *estricto* (restringido) al derecho completamente externo. Sin duda, éste se fundamenta en la conciencia de la obligación de cada uno según la ley; pero, para determinar al arbitrio conforme a ella, ni le es lícito ni puede, si es que debe ser puro, recurrir a esta conciencia como móvil, sino que se apoya por tanto en el principio de la posibilidad de una coacción exterior, que puede coexistir con la libertad de cada uno según leyes universales. Por consiguiente, cuando se dice: un acreedor tiene derecho a exigir el pago de la deuda a su deudor, esto no significa que pueda persuadirle de que su propia razón le obliga al pago, sino que una coacción, que obliga a todos a hacer esto, puede muy bien coexistir con la libertad de cada cual, por tanto, también con la suya, según una ley externa universal: derecho y facultad de coaccionar significan, pues, una y la misma cosa.

La ley de una coacción recíproca que concuerda necesariamente con la libertad de todos bajo el principio de la libertad universal es en cierto modo la *construcción* de aquel concepto, es decir, la exposición del mismo en una intuición pura *a priori*, siguiendo la analogía de la posibilidad de

⁹⁸ Kant deja bien claro que derecho y moral son dos cosas perfectamente distintas, aunque la moral nos manda ingresar en el orden civil y en él cumplir la ley (que no mande lo inmoral).

los movimientos libres de los cuerpos bajo la ley de la *igualdad de la acción y la reacción*. Ahora bien, de igual modo que en la matemática pura no pueden deducirse las propiedades de su objeto inmediatamente a partir del concepto, sino que sólo pueden descubrirse mediante la construcción del concepto, no es tanto el concepto de derecho el que posibilita la exposición de este concepto, como la coacción totalmente recíproca e igual, sometida a leyes universales, y coincidente con él. Pero, así como a este concepto dinámico todavía subyace en la matemática pura (por ejemplo, en la geometría) uno puramente formal, la razón ha cuidado de proveer en lo posible también al entendimiento con intuiciones *a priori* para construir el concepto de derecho. Lo recto (*rectum*), como lo derecho, se opone en parte a lo curvo, en parte a lo oblicuo. En el primer caso tenemos la *constitución interna* de una línea, de tal modo que entre dos puntos dados sólo puede haber una, pero en el segundo caso tenemos la posición de dos líneas, que se cortan o chocan entre sí, de las cuales también sólo puede haber una (la perpendicular) que no se incline más hacia un lado que hacia el otro y que divida el espacio en dos partes iguales; siguiendo esta analogía, también la doctrina del derecho quiere determinar a cada uno lo *suyo* (con precisión matemática), cosa que no puede esperarse en la *doctrina de la virtud*, que no puede rehusar un cierto espacio a las excepciones (*latitudinem*). Pero, sin penetrar en la esfera de la ética, hay dos casos que exigen una decisión jurídica y para los que, sin embargo, no puede encontrarse nadie que decida, y que pertenecen en cierto modo a los *intermundia* de Epicuro. Tenemos que separarlos primero de la doctrina del derecho propiamente dicha, a la que queremos pasar pronto, con el fin de que sus vacilantes principios no influyan en los firmes principios de ésta. [Dos «derechos» en sentido equívoco: equidad y derecho de necesidad].

(5) *División general de los derechos*

1) De los derechos, como preceptos (*Lehren*) sistemáticos: derecho natural, que sólo se basa en principios *a priori*, y derecho *positivo* (estatutario), que procede de la voluntad de un legislador.

2) De los derechos, como *facultades* (*Vermögen*) (morales) de obligar a otros, es decir, como un fundamento legal con respecto a los últimos (*titulum*), cuya división suprema es la clasificación en derecho *innato* y *adquirido*; el primero de los cuales es el que corresponde a cada uno por naturaleza, con independencia de todo acto jurídico; el segundo es aquel para el que se requiere un acto de este tipo.

Lo mío y lo tuyo innato puede también llamarse lo interno (*meum vel tuum internum*); porque lo externo ha de ser siempre adquirido.

No hay sino un derecho innato

La *libertad* (la independencencia con respecto al arbitrio constrictivo de otro) en la medida en que puede coexistir con la libertad de cualquier otro según una ley universal, es este derecho único, originario, que corresponde a todo hombre en virtud de su humanidad. La *igualdad* innata, es decir, la independencencia, que consiste en no ser obligado por otros sino a aquello a lo que también recíprocamente podemos obligarles; por consiguiente, la cualidad del hombre de ser su propio señor (*sui iuris*); de igual modo, la de ser un hombre integro (*iusti*), porque no ha cometido injusticia alguna con anterioridad a todo acto jurídico; por último, también la facultad de hacer a otros lo que en sí no les perjudica en lo suyo, si ellos no quieren tomarlo así; como por ejemplo, comunicar a otros el propio pensamiento, contarles o prometerles algo, sea verdadero y sincero, o falso y doble (*veriloquium aut falsiloquium*), porque depende de ellos solamente querer creerle o no —todas estas facultades se encuentran ya en el principio de la libertad innata y no se distinguen realmente de ella (como miembros de la división bajo un concepto superior del derecho).

El propósito con el que se ha hecho semejante división en el sistema del derecho natural (en cuanto se refiere al derecho innato) es el siguiente: para que, cuando surja una disputa en torno a un derecho adquirido y se pregunte a quién corresponde la obligación de probar (*onus probandi*), bien un acto dudoso, bien, si éste ha sido indagado, un derecho dudoso, aquel que rechaza esta obligación pueda apelar metódicamente a su derecho innato a la libertad (que entonces se especifica según sus relaciones) y a hacerlo como atendiendo a distintos títulos jurídicos. Puesto que no hay *derechos* en lo que respecta a lo innato, por consiguiente, a lo mío y tuyo interno, sino sólo un derecho, se bosqueja en los prolegómenos esta división suprema, como constituida por dos miembros extremadamente desiguales en cuanto al contenido, y la división de la doctrina del derecho sólo puede referirse a lo mío y lo tuyo externos.

(6) KANT. Conclusión de la doctrina del derecho en la *Metafísica de las costumbres*.

Si alguien no puede probar que algo es, puede intentar probar que no es. Pero si no lo consigue de ninguna de ambas formas (cosa que sucede a menudo), puede todavía preguntar si le *interesa aceptar* (como hipóte-

sis) una cosa u otra, y esto con un propósito teórico o práctico, es decir, o bien para explicarse simplemente un cierto fenómeno (como por ejemplo, para el astrónomo el fenómeno de la retrogradación y la fijeza de los planetas) o bien para alcanzar un determinado fin, que puede ser a su vez *pragmático* (un simple fin técnico) o moral, es decir, un fin tal que la máxima de proponérselo es un deber.

