

PR
DE
ET
PR
NICA
TOS
ETICA

PROCEDIMIENTOS
DE DECISIÓN
EN ÉTICA
CLÍNICA

TO
EN
CA
DE
PROCEDIM
TOS DE DECISIO
ETICA CLINICA

PROCEDIMIENTOS
DE DECISIÓN
EN ÉTICA
CLÍNICA

Diego Gracia



EUDEMA UNIVERSIDAD
Textos de Apoyo

PROCEDIMIENTOS DE DECISIÓN EN ÉTICA CLÍNICA

Diego Gracia

*Catedrático de Historia de la Medicina
en la Universidad Complutense*

EUDEMA

Cubierta: José Fernández Olías

Reservados todos los derechos. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 534-bis del Código Penal vigente, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reprodujesen o plagieren, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

© Diego Gracia Guillén

EUDEMA, S. A. (Ediciones de la Universidad Complutense, S. A.), 1991
Fortuny, 53. 28010 Madrid

Printed in Spain
Imprime: Anzos, S. A. (Fuenlabrada) Madrid

ISBN: 84-7754-083-7
Depósito legal: M. 36.911-1991

Índice

Prólogo	9
I. LOS MÉTODOS DE LA ÉTICA CLÍNICA	15
Introducción	17
1. Los precedentes	21
La ética médica clásica	21
La ética de situación	23
Los comienzos de la enseñanza universitaria de la Bioética	25
Howard Brody	26
Notas	30
2. El enfoque principalista	31
El informe Belmont	31
Los <i>Principios de la ética médica</i> , de T. L. Beauchamp y J. F. Childress	33
Notas	37
3. El procedimiento casuístico	38
Otra perspectiva de la <i>National Commission</i>	38
El procedimiento de Jonsen, Siegler y Winslade	41
El procedimiento de Galveston	44
Notas	45
4. Las éticas de la virtud y el método narrativo	46
La ética de la virtud como alternativa	46
El procedimiento narrativo	50
Ética narrativa y medicina	53
Notas	56
5. El enfoque clínico	57
La toma de decisiones clínicas: Hansen, Bergsma	58
El procedimiento de David Thomasma	60
Edmund D. Pellegrino	64

George H. Kieffer	67
Corrado Viafora	68
Carson M. Strong	68
H. T. Engelhardt	70
Laurence McCullough	70
Hans-Martin Sass	72
Notas	78
6. Algunos procedimientos sincréticos	80
El <i>Hastings Center</i>	80
James F. Drane	82
Edmund L. Erde	84
El modelo de Baruch Brody	85
D. Candee y B. Puka	86
Glenn C. Graber y David C. Thomasma	87
Grundstein-Amado	90
Notas	92
II. LA PREGUNTA POR EL FUNDAMENTO	93
Introducción	95
7. El problema de los límites de la racionalidad humana	97
La ética de la racionalidad formal o geométrica: La casuística ₁	98
La ética en la racionalidad histórica y ecológica: La casuística ₂	101
Notas	110
8. En busca de un fundamento trascendental para la ética	111
La polémica Habermas-Rorty	111
Más allá de la polémica	115
Notas	121
9. La estructura de la racionalidad ética	123
El sistema de referencia moral	123
Los esbozos morales	124
La experiencia moral	134
La justificación moral	136
Notas	138
CONCLUSIÓN	139
Una propuesta metódica	139
Notas	147

Prólogo

Iniciada hace algunas décadas en el ámbito de la economía y las ciencias empresariales, la teoría de la decisión racional ha ido poco a poco extendiéndose a nuevos campos. Primero fue la política, después la ética, y simultáneamente la medicina, o más exactamente, la clínica médica. Todos estos ámbitos tienen un cierto número de características comunes. Una, que versan sobre situaciones concretas e individuales, no sobre hechos abstractos y universales. Teóricamente, al menos, cabe decir que sobre las disciplinas formales y abstractas, como la lógica o las matemáticas, puede alcanzarse certeza, en tanto que de los saberes reales y concretos, en los que se precisa tener en cuenta las circunstancias actuales y también las previstas del hecho, es decir, sus consecuencias presentes y las futuras, no cabe más que incertidumbre, probabilidad. Esto es lo que llevó a Platón y Aristóteles a distinguir con toda nitidez el ámbito de la «ciencia» (*epistémé*) del de la «técnica» o el «arte» (*téchne*). La política, la ética y la clínica médica coinciden en ser saberes sobre lo particular, no sobre lo universal, y por tanto no científicos, sino —para utilizar de nuevo las expresiones que acuñó el propio Aristóteles— técnicos y prudenciales. Esto, por otra parte, nos indica algo que hoy resulta más obvio que nunca antes en la historia: que la clínica médica se halla muy cerca de la ética y de la política. Clínica, ética y política son actividades cada vez más íntimamente relacionadas.

Aun suponiendo que en los saberes especulativos y universales sea posible la «ciencia», que para Aristóteles por definición da «certeza», en los saberes prácticos y particulares, como los tres citados, sólo cabe actuar con «prudencia», que no puede alcanzar más que «probabilidad». Sería ingenuo pensar que Aristóteles conocía el cálculo de probabilidades. Pero tan ingenuo, si no más, resultaría creer que la idea de probabilidad le era absolutamente ajena. Él siempre afirmó que el saber sobre lo particular no podía aspirar más que al estatuto de probable. Ha sido preciso esperar muchos siglos para que surgiera el moderno cálculo de probabilidades, y

algunos más hasta ver cómo desde él se abordaba el viejo problema que a Aristóteles tanto preocupó, el de la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre. Este abordaje se conoce hoy con el nombre genérico de «teoría de la decisión racional»¹.

Tras lo dicho, cabe afirmar sin gran temor que la clínica médica tiene menos que ver con la ciencia propiamente dicha, que con la economía, la política y la ética. Por supuesto que para ser buen clínico se necesitan grandes conocimientos científicos. Pero aquello en que la clínica consiste no es en la ciencia, sino en la toma de decisiones concretas de tipo diagnóstico y terapéutico, por lo general en condiciones de incertidumbre. El clínico es primariamente un decisor. Y su problema básico es cómo tomar decisiones que merezcan el calificativo de racionales, aun careciendo de certeza, o incluso poseyendo un elevado coeficiente de incertidumbre.

Hay personas, muchas, para las que los métodos son necesarios en el mundo de la técnica, pero no en el de la ética. Esta es opinión frecuente entre los propios moralistas, que con frecuencia actúan más por intuiciones y corazonadas que por auténticos motivos racionales. El moralista clásico ha solido ser hombre de olfato, que resolvía los problemas más por tanteo que por método, sin tener una gran conciencia de los principios en que se basaba y los procedimientos que utilizaba. Nunca deja de sorprender la poca base filosófica y metodológica de la mayoría de los llamados moralistas. Hay sin duda alguna eso que llaman «olfato moral», de modo similar a como hay «ojo clínico», lo cual nos indica, una vez más, lo cercanos que están el mundo de la ética y el de la medicina. Ni el olfato moral ni el ojo clínico pueden infravalorarse, ya que son de una evidente utilidad. Pero se trata de cualidades a la postre intransferibles, y de las que en cualquier caso no conviene abusar. Al clínico se le aconseja continuamente, desde sus años de estudiante, poner su buen ojo entre paréntesis y extremar el rigor metódico. Pues bien, lo mismo cabe decir del olfato del bioeticista. Si olfato

¹ Cf. sobre este tema, entre otros, Amartya K. SEN, *Elección colectiva y bienestar social*, Madrid, Alianza, 1976; J.M. BUCHANAN y G. TULLOCK, *El cálculo del consenso: Fundamentos lógicos de la democracia constitucional*, Madrid, Espasa-Calpe, 1980; Morton D. DAVIS, *Introducción a la teoría de juegos*, Madrid, Alianza, 4 ed., 1986; Robert AXELROD, *La evolución de la cooperación: El dilema del prisionero y la teoría de los juegos*, Madrid, Alianza, 1986; Sixto RÍOS, María-Jesús RÍOS-INSÚA, *Sixto RÍOS-INSÚA, Procesos de decisión multicriterio*, Madrid, Eudema, 1989; James W. FRIEDMAN, *Teoría de juegos, con aplicaciones a la economía*, Madrid, Alianza, 1991; E. FRIEDMAN, «Technically correct and morally good: Ethics and decision analysis», *Medical Decision Making*, 1989, 65:65-67; Richard A. WRIGHT, «Clinical Judgment and Bioethics: The Decision Making Link», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1991, 16:71-91.

moral y ojo clínico han de significar algo positivo, esto no puede ser más que «experiencia». La cuestión está en que hay experiencias correctas y erróneas, buenas y malas, según que hayan sido adquiridas metódicamente o no. Hay experiencias que confunden y experiencias que matan.

La importancia del método es tanto mayor cuanto más ambiguas sean las experiencias, o más incertidumbre generen. La incertidumbre, como ya hemos dicho, es un elemento insoslayable tanto en ética como en la clínica, que no podemos ignorar o negar si queremos que nuestras decisiones merezcan el calificativo de racionales. Ni en medicina ni en ética es posible decidir sólo en condiciones de certeza. Para probarlo basta cualquier ejemplo trivial. Por más que la tuberculosis pulmonar sea una especie morbosa muy bien establecida, con una causa específica de la que no cabe dudar, el bacilo de Koch, un cuadro clínico típico, una evolución que se conoce hasta en sus mínimos detalles y un tratamiento específico; a pesar de todo esto, de que las categorías universales o específicas de la tuberculosis pulmonar merezcan con todo el rigor el calificativo de científicas, el clínico puede encontrarse en graves apuros a la hora de saber si un enfermo concreto, Pedro o Juan, padecen o no una tuberculosis pulmonar. Ello puede deberse a varias razones. Una, a que el caso que se le plantee sea tan urgente que se vea obligado a decidir una conducta terapéutica antes de haber alcanzado la certeza diagnóstica. Este es un supuesto frecuentísimo en la práctica clínica usual, en particular en los servicios de urgencia de todas las instituciones sanitarias. Otras veces, la incertidumbre se produce por el hecho de que en el lugar donde el clínico está ejerciendo y tiene que tomar la decisión, no existen los procedimientos idóneos para alcanzar un diagnóstico de certeza. Y otras muchas, en fin, la incertidumbre se debe a que los procedimientos diagnósticos o terapéuticos existentes no dan otra cosa que una cierta probabilidad. La clínica no sería posible si el médico hubiera de actuar sólo en situaciones de certeza. Lo común es exactamente lo contrario, que deba tomar decisiones con incertidumbre, hasta el punto de que los raros casos en que cree tener certeza de lo que decide, deben considerarse como situaciones límites, en las que la probabilidad es tan alta (y por tanto la incertidumbre tan baja), que tiende a 1, es decir, a la llamada certeza estadística.

El elemento básico de la formación clínica no es otro que el aprendizaje de la toma de decisiones inciertas pero racionales. Estas decisiones son de dos tipos. Unas, siguiendo de nuevo a Aristóteles, tienen carácter «técnico»: si debe hacerse o no una amniocentesis, o si tal fármaco está o no indicado, etc. Pero junto a esas decisiones hay otras de carácter «ético»: si debe hacerse caso al paciente cuanto éste se niega a recibir un tratamiento, si debe informársele, cuánto y cuándo, si es preciso o no reanimar a toda persona que esté en parada cardiorespiratoria, etc., etc. Sería ingenuo pen-

sar que buen clínico es el que sabe tomar racionalmente decisiones técnicas, aunque sea un auténtico analfabeto en la toma de decisiones morales. Esta ingenuidad es la que lleva a veces a decir a algunas personas: «A mí que me opere un cirujano técnicamente competente, aunque sea un sinvergüenza». Ciertamente que no es de fiar el cirujano técnicamente impresentable, por más que sea una excelente persona. Pero tampoco está claro que el opuesto a éste merezca mucha confianza. Y en cualquier caso, parece evidente que a ambos debe exigírseles una reconocida competencia técnica, es decir, la capacidad para tomar decisiones racionales y actuar correctamente desde el punto de vista técnico, y también desde el ético. La calidad de la práctica clínica no será buena si la corrección técnica no va acompañada de una correcta toma de decisiones morales por parte del personal sanitario.

Estas son cosas en las que en los últimos veinte años se ha conseguido un amplio consenso. Hoy nadie discute la importancia de la formación de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones morales. Todos estamos convencidos de que sin ella muchas decisiones serán erróneas, lo que a la postre repercute negativamente en la calidad de la asistencia médica. El problema está en cómo tomar estas decisiones, en cuáles son los procedimientos para la resolución de este tipo de conflictos. El médico sabe muy bien cómo proceder en la toma de decisiones clínicas de carácter técnico. Hay toda una metódica diagnóstica y terapéutica, que permite afrontar con confianza y una cierta seguridad ese tipo de problemas. El ejemplo paradigmático de tal metodología es la estructura de la historia clínica. Este magnífico documento no consiste más que en un procedimiento de toma de decisiones racionales. La cuestión está en si en el campo de la ética médica es posible establecer procedimientos similares. Más aún, si es posible prolongar el procedimiento más clásico de la medicina, la historia clínica, de modo que el sanitario no tenga que actuar en forma completamente distinta cuando decide sobre cuestiones técnicas y cuando lo hace sobre problemas éticos, sino sólo aplicar a un nuevo dominio los procedimientos que ya conoce, y que maneja con soltura.

Este libro intenta responder a esa inquietud. Su primer objetivo es la exposición de los diferentes intentos que durante los últimos veinte años se han realizado para contestar a esas preguntas. El segundo, quizá más ambicioso, consiste en proponer un procedimiento práctico de toma de decisiones éticas en el ámbito de la medicina, que permita al clínico resolver los casos sin abandonar las técnicas de análisis y decisión que conoce y practica desde sus años de pediatría clínica.

El presente volumen es continuación del que, con el título de *Fundamentos de bioética*, apareció publicado por esta misma Editorial el año 1989. En el prólogo de ese libro expusimos nuestro propósito de completarlo con un segundo volumen, dedicado a la *Bioética clínica*. Pero esto

sólo será posible tras el previo análisis monográfico de los principales problemas éticos que hoy tiene planteados la clínica. Por eso nos hemos decidido a elaborar un conjunto de monografías, la primera de las cuales es la que ahora ve la luz. Le seguirá otra sobre el estatuto ontológico y ético del embrión, y después varias más. Sólo al final de este proceso será posible elaborar el prometido volumen de *Bioética clínica*.

La realización de esta monografía ha contado con la ayuda 87/0071 del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS). El apoyo que las agencias de investigación han comenzado a otorgar a la bioética, está permitiendo la formación de jóvenes investigadores y de equipos de trabajo que han elevado rápidamente el nivel de la bioética en nuestro país, y son ya la mejor garantía de su futuro.

Madrid, 9 de septiembre de 1991

Diego GRACIA

I

LOS MÉTODOS DE LA ÉTICA CLÍNICA

- Los precedentes.
- El enfoque principalista.
- El procedimiento casuístico.
- Las éticas de la virtud y el método narrativo.
- El enfoque clínico.
- Algunos procedimientos sincréticos.

Introducción

La Bioética ha cumplido en 1990 veinte años de edad. Ésta es una ocasión adecuada para hacer balance de sus logros y problemas. Veinte años son pocos en la vida de una persona, y quizá menos en los de un saber cualquiera. Ése es un momento de la vida en el que los problemas vencen claramente a las soluciones. Pero no es poco tener problemas. Martín Heidegger hizo hace décadas famosa la expresión de que el preguntar es la forma suprema del saber¹. Sólo preguntando se pueden hallar nuevas respuestas. Si esto es así, si la pregunta es el pórtico de la sabiduría, no hay duda de que la bioética ha sido extremadamente sabia, ya que a lo largo de estos años ha acumulado muchas más preguntas y problemas que soluciones.

Se puede vivir sin problemas, pero no sin buscar respuesta para los ya planteados. De ahí que la simple pregunta ponga en marcha el pensamiento. Este poner «en marcha» o «en camino» es lo que el griego denominó *métodos*. El método es como el mapa que indica cuál es la ruta a seguir en orden al logro de un determinado objetivo. Todo viajero inteligente y cuidadoso debe proceder así, con método, metódicamente. Pero no es lo mismo ser viajero que ser explorador. Aunque no siempre sucede así, el viajero y el explorador pueden tener el mismo objetivo, pero sin embargo siempre diferirán en el método. El viajero sabe cuál es el camino a seguir, en tanto que el explorador no, precisamente porque no cuenta con un camino previamente trazado. Su función es buscar ese camino y transmitirlo a los que vengan después. Siempre hay una primera persona que tiene que viajar sin mapa, buscando a ciegas el camino hacia su objetivo. Este hombre no aplica un método sino que lo crea; ha descubierto una vía nueva, por la que ya podrán transitar sin mayores dificultades todos los que vengan después. Estos son los grandes «inventos» o «descubridores». Pocas cosas más importantes que hallar un buen camino.

En sus veinte años de vida, la bioética ha acumulado problemas y ha buscado métodos. Su preocupación metódica ha sido muy importante. Todo médico tiene hoy una gran sensibilidad hacia los problemas bioéticos.

Por lo general los problemas no hay que buscarlos, ya que cada profesional se los encuentra cotidianamente en su práctica clínica. Lo que sí necesita de explicación es el método. De ahí que las preguntas que formulan los médicos sean siempre las mismas: ¿Pueden solucionarse estos problemas? Y si tienen solución: ¿cuál es el método para lograrla?

Dar respuesta a tales preguntas no es fácil, y ello explica la profusión de intentos durante estos últimos años. Es significativo, a este respecto, que Graber y Thomasma acaben de publicar un libro revisando las diferentes metodologías, cuyo final es una propuesta alternativa a todas ellas². Algo similar haremos nosotros en la segunda parte y el epílogo de éste. A pesar de lo cual, los dos libros son completamente distintos. Graber y Thomasma utilizan como hilo conductor de su exposición el binomio teoría-práctica, y por tanto el modo como los diferentes autores han sabido articular en sus procedimientos los dos momentos o niveles irrenunciables en toda doctrina ética, el teórico o universal y el práctico o particular; o como los autores dicen, siguiendo la terminología de Beauchamp y Childress, las «reglas», «principios» y «teorías éticas», de una parte, y los «juicios y acciones», de otra³.