Es evidente que aquí no se convierte en deber aceptar (*suppositio*) que el fin sea realizable, cosa que es un juicio meramente teórico y problemático en este sentido, porque no hay obligación alguna de ello (de creer algo); sino que a lo que nos obliga un deber es a actuar según la idea de aquel fin, aunque no exista la menor probabilidad teórica de que pueda ser realizado, pero no obstante tampoco puede demostrarse su imposibilidad.

Ahora bien, la razón práctico-moral expresa en nosotros su veto irrevocable: *no debe haber guerra*; ni guerra entre tú y yo en el estado de naturaleza, ni guerra entre nosotros como Estados que, aunque se encuentran internamente en un estado legal, sin embargo, exteriormente (en su relación mutua) se encuentran en un estado sin ley; porque éste no es el modo en que cada uno debe procurar su derecho. Por tanto, la cuestión no es ya la de saber si la paz perpetua es algo o es un absurdo, y si nos engañamos en nuestro juicio teórico si suponemos lo primero; sino que hemos de actuar con vistas a su establecimiento como si fuera algo que a lo mejor no es, y elaborar la constitución que nos parezca más idónea para lograrla (tal vez el republicanismo de todos los Estados sin excepción) y acabar con la terrible guerra, que es el fin al que, como su fin principal, han dirigido hasta ahora todos los Estados sin excepción sus disposiciones internas. Y aunque esto último —lo que concierne al cumplimiento de este propósito— quedara como un desco irrealizable, no nos engañaríamos ciertamente al aceptar la máxima de obrar continuamente en esta dirección; porque esto es un deber; pero tomar como engañosa a la ley moral en nosotros mismos despertaría el repugnante deseo de preferir hallarse privado de razón y verse sometido, según sus principios, junto con las restantes clases de animales, al mismo mecanismo de la naturaleza.

Puede decirse que este establecimiento universal y duradero de la paz no constituye solo una parte, sino la totalidad del fin final de la doctrina del derecho, dentro de los límites de la mera razón; porque el estado de paz es el único en el que están garantizados mediante *leyes* lo mío y lo tuyo, en un conjunto de hombres vecinos entre sí, por tanto, que están reunidos en una constitución; pero la regla de tal constitución no ha de tomarse —como una norma para otros— de la experiencia de aquellos a los que hasta ahora les ha ido mejor con ello, sino que ha de ser sacada

por la razón *a priori* del ideal de una unión jurídica entre los hombres bajo leyes públicas en general, porque todos los ejemplos (en cuanto que sólo pueden aclarar, pero no pueden probar nada) son engañosos, y necesitan sin duda una metafísica, necesidad que admiten incluso involuntariamente los que se burlan de ella, cuando dicen, por ejemplo, como hacen a menudo: «la mejor constitución es aquella en que tienen el poder las leyes y no los hombres». Porque qué puede ser más sublime metafísicamente que precisamente esta idea que tiene, no obstante, según aquella su propia afirmación, la más acreditada realidad objetiva, que puede también exponerse en los casos que se presentan, y que es la única que puede conducir en continua aproximación al bien político supremo, a la paz perpetua, cuando no se intenta llegar a ella y realizarla revolucionariamente, mediante un salto, es decir, destruyendo violentamente una constitución defectuosa existente hasta ahora (porque en el interín se produciría un momento de destrucción de todo estado jurídico) sino reformándola paulatinamente según principios sólidos.

12

G.W.F. HEGEL. *Líneas básicas de la Filosofía del Derecho* (1820)

(1) INTRODUCCIÓN. §1. [El objeto de la Filosofía del Derecho es la idea del derecho compuesta por el concepto de derecho y sus realizaciones históricas. Más concretamente, la idea del derecho es la libertad]

La ciencia filosófica del derecho tiene por objeto la *idea del derecho*, es decir, el concepto del derecho y su realización.

Obs. La filosofía trata de ideas, y no con lo que se suele llamar *meros conceptos*. Ella muestra, por el contrario, la unilateralidad y falta de verdad de estos últimos, así como que el *concepto* (no lo que con frecuencia recibe este nombre y no es más que una determinación abstracta del entendimiento) es lo único que posee *realidad efectiva*, precisamente porque se la da a sí mismo. Todo lo que no es esta realidad puesta por el concepto mismo, es *existencia* pasajera, contingencia exterior, opinión, apariencia inesencial, falsedad, engaño, etcétera. La *configuración [histórica]* que se da el concepto en su realización es, para el conocimiento del concepto mismo, el otro momento esencial de la idea, que difiere de su forma de ser sólo como concepto⁹⁹.

⁹⁹ Adviértase que «idea» en Hegel no significa lo que se suele entender con esta palabra, es decir, una representación mental. En Hegel, como en Platón, idea

Añadido [procedente de las clases orales] El concepto y su existencia son dos lados separados y unidos, como cuerpo y alma. El cuerpo es la misma vida que el alma y sin embargo se los puede nombrar como si estuvieran separados uno del otro. Un alma sin cuerpo no sería algo viviente, y viceversa. Del mismo modo, la existencia del concepto es su cuerpo, que lo mismo que éste obedece al alma que lo produjo. El germen tiene ya en sí¹⁰⁰ [o en potencia activa] el árbol y contiene toda su fuerza, aunque todavía no es él mismo. El árbol se corresponde completamente con la simple imagen del germen¹⁰¹. Si el cuerpo no se corresponde con el alma es una desdicha. La unidad de la existencia y el concepto, del cuerpo y el alma, es la idea. Ella no sólo es armonía sino perfecta compenetración. Nada vive que no sea de alguna manera la idea. La idea del derecho es la libertad, y para aprehenderla verdaderamente se la debe conocer en su concepto y en la existencia que adopta su concepto.

(2) [Ibid. §§ 5, 6 y 7: Concepto de libertad]

§ 5. La voluntad contiene α) el elemento de la pura indeterminación o de la pura reflexión del yo hacia sí mismo, en el cual se disuelve toda limitación, todo contenido determinado y dado [que esté en él de forma] inmediatamente presente, tenga como origen la naturaleza, las necesidades, los deseos, los instintos [o pulsiones], o cualquier otra instancia. En otras palabras, contiene la infinitud ilimitada de la absoluta abstracción o universalidad, el pensamiento puro de sí mismo.