A partir de estos criterios, Graber y Thomasma ordenan los diferentes métodos de la bioética en seis categorías, que llaman, respectivamente, el «modelo de aplicación» (según el cual la práctica es la simple y rígida aplicación deductiva de la teoría); el «modelo de mediación» (para el que es preciso establecer ciertas premisas auxiliares, a fin de hacer posibles juicios normativos mínimamente independientes de los principios, que sean capaces de resolver los conflictos a que conduce la mera aplicación deductiva de los principios); el «modelo de validación» (que comienza estableciendo un catálogo de principios o valores fundamentales, e intenta desarrollar ciertos criterios de aplicación que preserven tantos de ellos como sea posible); el «modelo de determinación» (que busca la fuerza normativa en las categorías involucradas en la situación práctica); el «modelo de originación» (para el que la situación práctica concreta es la única fuente de elementos normativos); y, en fin, el «modelo de virtud» (que pone el acento en el tipo de persona que uno debe ser, en vez de —o además de— en el tipo de acción que tiene que realizar). Graber y Thomasma analizan la fuerza y la debilidad de cada uno de estos modelos, e intentan ilustrar cómo se aplican a las situaciones prácticas, y más concretamente a los problemas clínicos. Finalmente, en el capítulo último del libro proponen un modelo que en su opinión evita las debilidades de todos los otros y que combina sus ventajas. Más adelante lo analizaremos.

Nuestro enfoque y análisis de los procedimientos más usuales en bioética clínica es muy distinto del realizado por Graber y Thomasma. De ahí que la ordenación de los capítulos de esta primera parte, dedicada al estu-

dio de las metodologías más relevantes, difiera también completamente de la de esos autores. En el primer capítulo estudiaremos los precedentes y orígenes de las actuales metodologías bioéticas. Inmediatamente después, en el segundo, analizaremos el enfoque «principalista», aquél que ha gozado de mayor vigencia en estos últimos quince años, en la formulación que de él han dado Tom L. Beauchamp y James F. Childress. El capítulo tercero estará dedicado a estudiar la alternativa a ese modelo propuesta por Albert R. Jonsen y Stephen Toulmin, y que se conoce con el nombre de «nueva casuística». En el cuarto habremos de ocuparnos de la propuesta realizada por las éticas de la virtud y los enfoques narrativistas. En el siguiente, veremos el enfoque clínico propuesto por David C. Thomasma, y tras él por otros muchos. En el sexto, en fin, se estudiarán otras propuestas metodológicas que sobresalen por su carácter integrativo y sincrético.

La segunda parte estará dedicada al análisis crítico de esas distintas metodologías, y a la propuesta de un modelo alternativo. El primer nivel de crítica partirá del análisis pormenorizado de un modelo concreto, la nueva casuística de Jonsen y Toulmin. Después intentaremos generalizar esa crítica a la mayoría de los procedimientos americanos, sirviéndonos de la polémica Rorty-Habermas. Y, finalmente, propondremos un procedimiento de análisis de los conflictos éticos surgidos en la práctica clínica que, en lo posible, evite los problemas de los anteriores. De este modo, habremos cubierto dos objetivos. Primero, actualizar el complejo tema de los procedimientos de análisis de problemas bioéticos en la práctica clínica; y segundo, proponer un modelo concreto de actuación.

NOTAS

¹ Martin HEIDEGGER, *Sie Selbstbehauptung der deutschen Universität*, Breslau, Korn 1933, p. 12 (Trad. esp., Madrid, Tecnos, 1989, p. 12).

² Glenn C. GRABER, David C. THOMASMA, *Theory and Practice in Medical Ethics*, Nueva York, Continuum Publishing Company, 1989.

³ Cf. *Op. cit.*, p. 2.

Los precedentes

LA ÉTICA MÉDICA CLÁSICA

La ética clásica defendió siempre la existencia de un Código Único de preceptos y obligaciones, que debía ser cumplido por todas las personas sin discusión. Este Código Único se consideraba por lo general revelado, y en consecuencia indiscutible. Ciertamente que los códigos revelados, por ejemplo los mandamientos de Moisés, o el principio cristiano de la caridad, necesitaron siempre para su aplicación de mediaciones no directamente reveladas, sino racionales, filosóficas (a fin de justificar ciertas excepciones «lógicas» a esos mandatos, como el matar a otro en legítima defensa), pero esto último, lejos de acabar con el Código Único, no hizo más que reforzarlo. De hecho, la metafísica clásica también defendía una suerte de código filosófico único (así, la doctrina de la ley natural), que además se caracterizaba por guardar una adecuación perfecta con los preceptos revelados.

Sin la doctrina del Código Único carecería de sentido la casi totalidad de la historia de la Humanidad. Porque sólo existía un código, éste debía resultar obligatorio para todos, y la función de las personas con autoridad era imponerlo a los demás y velar por su cumplimiento. Los gobernantes ejercían su autoridad en diferentes ámbitos. Los gobernantes eclesiásticos, en el ámbito de la vida religiosa, y eso explica que el intento de imponer el Código Único en el ámbito de la vida religiosa diera lugar a instituciones tales como la Inquisición. Los gobernantes civiles siguieron el mismo ejemplo, y ello explica que, conforme a la figura del rey-filósofo diseñada por Platón, obligaran a sus súbditos al cumplimiento del Código Único.

Pues bien, la ética médica clásica no se entiende más que considerando al médico como otro gobernante, responsable del cuerpo de sus pacientes, y que como tal estaba obligado a exigirles el cumplimiento del Código Único moral en el ámbito concreto de su actividad profesional. Sin esto tampoco se explica el desarrollo histórico de la ética médica. El médico se ha visto

clásicamente a sí mismo como un político, es decir, como el gobernante del cuerpo de sus pacientes. A imagen y semejanza de los otros dominios de gobierno, éste del médico fue claramente despótico. Quiere decir esto que el médico no consideró necesario tener en cuenta las opiniones de sus pacientes. Cuando se profesa el Código Único, no tiene sentido preguntarse por las creencias u opiniones de los enfermos. Si éstas son correctas, coincidirán con las del Código Único; y si no coinciden con ellas, por definición hay que considerarlas erróneas. Tener en cuenta las opiniones morales de los pacientes sería, en el primer caso, inútil, y en el segundo, claramente perjudicial.

El Código Único se ha expresado tradicionalmente en forma de leyes, preceptos o mandamientos. De ahí que el procedimiento de la Ética viniera a coincidir con el del Derecho. En el orden de la ética religiosa, esto es evidente, como lo demuestra la conversión de la moral religiosa en Derecho Carónico, tanto en el mundo judío como en el árabe y el cristiano. En el orden civil esto es también sobradamente claro, y sin ello no se comprende el procedimiento de actuación propio de la Deontología médica clásica. Como se sabe, tal procedimiento consiste en la apertura de expediente disciplinario a un miembro de la profesión a partir de una denuncia, la subsiguiente información de los hechos, su enjuiciamiento desde el código de faltas legalmente establecido, y, en fin, la imposición de la sanción. Es un procedimiento típicamente judicial, bien que realizado por las autoridades profesionales en vez de por los jueces. La llamada deontología tiene, por ello, un carácter parajurisprudencial. Se trata de la asunción por parte de las autoridades profesionales de ciertas funciones sancionadoras, evitando así que determinadas faltas pasen a la jurisdicción ordinaria.

La llamada Deontología médica se ha reducido tradicionalmente a eso, a un procedimiento jurídico o parajurídico. Y cuando la Ética médica ha sabido desligarse de ella, cosa no muy frecuente, entonces ha venido a ser sinónima de moral confesional de Código Único. El caso español es en este sentido muy significativo. Si se analizan los tratados de Ética médica de los dos últimos siglos (que, lógicamente, son los únicos en los que hubiera podido darse una ética no confesional y de código múltiple, ya que esto antes de la Ilustración fue sencillamente imposible), es fácil comprobar cómo la práctica totalidad se atiene a los preceptos de moral cristiana, interpretados de acuerdo con el criterio propio del Derecho canónico.

Esta ha sido la característica definitoria de la ética médica, especialmente en los países católicos y mediterráneos. En el área protestante las cosas siguieron una vía algo distinta. La doctrina del libre examen, y la inexistencia de un poder centralizado y fuertemente autoritario, hicieron posible el surgimiento de un cierto pluralismo y el respeto de las creencias personales. Es el germen del derecho a la libertad religiosa y al respeto de

las propias creencias, que a partir del siglo XVII fue cobrando cada vez mayor vigencia.

LA ÉTICA DE SITUACIÓN

En ese medio, protestante, pluralista y muy preocupado por el respeto de la libertad de conciencia de las personas, es en el que surgió, ya en nuestro siglo, la llamada «ética de situación». De algún modo puede ser considerada como la justificación teológica de la existencia del Código Múltiple. Frente al concepto de «ley» o mandato intempóreo y universal, adquiere aquí toda su importancia la categoría de «oportunidad» (*kairós*), término éste de gran ascendencia teológica, y que cobró nuevos bríos en la obra de autores como Sören Kierkegaard. Fue San Pablo el que dijo que los cristianos eran «ministros de una nueva alianza, no de letra (de la ley), sino de Espíritu; porque la letra mata, pero el Espíritu vivifica»¹. Si la ética quiere ser la dimensión en que los hombres den de sí lo mejor de ellos mismos, su deber ser, entonces no puede basarse en la ley genérica y universal, sino en el espíritu concreto y particular, tal como se hace presente en cada situación. La ética de situación no surge para degradar la moralidad humana, sino precisamente para colocarla por encima del puro y duro legalismo en que había estado encerrada durante mucho tiempo.

En esta perspectiva cobra toda su importancia la obra del médico y filósofo Karl Jaspers. Su idea es que en la vida de todo hombre hay unas «situaciones» privilegiadas, las que llama «situaciones límites», la culpa, el sufrimiento, la muerte, etc., que le hacen tocar el fondo de la existencia, abriéndole al horizonte de la transcendencia. En las situaciones límites el hombre trasciende el ámbito de lo cotidiano, que es el propio de la ley, y se abre a lo verdaderamente moral. Ahí es donde una vida adquiere sentido profundo, lo que Jaspers llamará sentido existencial. Frente al mero permanecer en el «ser», la mera «sistencia», está el «deber ser», es decir, el ser «desde» (*ex*) el deber, por tanto la «ex-sistencia». Sólo en la existencia tal como se manifiesta en las situaciones límites se constituye el hombre en una realidad profunda y verdaderamente moral. Frente a la moral cotidiana, superficial y legalista, la moral existencial, profunda y situacionista.

No puede extrañar que estas ideas tuvieran un rápido eco en medicina. Ya hemos dicho que las situaciones médicas o clínicas pertenecen al orden de las que Jaspers llama situaciones límites. Esto significa dos cosas. Pri-

mera, que tratar los conflictos éticos de la medicina desde la pura ética normativa o legalista no hace verdadera justicia a los hechos. Y segunda, que quizá desde esta perspectiva esos conflictos éticos pueden resolverse mejor. Así lo pensó Joseph Fletcher, cuando en 1966 publicó su libro *Situation Ethics: The New Morality*². Desde su condición de teólogo cristiano, Fletcher interpretó la «situación» como el lugar concreto en que se hace presente el amor de Dios, es decir, la gracia. En la situación se da, pues, una tensión entre lo eterno y lo tempóreo, entre transcendencia e inmanencia. Situación no es sinónimo de circunstancia o accidente, en el sentido de las categorías aristotélicas, sino de momento henchido de la plenitud de lo eterno. Esto da a la situación su gravidez y su gravedad. De ahí que este tipo de ética sea especialmente útil en medicina, que de algún modo es la ciencia de la gravidez y de la gravedad. Y de ahí también que en ética médica deba procederse en el análisis de los casos con un cierto método, que Fletcher expone en estos términos³:

El *situacionismo* cristiano es un método que avanza, por decirlo así, desde:

1. Su propia y única ley, la *agápe* (amor), por medio de:
2. La *sophía* (sabiduría) de la Iglesia y de la cultura, expresada en numerosas «reglas generales»; más o menos dignas de confianza, para terminar en:
3. El *kairós* (momento de la decisión, plenitud del tiempo), en el que *el propio responsable de la situación* decide si, en aquel caso, la *sophía* puede servir o no al amor.

El método de la ética de situación, según J. Fletcher.

Es interesante recordar que Fletcher llegó a estos planteamientos a partir del estudio de los problemas éticos de la medicina, que ya a la altura de 1954 analizó en su clásico libro *Morals and Medicine*⁴, uno de los hitos fundacionales de la actual ética médica. En él dejó bien claro que el modo de proceder de los médicos en la clínica es muy similar al que él proponía en ética, razón por la cual el lugar más idóneo para su aplicación era la ética clínica. La clínica podía definirse como la medicina «situada», o la medicina «de situación». Pues bien, la moral debía concebirse de la misma manera, como «ética de situación».

LOS COMIENZOS DE LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA DE LA BIOÉTICA

El término bioética apareció por vez primera en 1970, para designar los problemas éticos planteados por los espectaculares avances acaecidos en esos años en el seno de las ciencias biológicas y médicas. Entonces empezó a extenderse la idea de que las nuevas tecnologías biológicas y sanitarias podían comprometer gravemente la calidad de vida, y aun la permanencia de la propia vida sobre el planeta. Esto explica que la bioética se introdujera rápidamente en los planes de estudio de las Facultades norteamericanas de medicina.

A la vez que sucedía esto, los profesores de la nueva disciplina iban tomando conciencia de la necesidad de proceder con un cierto método. Como ha escrito Thomasma, «todo el que enseña ética médica en el ámbito clínico adopta algún procedimiento formal que guíe el razonamiento moral, en un intento por resolver los casos que se plantean»⁵. Se comprende, pues, que a comienzos de los años setenta, cuando la enseñanza universitaria de la bioética empezó a extenderse por las Universidades norteamericanas, el problema de los procedimientos de análisis de casos y de toma de decisiones fuera cobrando progresiva importancia.

El primer debate en torno al procedimiento enfrentó a filósofos y médicos. Para los primeros, la ética médica no era sino una más de las éticas aplicadas, que debía partir de un adecuado conocimiento de los principios éticos generales y las teorías éticas subyacentes. Esta ética, en su opinión, no podían enseñarla más que los filósofos, y sus procedimientos debían ser estrictamente filosóficos. La función del clínico no había de ser otra que la de aportar los datos del caso objeto de análisis. Entre ética y clínica, lo mismo que entre filosofía y medicina, debía existir la misma diferencia que un aristotélico establecería entre forma y materia. El clínico aportaba los datos materiales del caso a analizar, en tanto que el filósofo ponía la forma, es decir, los principios y el procedimiento racional.

En la literatura de esos años⁶ se ve cómo este primer modelo fue mostrándose cada vez más insuficiente. Sobre todo para los propios médicos, progresivamente convencidos de la importancia clínica de la ética, y de la relevancia ética de la clínica. Es el propio médico el que tiene que tomar las decisiones, que a la vez no serán comprensibles más que en el interior del propio contexto clínico. El filósofo no puede ofrecer más que materiales, todo lo importantes que se quiera, pero en cualquier caso extrínsecos a la propia realidad clínica y ética⁷.

A fines de los años setenta se fue llegando a una cierta convergencia de opiniones. De hecho, las dos posturas citadas eran claramente extremas, y

sus debilidades respectivas demostraban mejor que cualquier argumento la necesidad de la colaboración mutua. Surgió así la opinión de que la ética médica no era sólo una rama de la ética, ni tampoco una mera especialidad médica. En ética médica los «hechos» clínicos y los «valores» éticos debían considerarse íntimamente relacionados. Esto hacía imposible las posturas extremas. Cualquier intento de aplicar de modo mecánico los principios generales o los valores jerárquicamente más elevados fracasaba, dado que las prioridades axiológicas dependen del contexto o, si se quiere, del caso. Y a la inversa, la reiterada pretensión médica de reducir los problemas éticos a meros problemas técnicos también fallaba, pues eso suponía ignorar los valores, lo cual a la postre siempre resulta insostenible. Hay que evitar los extremos, y conjugar hechos y valores. ¿Cómo? Es el tema de los procedimientos de decisión, que empiezan a multiplicarse a finales de los años setenta. De hecho, en la conferencia que organizaron la *Society for Health and Human Values* y el *Philadelphia College of Physicians* en marzo de 1978, titulada *The Humanities in a Clinical Setting*, se trató explícitamente este tema, y los distintos ponentes estuvieron de acuerdo en que algún procedimiento es siempre necesario a la hora de enseñar ética médica en el medio clínico. El único procedimiento entonces existente, se dijo allí, era el que años antes había publicado Howard Brody. No puede extrañar, por ello, que a partir de entonces se multiplicaran las propuestas, como veremos en el curso de los próximos capítulos.

HOWARD BRODY

En los orígenes del actual debate en torno a los procedimientos de decisión en ética clínica hay un cuarto factor, además de la deontología médica clásica, la ética de situación y los comienzos de la enseñanza universitaria de la bioética. Se trata de la teoría de la decisión racional.

Brody realizó en su libro *Ethical Decisions in Medicine*⁸ uno de los primeros intentos por aplicar los principios de la teoría de la decisión racional a la ética médica. De este modo, se alejó tanto del extremo clásico del Código Único, como de la moderna ética de situación, de raigambre a la postre teológica. Como la teoría clásica de la decisión racional evalúa sobre todo las consecuencias, éstas tienen en el procedimiento de Brody un gran peso. Pero como una decisión racional en el campo de la ética no puede tener en cuenta sólo las consecuencias, sino también los valores de los individuos y de las sociedades, resulta que el procedimiento

de decisión en ética médica ha de consistir en la confrontación de los valores con las consecuencias, evitando toda discordancia entre ellos. Consecuencias malas son las que no respetan los valores; y a la inversa, valores éticamente negativos son aquellos que producen malas consecuencias. En esta dialéctica se basa el método establecido por Howard Brody en su libro, que, por otra parte, tiene la particularidad de estar escrito como un vademecum o prontuario.

El primer paso de su procedimiento consiste, obviamente, en percibir que existe un problema moral y en identificarlo. Un problema ético consta de dos ingredientes esenciales. El primero es la posibilidad de elección real entre cursos de acción distintos. No tiene sentido, por ejemplo, plantearse cuestiones éticas sobre si un cirujano debe o no realizar un trasplante de cerebro, ya que no sólo se trata de algo por ahora técnicamente irrealizable, sino que tenemos buenas razones para suponer que lo será también en el próximo futuro. El segundo ingrediente principal de un problema ético es que la persona involucrada sea capaz de valorar de modo significativamente distinto cada posible curso de acción o sus consecuencias.

Una vez identificado el problema, el siguiente paso consiste en elaborar la lista de cursos de acción posibles. Brody advierte del error que se suele cometer en este punto, reduciendo los cursos de acción a dos y sólo dos alternativas, para después contraponer una a la otra. A la mente humana le resulta fácil trabajar con procedimientos binarios, pero estos no son siempre los que hacen más justicia a los hechos.

Tras conocer las alternativas, ha de elegirse una de ellas como el curso de acción más correcto o apropiado. Puede resultar extraño, dice Brody, que la elección se haga aquí, al comienzo del método, en vez de en el último momento del proceso de toma de decisión. Pero así es como de hecho funciona la mente humana. Frente a un problema ético, los hombres suelen tener una reacción inicial de rechazo o de aprobación, que les lleva a tomar una decisión. No hay nada malo en ello, siempre y cuando esa toma de postura inicial se someta luego a un proceso de análisis metódico, y sea rechazada si no supera la prueba. Esta es la función del resto de los pasos del procedimiento.

La elección que se ha realizado debe luego formularse con la estructura propia de un juicio ético. Los juicios éticos tienen la forma siguiente: «En la situación X, la persona Y debe hacer Z». Sus tres ingredientes fundamentales son:

1. *Qué* es lo que se debe hacer (Z).
2. *Quién* lo debe hacer (Y).
3. Las *condiciones* bajo las cuales el juicio es aplicable (X).

Juicios del tipo «robar es malo» no cumplen con esta fórmula, razón por la cual deben reelaborarse de acuerdo con ella, completando los elementos que les faltan. El resultado puede ser un juicio del tipo siguiente: «En ninguna condición debe robar una persona». Tampoco cumple con la estructura correcta un juicio ético del tipo: «He decidido hacer Z», aunque sí este otro: «He decidido hacer Z, y cualquiera como yo, en las mismas circunstancias, *debe* hacer también Z».

El siguiente paso consiste en determinar las consecuencias que se seguirían de la decisión, caso de ser llevada a efecto. Estas consecuencias son de dos tipos, unas próximas, las que más fácilmente se perciben, y otras remotas, por lo general poco evidentes, pero no por ello de menor importancia. En cualquier caso, nunca podremos evaluar todas las consecuencias, razón por la cual, dice Brody, siempre habremos de actuar con cierto grado de incertidumbre. Lo que debe procurarse es reducir esa incertidumbre a proporciones manejables, y estar seguros de que al menos hemos considerado las consecuencias principales que somos capaces de prever con nuestro actual nivel de conocimiento del mundo.

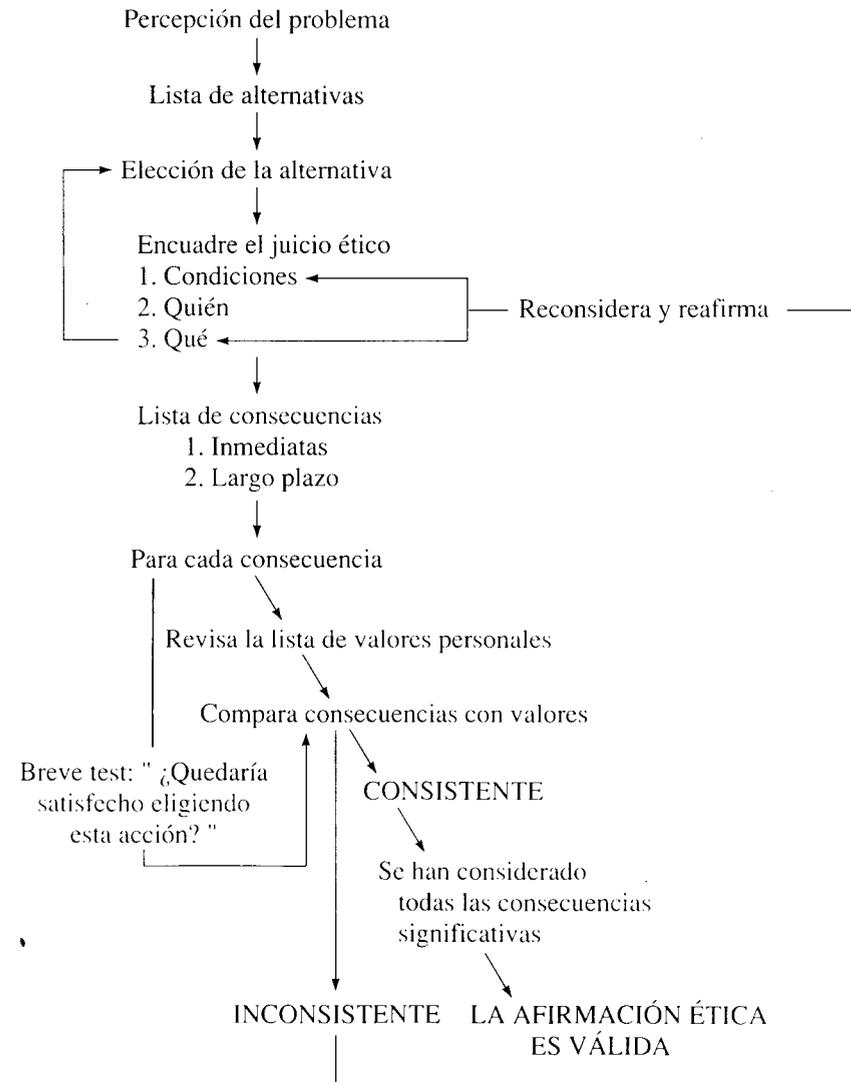
El paso siguiente es comparar cada consecuencia con el propio sistema de valores. De lo que se trata, en última instancia, es de preguntar para cada consecuencia: «¿Podría yo vivir con ella?». Si la respuesta a esta cuestión causa cierto disconfort emocional, dice Brody, debe uno preguntarse: «¿Por qué me molesta?», e identificar el valor específico que es incompatible con la consecuencia. Lo que el método realmente intenta es hacer explícitos los valores de una persona, a fin de poder juzgar los actos por sus consecuencias (respecto de los valores).

Una vez que todas las consecuencias han sido comparadas con los propios valores, si no se ha encontrado ninguna inconsistencia, puede concluirse que el curso de acción propuesto es éticamente válido. Si, lo que sucede a menudo, se ha encontrado cierta incompatibilidad entre una consecuencia y el conjunto de valores, el método obliga a reconsiderar la decisión ética, removiendo o evitando la parte inconsistente. Lo primero que debe intentarse es modificar las *condiciones* del juicio ético. Si ello no basta, habrá que cambiar el *qué*, lo que supone realizar un nuevo juicio y tomar una nueva decisión. Ésta deberá de nuevo ser evaluada en sus consecuencias, repitiendo el proceso conforme a los pasos descritos.

Brody advierte que si se quiere ser exhaustivo, el proceso no termina aquí. Se deben investigar también las demás alternativas, es decir, las otras elecciones posibles. Puede suceder que una o varias de ellas sean éticamente válidas. En ese caso deben ponderarse los valores presentes en cada una, para ver cuál es la de nivel superior, y elegir en consecuencia.

Como se habrá advertido, el procedimiento de Howard Brody es un

intento de someter a ponderación racional tanto los valores como las consecuencias. En principio es claro que deben respetarse los valores de las personas. Desde ellos se toman las decisiones éticas. Pero cuando esas decisiones producen consecuencias que parecen negativas o perjudiciales, entonces hay que revisar las decisiones, lo que de algún modo supone un cambio en el propio sistema de valores. Cabe preguntarse si en este método son los valores los que hacen buenas las consecuencias, o las consecuencias



las que legitiman los valores. Todo hace suponer que los valores tienen un carácter meramente subjetivo, en tanto que las consecuencias gozan de una cierta objetividad. Por eso el elemento de máxima racionalidad del método se halla, como en todos los procedimientos derivados de la teoría clásica de la decisión racional, en la ponderación que hace de las consecuencias.

A partir del año 1978, las propuestas metodológicas y procedimentales se han multiplicado. Una, llamada a tener un especial éxito a lo largo de los años ochenta, fue la realizada por Beauchamp y Childress, a partir de los datos de la *National Commission*. De ahí que, para muchos, ella fue la que dotó de una primera madurez al movimiento norteamericano de bioética.

NOTAS

¹ 2 Cor 3, 6.

² Joseph FLETCHER, *Situation Ethics: The New Morality*, Filadelfia, Westminster Press, 1966 (Trad. esp., *Ética de situación. La nueva moralidad*, Barcelona, Ariel, 1970.)

³ *Op. cit.*, pp. 45 y 46.

⁴ Joseph FLETCHER, *Morals and Medicine: The Moral Problems of the Patient's Right to Know the Truth, Contraception, Artificial Insemination, Sterilization, Euthanasia*, 1.ª ed., Princeton, Princeton University Press, 1954. (Varias ediciones posteriores). Cf. también Joseph FLETCHER, *The Ethics of Genetic Control: Ending Reproductive Roulette*, Garden City, Nueva York, Doubleday Anchor, 1974.

⁵ David C. THOMASMA, «Training in Medical Ethics: An Ethical Workup», *Forum in Medicine*, Diciembre 1978, p. 33.

⁶ Cf. Daniel CALLAHAN, «The ethics backlash», *Hastings Center Report*, 1975, 5: 15.

⁷ Cf. K. Danner CLOUSER, «Medical Ethics: Some Uses, Abuses and Limitations», *Arizona Medicine*, 1978, 33: 44-49.

⁸ Howard BRODY, *Ethical Decisions in Medicine* (1.ª ed.), Boston, Little, Brown and Company, 1976; 2.ª ed., 1981, cap. 2 («A Method of Ethical Reasoning»), pp. 5-33.

El enfoque principialista

EL INFORME BELMONT

El Congreso norteamericano creó el año 1974 la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Dio a esta Comisión el mandato de que «llevara a cabo una completa investigación y estudio, a fin de identificar los *principios éticos básicos* (*the basic ethical principles*) que deberían dirigir la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y en biomedicina»¹. Este punto concreto del mandato, el identificar los principios éticos básicos, no se cumplió hasta cuatro años después, cuando los comisionados publicaron el Informe Belmont. Tras la experiencia de los cuatro años transcurridos, los miembros de la Comisión consideraron oportuno publicar unas recomendaciones sobre el modo como se podían enfocar y resolver los conflictos éticos planteados por las ciencias biomédicas. Les pareció que los códigos, a pesar de su utilidad, no resultaban excesivamente operativos, pues sus «reglas son a menudo inadecuadas en caso de situaciones complejas». Sucede, además, que esos códigos mandan utilizar reglas que en casos concretos pueden entrar en conflicto, con lo que resultan en la práctica «difíciles de interpretar y de aplicar». Éste es de hecho el problema con el que se encontró la Comisión Nacional. Disponía ya desde el inicio de sus trabajos del código de Nüremberg, pero a pesar de ello no supo cómo proceder en la práctica. Ahora, tras cuatro años de experiencia, creía posible proponer un método complementario, basado en la aceptación de tres principios éticos: «Unos principios éticos más amplios deberían proveer las bases sobre las que formular, criticar e interpretar algunas reglas específicas»². La Comisión reconocía que otros principios podían ser también relevantes, pero que de hecho, en los trabajos de la Comisión, éstos eran los que habían parecido fundamentales. Su función no debía ser otra que la de «servir de ayuda a científicos, sujetos de experimentación, evaluadores y

ciudadanos interesados en comprender los conceptos éticos inherentes a la investigación con seres humanos»³.

Los tres principios éticos que establecidos por el informe Belmont, fueron los de Respeto por las personas, Beneficencia y Justicia. El primero lo definieron así: «El respeto por las personas incorpora al menos dos convicciones éticas: primera, que los individuos deberían ser tratados como entes autónomos, y segunda, que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección»⁴. Por ente autónomo entendía el Informe al «individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación»⁵. De ahí que añadiera: «Respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros. Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negar a un individuo la libertad de actuar según tales criterios o hurtar información necesaria para que puedan emitir un juicio, cuando no hay razones convincentes para ello»⁶. Por tanto, la autonomía se entiende en un sentido muy concreto, como la capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa. El concepto de autonomía de la Comisión Nacional no es el kantiano, el hombre como ser autolegisador, sino otro mucho más empírico, según el cual una acción se considera autónoma cuando ha pasado por el trámite del consentimiento informado. Así pues, de este principio derivan unos procedimientos prácticos: uno es el requisito del consentimiento informado, y otro el de cómo tomar decisiones de sustitución, cuando una persona es incompetente o incapaz, es decir, cuando carece de autonomía suficiente para realizar la acción de que se trate.

El segundo principio es el de beneficencia. El Informe Belmont rechaza explícitamente la idea clásica de la beneficencia como caridad, y dice que él la considera de modo más radical, como una obligación. «En este sentido, han sido formuladas dos reglas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia: (1) no hacer daño y (2) extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos»⁷. Como se ve, el Informe no distingue claramente entre no-maleficencia y beneficencia. Éste es, probablemente, como luego veremos, uno de los máximos lastres que ha arrastrado la bioética a lo largo de casi cuatro lustros.

El tercer principio es el de justicia. Por justicia entienden los miembros de la Comisión la «imparcialidad en la distribución»⁸ de los riesgos y los beneficios. Otra forma de concebir el principio de justicia es diciendo que «los iguales deben ser tratados igualitariamente»⁹. El problema está en saber quiénes son los iguales. Es evidente que entre los hombres hay diferencias de todo tipo, y que a muchas de ellas tienen derecho, razón por la cual deben de ser respetadas en virtud del principio de justicia; p. ej., al ideal

de vida, al sistema de valores, a las creencias religiosas, etc. Pero hay otro nivel en el que todos debemos ser considerados iguales, de tal modo que las diferencias a ese nivel deben ser consideradas injustas. Otro de los graves problemas de la Comisión es que tampoco dejó esto suficientemente claro.

De estos tres principios se siguen unos ciertos procedimientos prácticos. Del principio de autonomía se sigue, como ya dijimos, el procedimiento conocido con el nombre de consentimiento informado. Del segundo principio, el de beneficencia, la evaluación de riesgos y beneficios. Y, en fin, del principio de justicia, la selección equitativa de los sujetos de experimentación.

No es exagerado decir que este brevísimo documento, apenas una decena de páginas, supuso el verdadero espaldarazo de la bioética, así como la aparición de un nuevo estilo en el enfoque metodológico de los problemas, que a partir de entonces no se analizaron ya según la letra de los códigos, sino de acuerdo con los tres principios citados, el de autonomía, el de beneficencia y el de justicia, así como con los procedimientos derivados directamente de ellos, el consentimiento informado, la ponderación de los riesgos y los beneficios y la selección equitativa de las muestras.

LOS PRINCIPIOS DE ÉTICA BIOMÉDICA DE T. L. BEAUCHAMP Y J. F. CHILDRESS

El problema del Informe Belmont, y en general de todos los trabajos de la *National Commission*, era que sólo se refería a las cuestiones éticas ocasionadas por la experimentación con seres humanos. Quedaba fuera de su horizonte todo el amplio campo de la práctica clínica y asistencial. ¿Sería posible aplicar con éxito a ésta el sistema de los principios, y librarla así del viejo enfoque propio de códigos y juramentos?

Tal fue el objetivo del libro de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, cuyo prefacio está fechado en el mes de diciembre de 1978, y que vio la luz el año 1979, es decir, aproximadamente un año después del Informe Belmont. Es interesante destacar que uno de los autores del libro, Tom L. Beauchamp, fue miembro de la *National Commission*, y como tal se benefició de todo su proceso. Añádase a esto que, según cuenta, tanto él como James F. Childress habían discutido múltiples veces a partir de 1976 con un psiquiatra, el Dr. Seymour Perlin, la necesidad de un análisis sistemático de los principios que deberían informar las decisiones éticas en medicina, y se comprenderá que estuvieran

en inmejorables condiciones para aplicar el sistema de principios de la Comisión Nacional a la ética médico-asistencial.

Los autores explicitan su objetivo en el prefacio de la obra: pretenden analizar sistemáticamente los principios morales que deben aplicarse en biomedicina. Se trata, pues, de un enfoque claramente principialista. Ellos entienden la ética biomédica como una «ética aplicada», en el sentido de que lo específico de ella es aplicar los principios éticos generales a los problemas de la práctica médico-asistencial.

Quizá sea conveniente advertir que Tom Beauchamp y James Childress son personas de convicciones filosóficas y éticas muy distintas. Beauchamp es, de hecho, un utilitarista de regla, en tanto que Childress es claramente un deontologista. Sus «teorías» éticas son, pues, distintas, y difícilmente conciliables a la hora de «justificar» o «fundamentar» los citados principios. Pero eso, en vez de verse como un abismo insalvable, los autores lo consideraron una ventaja. Ello demuestra, en su opinión, que las discrepancias «teóricas» no tienen por qué impedir el acuerdo sobre «reglas», es decir, sobre principios y procedimientos. Como escriben los autores, «el utilitarismo de regla y el deontologismo de regla llevan a formular similares o idénticas reglas»¹⁰. Todos, teleologistas y deontologistas, pueden aceptar el sistema de principios y llegar a decisiones idénticas sobre casos concretos, a pesar de sus discrepancias sobre los aspectos teóricos de la ética.

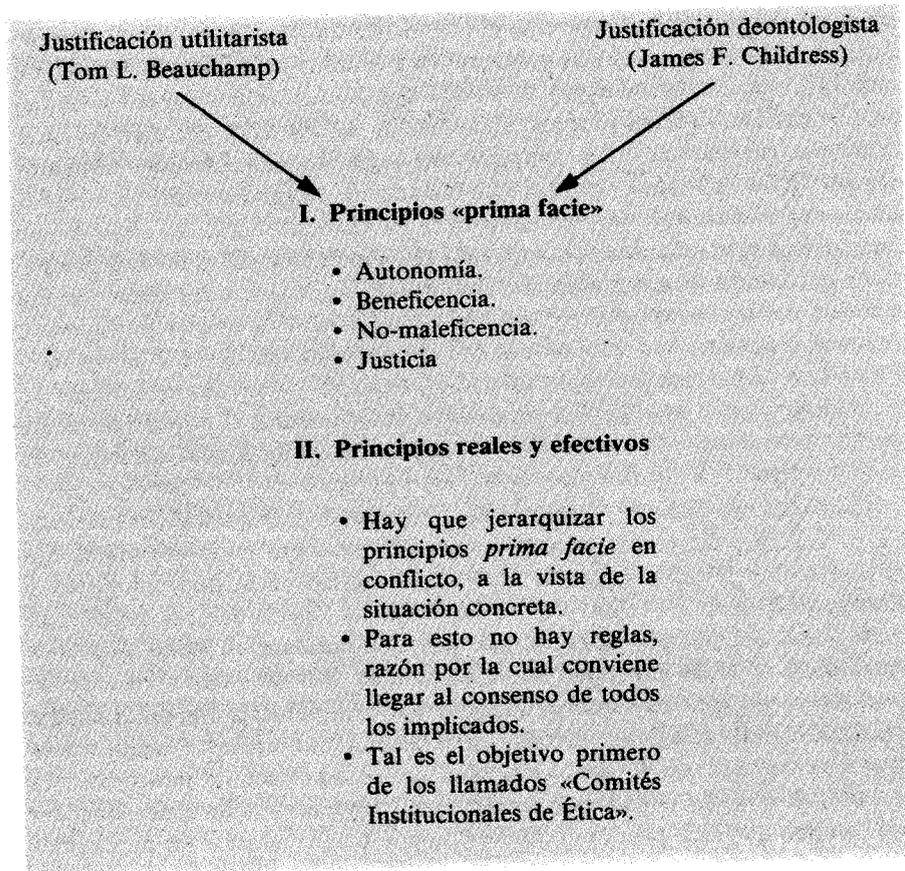
Los capítulos 3 al 6, aquellos en que estudian los principios éticos, son considerados por los autores *the systematic core of the book*¹¹, lo cual demuestra bien por qué este libro pasa por ser el inicio del procedimiento de análisis de problemas bioéticos que se conoce con el nombre de *the principles's approche*, sin duda el de mayor vigencia a lo largo de estos últimos diez o quince años. La novedad mayor que contienen es la distinción tajante entre No-maleficencia y Beneficencia. La razón que alegan los autores en su favor es que todos nos consideramos más obligados a no hacer el mal a otros que a hacerles bien. Hay, por tanto, una cierta diferencia entre no hacer mal y hacer bien. Hay muchas ocasiones, sobre todo en medicina, en que podemos estar obligados a no hacer mal a los demás, aunque no a hacerles bien. Esto, dicen, es algo que aceptan todos, aun los que identifican ambos principios, pues en este caso suelen añadir que ese principio unitario tiene grados, y que la obligación de no hacer mal es mayor que la de hacer el bien. En el fondo de todo esto, añaden, está el problema de si hay o no diferencia moral entre los actos meramente negativos y los positivos; p.e., si es lo mismo matar que dejar morir. Los autores creen que no es lo mismo, y que mientras lo primero va claramente contra el principio de no-maleficencia, y por tanto debe ser prohibido, lo segundo está claro que puede, debe y tiene que ser permitido.