Obs. Aquellos que consideran al pensamiento como una *facultad [psíquica]* singular y particular, separada de la voluntad — que a su vez sería también una *facultad* singular — y sostienen además que pensar es desventajoso para la voluntad, especialmente para la buena voluntad, muestran con ello desde un principio que desconocen totalmente la naturaleza de la voluntad (advertencia que deberá hacerse aún con bastante frecuencia sobre este asunto).

significa una realidad plenamente inteligible, pero a diferencia de Platón, esta realidad no se halla más allá de este mundo sensible, sino en él. Hegel, queriendo inculcar que «hay idea en el mundo» quiere decir que hay cosas en él (y esas son las buenas) que son como deben ser o, lo que es lo mismo, realizan su esencia. A esas cosas, que no son todas por supuesto, las llama «realidades efectivas».

¹⁰⁰ O en potencia activa,

¹⁰¹ Con el simple modelo que contiene el germen.

Cuando la voluntad se determina de acuerdo con este aspecto de ella que se acaba de determinar —esta *posibilidad absoluta de abstraerme* de toda determinación en la que me encuentre o que yo haya puesto en mí, la huída ante todo contenido como ante una limitación—, o cuando la representación lo toma de por sí como la libertad, se está entonces ante la libertad negativa o libertad del entendimiento¹⁰².

Es la libertad del vacío. Elevada a una figura real y transformada en pasión, se manifiesta, mientras se mantiene aún en su forma meramente teórica, en el fanatismo religioso de la pura contemplación hindú; vuelta hacia la realidad, se manifiesta en el fanatismo que, tanto en lo religioso como en lo político, se traduce en la destrucción de todo orden social existente y en la expulsión de todo individuo sospechoso¹⁰³ de pretender un orden, así como en la aniquilación de todo orden que quiera resurgir. Solo destruyendo algo tiene esta voluntad negativa el sentimiento de su existencia. Cree querer una situación positiva, por ejemplo, la igualdad universal o una vida religiosa universal, pero de hecho no quiere su realidad positiva, pues ésta acarrea inmediatamente un orden, una particularización, tanto de las instituciones como de los individuos, particularización y determinación objetiva cuya aniquilación necesita esta libertad negativa para llegar a su autoconciencia¹⁰⁴.

Añadido. En este elemento de la voluntad radica que yo pueda desprenderme de todo, abandonar todo fin, abstraerme de todo. Únicamente el hombre puede dejar todo, incluso su vida: puede suicidarse. El animal no puede hacerlo, es siempre negativo y se mantiene en una determinación ajena de suyo a él mismo a la que solo se acostumbra. El hombre es el puro pensamiento de sí mismo y sólo en cuanto pensante es la fuerza de darse universalidad, es decir, de borrar toda particularidad, toda determinación. Esta libertad negativa o libertad del entendimiento es unilateral, pero en su unilateralidad contiene sin embargo una determinación esencial. Por eso no se la debe desdeñar, pero el defecto del entendimiento consiste en que toma una determinación unilateral y la considera como la más elevada. Históricamente aparece con frecuencia esta forma de la libertad. Entre los hindúes, por

¹⁰² La libertad «del entendimiento» se opone a la libertad «de la razón». La primera es parcial porque es solamente un aspecto necesario de la libertad, pero de ninguna manera su totalidad.

¹⁰³ Alusión a la «ley de sospechosos» de la Revolución francesa.

¹⁰⁴ Esta conciencia fanática sustituye el «pienso, ergo existo» de Descartes por «destruyo, ergo existo». Es una autoconciencia práctica negativa.

ejemplo, se considera que lo más elevado es permanecer en el saber de la simple identidad consigo mismo, mantenerse en el espacio vacío de la interioridad como la luz incolora o en la intuición pura, y renunciar a toda actividad de la vida, a todo fin, a toda representación. De este modo el hombre llega a Brahama; ya no hay ninguna diferencia entre el hombre finito y Brahama; toda diferencia ha desaparecido en esa universalidad. De un modo más concreto aparece esta forma en el fanatismo activo de la vida política y religiosa. A ella corresponde, por ejemplo, el período del terror de la Revolución francesa, en el que se debía eliminar toda diferencia basada en el talento o la autoridad. Esa época se estremecía y temblaba ante toda particularidad, no podía soportarla porque el fanatismo quiere algo abstracto y no estructurado. Cuando surgen diferencias, le opone su indeterminación y las elimina. Por eso el pueblo destruyó en la Revolución las instituciones que él mismo había instaurado, porque para la autoconciencia abstracta toda institución es contraria a la igualdad.

§ 6. β) El yo es igualmente el tránsito de la indeterminación indiferenciada a la *diferenciación*, al *determinar* y poner una determinación en la forma de un contenido y un objeto. Este contenido puede tanto ser dado por la naturaleza como producido a partir del concepto del espíritu. Por medio de este ponerse a sí mismo como un *determinado*, entra el yo en la *existencia*; es el momento absoluto de la *finitud* o *particularización* del yo.

Obs. Este segundo momento de la *determinación* es, al igual que el primero, *negatividad* y eliminación [o superación]: es la eliminación de la *primera negatividad abstracta*.

Así como lo particular está incluido en lo universal, del mismo modo este segundo momento está ya incluido en el primero y es sólo un *poner* lo que el primero ya es en *sí* [o potencialmente]. El primer momento, como primero de por sí, no es la verdadera infinitud o universalidad *concreta*¹⁰⁵, es decir, el concepto, sino sólo algo *determinado*, unilateral. Justamente por ser la abstracción de toda determinación, no está él mismo sin determinación, [sino que] el ser abstracto y unilateral constituye su determinación, su carencia y su finitud.

La diferenciación y determinación de los dos momentos citados se encuentran en la filosofía de Fichte, como también en la de Kant,

¹⁰⁵ Reténgase esta expresión que explicaremos a propósito del § siguiente.

determinarse permanezca sin embargo consigo y no deje de mantenerse en lo universal. Este es el concepto concreto de la libertad, mientras que los dos momentos precedentes se han manifestado enteramente abstractos y unilaterales. Esta libertad la tenemos ya en la forma del sentimiento, por ejemplo, en la amistad y en el amor. En estos casos el hombre no está unilateralmente dentro de sí, sino que se limita gustoso en relación con otro, y en esta limitación se sabe como sí mismo. En la determinación el hombre no debe sentirse determinado [por otro] sino que al considerar al otro como otro ha de tener el sentimiento de sí mismo. La libertad no radica, por lo tanto, en la indeterminación ni en la determinación, ella es ambas. La voluntad que se limita únicamente a ésto es la voluntad del obstinado, que cree no ser libre si no tiene *esa* voluntad. Pero la voluntad no está atada a algo limitado, sino que debe ir mas allá, pues la naturaleza de la voluntad no es esa unilateralidad y esa dependencia, sino que la libertad es querer algo determinado y en esa determinación permanecer consigo y retornar a lo solamente universal¹⁰⁶.