Quiero terminar refiriéndome a un tema de la máxima importancia.

Cuando se establecen reglas, es necesario definir su ámbito de validez, diciendo si son absolutas y carecen de excepciones, o en caso de que las tengan, cómo pueden llegar a identificarse. Los deontologismos fuertes suelen afirmar que los principios son absolutos, y que como tales carecen de excepciones. Por el contrario, los utilitaristas de regla consideran que las reglas obligan en tanto que son útiles, y que por tanto las excepciones se justifican siempre de acuerdo con el criterio de utilidad. Parece difícil llegar a un acuerdo entre estas dos posturas. Beauchamp y Childress piensan, sin embargo, que este acuerdo es posible. Para demostrarlo recurren a la distinción que David Ross propuso hace más de medio siglo, entre *prima facie duties* y *actual duties*. Los principios y las reglas son considerados obligatorios *prima facie*, lo cual significa que cuando no entran en conflicto entre sí deben ser respetados. Por el contrario, en caso de conflicto, habrá que conceder prioridad a uno sobre los demás, de tal manera que será preciso hacer excepción de estos últimos. Eso quiere decir que tales reglas en ese caso son deberes *prima facie*, pero no deberes «reales y efectivos» (*actual*). En otras palabras, las excepciones son siempre de «actos», no de «principios». Los principios, en tanto que tales, es decir, *prima facie*, carecen de excepciones; pero cuando se aplican a los actos concretos, sí pueden tenerlas. Las excepciones se hacen siempre en el nivel de las *actual duties*, no de los principios.

Con esto, Beauchamp y Childress creen haber establecido un procedimiento infalible de resolución de conflictos éticos. Pero esto dista mucho de ser cierto. En primer lugar, en aras del consenso entre deontologistas y teleologistas, aceptan como un hecho evidente que todas las reglas son *prima facie* del mismo rango, y que por consiguiente en tanto que tales reglas ninguna tiene prioridad sobre las demás. Por otra parte, en caso de conflicto dicen que hay que jerarquizar los principios, a fin de conceder prioridad a uno sobre los demás. La jerarquía que antes se negó, ahora tiene que concederse. El problema es cómo se establece tal jerarquía. ¿Es de acuerdo con las consecuencias del acto? Entonces hemos de conceder que la ética que nos proponen Beauchamp y Childress es a fin de cuentas utilitarista, y que el deontologismo es sólo un adorno decorativo. O dicho de otro modo, entre Beauchamp y Childress no hay conflicto, no porque hayan encontrado la solución a la disputa entre deontologistas y teleologistas, sino porque en ese libro el teleologismo puede con mucho al deontologismo. Si Childress hubiera defendido un deontologismo fuerte, el acuerdo hubiera sido imposible. Y el problema está en que todo deontologismo o es fuerte o no es deontologismo. Los deontologismos débiles comienzan por no ser deontologistas, es decir, por no afirmar la existencia de principios absolutos y universales. Éste es, en opinión de sus críticos, el gran problema de este libro, y en general de toda esta corriente de la bioética norteameri-

cana, que a la postre se halla dominada completamente por una concepción de los principios y las reglas que es, en fin de cuentas, la propia del utilitarismo de regla. Más adelante volveremos sobre estos puntos, en un intento de proponer un modelo alternativo.



Método de Beauchamp-Childress.

NOTAS

¹ Public Law 93-348. Cit. por Tom L. BEAUCHAMP y James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Nueva York, Oxford University Press, 1979, p. 14.

² Cito por la traducción española publicada en el volumen *Ensayos Clínicos en España (1982-1988)*, publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1990, Anexo 4 («The Belmont Report»), p. 121.

³ *Op. cit.*, pp. 121 y 122.

⁴ *Op. cit.*, p. 123.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

⁷ *Op. cit.*, p. 124.

⁸ *Op. cit.*, p. 125.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Tom L. BEAUCHAMP y James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Nueva York, Oxford University Press, 1979, p. 40.

¹¹ T. L. BEAUCHAMP y J. F. CHILDRESS, *Op. cit.*, p. VIII.

3

El procedimiento casuístico

OTRA PERSPECTIVA DE LA NATIONAL COMMISSION

El enfoque principialista de Tom L. Beauchamp surgió, según ha quedado dicho, en contacto directo con los trabajos de la *National Commission*, y fue una consecuencia directa del Informe Belmont. Otros dos miembros de la Comisión, Albert R. Jonsen y Stephen Toulmin, interpretaron el procedimiento seguido por la Comisión de modo muy distinto. Esto se debió, probablemente, a la diferente formación previa de cada uno. T. L. Beauchamp tuvo otros poderosos estímulos además de los trabajos de la *National Commission*, que sin duda fueron decisivos a la hora de interpretar de una cierta manera los logros de ésta. Jonsen y Toulmin también llegaron a ella con sus respectivas historias previas. Albert Jonsen había sido jesuita, y conocía muy bien la historia del casuismo jesuítico español de los siglos XVI y XVII. Stephen Toulmin, por su parte, procedía del segundo Wittgenstein, y en algunos libros célebres, sobre todo el titulado *Human Understanding*¹, había defendido una teoría de la racionalidad muy cercana en la práctica al casuismo de Jonsen.

Para Jonsen y Toulmin, el procedimiento clásico o tradicional de la ética ha sido siempre del tipo descrito por Beauchamp y Childress, es decir la discusión de casos concretos a partir de la aceptación de unos mismos principios. Ahora bien, si alguna novedad ha aportado la bioética, y más en concreto la experiencia de la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences*, que se reunió entre 1974 y 1978, es que ese procedimiento no es correcto, y debe ser sustituido por otro prácticamente opuesto a él. De hecho, lo que los trabajos de la citada Comisión demostraron es que era posible el acuerdo sobre cuestiones concretas, a pesar de las diferencias en todo lo relacionado con los principios. Albert R. Jonsen ha escrito a este respecto²:

La Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y Comportamental fue establecida por el Congreso para que le recomendara cómo proteger los derechos y el bienestar de las personas que participan en la investigación. El Congreso pidió a la Comisión que desarrollara principios para la realización ética de las investigaciones, y también que examinara los difíciles problemas planteados por la investigación con fetos humanos, niños, prisioneros y enfermos mentales. La Comisión pudo haber trabajado primero sobre los principios y después aplicarlos a esos casos concretos; de hecho, empero, se sumergió en los casos. Muy pronto los miembros de la Comisión descubrieron un hecho singular: a menudo tenían serias discrepancias sobre la formulación de los principios, en tanto que llegaban rápidamente a un acuerdo sobre casos particulares. El *Report on Children as Research Subjects* es, en mi opinión, un excelente ejemplo de casuística moderna. El éxito de la Comisión, según creo, vino de su atención a los casos concretos, en los que los principios eran descubiertos tanto como eran aplicados. El *Belmont Report*, que establece los principios de la investigación, vino sólo al final del proceso.

Por su parte, Stephen Toulmin ha escrito a propósito de la metodología seguida por la Comisión:

En conclusión: «¿Cuál ha sido la metodología básica de la *National Commission*?». Respondiendo en pocas palabras: Sus deliberaciones condujeron muy rápidamente a un procedimiento taxonómico. Todos los problemas que se habían planteado a los miembros de la Comisión podían ser reformulados así: «¿El uso concreto de ese determinado tipo de procedimiento experimental, el subgrupo concreto de sujetos humanos implicados, el hecho de realizarse en tales circunstancias concretas, el procedimiento utilizado para obtener el consentimiento, etcétera, están o no expuestos a sólidas objeciones de contenido moral?». Los miembros de la Comisión aprendieron así a comprender que su cometido era identificar los factores relevantes en cuestiones de ese tipo, y de este modo empezaron a desarrollar clasificaciones sistemáticas, distinguiendo diferentes tipos de experimentos, diferentes tipos de lugares de investigación, diferentes procedimientos de consentimiento, asentimiento, tolerancia o rechazo, diferentes objetivos científicos, inmediatos y a largo plazo, etc. La recopilación de documentación, las visitas a centros, las audiencias públicas, etc.,

cuyo objetivo era acarrear los materiales necesarios para los debates, acababan siendo asumidos por los miembros de la Comisión, considerando qué luz arrojaban a esos temas taxonómicos centrales, y cómo podían ayudar a los miembros del comité a establecer distinciones más refinadas, sensibles y discriminantes entre los proyectos de investigación «moralmente aceptables» y los «moralmente cuestionables». Fue esta metodología taxonómica la que permitió a la Comisión orientar los requerimientos administrativos implícitos en todo proceso de regulación, y fue también ese procedimiento el que hizo posible incrementar el consenso de los miembros de la Comisión mediante la aceptación de ciertas diferencias, que llevaron a crear distinciones nuevas y más refinadas³.

Así vieron los trabajos de la *National Commission* Jonsen y Toulmin, razón por la cual no puede extrañar que juntos iniciaran la puesta a punto de un nuevo tipo de aproximación metodológica y procedimental a la bioética, hoy conocido con el nombre de casuismo, o de nuevo casuismo. Sus diferencias respecto de la aproximación basada en los principios son relevantes, pero no decisivas. Lo que Jonsen y Toulmin rechazan es cualquier intento de elaborar una teoría ética de carácter universal y con pretensiones de valor absoluto. En este sentido, no aceptan ninguna de las posturas clásicas de fundamentación de la ética, ni las deontologistas ni las teleologistas, ya que todas, a su entender, parten del mismo falso supuesto: pensar que la razón humana es capaz de fundamentar los juicios morales de modo universal y absoluto. Por eso rechazan todo el juego que T.L. Beauchamp y J.F. Childress realizan en el orden de las teorías éticas. Como se recordará, la tesis de estos dos últimos autores era que el disenso en la fundamentación teórica no tenía por qué ir seguido de un desacuerdo en las reglas y procedimientos, tanto en el orden de los principios como en el de su aplicación a los casos concretos. Pues bien, en esto coincidían, al menos parcialmente, con el enfoque de Jonsen y Toulmin. En su libro *The Abuse of Casuistry*⁴, estos dos últimos autores se remontan a la tradición aristotélica de la *bouleusis* o deliberación sobre casos concretos, para demostrar que en ética el procedimiento no debe partir nunca de los principios sino de las situaciones individuales. Aristóteles dice que la deliberación ha de realizarse siempre a la vista de las circunstancias concretas⁵. El resultado son juicios que sólo pueden aspirar a ser probables, no ciertos. Cuando todas las personas, o al menos las más sabias, coinciden en un mismo juicio práctico, generan un «tópico» que se expresará en forma de «máxima»⁶. Las máximas morales, de las que hay tantos insignes ejemplos a lo largo de la historia, se han formado siempre de acuerdo con este procedimiento. La

razón moral nunca es capaz de funcionar al modo de la razón matemática; por tanto, no puede fundarse en «axiomas» o «principios» absolutamente demostrables y ciertos, sino en «máximas» a las que no cabe atribuir más que un carácter probable. Frente al enfoque principialista, pues, el enfoque casuístico.

EL PROCEDIMIENTO DE JONSEN, SIEGLER Y WINSLADE

En su libro *Clinical Ethics*⁷, A.R. Jonsen, M. Siegler y W.J. Winslade han tratado de aplicar este método a la realidad clínica. En la relación sanitario-paciente, dicen, hay siempre tres partes, el médico, el paciente y los que no son médico ni paciente (la familia, la sociedad, etc.), cada una de las cuales aporta a la relación su propia perspectiva ética. El enfermo hace presente en la relación sus opiniones, creencias, deseos, etc., es decir, su modo de entender su vida y su enfermedad. El sanitario aporta a la relación su saber técnico y profesional. La sociedad, en fin, la perspectiva del bien común y la justicia. De ahí que todo el proceso de la relación sanitario-paciente pueda entenderse como una negociación entre estas distintas partes. Desde la perspectiva de la ética de los principios, cabría decir que en esa relación el sanitario suele actuar de acuerdo con el principio ético de Beneficencia, el enfermo con el de Autonomía, y las terceras partes con el de Justicia. Pero Jonsen, Siegler y Winslade prefieren evitar este lenguaje, y titulan los capítulos de la siguiente manera: «Indicaciones para la intervención médica», «Preferencias de los pacientes» y «Factores socioeconómicos». Como capítulo intermedio entre estos dos últimos hay uno sobre «Calidad de vida»⁸. Estos factores vienen a corresponderse con los cuatro principios clásicos: No-maleficencia, Autonomía, Beneficencia y Justicia, bien que desprovistos de todo carácter de principios. Para Jonsen y Toulmin, no son «principios» morales absolutos, como han pretendido la mayoría de los filósofos, sino meros «tópicos». Aristóteles dijo en el libro del mismo nombre que los tópicos se diferencian de los principios absolutos en que éstos tienen carácter «apodíctico» y «cierto», en tanto que aquéllos son «opinables» y «probables». Para Aristóteles no es opinable que dos y dos son cuatro, pero sí lo es qué debe hacer un capitán de barco al que le sorprende una tempestad en alta mar, si atravesarla o volver al puerto de partida. Las cosas que este capitán debe tener en cuenta antes de tomar la decisión prudente se expresan en forma de «tópicos» o «máximas» (p. e., que cuando las olas tienen menos de 6 metros de altura, la tempestad puede

atravesarse sin peligro). Las máximas que son aceptadas por los capitales más sabios y prudentes, serán las más sensatas y sabias, y deberán ser tenidas en cuenta por todos los capitanes de barco que no quieran pasar por insensatos.

Esto mismo sucede en el orden moral. Las decisiones morales han de tomarse tras prudente deliberación, teniendo en cuenta unos ciertos tópicos, y a la vista de las máximas morales destiladas por la sabiduría práctica de siglos. Los tópicos bioéticos, según Jonsen, Siegler y Winslade, son los que se expresan en el cuadro adjunto.

Si se compara este esquema con los que derivan de David Thomasma, que estudiaremos en el capítulo cuarto, podrá verse las diferencias que los separan. Si en el procedimiento de Thomasma se va de los «hechos» a los «valores», aquí se parte del análisis de los «tópicos» y se les juzga desde «máximas»⁹. Las máximas morales condensan la sabiduría práctica de siglos, es decir, el modo como todos los hombres, o al menos los más

I. El caso clínico

II. Comentario moral

1. Criterios médicos:

- a) Enfermedades ACRE (agudas, reversibles, eficaz diagnóstico y tratamiento).
- b) Enfermedades CID (críticas, irreversibles, deletéreas o mortales).
 - Decisiones de suspensión de ayuda médica eficaz.
 - Órdenes de no reanimar.
 - Muerte cerebral.
- c) Enfermedades CEPA (crónicas, eficaz diagnóstico, tratamiento paliativo, ambulatorias).

2. Preferencias del paciente:

- a) Naturaleza ética, legal y psicológica de las preferencias del paciente.
- b) Competencia y capacidad para consentir o rehusar un tratamiento.
- c) Consentimiento informado y rechazo del tratamiento.
- d) Testamentos biológicos.
- e) Consentimiento de los allegados y consentimiento presunto.
- f) Preferencias de los menores.
- g) La desobediencia y los pacientes «difíciles».

sabios, han resuelto los conflictos morales. Para Jonsen éste es el modo de resolver casos morales, es decir, en esto consiste la casuística. Naturalmente, las máximas van variando con el paso de la historia. Hoy, por ejemplo, no son completamente asumibles las máximas del estoico Epicuro¹⁰. Y ello porque las máximas se crean a la vista de las situaciones reales y concretas, y nuestra situación histórica es muy distinta a la de la época del helenismo. Nosotros p.e., hombres modernos, vivimos en una cultura «liberal», en la que la libertad es un valor de rango muy elevado. Por eso hoy, dicen Jonsen, Siegler y Winslade en la introducción de su libro, «el orden inicial de los principios es (1) preferencias del paciente, (2) indicaciones médicas, (3) calidad de vida, (4) factores socioeconómicos»¹¹. Ciertamente, esta jerarquía inicial puede variar a lo largo del proceso, dado que a veces es evidente que la justicia tiene que estar por encima de la autonomía, etc. Pero la jerarquía inicial es esa, porque así lo considera prudente la sabiduría práctica propia de nuestra cultura.

3. Calidad de vida:

- a) Calidad de vida y supresión de terapéuticas ineficaces.
- b) Calidad de muerte y eutanasia.
- c) El tratamiento del dolor en pacientes terminales.
- d) Suicidio.

4. Factores socioeconómicos:

- a) El papel de las partes interesadas distintas del paciente, como por ejemplo los familiares.
- b) El costo de la asistencia sanitaria.
- c) La distribución de recursos sanitarios.
- d) La investigación.
- e) La enseñanza médica.
- f) Salud y bienestar de la comunidad.

III. Consejo moral

1. Escala ética:

- a) Preferencias del paciente.
- b) Indicaciones médicas.
- c) Calidad de vida.
- d) Factores socioeconómicos.

2. Consideraciones morales (el encuentro de I y II con la escala ética permite juzgar las razones y considerar el acto como):

- a) Permitido.
- b) Obligatorio.
- c) Prohibido.

EL PROCEDIMIENTO DE GALVESTON

A partir de la propuesta de Jonsen, Siegler y Winslade, los autores del Programa de Humanidades y Medicina Interna de la Universidad de Texas en Galveston, el centro de trabajo de Winslade, han puesto a punto el siguiente método de análisis de casos¹²:

I. Indicaciones para la intervención médica

1. ¿Cuáles son los hechos médicos específicos?
2. Si el tratamiento está indicado, ¿cuáles son las opciones terapéuticas, los posibles efectos colaterales y las consecuencias esperadas?
3. ¿Existen circunstancias especiales en este caso que planteen problemas éticos?

II. Preferencias del paciente

1. ¿Cuáles son las más importantes preferencias del paciente?
2. ¿Tiene el paciente capacidad para elegir?
3. ¿Cómo deben efectuarse el consentimiento y la información?

III. Calidad de vida

1. ¿Qué se entiende por consideraciones de calidad de vida?
2. ¿Cuándo surgen las cuestiones de calidad de vida?
3. ¿Cómo pueden resolverse?

IV. Factores no-clínicos

1. ¿Cuáles son los factores no clínicos en contraste con los factores clínicos?
2. ¿Qué factores son relevantes en este caso?
3. ¿Deben influenciar esos factores las decisiones clínicas en este caso?

V. Resumen del caso y plan de actuación

El éxito del procedimiento casuístico de Jonsen ha sido tal, que tras la publicación en 1988 de su libro *The Abuse of Casuistry*, ha pasado al primer plano de la actualidad. En la segunda parte de este trabajo volveremos sobre él.

NOTAS

¹ Cf. Stephen TOULMIN, *Human Understanding. I: The Collective Use and Evolution of Concepts*, Princeton, Princeton University Press, 1972.

² Albert R. JONSEN, «Casuistry and clinical Ethics», *Theoretical Medicine*, 1986, 7: 65-74.

³ Stephen E. TOULMIN, «The National Commission on Human Experimentation: Procedures and Outcomes», en H. Tristram ENGELHARDT, Jr. and Arthur L. CAPLAN (eds.), *Scientific Controversies: Case studies in the resolution and closure of disputes in science and technology*, Nueva York, Cambridge University Press, 1987, p. 610.

⁴ Albert R. JONSEN y Stephen TOULMIN, *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*. Berkeley-Los Angeles-Londres, University of California Press, 1988.

⁵ Cf. Diego GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989, p. 404.

⁶ Cf. Diego GRACIA, «Primum non nocere»: *El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica*, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1990, pp. 13 y ss.

⁷ Albert R. JONSEN, Mark SIEGLER y William J. WINSLADE, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine* (2.ª ed.), Nueva York, Macmillan Publishing Company, 1986.

⁸ Cf. Albert R. JONSEN, «Ethics in the Practice of Medicine», en James B. WINGAARDEN Y Lloyd H. SMITH, *Cecil Textbook of Medicine* (18.ª ed.), Filadelfia, W.B. Saunders, 1988, pp. 12-15 (Trad. esp. «La ética en la práctica de la medicina interna», *Tratado de Medicina Interna de Cecil* (12.ª ed.), Madrid, Interamericana, 1986, vol. 1, pp. 12-16.)

⁹ De nuevo remito al libro de JONSEN y TOULMIN, *The Abuse of Casuistry*.

¹⁰ Cf. EPICTETO, *Manual y Máximas*, México, Porrúa, 1975.

¹¹ A.R. JONSEN, M. SIEGLER y W.J. WINSLADE, *Clinical Ethics*, ed. cit., p. 7.

¹² J.E. SCHWINLE, D. BERNARD, R.M. KLUGE, D.F. HAYES y D.C. ALENSWORTH, *Ethics and Humanities Case Conferences in the Internal Medicine Clerkship: Framework for Case Presentations in Clinical Ethics*, Galveston, The Texas Humanities and Internal Medicine Project, 1985, fol. 2 (ejemplar mecanografiado).

4

Las éticas de la virtud y el método narrativo

LA ÉTICA DE LA VIRTUD COMO ALTERNATIVA

El modelo propuesto por Beauchamp y Childress ha tenido una amplísima aceptación, hasta el punto de que hoy es frecuente referirse a él como *the dominant approach* o *the dominant paradigm*, y también como *the Georgetown Mantra*. Sin embargo, ha recibido también múltiples críticas. Esas mismas denominaciones tienen ya un sentido crítico. Lo que más críticas ha recibido no es el sistema de principios, que todos de algún modo consideran válido, sino el carácter excesivamente «teórico» del modelo de éticas que proponen. Muy preocupados por mejorar los objetivos de conocimiento y de habilidades, los autores de ese paradigma parecen haber infravalorado los que quizá son más importantes en ética, los objetivos de actitudes. O dicho con otras palabras, es probable que el modelo de Beauchamp y Childress sirva para «resolver» conflictos, pero no está claro que pueda «evitarlos», ya que esos conflictos suelen deberse a malos hábitos (es decir, a vicios) adquiridos a lo largo del tiempo.

Esta crítica puede tener algo de injusta. De hecho, el libro de Beauchamp y Childress acaba con un capítulo titulado «Ideales, Virtud e Integridad», en que los autores llaman la atención sobre la importancia de los hábitos virtuosos y del buen carácter para el logro de una vida moral. Ahora bien, el hecho mismo de que esas sean las últimas páginas del libro demuestra que el tema de la virtud y del carácter, es decir, de los hábitos y las actitudes, tiene en él un puesto marginal. No es un azar que el párrafo titulado «Virtudes y carácter» comience con estas palabras: «En nuestras discusiones sobre lo correcto y lo incorrecto, los deberes y las obligaciones, así como sobre los ideales, hemos incidido sobre los actos en vez de sobre las agentes...»¹. El enfoque principialista, en efecto, se centra en el análisis de los actos, especialmente de los conflictivos, buscando el modo de resolver esos conflictos. Es una visión estrictamente intelectualista de la ética. Por el contrario, el enfoque propio de la ética de la virtud va dirigido

primariamente a los agentes y no a los actos, en orden a definir sus hábitos y actitudes de carácter, que son las que informarán todos los actos. El principialismo ético tiende a fijarse especialmente en los casos extremos, y por ello mismo excepcionales. La ética de la virtud, por el contrario, considera que debe atenderse sobre todo a los casos normales, es decir, a los más frecuentes y menos llamativos. Éstos tienen que ver por lo general con los hábitos y las actitudes de los profesionales sanitarios, que se expresan en todos y cada uno de sus actos profesionales.

En otro libro suyo, *Philosophical Ethics: An Introduction to Moral Philosophy*², Tom L. Beauchamp propone una tabla de correlaciones entre principios y virtudes, en un intento por integrar ambos enfoques. Hela aquí, con ciertas modificaciones:

<i>Principios fundamentales</i>	<i>Virtudes primarias</i>
Autonomía	Respeto de la autonomía
No-maleficencia	No-malevolencia
Beneficencia	Benevolencia
Justicia	Equidad
<i>Reglas derivadas</i>	<i>Virtudes secundarias</i>
Veracidad	Sinceridad
Secreto	Confidencialidad
Intimidad	Respeto de la intimidad
Fidelidad	Fe
<i>Acciones ideales</i>	<i>Virtudes ideales</i>
Perdón	Perdón
Beneficencia	Benevolencia
Actuar misericordiosamente	Misericordia
Dar generosamente	Generosidad

Principios y Virtudes

Lo que esa tabla quiere dar a entender es que todas las éticas de actos, como son las basadas en principios, acaban plasmándose en hábitos, es decir, en virtudes (o en vicios), y que por tanto no hay una dicotomía entre ambos enfoques. En cualquier caso, lo que sí parece claro es que en el primer tipo de éticas *predomina* el interés por los actos, en tanto que en el segundo el *predominio* pertenece a los hábitos y virtudes. Es un matiz del que se siguen importantes consecuencias, ya que en el primer enfoque los

objetivos primarios de la formación ética serán siempre los de conocimientos y habilidades, en tanto que en el segundo serán los de actitudes. Por esta divergencia, no puede extrañar que la ética de la virtud se haya visto como una alternativa a la ética de los principios. En el rigor de los términos no es así, ya que las éticas de la virtud han sido las tradicionales a todo lo largo de la historia de la medicina, y la alternativa nueva ha sido la ofrecida por las éticas de principios, no al revés. De cualquier modo, ante el enorme éxito del modelo principialista, y también ante su unilateralidad, no es extraño que los fueros de la virtud se hayan reivindicado con nuevos bríos³.

Uno de los primeros en plantear, a la vez que Alasdair MacIntyre, este enfoque como opuesto al principialista, fue Stanley Hauerwas, en sus libros *Vision and Virtue*⁴, *Truthfulness and Tragedy*⁵, *A Community of Character*⁶, y *Sufferin Presence*⁷. Un capítulo del libro *Truthfulness and Tragedy*, el titulado «Obligaciones y Virtud, una vez más», sirve muy bien para contextualizar este nuevo resurgir de la ética de la virtud. Se abre con una cita de William K. Frankena, que dice así: «Tengo la impresión de que la filosofía moral debe hacer algo más que aludir a la ética de la virtud en una nota a pie de página —o en un artículo o un capítulo. Debe explorar completamente la posibilidad de una ética satisfactoria de la virtud como alternativa o complemento a la ética de la obligación y del bien moral, no sólo describir en biografías o en la literatura el modo como vivieron las personas que admiramos, sino ver lo que hay de esa ética en nuestra “nueva moralidad” y cómo nosotros mismos deberíamos o al menos podríamos vivir»⁸. A partir de este texto, Hauerwas argumenta que la ética de los conflictos (e.d., la de los principios) no puede entenderse desligada del agente moral y de su tipo de vida y carácter. De ahí que la formación del carácter sea fundamental siempre, pero sobre todo en ética.

Otro autor importante en este movimiento ha sido William F. May, quien el año 1983, mientras formaba parte del *Kennedy Institute of Ethics*, y por tanto era compañero de Tom L. Beauchamp, escribió un libro titulado *The Physician's Covenant: Images of the Healer in Medical Ethics*⁹. En su introducción pueden leerse estas líneas, escritas en clara distancia de la ética de los principios: «En tanto que guías prácticas, las imágenes funcionan de modo diferente a los principios morales, e implican perspectivas de algún modo distintas sobre el agente moral. La ética filosófica, tal como usualmente se enseña, se basa menos en las imágenes que en los principios; no se ocupa del volumen ordinario de trabajo con el que el profesional tiene que habérselas sino de los casos excepcionales. Parte de la asunción de que el profesional está acosado por la incertidumbre a la hora de tomar decisiones concretas, y que llama en su ayuda al eticista para buscar el conjunto correcto de principios que le permitan resolver su incertidumbre... Las imágenes no funcionan de modo tan exitoso en esas situaciones que los

moralistas llaman casos difíciles. No sirven como un manual para sacar a quien tiene que tomar decisiones de un aprieto moral excepcional en el que no sabe qué hacer. Sin embargo, proporcionan una completa ordenación de la vida... que hace que la conducta moral se parezca más a un rito repetido que a un rompecabezas resuelto»¹⁰.

Esta crítica a la ética de los principios, en favor de una ética de la virtud, se encuentra también en el libro de James F. Drane, *Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics*¹¹. El título demuestra bien cómo nos hallamos de nuevo ante la ética de la virtud y el carácter, como alternativa a la de los principios. Comentando a Tom L. Beauchamp, Drane afirma que para este autor, como para la mayor parte de los eticistas americanos, la ética no tiene nada que ver con el carácter, ya que éste viene dado por la matriz cultural en que cada sujeto nace y se educa, y por tanto es previo a su contacto con la ética como disciplina. La ética no está directamente relacionada con el carácter sino con la reflexión racional sobre las acciones humanas¹².

A Drane este enfoque no le parece falso, pero sí claramente parcial. La ética no trata sólo de acciones, sino también de hábitos (virtudes) y de actitudes (carácter). Por eso considera que el enfoque europeo-mediterráneo de la ética médica, más basado en la idea de la virtud y en el carácter, puede ser complementario del norteamericano, dada la fijación de éste en el estudio intelectual de los actos y sus conflictos.

Es interesante señalar que para exponer la ética de la virtud, James F. Drane acude a varios autores españoles, en especial a José Luis Aranguren y a Pedro Laín Entralgo. A través del primero recibe Drane la doctrina zubiriana del carácter moral como «condición física» de la persona humana. La ética del carácter la basa Drane, por eso, en la obra de Aranguren¹³. Por el contrario, para profundizar en la ética de las virtudes utiliza la rica obra de Laín Entralgo. A partir de ella distingue en el médico seis dimensiones, a las que corresponden otras tantas virtudes. La primera es la dimensión médica, propia de los actos diagnósticos y terapéuticos, a la que corresponde la virtud de la *benevolencia*. La segunda es la dimensión espiritual (la comunicación verbal entre el médico y el paciente), a la que corresponde la virtud de la *veracidad*. La tercera es la dimensión volitiva (la toma de decisiones por parte del médico y el paciente), a la que corresponde la virtud del *respeto*. La cuarta es la dimensión afectiva (los sentimientos respectivos del médico y el paciente), a la que corresponde la virtud de la *amistad*. La quinta es la dimensión social (la relación médico-enfermo como acto social y público), a la que corresponde la virtud de la *justicia*. Y la sexta y última es la dimensión religiosa (el médico en ciertas situaciones toma el papel de sacerdote), a la que corresponde la virtud de la *religiosidad*¹⁴. El buen médico se distingue del malo, dice

Drane, en que posee estas virtudes y sabe ponerlas en obra en su relación con el paciente.

En consecuencia, vemos cómo hay una cierta oposición, aunque sólo sea parcial, entre las éticas principialistas, de carácter más intelectual, y las éticas de la virtud, más voluntaristas. La crítica que las éticas de la virtud han realizado del enfoque principialista, a pesar de su parcialidad, ha puesto en claro que el flanco débil de éste es la poca atención que concede a los hábitos y al carácter moral. Esta polarización de un enfoque en los actos y de otro en los hábitos y actitudes, permite entender por qué sus metodologías son completamente distintas¹⁵. Pero por ello mismo ambas tienen indiscutibles méritos. Del enfoque principialista deriva una metodología muy precisa para el análisis de hechos complejos y conflictivos, en tanto que los hábitos y las actitudes de los hombres que han destacado por su elevada moralidad sólo pueden describirse, narrarse. Éste es el procedimiento propio de las llamadas «vidas ejemplares». Todas las vidas de genios, héroes y santos entran de lleno en esta perspectiva. Los mismos Evangelios son casos paradigmáticos de ética narrativa. Realmente, las tradiciones religiosas han expresado su ética primariamente por esta vía, y sólo después la han convertido en un sistema racional y principialista. En cualquier caso, la narratividad no se limita al ámbito de las tradiciones religiosas. Hay ética narrativa civil o secular. Si en la religiosa hablábamos de «vidas ejemplares», aquí cabe utilizar el título cervantino de «novelas ejemplares». De hecho, toda la novelística está incurso de una u otra manera dentro de esto que llamamos ética narrativa. Éste es un procedimiento importante, pero que no convierte en inútil el propio del enfoque principialista. Hay situaciones en que es preciso echar mano de éste, y otras de aquél. Casi siempre los dos convergen, razón por la cual no pueden ni deben entenderse como rivales sino como complementarios.

EL PROCEDIMIENTO NARRATIVO

El enfoque narrativo tiene en común con el casuístico, que ya hemos descrito, el rechazo de toda razón abstracta y especulativa, y por tanto la negación de cualquier sistema de principios universales y abstractos. Frente a la razón especulativa, la razón discursiva o narrativa. Como escribe uno de sus secuaces, David B. Burrell, el enfoque principialista propio de la teoría ética contemporánea (que él llama *the Standard Account of Moral Rationality*), «en su interés por asegurar una fundamentación racional de la morali-

dad, ha ignorado o rechazado la importancia de la narrativa para la reflexión ética. Deseamos mostrar que éste ha sido un profundo error, que tiene como consecuencia una aproximación distorsionada a la experiencia moral»¹⁶. Esta crítica, que la ética narrativa comparte con la ética casuística, le lleva a Burrell a hacer un juicio que los casuistas, posiblemente, ya no compartirían. En su opinión es imposible comprender el funcionamiento de la razón práctica (que es la propia de la moralidad) con independencia del contexto narrativo. Este es, quizá, el punto de mayor divergencia entre casuismo y narrativismo. Para estos últimos, los narrativistas, la razón casuística no contextualiza adecuadamente el caso, y por tanto no acaba de comprenderlo en su integridad. Dicho de otro modo, casuismo y narrativismo están de acuerdo en aquello a que se oponen, pero difieren en el modo de entender la intelección del hecho concreto. Unos, los primeros, lo ven como un «caso» que se analiza; los segundos, como una «historia» que se narra. El caso es siempre un hecho o acto, en tanto que la historia es un proceso. El casuismo fija la realidad, parándola en un momento concreto; la narrativa, por el contrario, intenta aprehenderla en su decurso dinámico y vital. Por eso el método casuístico se basa en el estudio de los actos morales, en tanto que el enfoque narrativo se fija más en el carácter moral.

Todo esto hace del procedimiento narrativo un método especialmente útil para el análisis de los problemas morales. Dado su carácter estrictamente concreto y circunstanciado, los problemas éticos son más propios para un abordaje narrativo que para su enfoque abstracto y principialista. Por eso Burrell afirma que, primero, «el carácter y las nociones morales sólo adquieren sentido en una narrativa; y segundo, que narrativa y explicación están en íntima dependencia, razón por la cual los desacuerdos morales conllevan historias explicativas rivales»¹⁷. De esto se sigue que los conflictos éticos no deben entenderse tanto como conflictos de principios, cuanto como historias rivales. Estas historias, por lo demás, no difieren primaria ni principalmente por los actos de sus protagonistas, sino por sus hábitos (virtudes o vicios) y sus actitudes (carácter), razón por la cual los conflictos no se interpretan como un desacuerdo en los hechos o actos, sino en los hábitos y en el carácter; es decir, en la trama básica de la historia. Analizar el conflicto sólo en el nivel más superficial de los actos, piensan los narrativistas, es trivializarlo. De ahí que el enfoque narrativo, añaden, sea mucho más profundo y comprensivo que el propio de la razón especulativa y abstracta.

La ética narrativa cada vez goza de mayor predicamento, aunque sólo sea por su gran fuerza pedagógica. A pocas personas les agrada estudiarse un libro sobre las teorías éticas, pero todo el mundo está dispuesto a oír historias, o aceptar leer una novela y discutir el caso bioético que ella plantee. Un ejemplo paradigmático de esto lo constituye la obra de León

Tolstoy, *La muerte de Ivan Illich*¹⁸, recurso obligado de todas las exposiciones sobre la ética de la muerte humana. Por otra parte, la creciente atención que se viene concediendo en los programas docentes de las Facultades de Medicina al estudio de los problemas médicos tal y como vienen reflejados por las obras literarias, hace que este tipo de aproximación a la bioética sea cada vez más usual. Los seminarios sobre «Medicina y Literatura», que tanto se han prodigado en estos últimos años, ofrecen un material riquísimo, que se convierte en base para las ulteriores discusiones éticas.