[...]

§ 22. La voluntad existente en y por sí es *verdaderamente infinita*, porque su objeto es ella misma, o sea que no es un *otro* ni un *límite*, sino que en él ella ha retornado a sí. No es por lo tanto mera posibilidad, disposición, *facultad* (*potencia*), sino lo *efectivamente infinito* (*infinitum*

¹⁰⁶ El concepto de libertad de Hegel es original y aunque sea algo psicológico en la medida en que se presenta al final de su tratado sobre el «espíritu subjetivo» se proyecta hacia el orden social, político e histórico. Su producto es lo que él llama «universal concreto»; es decir un objeto concreto que la voluntad quiere, pero que en su concretez realiza aquí y ahora el bien más universal que es posible en las condiciones presentes. La libertad no es así la mera facultad de elegir entre bienes finitos o limitados (comer o beber, comer o ayunar, comer esto o aquello) sino en una elección que, posibilitada por una previo vaciamiento de la voluntad mediante la abstracción alcanza una cierta «indiferencia» estoica, y solamente desde ella elige algo, de tal modo sin embargo que al querer esto no abandone la indiferencia o se balancee entre lo concreto finito y la infinitud abstracta y vacía. No se trata de elevarse a una infinitud irreal para recaer luego en lo real finito. Se trata de querer lo concreto sin dejar de querer en ello la libertad y en función de ella. Ejemplo: aquí y ahora el régimen político concreto que mejor realiza el ideal de libertad es el sistema parlamentario representativo mediante partidos políticos. Hay que quererlo, pero solamente porque queremos libertad. Si en un momento posterior resultan dadas las mediaciones reales para erigir otro sistema político que procure mayor libertad, ese será entonces el universal concreto que se deberá preferir.

actu), porque la existencia del concepto, su exterioridad objetiva, es lo intrínseco mismo¹⁰⁷.

Obs. Por eso cuando se habla de la voluntad libre como tal, sin determinar que se trata de la voluntad libre en y para sí, de lo que se esta hablando —a pesar de lo que se crea y del contenido explícito— es simplemente de una *disposición* para la libertad o de la voluntad natural y finita (§ 11) y no, por lo tanto, de la voluntad libre.

Al aprehender lo infinito solo como algo negativo y por lo tanto como un *más allá*, el entendimiento cree honrar más a lo infinito porque lo aleja de sí y se separa de él como un extraño. En la voluntad libre tiene lo verdaderamente infinito realidad y presencia; ella es esta idea en sí misma presente.

Añadido. Se ha representado con razón la infinitud con la figura de un círculo, pues la línea recta va siempre más allá y señala la mala infinitud, meramente negativa, que, al contrario de la verdadera infinitud, no tiene un retorno sobre sí. La voluntad libre es verdaderamente infinita porque no es una mera posibilidad o disposición, sino que su existencia exterior es su interioridad, es ella misma.

[...]

(3) § 30. El derecho es algo *sagrado* sólo porque es la existencia del concepto absoluto, de la libertad autoconsciente. Pero el *formalismo* del derecho (y posteriormente del deber) surge de la diferencia en el desarrollo del concepto de libertad. Frente al derecho más formal, es decir, *más abstracto* y por lo tanto más limitado, tiene ciertamente un derecho más elevado la esfera o estadio del espíritu [objetivo, institución histórica] porque en ella el espíritu ha llevado a su interior los momentos ulteriores incluidos en su idea y los ha convertido en determinación suya y en realidad efectiva *más concreta*, más rica en sí misma y verdaderamente universal¹⁰⁸.

Obs. [...]

¹⁰⁷ Obsérvese en este lugar y en el § 30 que transcribimos a continuación que lo divinizado o sacralizado por Hegel no es el Estado, sino la libertad, la cual por cierto se asimila al acto puro (*enérgeia*) aristotélico. El Estado solamente vale como lo supremo en tanto promueve y garantiza la libertad. De ninguna manera por tanto se diviniza cualquier Estado y mucho menos la tiranía.

¹⁰⁸ Los derechos y las obligaciones correlativas, así como las instituciones que los encarnan se diferencian y jerarquizan por la mayor o menor concreción que

lo universal, y un país en el que no se pagaran impuestos no se distinguiría por el fortalecimiento de la particularidad. También podría parecer que la universalidad se mantendría mejor si absorbiera las fuerzas de la particularidad, tal como ocurre, por ejemplo, en el estado platónico¹¹³. Pero esto es también una apariencia, puesto que ambos sólo son por medio del otro y para el otro, y vienen a dar cada uno en el otro recíprocamente. Promoviendo mi fin promuevo lo universal, el cual a su vez promueve mi fin.

§ 185. Por una parte, la particularidad de por sí, en cuanto satisfacción en todas direcciones de sus necesidades, del querer contingente y del gusto subjetivo, se destruye a sí misma en su goce y destruye su concepto sustancial. Y por otra parte además, en tanto la particularidad se encuentra infinitamente excitada y en continua dependencia de la contingencia y del arbitrio exteriores, estando al mismo tiempo constreñida por el poder de la universalidad, la satisfacción de sus necesidades, tanto las más contingentes como las más esenciales, viene a ser azarosa. La sociedad civil ofrece en estas contraposiciones y en su desarrollo el espectáculo del libertinaje y la miseria¹¹⁴, con la corrupción física y ética que es común a ambas.

Obs. El desarrollo independiente de la particularidad (cf. § 124) es el momento que señala en los Estados antiguos el comienzo de la corrupción de las costumbres y la razón última de su decadencia. Estos Estados, contruidos sobre un principio patriarcal y religioso o sobre un principio de eticidad espiritual, aunque simple — en general sobre una *primitiva* intuición natural— no podían resistir su escisión ni la reflexión infinita de la autoconciencia sobre sí¹¹⁵. Sucumbían por lo tanto a esta reflexión en cuanto empezaba a surgir, primeramente en el sentimiento y después en la realidad, porque a su principio todavía simple le faltaba la fuerza verdaderamente infinita que reside tan sólo en aquella unidad que deja que lo *contrapuesto* de la razón *se separe con toda su fuerza* para luego dominarla, con lo que se mantiene en ella y al mismo tiempo *la conserva en sí intacta*. Platón expone en su *República*

¹¹³ No hegeliano al Estado totalitario que no respeta los derechos de la individualidad y la particularidad en tanto solamente atiende a la universalidad que él encarna.