Hay otra razón en favor de esta metodología. La vida humana, la de cada cual, es una tarea moral en tanto cada hombre tiene que ir dotándola de argumento. El vivir consiste siempre en la progresiva creación de la propia auto-biografía. Cada vida es una novela, y cada hombre su autor. En este sentido cabe decir que el problema moral del hombre es siempre el de la constitución del argumento de su vida, pura narratividad. Pocos han visto esto con tanta perspicacia como dos filósofos españoles, José Ortega y Gasset y Julián Marías. Por eso las historias morales son aquellas que a cada hombre le ayuden a llevar a cabo su propio proyecto vital. No todos admiramos a los mismos héroes ni tratamos de imitar a los mismos santos. Burrell analiza a este respecto las *Confesiones* de San Agustín, donde se ve el modo como la cuestión moral por antonomasia de todo hombre es siempre el argumento de la propia vida, la búsqueda del propio proyecto de perfección y felicidad. No hay dos historias iguales, como no hay dos hombres iguales. Por eso, concluyen los narrativistas, todo intento de explicar los problemas morales desde una racionalidad universalista y abstracta estará siempre y por definición condenado al fracaso.

También hay argumentos, obviamente, en contra de la ética narrativa. Este enfoque, como los otros que hasta aquí hemos estudiado, tiene siempre el peligro de absolutizarse, confundiendo la parte con el todo. Ciertamente que la gran tarea moral del hombre, de cada hombre, es construir el argumento de su vida, ir haciendo real su propio ideal de perfección y de felicidad, y que esto no puede ser descrito con criterios universales, ya que cada proyecto es —poco o mucho— distinto. Pero esta verdad no puede hacernos olvidar otra no menos evidente, a saber, que en la vida moral de los hombres hay, junto a ese momento de particularidad, otro de universalidad. En aquél todos somos distintos, y debemos ser respetados en nuestro proyecto de perfección y felicidad, que para cada uno es una tarea moral obligatoria, imperativa e ineludible. Pero en este otro momento, el de universalidad, todos los hombres somos iguales y merecemos igual consideración y respeto. Este nivel constituye la ética de mínimos que todos tenemos que aceptar como común; el otro, la ética de máximos que cada uno se impone a sí mismo. Mi personal opinión es que el enfoque principialista y el casuís-

tico son especialmente propicios para el nivel de la ética de mínimos, en tanto que los enfoques basados en la ética de la virtud y el carácter y la narratividad son más apropiados para el estudio y comprensión del nivel de la ética de máximos. Por eso en la práctica lo más adecuado es combinar ambos. Debidamente utilizados, unos y otros pueden resultar complementarios.

ÉTICA NARRATIVA Y MEDICINA

La pertinencia del enfoque narrativo en medicina es evidente. De hecho, la ciencia médica convierte todo «caso» en una «historia», la llamada «historia clínica». El problema está en no reducir artificialmente el contenido de la historia clínica. Para los médicos clásicos, por ejemplo los clínicos del siglo XIX, la historia clínica no tenía por objeto la comprensión de la biografía del paciente, sino sólo el análisis de ciertos datos referentes a su enfermedad actual. Fue a partir de Freud cuando comenzó a ser evidente que toda historia clínica, si quiere ser completa, ha de tener en cuenta el conjunto entero de las vivencias del sujeto. Con lo cual la historia clínica acaba identificándose con la biografía. De este modo, la enfermedad empieza a concebirse como un episodio biográfico, que sólo adquiere sentido en el interior de ese contexto. Esto es algo que desde mucho antes habían intuido los escritores y literatos, especialmente los novelistas. De ahí que el enfoque narrativo suela utilizar como material de trabajo las novelas de tema médico.

La relación médico-paciente es un proceso narrativo. Howard Brody ha dedicado un capítulo de su libro *Stories of Sickness* a este tema, «The Physician-Patient Relationship as a Narrative»¹⁹. La tesis de Brody es que hay dos tipos de ética médica, que él denomina *relational ethics* y *decisional ethics*, cada uno de los cuales se corresponde con uno de los dos niveles fundamentales de la asistencia sanitaria, el primario o propio del trabajo en la comunidad y el terciario o específico de la práctica hospitalaria. Si aquél se caracteriza por ser predominantemente preventivo, éste es en su casi totalidad curativo. De ahí que los problemas éticos sean distintos. En la medicina curativa las cuestiones morales que se plantean tienen que ver prácticamente siempre con la toma urgente de decisiones diagnósticas o terapéuticas. Tal es la razón de que en ese ámbito el enfoque deba ser preponderantemente decisional o decisorio. En la medicina de comunidad, por contra, las cuestiones éticas que se plantean tienen un carácter mucho

más cotidiano, lo que las hace perder en dramatismo y urgencia, pero ganar en profundidad. Ahí es donde se fraguan los hábitos y las actitudes que van a guiar a los seres humanos a todo lo largo de su vida. En este campo los procedimientos éticos no tienen que ser básicamente decisivos, dice Brody, sino relacionales. Entre uno y otro hay la misma diferencia que entre la curación y la prevención.

A partir de estas premisas, Brody saca la conclusión de que la ética narrativa es particularmente útil en medicina familiar y comunitaria. No se trata de una cuestión de mero matiz. El enfoque narrativo ha de atender al contexto mucho más que el puramente decisivo. No se puede hacer ética narrativa sin un profundo conocimiento del medio. Esto hace, por otra parte, que algunos de los principios intangibles de la ética decisiva entren aquí en cuestión. Por ejemplo, el respeto a la intimidad y la privacidad. El médico de familia se verá introducido en lo más recóndito de la vida de los individuos y las comunidades. Y tendrá que opinar sobre cosas que de algún modo comprometen su neutralidad. De ahí que tampoco el tema de la autonomía tenga el mismo contenido en la medicina primaria que en la terciaria. En esta última todo se reduce, a la postre, al rito del consentimiento informado. En la otra, por el contrario, la información es un largo proceso de muchas sesiones, probablemente de meses o años, y tiene un carácter básicamente educativo. No parece arriesgado afirmar, por ello, que la medicina de familia se encuentra muchas veces lindando con el paternalismo.

Para explicar la diferencia entre la ética relacional y la decisiva, Brody acude al ejemplo de la Unidad de Cuidados Intensivos. En ella hay varios enfermos, ninguno de los cuales tiene una historia previa de relación con los demás, ni tampoco con el médico. El tiempo en que van a estar en compañía es muy limitado, y además se espera que los profesionales actúen en esa unidad de modos rigurosamente reglamentados. Por el contrario, en el despacho de un médico de comunidad se establece una relación que ambos piensan que va a durar mucho tiempo, y en la que las decisiones concretas son probablemente menos importantes que el mantenimiento de la propia relación. Por eso en la ética decisiva las cuestiones son del tipo siguiente: «¿Puedo yo revelar esta información concreta a este paciente en este momento?», en tanto que en la ética relacional es muy probable que se planteen de esta otra forma: «¿Qué puedo yo suponer que conoce este paciente, a la vista de nuestras conversaciones anteriores? Sobre la base de nuestras anteriores entrevistas, ¿qué pienso yo que quiere conocer? ¿Qué debería decirle ahora? ¿Cómo sabré hasta qué punto lo que le diga afecta al paciente? ¿Cuál será mi próxima oportunidad para ampliar o para modificar lo que le quiero decir, a la vista de su reacción?»²⁰.

La medicina de familia es a la vez preventiva y educativa. Y en ambos

sentidos tiene en ella una mayor relevancia el método narrativo que el propiamente decisivo. Cabría decir, además, que este método se ajusta siempre mejor a la realidad de la enfermedad humana, ya que ésta nunca es un hecho aislado, desligable del contexto de la vida y de la historia del individuo y la comunidad que la padecen. Quizá por esto, Brody llega a decir que a veces el modo de producir médicos más compasivos puede pasar por la abolición de los cursos de ética médica, en favor de otros de medicina y literatura. Y aunque tal modo de pensar es probablemente exagerado, de lo que no cabe duda, añade, es de que la amplitud de miras de una narrativa capaz de captar la respuesta individualizada del paciente al episodio de la enfermedad, debe ser uno de los ingredientes fundamentales de la compasión que buscamos²¹. El método ético decisivo tiene que ver fundamentalmente con la educación de los conocimientos y las habilidades, pero no de las actitudes. Sólo por la vía de las éticas de la virtud y los procedimientos narrativos, la educación de las actitudes de los médicos y los pacientes, que todos deseamos, será verdaderamente posible.

NOTAS

- ¹ Tom L. BEAUCHAMP Y James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Nueva York, Oxford University Press, 1979, p. 233.
- ² T. L. BEAUCHAMP, *Philosophical Ethics: An Introduction to Moral Philosophy*, Nueva York, McGraw-Hill, 1982, p. 165.
- ³ Cf. Alasdair MACINTYRE, *After Virtue. A Study in Moral Theory*, 2 ed., Notre Dame, Indiana, University of Notre Dame Press, 1984.
- ⁴ Stanley HAUERWAS, *Vision and Virtue*, Notre Dame, Indiana, Fides, 1974.
- ⁵ Stanley HAUERWAS, *Truthfulness and Tragedy*, Notre Dame, Indiana, University of Notre Dame Press, 1977.
- ⁶ S. HAUERWAS, *A Community of Character: Toward a Constructive Christian Social Ethic*, Notre Dame, Indiana, University of Notre Dame, 1981.
- ⁷ S. HAUERWAS, *Suffering Presence: Theological Reflections on Medicine. The Mentally Handicapped and the Church*, Notre Dame, Indiana, Notre Dame University Press, 1986.
- ⁸ William K. FRANKENA, «Prichard and the Ethics of Virtue», *Monist*, 1970, 54: 17.
- ⁹ William F. MAY, *The Physician's Covenant: Images of the Healer in Medical Ethics*, Filadelfia, The Westminster Press, 1983.
- ¹⁰ *Op. cit.*, pp. 19 y 20.
- ¹¹ James F. DRANE, *Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics*, Kansas City, Montana, Sheed & Ward, 1988.
- ¹² Cf. *Op. cit.*, p. 136.
- ¹³ Cf. el capítulo 11 del libro: «What the Word "Ethics" Means?», pp. 168-173.
- ¹⁴ Cf. pp. 23-29.
- ¹⁵ Cf. Warren REICH, «La Bioética negli Stati Uniti», en Corrado VIAFORA (ed.), *Vent'anni di Bioetica*, Padova, Fondazione Lanza/Gregoriana Libreria Editrice, 1990, pp. 141-175 (esp. pp. 169-174). Cf. también W. REICH (ed.), *Experience as Source of Bioethics*, de próxima aparición.
- ¹⁶ David B. BURRELL, «From System to Story: An Alternative Pattern for Rationality in Ethics», en Stanley HAUERWAS, *Truthfulness and Tragedy*. Notre Dame (Indiana), University of Notre Dame Press, 1977, p. 15.
- ¹⁷ Cf. BURRELL, *Op. cit.*, p. 15.
- ¹⁸ Cf. León TOLSTOY, *La muerte de Iván Illich y otros relatos*, Barcelona, Orbis, 1982.
- ¹⁹ Howard BRODY, *Stories of Sickness*, New Haven-Londres, Yale University Press, 1987, pp. 171-181.
- ²⁰ Howard BRODY, *Op. cit.*, pp. 172 y 173.
- ²¹ H. BRODY, *Op. cit.*, «Concluding Remarks», p. 183.

5

El enfoque clínico

He de referirme ahora a un conjunto de procedimientos que no derivan directamente de los trabajos de la *National Commission*, y que tampoco se basan en los patrones de la clásica ética de la virtud. Su inspiración viene directamente de la medicina, más concretamente, de la clínica. Mil veces se ha dicho que la clínica y la ética se asemejan en que ambas han de decidir sobre seres humanos, y sobre hombres que se hallan en situaciones comprometidas y conflictivas. Para resolver estos conflictos, los médicos utilizan ciertos procedimientos clásicos, que son en última instancia los que sintetiza la historia clínica. ¿Sería posible ampliar este procedimiento, haciéndole válido para el abordaje de los problemas éticos que plantean los pacientes? ¿Tiene sentido prolongar el método clínico, hasta convertirle en el método propio de la ética clínica?

Uno de los primeros en responder afirmativamente a esta pregunta fue David C. Thomasma, que cuando inició la enseñanza de la ética clínica, en 1973, era Director del Programa de Valores Humanos y Ética y Profesor de Filosofía y Medicina en el Centro de Ciencias Sanitarias de la Universidad de Tennessee. Uno de los primeros problemas con los que hubo de enfrentarse fue el de cómo proceder en el análisis metódico de las cuestiones éticas planteadas por los casos clínicos. Como siempre sucede, al principio otorgó mucha mayor relevancia a la teoría que a la práctica. De ahí que la primera utilización que hizo de los casos fue simplemente para ejemplificar las diversas teorías morales. Los casos clínicos servían para comparar los distintos enfoques teóricos, y ver cuál de ellos resultaba más correcto. Sólo en una segunda fase, directamente práctica, utilizó la historia clínica no como ilustración de la teoría, sino como punto de partida del proceso racional de toma de decisiones. Esto le llevó, pasados los años, a proponer un procedimiento específico de análisis de problemas éticos en medicina clínica, que denominó *ethical work-up*. Dada su importancia, vamos a estudiar su génesis con un cierto detenimiento.

LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS: HANSEN, BERGSMA

La *National Commission* se limitó al estudio de los problemas éticos planteados por la utilización de seres humanos como sujetos de experimentación biológica. Era un campo de enorme trascendencia, pero en cualquier caso muy distinto al de la práctica clínica diaria. De ahí que a pesar de su labor, siguiera abierta la cuestión de cómo abordar los problemas éticos propios de la relación sanitario-paciente. Esta relación había sufrido a comienzos de la década de los setenta un cambio muy brusco, como consecuencia de la rápida emancipación de los pacientes y la aparición de los primeros códigos de derechos de los enfermos. De tener un rol meramente pasivo, los pacientes pasaron a desempeñar otro mucho más activo, en el que exigían tomar parte en el proceso de toma de decisiones. De la vieja ética de la obediencia se pasó a otra, basada en la idea de autonomía. Esto hizo que los conflictos aumentaran exponencialmente, y que se hiciera cada vez más perentoria la búsqueda de soluciones efectivas. Como los conflictos eran a la postre psicológicos, se pidió colaboración a los psicólogos, y se intentó aprender de ellos. Esto es lo que sucedió, por ejemplo, en el verano de 1977, cuando dos de los más significativos líderes de la bioética norteamericana, Edmund D. Pellegrino, entonces Profesor de Medicina Interna y Presidente y Director del Consejo del Centro Médico de Yale-New Haven, y David Thomasma coincidieron en la Universidad de Yale con Jurrit Bergsma, Director del Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Utrech. Bergsma acababa de publicar en holandés un libro titulado *Somatopsicología: Dimensiones psicosociales de la asistencia sanitaria*. En él estudiaba los problemas psicológicos de las enfermedades somáticas (no los de las enfermedades psíquicas o propiamente psiquiátricas). Esas enfermedades son las que el médico maneja en su práctica diaria. De ahí que parte muy importante de la Somatopsicología sea el estudio de los conflictos psicológicos propios de la relación médico-enfermo. Bergsma estudia esta relación como un proceso conjunto de toma de decisiones (*workup*). Lo que el paciente aporta a esa relación es un sistema de valores y la enfermedad; y lo que el médico aporta es otro sistema de valores y unos conocimientos cualificados. Todos estos factores son de algún modo «previos» a la relación, que «en sí» consiste en un proceso de intercambio de información y de toma de decisiones. Para esto hay que ponderar las alternativas posibles, teniendo en cuenta que en esta ponderación intervienen no sólo los hechos biológicos y médicos, sino también los sistemas de valores, tanto del médico como del enfermo. De ahí que eso que antes hemos llamado ponderación comprenda en el fondo tres funciones, que Bergsma llama «ordenación», «priorización» y «elección».

La primera, la ordenación, consiste en el proceso conjunto de elaboración de una jerarquía de posibilidades aceptable por ambos. Bergsma opina que el diálogo que se necesita para llevar a cabo ese proceso hace que cada uno vaya poniéndose en el lugar del otro, abandonando así sus criterios excesivamente subjetivos y concediendo prioridad a los propiamente «objetivos». Este es un proceso duro y complejo, en el que el paciente tiene que adquirir distancia no sólo respecto de su propia subjetividad, sino también respecto de la situación social y aun de su propio cuerpo. Sólo cuando esto sucede, el enfermo es capaz de ordenar los hechos de modo «auténtico». Una vez conseguida una ordenación auténtica, el establecimiento de las prioridades no ofrecerá dificultad, ni por tanto la toma de decisiones. Bergsma añade que han sido las discusiones ético-médicas sobre el aborto y la eutanasia las que nos han llevado a valorar la importancia y el derecho de los pacientes en la toma de decisiones.

A partir de aquí, se comprende que Pellegrino y Thomasma decidieran enfocar la bioética clínica como un proceso de toma de decisiones más o menos conflictivas. En 1972, Hansen había propuesto interpretar el proceso de toma de decisiones como una serie de conflictos en la que cada conflicto, cada momento de la serie, podía ser estudiado desde un número de diferentes puntos de vista¹:

1. Las circunstancias que iniciaron el conflicto;
2. El nivel de conflicto percibido que se manifestó al comienzo del proceso;
3. El nivel de conflicto tolerable;
4. Las alternativas posibles;
5. La estructura de valores en juego;
6. Las creencias en relación con alternativas de valores;
7. La información disponible;
8. La elección del principio aplicado;
9. La alternativa elegida;
10. El nivel de conflicto que se sigue de la elección;
11. La magnitud y naturaleza de los procesos consecutivos;
12. Consecuencias comportamentales de la elección (acciones elegidas);
13. Consecuencias cognitivas de la elección (información almacenada en la memoria, modificación de valores y creencias, y similares).

El proceso de toma de decisiones clínicas según Hansen.

Tales son las fases de un proceso racional de toma de decisiones, cuando éstas resultan conflictivas. Bergsma acepta este modelo y lo aplica a

la relación médico-enfermo, bien que simplificándolo. En su opinión, habría una primera fase de «percepción» mutua del médico y del enfermo, con sus valores, etc. Después vendría la fase de «información», seguida de la «ponderación de alternativas». Esto llevaría a la «ordenación», después a la «priorización» y finalmente a la «elección». La resolución de los conflictos de la relación médico-paciente, concluye Bergsma, no depende tanto de los aspectos lógicos y filosóficos del juicio clínico, cuanto de la corrección en el proceso psicológico de la toma de decisiones. Este argumento debió impresionar profundamente a David Thomsma en 1977, y eso explica que se decidiera a traducir el libro de Bergsma al inglés, y que al final del prefacio que redactó para la edición inglesa escribiera: «Muy frecuentemente, la ética médica se limita a sí misma a aplicar ampliamente los principios éticos, en vez de ofrecer comentarios útiles sobre los problemas de los pacientes y las perplejidades de los profesionales sanitarios. En otras palabras, en orden a ser efectiva, la ética médica debe atender a la realidad de los aspectos sociológicos y psicológicos de la enfermedad y el tratamiento, para lo cual encontrará ideas importantes en esta obra. Hallando la base más propia y realista de las reflexiones éticas en un entramado de análisis descriptivos de la conducta humana, la ética médica puede también hacer recomendaciones sobre los problemas del cuidado del paciente»².