¹¹⁴ Éste es uno de los textos hegelianos que inspiraron a Marx. La sociedad civil burguesa, abandonada a sí misma o enfeudando el Estado a ella, engendra corrupción moral y miseria marginal.

¹¹⁵ No podían resistir el empuje de la conciencia naciente de libertad.

la eticidad sustancial en su belleza y *verdad* ideales, pero no pudo dar cuenta del principio de la particularidad independiente que había irrumpido en su época en la eticidad griega. Sólo pudo oponerlo a su Estado meramente sustancial y excluirlo tanto en su comienzo mismo, que es la *propiedad privada* (§ 46) y la *familia*, como en su ulterior desarrollo como arbitrio propio, elección de una profesión, etcétera. Esta carencia es lo que hace desconocer la gran verdad *sustancial* de su *República* y que corrientemente se la considere como un ensueño del pensamiento abstracto, como lo que con frecuencia se suele llamar un *ideal*. El principio de la *personalidad independiente y en sí misma infinita* del individuo, de la libertad subjetiva, que interiormente surgió con la religión *cristiana y exteriormente* —y por lo tanto ligada con la universalidad abstracta— con el mundo *romano*, no alcanza su derecho en aquella forma sólo sustancial del espíritu real. Este principio es históricamente posterior al mundo griego, y la reflexión filosófica que alcanza esta profundidad es también posterior a la idea sustancial de la filosofía griega.

Añadido. De por sí la particularidad es el libertinaje y la desmesura, e incluso las formas de este libertinaje carecen de medida. Por medio de sus representaciones y reflexiones el hombre amplía sus deseos, que no son un círculo cerrado como el instinto del animal y los conduce al mal infinito. Del mismo modo, sin embargo, la privación y la necesidad son desde el lado opuesto también algo desmedido, y la confusión de esta situación sólo puede llegar a la armonía con un estado que la domine. Al pretender excluir la particularidad, Platón no ofrece ninguna solución, porque esto contradice el derecho infinito de la idea, según el cual se debe liberar la particularidad. En la religión cristiana ha surgido el derecho de la subjetividad como infinitud del ser para sí, con lo que la totalidad debe conservar al mismo tiempo la fuerza para mantener en armonía la particularidad con la unidad ética.

§ 186. Pero el principio de la particularidad, precisamente porque se desarrolla hacia la totalidad, pasa a la *universalidad*, en la cual tiene exclusivamente su verdad y el derecho de su realidad positiva. Esta unidad que, a causa de la independencia de ambos principios, en este punto de vista escindido (§ 184), no es la identidad ética, no existe justamente por eso como *libertad*, sino como *necesidad* de que lo *particular* se eleve a la *forma de la universalidad* y busque y tenga en esta forma su consistencia.

§ 187. Como ciudadanos de este Estado [extrínseco o del entendimiento] los individuos son personas privadas, que tienen como finalidad su propio interés. Dado que éste está mediado por lo universal, que a los individuos se les *aparece como medio*, sólo puede ser alcanzado en la medida en que determinen su saber, querer y actuar de modo universal, y se transformen en un miembro de la cadena que constituye el conjunto. El interés de la idea, que no está en la conciencia de los componentes de la sociedad civil como tales, es el proceso por el que la individualidad y naturalidad de los mismos se eleva, a través de la necesidad natural y lo arbitrario de las necesidades, a la *libertad formal* y a la *universalidad formal del saber y el querer*; es el proceso por el que se cultiva la subjetividad en su particularidad.

Obs. Las representaciones acerca de la *inocencia* del estado natural y la candidez de las costumbres de los pueblos incivilizados, así como, por otra parte, la concepción de que las necesidades, su satisfacción, el goce y las comodidades de la vida particular, etcétera, son fines *absolutos*, se enlazan con la comprensión de la *cultura* como algo sólo *exterior* en el primer caso, y como un mero *medio* para aquellos fines en el segundo. Tanto una como otra posición muestran su desconocimiento de la naturaleza del espíritu y los fines de la razón. El espíritu sólo tiene su realidad efectiva escindiéndose en sí mismo, se da ese límite y finitud en las necesidades [*Bedurfnisse*] naturales y en la conexión de esa necesidad [*Notwendigkeit*] exterior, y *penetrando en ellas se cultiva*, las supera y conquista así su existencia *objetiva*. El fin racional no es por lo tanto aquella candidez natural de las costumbres ni el goce como tal que en el desarrollo de la particularidad se alcanza con la cultura. Consiste, por el contrario, en que la candidez natural, es decir, la pasiva carencia de mismidad y el primitivismo del saber y el querer, o sea la *inmediatez e individualidad* en las que está hundido el espíritu, sean elaboradas y transformadas, y que en primer lugar esta exterioridad suya reciba la racionalidad de que es capaz: la *forma de la universalidad*, la *intelectualidad*. Sólo de esta manera el espíritu, en esta *exterioridad* en cuanto tal, está *consigo mismo* y en su propio hogar. Su libertad tiene así en ella una existencia y el espíritu deviene para sí en este elemento ajeno en sí a su destinación a la libertad, y sólo tiene que ver con aquello en lo que ha impreso su sello y es *producido* por el. Precisamente por ello la *forma de la universalidad* para sí llega a la existencia, forma que es el único elemento digno para la existencia de la idea. La *cultura* es por lo tanto, en su determinación absoluta, la *liberación* y el *trabajo* de liberación superior, el punto de paso absoluto a la infinita sustancialidad

C. La prevención contra la contingencia que subsiste en aquel sistema y el cuidado de los intereses particulares como algo *común* por medio del poder de *policía* y la *corporación*.

(5) EL ESTADO

§257. El Estado es la realidad efectiva de la idea ética, el espíritu ético como voluntad sustancial *revelada*, clara para sí misma, que se piensa y se sabe y cumple aquello que sabe precisamente porque lo sabe. En las *costumbres* tiene su existencia inmediata y en la autoconciencia del individuo, en su saber y en su actividad, su existencia mediata; el individuo tiene a su vez su *libertad sustancial* en el talante de que él es su propia esencia, el fin y el producto de su actividad.