EL PROCEDIMIENTO DE DAVID C. THOMASMA

A partir de estos presupuestos, se entiende que en 1978 publicara David. C. Thomsma un artículo titulado «Training in Medical Ethics: An Ethical Workup»³, en el que proponía un procedimiento concreto de toma de decisiones bioéticas. La tesis del trabajo es que el análisis ético de los casos clínicos requiere una mayor sensibilidad para la situación concreta de los pacientes de la que suelen estar dispuestos a conceder los bioeticistas. Por eso, Thomsma considera particularmente inapropiado aplicar las teorías éticas generales a todos los casos, sin atender a los factores que pueden permitir una elección entre los varios principios éticos que se hallen en juego. Estos factores son de dos tipos: de una parte los «hechos» (p.e., los datos clínicos) y por otra los «valores» (del paciente, del médico, de la sociedad). Lo que este procedimiento pretende, es articular hechos y valores en el interior de la relación clínica. Es un tipo de enfoque que concede a los hechos clínicos una importancia ética fundamental, quizá mayor que en

ninguno de los métodos anteriores. En este método, como en todos los que derivan de él, «los datos médicos funcionan como una regla moral»⁴.

A partir de esos presupuestos, Thomsma propuso un procedimiento de toma de decisiones en casos concretos, lo que él denominó *an ethical work-up*⁵. En su forma primitiva, este método era el siguiente:

1. Identifica todos los factores médicos y todos los hechos significativos del caso. Asegúrate del mejor modo posible de los hechos médicos y de sus probables consecuencias.
2. Identifica los factores humanos significativos del caso. Entre ellos pueden estar la edad del paciente, sus actitudes, ocupación, situación familiar, datos de su biografía en relación a actitudes y valores, creencias religiosas si las tiene, etc.
3. Identifica todos los valores presentes en el caso (médicos, profesionales o humanos), tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios y las demás personas relevantes involucradas en el caso.
4. Identifica y especifica todos los conflictos de valores importantes del caso.
5. Establece prioridades entre los valores que están en conflicto y da razones de tu decisión. Este paso es el de la toma de decisión, pero cualquier decisión puede ser cambiada como consecuencia de la reflexión resultante del auto-examen (paso 6).
6. Identifica los criterios que has usado para llegar a la decisión:
 - A. Normas éticas fundantes. (Si detectas alguna similitud con teorías éticas básicas explicadas en clase, identifica estas similitudes).
 - B. Presupuestos metaéticos. (¿Cómo elegirías un valor sobre otro? ¿Cómo decidirías que *esta* decisión, basada en *este* valor, pudiera ser moral?).
 - C. Critica tus propias razones a favor de la decisión tomada en el paso 5, y presenta tu decisión final.

Procedimiento de D. Thomsma (1978).

Este método ha sufrido con el tiempo varias modificaciones⁶, y en la actualidad tiene la forma expresada en la página siguiente⁷.

En este procedimiento intentan armonizarse los «hechos» objetivos con los «valores» de todos los implicados, en particular con los del enfermo. Hechos y valores aparecen siempre unidos en un contexto concreto, y esta es la razón de que Thomsma proponga analizarlos conjuntamente en lo que denomina una matriz o parrilla contextual (*contextual grid*). Los

1. Describe todos los hechos del caso. Asegúrate de investigar cada hecho médico no presente en el caso, pero posiblemente relevante para su resolución.
2. Describe los valores relevantes de los médicos, los pacientes, los miembros de la casa y los del hospital, el propio hospital y la sociedad. Ésta no será una lista exhaustiva.
3. Determina el principal valor amenazado, p.e., ¿es éste un caso que exige al médico curar contra los deseos del paciente?
4. Determina los posibles cursos de acción que pueden proteger en ese caso concreto el mayor número posible de valores.
5. Elige un curso de acción.
6. Defiende este curso de acción a partir de los valores que le fundamentan, p.e., ¿por qué se ha elegido un valor sobre otro en este caso? ¿Por qué es el curso de acción X mejor que Y?

Procedimiento de D. Thomasma (1990).

hechos médicos se sitúan en el eje de ordenadas, de acuerdo con su gravedad. Por esta razón, Thomasma distingue tres niveles, el propio de la asistencia primera, el de la secundaria y el de la terciaria, en la idea de que el asalto a la integridad física del paciente es progresivamente mayor en cada uno de esos niveles, razón por la cual los deseos del paciente tienen más posibilidades de ser respetados en el primero que en el último. En el eje de abscisas se sitúan las personas afectadas, que en el primer caso es sólo el propio individuo, en el segundo la familia y en el tercero la sociedad. Como es obvio, cuanto mayor sea el número de personas afectadas, la complejidad de los valores defendidos por cada una de ellas será creciente, con lo cual pasará a primer término la obligación de proteger la integridad y el bienestar de la mayor parte de ellas. El resultado de combinar esos dos tipos de variables es un cuadro como el de la página siguiente⁸.

Adviértase que la finalidad de esa matriz es describir del modo más objetivo posible el contexto, a fin de que él nos permita ordenar los valores en juego y conceder prioridad a uno sobre los demás a la hora de tomar una decisión o indicar un curso de acción. A este respecto, Thomasma se atreve a establecer una especie de leyes. Dos se refieren al desplazamiento a través del eje de las abscisas, y dicen así: Primera, «cuanto más se desplaza uno hacia la derecha, menos importantes resultan los derechos individuales y más valor adquiere el axioma de la beneficencia»; y segunda, «cuanto más se desplaza uno a través del eje horizontal, menos papel juega la res-

3A	3B	3C
2A	2B	2C
1A	1B	1C

Matriz contextual de D. Thomasma.

ponsabilidad personal del médico, y más peso adquieren las responsabilidades sociales de los profesionales sanitarios»⁹. Respecto al eje de ordenadas, es claro que en el nivel primario los valores del paciente tienen prioridad sobre todos los demás, a diferencia de lo que sucede en el terciario.

Thomasma considera que esta matriz descriptiva puede ser de utilidad como un correctivo de los enfoques principialistas, «que descuidan el contexto clínico de la medicina»¹⁰. Esta matriz contextual debe considerarse sólo un ejemplo del modo como las reglas morales se aplican de forma variable según el contexto. Lo único que quiere dar a entender es que según el contexto (es decir, según los «hechos» o «factores» del caso), unos «valores» adquieren prioridad sobre los otros. «Así, el principio de autonomía es más probable que se convierta en el fundamental en el contexto de la asistencia primaria que en el de la terciaria, dado que en estas situaciones la autonomía del paciente está prácticamente siempre disminuida, y por tanto el respeto a ese principio ha de ser menor que el de preservar la vida y/o restaurar la salud»¹¹. Del mismo modo, la regla de respeto a la autonomía tendrá más fuerza en los casos en que no se sigue un perjuicio para otros que en los casos en que hay razones de bien común que se oponen a esa decisión autónoma.

Como se ve, la matriz que propone Thomasma tiene por objeto analizar con todo rigor los hechos del contexto, a fin de que ellos nos permitan ordenar los valores y ver cuál tiene precedencia sobre los demás en ese contexto concreto. La matriz no dice, por ejemplo, que en la asistencia terciaria no deba respetarse la autonomía, como si ese valor en tal situación dejara de serlo; lo único que afirma es que a la vista de los hechos, otros pueden convertirse en prioritarios. Es un procedimiento de decisión, no otra cosa. Y dada la importancia que tiene todo el proceso de toma de decisiones éticas, se comprende que, con unas u otras modificaciones, con o sin matriz contextual, el procedimiento de David C. Thomasma haya tenido una enorme aceptación en el ámbito de la bioética norteamericana¹².

EDMUND D. PELLEGRINO

Por su parte, Edmund D. Pellegrino, con quien Bergsma y Thomasma estuvieron trabajando en 1977 en Yale, se trasladó poco después a Washington, donde ha sido durante bastantes años Director del Instituto Kennedy de Ética en la Universidad Georgetown. Su relación con Thomasma no ha hecho más que acrecentarse con el paso de los años, como lo demuestra los varios libros que han escrito juntos¹³. En el primero de ellos ambos autores se plantean explícitamente el problema de cómo resolver los conflictos éticos. Hablar de «conflictos morales», dicen, no deja de ser una redundancia. La vida moral es por definición conflictiva, ya que consiste en la elección entre valores o bienes mutuamente exclusivos. Y añaden:

En el proceso de toma de decisiones, emergen inmediatamente las siguientes cuestiones: ¿Cuál es el conflicto? ¿Cómo puede ser resuelto? ¿Por qué se escoge esta solución y no otra?

En el centro del conflicto moral están los valores, y la problemática moral es una problemática de valores. En el conflicto, los valores se presentan tan desordenados como conflictivos. Por ello, junto al problema del conflicto de valores está el problema previo de reunir cuidadosamente los valores presentes o posibles en una situación dada.

Por tanto, la toma de decisión ética envuelve parcialmente ambas cosas, identificar los valores que aparecen desordenados y poner los valores en conflicto en una relación de prioridad. Este

es un punto importante. Los eticistas intentan a menudo dar un brinco a la resolución del conflicto, ignorando el hecho de que los valores pueden ser cuestionables o confusos en ciertos casos. En orden a lograr una decisión moral del tipo «X es mejor que Y en este caso», no sólo se debe resolver el conflicto entre X e Y, sino que antes se deben identificar claramente X e Y como valores significativos o relevantes en la situación médica.

En consecuencia, la situación moralmente problemática puede ser descrita como un cálculo. En el proceso moral, se comienza con los valores confusos y desordenados, que constituyen el límite inferior del cálculo, y se procede a clarificar los valores y conceder prioridad a la elección de algunos de ellos. Este es el límite superior del cálculo de valores¹⁴.

Este párrafo es importante porque describe con gran claridad el procedimiento de Thomasma y Pellegrino para la resolución de los conflictos de valores, punto central de sus respectivas metodologías. En consecuencia, el procedimiento de toma de decisiones éticas consta, cuando menos, de los siguientes pasos: identificación de valores, clarificación, priorización o jerarquización y elección. Como paso previo está, obviamente, el análisis y estudio de los problemas médicos del enfermo. A partir de estos datos, Pellegrino ha elaborado un cuestionario de diez puntos¹⁵, a modo de pauta que ayude en la toma de decisiones. Los puntos son los siguientes:

1. ¿Cuáles son los hechos científicos y técnicos? ¿Qué alternativas de actuación ofrecen?
2. ¿Qué dilemas éticos plantean esas elecciones? ¿Qué principios éticos están en juego?
3. ¿Quién es el paciente y cuáles son sus valores?
4. ¿Quién es el médico y cuáles son sus valores?
5. ¿Están en conflicto los valores del médico y del paciente?
6. ¿A qué nivel ético emergen? ¿En qué asunciones prelógicas se basan?
7. ¿Es el conflicto resoluble de modo que respete la opción moral de todas las partes?
8. Haz una elección moral para este caso; una que sea «buena» para este paciente.
9. ¿Implica esa elección un proceso de consentimiento moralmente defendible?
10. Revisa cada paso. ¿Eres capaz de defenderlo con criterios racionales?

Este procedimiento ha sido reelaborado por E. Pellegrino en los últimos años, distinguiendo dos niveles que en él aparecen indiscernidos, el sustantivo y el procedimental¹⁶. En la nueva formulación, los temas propios del nivel sustantivo se agrupan en torno a cuatro ejes: naturaleza de la relación médico-paciente (con sus diferentes formas: sacerdotal, paternalista, contractual, científica, etc.); conocimiento de las teorías éticas (emotivistas, utilitaristas, naturalistas, de la virtud, etc.) y de los principios implicados en las decisiones ético-clínicas (beneficencia, justicia, autonomía); interpretación que los médicos hacen sobre la base de estos fundamentos teóricos; y, finalmente, identificación y conocimiento de los fundamentos últimos de la moralidad (teónomo, heterónomo, autónomo; revelado, naturalista, etc.). Por su parte, el nivel procedimental consta de cinco pasos, que permiten al individuo decidir el curso de acción conveniente. Esos cinco pasos son: establecer los hechos técnicos del problema específico; determinar cuál es el mejor interés del paciente; definir las cuestiones éticas y los principios involucrados en el problema específico; formular una decisión en términos claros y concretos; y, finalmente, justificar esa decisión. En síntesis, pues, el nuevo procedimiento que Pellegrino propone es el siguiente:

I. Análisis sustantivo:

1. Naturaleza de la relación médico-paciente:
 - Sacerdotal
 - Paternalista
 - Contractual
 - Científica
 - Etc.
2. Conocimiento de la teoría ética:
 - Teorías morales (teleológicas, deontológicas)
 - Principios éticos (beneficencia, autonomía, justicia)
3. Interpretación que los médicos hacen de estos fundamentos teóricos:
 - Juramentos
 - Códigos
 - Etc.
4. Fundamento último de la moralidad:
 - Teónomo
 - Heterónomo
 - Autónomo
 - Etc.

II. Análisis procedimental:

1. Establecer los hechos clínicos relevantes:
 - Historia natural de la enfermedad
 - Opciones de tratamiento
 - Situaciones especiales
2. Determinar cuál es el mejor interés del paciente:
3. Definir las cuestiones éticas y los principios involucrados en el caso:
 - Ética sustantiva (principios que están en juego; conflicto de principios; obligaciones del profesional de la salud; ¿son los conflictos resolubles?; ¿cómo?).
 - Ética procedimental (¿quién decide?; ¿hay conflictos entre quienes tienen que decidir?; ¿cómo resolverlos?).
4. Toma de decisión:
5. Justifica la decisión:
 - Da razones éticas de tu decisión.
 - Razones en contra de la decisión.
 - Argumentos contra esas objeciones.

Procedimiento de E. Pellegrino (II).

GEORGE H. KIEFFER

El procedimiento originario de Thomasma y Pellegrino de análisis de los problemas éticos de la práctica clínica puede aplicarse también a otros ámbitos distintos. Así, G.H. Kieffer lo ha aplicado al campo concreto de la biología en su obra *Bioethics: A Textbook of Issues*, aparecida el año 1979. El segundo capítulo de su libro lo titula «Toma de decisiones éticas»¹⁷, y en él propone el siguiente procedimiento:

- a. Percibir que existe un problema ético planteándolo en lenguaje común.
- b. Enumerar todos los cursos alternativos de acción percibidos.
- c. Plantear valores y consecuencias de todos los cursos de acción, tanto inmediatos como a largo plazo.
- d. Ordenar el análisis de los valores en una escala de preferencias desde las más a las menos deseables.
- e. Hacer la selección basándose en el análisis.

Procedimiento de G.H. Kieffer.

CORRADO VIAFORA

El procedimiento de Thomasma ha tenido una amplia difusión, principalmente en América, pero también en Europa. Uno de los bioeticistas que ha recibido su influencia de modo más directo ha sido el italiano Corrado Viafora, miembro de la Fundación Lanza de Padua, y autor de unos interesantes *Fondamenti di Bioetica*. En la Introducción describe un «modelo argumentativo» compuesto de cinco pasos, que son los siguientes¹⁸:

1. *Verificar el uso de los términos*, a fin de evitar que se introduzca subrepticiamente un significado «valorativo» en términos que son y deben permanecer siendo sólo «descriptivos».
2. *Tipificar las situaciones*, a fin de conocer con precisión el dato empírico relativo a los problemas biomédicos afrontados.
3. *Identificar las cuestiones éticas*. Discernir cuáles de estos valores deben ser tratados como valores-fines y cuáles otros como valores-medios.
4. *Formular el juicio ético*. Es la operación más importante, y consta de dos momentos:
 - 1.º: *Referir la situación particular a los principios-valores generales*.
 - 2.º: *Valorar*, a la luz de la jerarquía que se ha establecido entre los valores en juego en una situación concreta, *las consecuencias* previsibles que las diversas elecciones posibles habrían producido.
5. *Individualizar la responsabilidad*.

Modelo argumentativo de C. Viafora.

Viafora comenta que este último punto es, a la postre, el fundamental, ya que la novedad de muchas de las tecnologías médicas que plantean problemas morales es tal, que resulta difícil juzgarlas desde posiciones deontológicas, y es preciso atenerse casi exclusivamente a la ponderación de sus consecuencias. El problema de las normas deontológicas, sigue diciendo, es que por su carácter general son poco aplicables a las situaciones concretas.

CARSON M. STRONG

Cuando Thomasma propuso su procedimiento, era profesor de la Uni-

versidad de Tennessee en Memphis. Pues bien, a partir de él, otro miembro de esa misma Universidad, Carson M. Strong, ha elaborado el siguiente¹⁹:

I. La naturaleza de los problemas éticos

II. Valores en Bioética

- A. Autonomía.
- B. Beneficencia.
- C. Justicia.
- D. Confidencialidad.
- E. Veracidad.

III. Eticidad versus legalidad

IV. ¿Qué es lo ético?

- A. La ética es un proceso cognitivo.
- B. La utilidad y las limitaciones de las teorías éticas tradicionales, como el utilitarismo o el kantismo.

V. Los pasos del análisis ético

1. Identifica los principios éticos y valores que están en conflicto.
2. Identifica las varias alternativas. Elimina las alternativas impracticables o claramente inferiores.
3. Identifica las vías éticamente relevantes por las que casos del tipo en cuestión pueden diferir unos de otros. (A esos los llamaremos *factores éticos*).
4. Para cada factor, considera cómo puede afectar su grado de presencia la propia elección de alternativas.
5. Determina el grado en que cada factor está presente en el caso en cuestión.
6. Elige una de las alternativas resultantes:
 - a) Si los factores son tales que apoyan fuertemente una alternativa particular, elige esta alternativa.
 - b) Si los factores no favorecen claramente una de las alternativas, entonces cualquiera de las alternativas puede ser una elección éticamente permisible.

VI. Aplicación del procedimiento ético a los casos

Procedimiento de Carson Strong.

H. T. ENGELHARDT

Otra modificación del método de D.C. Thomasma es la propuesta por H.T. Engelhardt, según la cual los pasos del análisis ético de los casos clínicos serían los siguientes:

1. Identifique y enuncie los hechos médicos y sociales con sus más probables consecuencias. Identifique los factores humanos significativos en el caso, tales como edad del paciente, actitudes, ocupación, situación familiar e historia personal, así como los valores y creencias (incluyendo creencias religiosas) que puedan ser relevantes.
2. Identifique todos los aspectos éticos en juego en ese momento para el paciente, los profesionales de la salud y de otras profesiones, las personas relevantes involucradas en el caso, y la sociedad.
3. Identifique los principales conflictos de valores en el caso y bosqueje sus principales características, utilizando los análisis de los pasos 1 y 2. Haga referencia a sistemas o argumentos morales y análisis relevantes para comprender los conflictos en cuestión.
4. Contraste las diferentes posturas ante el conflicto ético, procedentes de los sistemas alternativos de argumentación y análisis moral.
5. Utilice este contraste para comprender por qué hay un conflicto moral y para apreciar mejor las posiciones de diferente rango que tiene el conflicto.
6. Identifique la aproximación moral que usted tomará. Desarrolle un argumento, dando razones para justificar su posición moral.
7. Critique el argumento que usted ha adelantado. ¿Cuál es la crítica más fuerte que podría hacerse de la posición que usted ha tomado? ¿Cómo podría usted defender su posición de esa crítica?