Obs. Los *Penates* son los dioses interiores e *inferiores*; el *espíritu del pueblo* (*Atenea*), la divinidad que *se sabe y se quiere*. La *piEDAD* es sensatez y expresión de la eticidad que se mueve dentro del marco del sentimiento, la *virtud política*, querer el fin pensado, que está siendo en y para sí¹¹⁷.

¹¹⁷ Interpreto que la definición propiamente dicha es la primera proposición del §: «El estado es la realidad efectiva de la idea ética». El lugar sistemático, y por tanto propio, donde Hegel explica el significado de los términos de la definición es su *Lógica*, la cual viene a ser, en cierto sentido, el diccionario del lenguaje filosófico hegeliano. Aquí doy las referencias en la versión abreviada de estos conceptos que el mismo Hegel hizo en la Enciclopedia de las ciencias filosóficas:

1. Realidad efectiva, (*Wirklichkeit*; Enz3 § 142 ss) = «Unidad devenida inmediata de la esencia y la existencia o del interior y el exterior». No se trata de cualquier realidad ofrecida por la experiencia sino de una realidad cualificada porque realiza o es adecuada a su esencia. Es lo que ha de ser, es *modélica*. Un atleta es realidad efectiva, un cojo no. Pero entiéndase que eso vale del estado en general, no de cualquier estado concreto, cuya individualidad depende de las contingencias históricas.

2. Idea (Enz3 §§ 213 ss) = «El verdadero *en y para sí*, la *unidad absoluta del concepto y de la objetividad*». Explico: En la idea culmina lo lógico, es la inteligibilidad pura de la realidad total máxima antes de enajenarse como naturaleza física. Es lo verdadero por excelencia, enteramente actual (en sí, para sí), porque en ella se halla la adecuación máxima y última (absoluta) entre inteligibilidad y coseidad. No es por tanto una unidad enteramente simple (cosa que excluiría la adecuación) sino que, siendo totalidad, es unidad y diferencia juntamente.

3. Ética (Enz3 § 233 y § 513; FD § 142) = Idea como voluntad que se da a sí misma las propias determinaciones, es decir, como voluntad libre o libertad. Cuando estas determinaciones son individuos libres que viven libremente unidos hay eticidad, hay espíritu.

§ 258. El Estado, en cuanto realidad efectiva de la *voluntad* sustancial, realidad que ésta tiene en la *autoconciencia* particular elevada a su universalidad, es lo *racional* en y para sí. Esta unidad sustancial es el fin último absoluto y no movido¹¹⁸ en el que la libertad alcanza su derecho supremo, por lo que este fin último tiene un derecho superior al individuo, cuyo *supremo deber* es ser miembro del estado.

El Estado por tanto, como culminación de la eticidad, se define genéricamente como realidad efectiva en el sentido explicado, pero no es tampoco cualquier realidad efectiva sino aquella que es realización lograda de lo que en el orden del conocimiento es la racionalidad máxima (idea) y más precisamente como idea práctica, es decir, como comunidad de voluntades libres.

La explicitación de la definición que el texto hace después concuerda perfectamente con lo que acabamos de decir:

a) El Estado es espíritu ético. Espíritu en Hegel es el «concepto más elevado de los tiempos modernos» con evidentes raíces teológicas. Es unidad de lo que se ha diferenciado. Es comunidad libre de individuos libres, no ya en el terreno puramente lógico o eterno, sino en la mundanidad temporal.

b) El Estado es voluntad. Pertenece por tanto al orden de la praxis o acción que distinguimos del orden del conocimiento. No es voluntad como accidente o cualidad añadida a una sustancia ciega, sino que es la sustancia misma del universo (nueva versión de la sustancia spinoziana) que actúa conscientemente, sabiendo lo que quiere y haciéndolo realidad aquí presente.

c) El Estado es costumbre ética. El espíritu-voluntad vive de una manera inmediata (es decir, como ser) en la comunidad que él se ha dado como cuerpo suyo. Este cuerpo es en primer lugar costumbre ética, es decir, estilo de vida que congrega y define una vida colectiva.

d) Pero el Estado es, sobre todo, voluntad práctica manifiesta o revelada; su realidad y su acción son transparentes; no excluye, por tanto, la dimensión cognoscitiva. Eso quiere decir que la acción política no es praxis inconsciente, instintiva o sentimental, sino clara. Y es consciente de sí en el talante de los individuos que se identifican en ella. Ellos son así sabiduría política; poseen un saber que los supera como individuos porque es saber no meramente contemplativo sino activo, y que forma comunidad.

e) El Estado es finalmente activo para consigo mismo mediante este talante. La disposición de ánimo o actitud habitual de los individuos identificados con su comunidad actúa como mediadora de una acción que proviene de la realidad política y acaba en ella. Los individuos encuentran en este talante, de manera casi natural su propia esencia, es decir, su ser más verdadero, su mejor realización. Hacen del fin de la comunidad fin propio, de las tareas comunitarias faena suya.

f) De todo lo cual se desprende que la libertad de los individuos solamente es real en su inserción en la comunidad y, mediante ésta, en la libertad absoluta de la sustancia.

¹¹⁸ Referencia muy crítica al motor no movido aristotélico cuya divinidad o absolutéz Hegel identifica con la libertad.

Obs. Cuando se confunde el Estado con la sociedad civil y se pone su destino en la seguridad y protección personal, el *interés del individuo en cuanto tal* se ha transformado en el fin último [... En el texto sigue aquí una larga nota sobre el origen del Estado contra el individualismo y el sentimentalismo]

13

NIETZSCHE, *Así habló Zaratustra*. 2ª parte, cap. De la redención. Trad. Sánchez Pascual, en Editorial Alianza, Madrid, pp. 202-207.

[Los hombres actuales son «ruinas de futuro»] Un día en que Zaratustra estaba atravesando el gran puente le rodearon los lisiados y los mendigos y un jorobado le habló así:

«¡Mira, Zaratustra! También el pueblo aprende de ti, y comienza a creer en tu doctrina: mas para que acabe de creerte del todo se necesita aún *una cosa* — ¡Tienes que convencernos primero a nosotros los lisiados! ¡Aquí tienes ahora una hermosa colección, y, en verdad, una ocasión que se puede agarrar por más de un pelo! Puedes curar a ciegos y hacer correr a paralíticos; y a quien lleva demasiado sobre su espalda podrías sin duda también quitarle un poco: — ¡este, pienso yo, sería el modo idóneo de hacer creer a los lisiados en Zaratustra!»¹¹⁹.

Mas Zaratustra replicó así al que había hablado: «Si al jorobado se le quita su joroba se le quita su espíritu — así enseña el pueblo. Y si al ciego se le dan sus ojos, verá demasiadas cosas malas en la tierra: de modo que maldecirá a quien le curó. Y el que haga correr al paralítico le causa el mayor de todos los perjuicios: pues apenas pueda correr, sus vicios, desbocados, lo arrastran consigo — así enseña el pueblo a propósito de los lisiados. ¿Y por qué no iba Zaratustra a aprender también del pueblo, si el pueblo aprende de Zaratustra?

Mas, desde que estoy entre hombres, para mí lo de menos es ver: 'A éste le falta un ojo, y a aquél una oreja, y a aquél tercero la pierna, y otros hay que han perdido la lengua o la nariz o la cabeza'.

Yo veo y he visto cosas peores, y hay algunas tan horribles que no quisiera hablar de todas, y de otras ni aun callar quisiera: a saber, seres humanos a quienes les falta todo, excepto una cosa de la que tienen

¹¹⁹ A Zaratustra, contrafigura de Cristo, se le pide que acredite su doctrina mediante una curación milagrosa.

demasiado —seres humanos que no son más que un gran ojo, O un gran hocico, o un gran estómago, o alguna otra cosa grande, —lisiados al revés los llamo yo¹²⁰.

Y cuando yo venía de mi soledad y por vez primera atravesaba este puente: no quería dar crédito a mis ojos, miraba y miraba una y otra vez y acabé por decir: ¡Esto es una oreja!, ¡una sola oreja, tan grande como un hombre!. Miré mejor: y, realmente, debajo de la oreja se movía aún algo que era pequeño, y mísero, y débil hasta el punto de provocar lástima. Y verdaderamente la monstruosa oreja se asentaba sobre una pequeña varilla delgada —¡y la varilla era un hombre! Quien mirase con una lente podría haber reconocido aún un pequeño rostro envidioso; y también que en la varilla se balanceaba una abultada almita. Y el pueblo me decía que la gran oreja era no sólo un hombre, sino un gran hombre, un genio. Mas yo jamás he creído al pueblo cuando ha hablado de grandes hombres —y mantuve mi creencia de que era un lisiado al revés, que tenía muy poco de todo, y demasiado de una sola cosa».

Cuando Zaratustra hubo dicho esto al jorobado y a aquellos de quienes éste era portavoz y abogado volvióse con profundo mal humor hacia sus discípulos y dijo:

«¡En verdad, amigos míos, yo camino entre los hombres como entre fragmentos y miembros de hombres!

Para mis ojos lo más terrible es encontrar al hombre destrozado y esparcido como sobre un campo de batalla y de matanza.

Y si mis ojos huyen desde el ahora hacia el pasado: siempre encuentran lo mismo: fragmentos y miembros y espantosos azares —¡pero no hombres!¹²¹

El ahora y el pasado en la tierra —¡ay!, amigos míos— son para mí lo más insoportable; y no sabría vivir si no fuera yo además un vidente de lo que tiene que venir.

Un vidente, un volente, un creador, un futuro también, y un puente hacia el futuro —y, ay, incluso, por así decirlo, un lisiado junto a ese puente: todo eso es Zaratustra.

¹²⁰ Los lisiados al revés son los «grandes hombres», especialistas a lo sumo. Como se dice al final del párrafo siguiente, hombres que tienen «muy poco de todo y demasiado de una sola cosa».

¹²¹ Ver el pasado y el presente del hombre como «fragmento y enigma y espantoso azar» sólo es posible porque Zaratustra ve y quiere, es decir, proyecta un hombre futuro que no sea ya un lisiado. Es este futuro, creación de la voluntad redimida de sentimientos de culpabilidad, lo que da sentido al enigma.

Y también vosotros os habéis preguntado con frecuencia: '¿quién es para nosotros Zaratustra? ¿Cómo le llamaremos?' Y lo mismo que yo, vosotros os habéis dado preguntas por respuesta.

¿Es uno que hace promesas? ¿O uno que las cumple? ¿Un conquistador? ¿O un heredero? ¿Un otoño? ¿O la reja de un arado? ¿Un médico? ¿O un convaleciente?

¿Es un poeta? ¿O un hombre veraz? ¿Un libertador? ¿O un domador? ¿Un bueno? ¿O un malvado?

Yo camino entre los hombres como entre los fragmentos del futuro: de aquel futuro que yo contemplo.

Y todos mis pensamientos y deseos tienden a pensar y reunir en unidad lo que es fragmento y enigma y espantoso azar.

¡Y cómo soportaría yo ser hombre si el hombre no fuese también poeta y adivinador de enigmas y el redentor del azar!

Redimir a los que han pasado, y transformar todo 'fue' en un 'así lo quise' — sólo eso sería para mi redención!¹²²

Voluntad — así se llama el libertador y el portador de alegría: ¡Esto es lo que yo os he enseñado, amigos míos! Y ahora aprended también esto: la voluntad misma es todavía un prisionero.

El querer hace libres: pero ¿cómo se llama aquello que mantiene todavía encadenado al libertador?

'Fue': así se llama el rechinar de dientes y la más solitaria tribulación de la voluntad. Impotente contra lo que está hecho — es la voluntad un malvado espectador para todo lo pasado.

La voluntad no puede querer hacia atrás: el que no pueda quebrantar el tiempo ni la voracidad del tiempo — esa es la más solitaria tribulación de la voluntad.

El querer hace libres: ¿qué imagina el querer mismo para liberarse de su tribulación y burlarse de su prisión?

¡Ay, un necio hácese todo prisionero! Neciamente se redime también a sí misma la voluntad prisionera.

Que el tiempo no camine hacia atrás es su secreta rabia. 'Lo que fue, fue' — así se llama la piedra que ella no puede remover.

¹²² El pretérito, visto como ruina gracias al proyecto de futuro, se convierte en material de construcción que ha de ser «refinalizado» (cfr. *La genealogía de la moral*, Trat. 2º cap. 12).

Y así ella remueve piedras por rabia y por mal humor, y se venga en aquello que no siente, igual que ella, rabia y mal humor.

Así la voluntad, el libertador, se ha convertido en un causante de dolor: y en todo lo que puede sufrir véngase de no poder ella querer hacia atrás.

Esto, si, ésto solo es la *venganza* misma: la aversión de la voluntad contra el tiempo y su 'fue'.

En verdad, una gran necedad habita en nuestra voluntad; ¡y el que esa necedad aprendiese a tener espíritu se ha convertido en maldición para todo lo humano!

El espíritu de la venganza: amigos míos, sobre esto es sobre lo que mejor han reflexionado los hombres hasta ahora; y donde había sufrimiento, allí debía haber siempre castigo.

'Castigo' se llama a sí misma, en efecto, la venganza: con una palabra embustera se finge hipócritamente una buena conciencia.

Y como en el volente hay el sufrimiento de no poder querer hacia atrás, —por ello el querer mismo y toda vida debían —¡ser castigo!

Y ahora se ha acumulado nube tras nube sobre el espíritu: hasta que por fin la demencia predicó: '¡Todo perece, por ello todo es digno de perecer!

'Y la justicia misma consiste en aquella ley del tiempo según la cual éste tiene que devorar a sus propios hijos: así predicó la demencia'¹²³.

'Las cosas están reguladas éticamente sobre la base del derecho y el castigo. Oh, ¿dónde está la redención del río de las cosas y del castigo llamado 'existencia'?' Así predicó la demencia.

'¿Puede haber redención si existe un derecho eterno? ¡Ay, irremovible es la piedra 'fue': eternos tienen que ser también todos los castigos!' Así predicó la demencia.

'Ninguna acción puede ser aniquilada: ¿cómo podría ser anulada por el castigo! Lo eterno en el castigo llamado 'existencia' consiste en esto, ¡en que también la existencia tiene que volver a ser eternamente acción y culpa!

A no ser que la voluntad se redima al fin a sí misma y el querer se convierta en no-querer' —: Pero vosotros conocéis, hermanos míos, esta canción de fábula de la demencia!

¹²³ Alusión al texto de Anaximandro.

Yo os aparté de todas esas canciones de fábula cuando os enseñé: 'La voluntad es un creador'.

Todo 'fue' es un fragmento, un enigma, un espantoso azar — hasta que la voluntad creadora añada: '¡pero yo lo quise así!'

— Hasta que la voluntad creadora añada: '¡Pero yo lo quiero así! ¡Yo lo querré así!'

¿Ha hablado ya ella de ese modo? ¿Y cuándo lo hará? ¿Se ha desuncido ya la voluntad del yugo de su propia tontería?

¿Se ha convertido ya la voluntad para sí misma en un libertador y en un portador de alegría? ¿Ha olvidado el espíritu de venganza y todo rechinar de dientes?

¿Y quién le ha enseñado a ella la reconciliación con el tiempo, y algo que es superior a toda reconciliación?

Algo superior a toda reconciliación tiene que querer la voluntad que es voluntad de poder — sin embargo, ¿cómo le ocurre esto? ¿Quién le ha enseñado incluso el querer hacia atrás?»

En este momento de su discurso ocurrió que Zaratustra se detuvo de repente, y semejaba del todo alguien que estuviese aterrorizado al máximo. Con ojos horrorizados miró a sus discípulos, sus ojos perforaban como con flechas los pensamientos de estos e incluso los trasfondos de tales pensamientos. Mas pasado un poco de tiempo volvió ya a reír y dijo con voz calmada:

«Es difícil vivir con hombres, debido a que callar es tan difícil. Sobre todo para un hablador».

Así habló Zaratustra. El jorobado había escuchado la conversación y había cubierto su rostro al hacerlo; mas cuando oyó reír a Zaratustra alzó los ojos con curiosidad y dijo lentamente:

«¿Por qué Zaratustra nos habla a nosotros de modo distinto que a sus discípulos?»

Zaratustra respondió: «¡Qué tiene de extraño! ¡Con jorobados es lícito hablar de manera jorobada!»

«Bien, dijo el jorobado; y con discípulos es lícito charlar de manera discipular.

Mas ¿por qué Zaratustra habla a sus discípulos de manera distinta que a sí mismo?» —

14

KOJÈVE, ALEXANDRE. Introducción a la lectura de Hegel¹²⁴

[El tiempo histórico]. Tomemos como ejemplo de un «momento histórico» la célebre anécdota del «Rubicón». -¿Qué hay en el *presente* propiamente dicho? Un hombre se pasea de noche a lo largo de un río insignificante. Dicho de otra manera, algo extremadamente banal, nada «histórico». Pues aunque el hombre en cuestión fuese César, el hecho no tendría nada de «histórico» si César se paseara por allí solamente por causa de un insomnio cualquiera. El momento es histórico porque el paseante nocturno piensa en un golpe de Estado, en la guerra civil, en la conquista de Roma y en la dominación mundial. Y notémoslo bien: porque tiene el *proyecto* de hacerlo, puesto que todo esto está aún en el *futuro*. El hecho en cuestión no sería por tanto «histórico» si no hubiera una *presencia-real* (*Gegenwart*) del *futuro* en el Mundo real (de momento en el cerebro de César). El presente no es por tanto «histórico» si no guarda una relación con el *futuro*, o más exactamente, porque es una función del futuro (César paseándose *porque* piensa en el futuro). Y es en este sentido que se puede hablar de una *primacía del futuro* en el Tiempo histórico. Pero esto no basta. Supongamos que el paseante sea un adolescente romano que «sueña» en la dominación mundial, o un «megalómano» en el sentido clínico de la palabra que acaricia un «proyecto», idéntico por lo demás al de César. De repente, el paseo deja de ser un «evento histórico». Lo es únicamente porque es César quien paseándose piensa en su proyecto (o «se decide», es decir transforma una «hipótesis» sin relación precisa con el Tiempo real en un «proyecto de futuro» concreto). Por qué? Porque César tiene la *posibilidad* (aunque no la *certeza*, puesto que entonces no habría futuro propiamente dicho, ni *proyecto* verdadero) de realizar sus planes. Pero esta posibilidad es todo su *pasado*, y sólo su pasado se la asegura. El pasado, es decir el conjunto de las acciones de lucha y trabajo efectuadas en distintos presentes en función del proyecto, es decir del futuro. Es este *pasado* lo que distingue el «proyecto» de un simple «sueño» o de una «utopía». Por consiguiente, sólo se da un «momento histórico» allí donde el *presente* se organiza en función del futuro, bajo la condición de que el futuro penetre en el

¹²⁴ Aunque este texto se encuentra en el interior de un libro que comenta la *Fenomenología del Espíritu de Hegel*, se trata de un texto más fiel a Nietzsche que a Hegel porque en éste no aparece tan claramente la primacía del futuro.

presente no de manera *inmediata* (*unmittelbar*; caso de la utopía), sino *mediatizada* (*vermittelt*) por el *pasado*, es decir por una acción ya *llevada a cabo*.