El procedimiento de Tristram Engelhardt.

LAURENCE B. MCCULLOUGH

A partir de estos precedentes, Laurence B. McCullough²⁰ elaboró este otro procedimiento:

Paso I: *Identifica los hechos del caso.* Este paso debe incluir al menos: la historia del paciente, el diagnóstico y el pronóstico; la edad del paciente, la situación familiar, la ocupación y la historia de sus comportamientos, así como los valores y creencias del paciente.

Paso II: *Determina la naturaleza de los mejores intereses del paciente.* Dos perspectivas fundamentales deben considerarse en relación a los mejores intereses del paciente: (a) los propios valores y creencias del paciente; (b) los valores y creencias de la medicina. Los modelos de autonomía y beneficencia dan fundamento para articular cada perspectiva. Además, deben tenerse en cuenta las perspectivas de las terceras partes, como la familia y la sociedad.

Paso III: *Determina las obligaciones del médico para con el paciente.* Las obligaciones del médico para con el paciente pueden identificarse analizando en detalle cómo y por qué los modelos de autonomía y beneficencia generan esas obligaciones. Además, analiza cómo y por qué los intereses de las terceras partes generan obligaciones hacia ellas (si hay alguna relevante en el caso).

Paso IV:

A) *Si las obligaciones del médico generadas por los modelos de autonomía y de beneficencia y por los intereses de las terceras partes «convergen», demuestra cómo y por qué es esto así.* Elabora un argumento (véase el Paso 5 para la definición de un argumento) que demuestre claramente por qué convergen las perspectivas en un curso de acción que el médico debe seguir obligatoriamente. *Si las obligaciones convergen, salta al Paso 6.*

B) *Si las obligaciones del médico generadas por los modelos de beneficencia y autonomía «se oponen», identifica con precisión la naturaleza del o de los conflictos y por qué surgen éstos.*

Paso V: *Presenta y defiende un argumento que resuelva el conflicto identificado en el paso 4B.* Un argumento es un tipo de razonamiento: (a) que identifica claramente premisas o razones —desarrollado en términos de los dos modelos (autonomía y beneficencia) y, si son relevantes, de los intereses de las terceras partes— y (b) que une consistentemente esas premisas a fin de establecer claramente las conclusiones. El objetivo de tu argumento debe ser demostrar por qué una perspectiva, o una combinación de perspectivas, a propósito del mayor interés del paciente —desarrollada en términos del modelo de beneficencia y/o de autonomía y/o de los intereses de las terceras partes— no debe ser tenida en cuenta a la hora de determinar las obligaciones del médico.

Paso VI: Critica el argumento que has formulado en el paso 4A o en el 5 (según corresponda). Esta crítica debe cumplir dos condiciones:

- 1) *¿Cuál es la crítica más frecuente que puede hacerse al argumento que has formulado (en el Paso 4A o en el Paso 5)? Esta crítica debe dirigirse a las perspectivas sobre o a la comprensión de los mejores intereses del paciente y las obligaciones resultantes que difieren de tu argumento (en el Paso 4 o en el Paso 5).*
- 2) *¿Cómo puedes responder a esta crítica?*

Procedimiento de L. McCullough.

HANS-MARTIN SASS

En 1987 publicó Hans-Martin Sass, director del Centro de Bioética de la Universidad de Bochum (Alemania), así como del programa europeo del Kennedy Institute de Washington, un nuevo método, que si por una parte puede considerarse un último desarrollo de la línea iniciada por Thomsma, por otra supone un tímido intento de adaptación a las peculiaridades propias de la cultura europea. Esas peculiaridades las ve Hans-Martin Sass en el hecho de que su método separa más drásticamente que los norteamericanos los datos técnicos (paso primero) de los éticos (paso segundo), haciendo que el diagnóstico ético camine en paralelo y desligado del diagnóstico médico, y, sobre todo, en que no da por supuesta, como suele suceder en los protocolos norteamericanos, la autonomía de los pacientes²¹. Todos los métodos parten del supuesto de que hay sujetos autónomos y otros que no lo son, pero la «carga de la prueba» la colocan en lugares distintos. Para los procedimientos americanos, ha de cargar con la prueba quien quiera ir en contra de la voluntad de los pacientes, en tanto que en el protocolo de Bochum sucede lo contrario. Como ha escrito James F. Drane,

en el sistema de Bochum se atribuye menos importancia a la autonomía. Por ejemplo, el apartado sobre autodeterminación del paciente refleja el punto de vista del médico. El protocolo pregunta qué sabe el médico sobre el sistema de valores, las actitudes y el grado de comprensión del paciente. Este enfoque lleva a la

pregunta siguiente: «¿En qué medida se puede tener en cuenta al paciente o en qué medida se puede hacer caso omiso de él?». Un planteamiento de este tipo sería inimaginable en los métodos estadounidenses, que por razones culturales hacen gran hincapié en la autonomía del paciente. En el protocolo de Bochum, las decisiones relativas al tratamiento incumben principalmente al médico, a quien se le pide que considere la posibilidad de conversar sobre ello con el paciente y que después decida si respetará o no las preferencias de éste²².

A pesar de estas diferencias entre el método de Bochum y los procedimientos norteamericanos, coinciden en tantas cosas que parece excesivo considerarlo una «alternativa europea». De hecho no lo es. Sigue centrando todo el análisis ético en el estudio de lo que llama «el sistema de valores» del paciente (y los de las otras personas implicadas en el caso), como en toda esta tradición iniciada por Thomsma. Hans-Martin Sass ha dicho alguna vez que para conocer los valores del paciente debería seguirse un procedimiento similar al que utilizan los médicos en el análisis de los hábitos de vida de los enfermos y en las encuestas epidemiológicas. Sería posible elaborar un «axiograma», es decir, un test, en forma, p.e., de cuestionario de respuestas múltiples, que permitiera conocer las opciones del paciente. Cuando el sistema de valores del paciente permanece asumido a lo largo de la vida, no tenemos razones para dudar de él, y por tanto tenemos andado un gran trecho en el camino hacia la toma de decisiones. Lo que entonces habrá que ver es si ese sistema de valores entra en conflicto con el del médico o con el de la sociedad. Si no es así, no hay conflicto moral. Si hay conflicto, éste no podrá resolverse más que ampliando y profundizando la comunicación con el paciente. Es, una vez más, el enfoque iniciado por Thomsma. Pienso que la tradición europea, si es que existe, va por otro lado, que intentaré exponer con detalle en la segunda parte del libro.

El contenido del protocolo de Bochum, en la versión que de él ha hecho José-Alberto Mainetti, es el siguiente²³:

I. Identificación de los hallazgos científico-médicos

1. Reflexions generales:

- a) ¿Cuál es el diagnóstico del paciente y cuál su pronóstico?
- b) ¿Qué tratamiento puede proponerse desde el punto de vista médico ante tales diagnóstico y pronóstico?
- c) ¿Qué alternativas terapéuticas pueden indicarse?
- d) ¿Cuáles son los resultados generales previsibles de las posibilidades terapéuticas propuestas?
- e) ¿Cuál es el pronóstico sin los tratamientos médicos?

2. Reflexiones especiales:

- a) ¿Servirá médicamente al paciente el tratamiento propuesto?
- b) ¿Influirá éste favorablemente el pronóstico en este caso concreto?
- c) ¿En qué grado?
- d) ¿Podría perjudicar al paciente en su curación o bienestar?
- e) ¿En qué medida?
- f) ¿Cómo se sopesan beneficios y perjuicios?

3. Obrar del médico:

- a) ¿Existen adecuadas condiciones de tratamiento: personal, equipo, aparataje técnico, respecto del estado de la investigación médica y de la experiencia de la medicina?
- b) ¿Qué factores importantes se desconocen?
- c) ¿Son los conceptos médicos fundamentales suficientemente claros?

4. Resumen:

¿Qué tratamiento sería óptimo en vista de los hallazgos científico-médicos?

Procedimiento de H.M. Sass (Primera parte).

II. Identificación de los hallazgos ético-médicos

1. Salud y bienestar del paciente:

- a) ¿Qué perjuicios puede acarrear cada una de las modalidades terapéuticas alternativas?
- b) ¿Malestar, dolores, acortamiento de la vida?
- c) ¿Molestia física o espiritual del paciente?

2. Autodeterminación del paciente:

- a) ¿Qué se sabe acerca del sistema de valores del paciente?
- b) ¿Qué actitud tiene el paciente frente a las formas de tratamiento médico intensivas, paliativas o de reanimación?
- c) ¿Está el paciente suficientemente informado acerca del diagnóstico, pronóstico y terapéutica?
- d) ¿En qué medida se puede tener en cuenta al paciente o en qué medida se puede hacer caso omiso de él?
- e) ¿Quién, si el paciente carece de competencia, puede tomar decisiones en su lugar?
- f) ¿Consiente el paciente a la terapia?

3. Responsabilidad médica:

- a) ¿Existen conflictos entre los juicios éticos del médico, del paciente, del equipo asistencial o de la familia?
- b) ¿Puede tal conflicto superarse o suavizarse mediante una determinada opción terapéutica?
- c) ¿Cómo se asegurará que tampoco se lesionarán los siguientes principios: la relación de confianza entre el médico y el paciente, el principio de veracidad y el secreto profesional?
- d) ¿Qué factores importantes se desconocen?
- e) ¿Son suficientemente claros los conceptos éticos claves utilizados y la relación entre ellos?

4. Resumen:

¿Qué tratamiento sería el óptimo en vista de los hallazgos ético-médicos?

Procedimiento de H.M. Sass (Segunda parte)

III. Manejo del caso

1. a) ¿Qué opciones (posibilidades alternativas de solución) se ofrecen en vista de un posible conflicto entre los hallazgos científico-médicos y los ético-médicos?
- b) ¿Cuáles de los antedichos criterios científicos y éticos se ven afectados por estas opciones alternativas?
2. a) ¿Qué opciones serían las más adecuadas al perfil de valores del paciente?
- b) ¿Quién podría o debería ser convocado como consejero?
- c) ¿Está indicada la transferencia del caso a otros, por razones médicas o éticas?
3. a) ¿Cuáles son las obligaciones concretas del médico en relación al tratamiento elegido?
- b) ¿Cuáles son las obligaciones del paciente, del personal auxiliar, de la familia, de la sanidad?
4. a) ¿Hay argumentos contra la decisión?
- b) ¿Cómo confrontar estos argumentos?
- c) ¿Puede suscitar la decisión un consenso desde el punto de vista ético?
- d) ¿Por quién?
- e) ¿Por qué?
- f) ¿Ha sido ella discutida con el paciente y se ha obtenido su consentimiento?
- g) ¿Revisión de la decisión?

Resumen:

- a) ¿Qué decisión sería la justa, tanto desde el compromiso entre los hallazgos científico-médicos y ético-médicos, como desde la ponderación de los valores en juego?
- b) ¿Cómo se pueden resumir breve y claramente la decisión ético-médica y la anterior ponderación de los valores en juego?

Procedimiento de H.M. Sass (Tercera parte).

IV. Preguntas adicionales para la valoración ética

1. *En casos de tratamiento prolongado:*
 - a) ¿Se revisa periódicamente el tratamiento médico seguido y su valoración ética?
 - b) ¿Es el tratamiento suficientemente flexible para adecuarse a los cambiantes hallazgos científico-médicos y ético-médicos?
 - c) ¿Qué va a cambiar en el conjunto del tratamiento por la imprevista presentación de hallazgos completamente nuevos de carácter científico-médico y ético-médico?
 - d) ¿Cómo reacciona el paciente al cambio de estrategia del tratamiento?
 - e) ¿En caso de pronóstico infausto se ponderan las medidas terapéuticas paliativas, por un lado, y los cuidados intensivos, por otro?
 - f) ¿Está asegurado el respeto de la voluntad expresa o presunta del paciente?
2. *En caso de acentuada relevancia social:*
 - a) ¿Qué consecuencias familiares, emocionales, existenciales, profesionales o económicas se originan?
 - b) ¿Pueden estas complicaciones ser sobrellevadas por el paciente, sus parientes o la comunidad solidaria?
 - c) ¿Se promueve la integración social del paciente, su alegría de vivir y desarrollo de la personalidad?
 - d) ¿Qué significado tiene la respuesta a estas preguntas para la ponderación de valores científico-médicos y ético-médicos?
3. *En casos de investigación terapéutica o no terapéutica:*
 - a) ¿Es óptimo el diseño de la prueba experimental en vista de los aspectos ético-médicos?
 - b) ¿Es la investigación necesaria?
 - c) ¿Ha dado el paciente experimental su consentimiento de acuerdo a la información?
 - d) ¿Qué motivos podrían darse para ello, si la información no fue completa o no fue comprendida enteramente?
 - e) ¿Qué fundamentos podrían darse cuando el paciente experimental no ha prestado su asentimiento de manera absolutamente voluntaria?
 - f) ¿Se ha asegurado que en la elección de los pacientes, éstos no han sido favorecidos o perjudicados respecto de otros pacientes?
 - g) ¿Tiene el paciente que interviene en el experimento el derecho en todo momento de terminar su participación en la prueba, y esto le ha sido comunicado de manera suficiente y comprensible?

Procedimiento de H.M. Sass (Cuarta parte).

NOTAS

- ¹ F. HANSEN, *Consumer Choice Behavior*, Nueva York, The Free Press, 1972, pp. 195 y ss.
- ² J. BERGSMAN y D.C. THOMASMA, *Health Care: Its Psychological Dimensions*, Pittsburgh, Duquesne University Press, 1982, p. XVI.
- ³ David C. THOMASMA, «Training in Medical Ethics: An Ethical Workup», *Forum on Medicine*, 1978, 1: 33-36.
- ⁴ Glen C. GRABER y David C. THOMASMA, *Theory and Practice in Medical Ethics*, Nueva York, Continuum, 1989, p. 101.
- ⁵ David C. THOMASMA, «Ethical Complications of Clinical Therapeutic Research on Children», *So. Sci. Med.*, 1982, 16: 913-919.
- ⁶ David C. THOMASMA, «Ethics and Professional Practice in Oncology», *Seminars in Oncology Nursing*, 1989, 5: 92.
- ⁷ David C. THOMASMA y Patricia A. MARSHALL, *Loyola University Stritch School of Medicine, Medical Humanities Program, 1990-1991*, Chicago, Loyola University, 1990, fol. 8.
- ⁸ Cf. David C. THOMASMA, «The Context as Moral Rule in Medical Ethics», *Journal of Bioethics*, 1984, 5 (primavera-verano); 63-79; cf. también GRABER y THOMASMA, p. 102.
- ⁹ GRABER y THOMASMA, *Op. cit.*, p. 105.
- ¹⁰ GRABER y THOMASMA, *Op. cit.*, p. 106.
- ¹¹ David C. THOMASMA, «Beyond Medical Paternalism and Patient Autonomy: A Model of Physician's Conscience for the Doctor-Patient Relationship», *Annals of Internal Medicine*, 1983, 98: 243-248; Cf. GRABER y THOMASMA, *Op. Cit.*, p. 101.
- ¹² G. H. KIEFFER, *Bioética* (trad. esp. Enrique Sánchez-Monge), Madrid, Alhambra, 1983, p. 54.
- ¹³ Cf. E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Profession*, Nueva York-Oxford, Oxford University Press, 1981; E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, Nueva York-Oxford, Oxford University Press, 1988.
- ¹⁴ E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, ed. cit., pp. 175 y 176.
- ¹⁵ E. D. PELLEGRINO, D. C. THOMASMA, y M. SIEGLER, «Clinical Analysis of Ethical Dilemmas». (Sesión clínica grabada y distribuida por Network for Continuing Medical Education, 1984.)
- ¹⁶ Cf. E. D. PELLEGRINO, «The anatomy of clinical judgements in perinatology and neonatology: a substantive and procedural framework», *Semin. Perinatol.*, 1987, 11: 202-209.
- ¹⁷ G. H. KIEFFER, *Bioética* (trad. Enrique Sánchez-Monge), Madrid, Alhambra, 1983, p. 54.
- ¹⁸ Corrado VIAFORA, *Fondamenti di Bioetica*, Milán, Casa Editrice Ambrosiana, 1989, pp. XVII-XVIII; Corrado VIAFORA, «Bioetica oggi: un quadro storico

e sistemático», en C. VIADORA (ed.), *Vent'anni di Bioetica*, Padova, Fondazione Lanza/Gregoriana Libreria Editrice, 1990, pp. 65-70.

¹⁹ R. L. SUMMITT y T. F. ACKERMAN, «Departmental Status for the Program on Human Values and Ethics: Ethics», The University of Tennessee-Memphis College of Medicine, noviembre, 1985 (ejemplar mecanografiado, fols. 1 y 2).

²⁰ The Faculty of the Division of Health and Humanities, Department of Community and Family Medicine, *A Textbook for Bioethics*, Washington, D.C., Georgetown School of Medicine, 1983, fol. I-3 (ejemplar mecanografiado). Cf. también: Lawrence B. MCCULLOUGH, «Addressing Ethical Dilemmas: An Ethics Workshop», *Forum on Medicine*, 1978, 1: 30-33; L. B. MCCULLOUGH, «Addressing Ethical Dilemmas: An Ethics Workshop», *The New Physician*, 1984, 33: 34-35; y Lawrence B. MCCULLOUGH, «Methodological Concerns in Bioethics», *Journal of Philosophy and Medicine*, 1986, 11: 17-39.

²¹ Cf. Hans-Martin SASS, «Medizin, Krankheit und Gesundheit», en Kurt BAYERTZ (Hg.), *Praktische Philosophie: Grundorientierungen angewandter Ethik*, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, 1991, pp. 226 y 227.

²² James F. FRANE, «Métodos de ética clínica», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1990, 108: 424.

²³ J. A. MAINETTI, H. M. SASS y H. VIEFHUES, *Protocolo de Bochum para la práctica eticomédica*, Bochum, Zentrum für medizinische Ethik Bochum, Medizin-ethische Materialien, Heft 2b, 1988.

Algunos procedimientos sincréticos

EL HASTINGS CENTER

A partir de las propuestas descritas se han ido poniendo a punto otras metodologías más o menos sincréticas o intermedias¹. Una de ellas es la del *Hastings Center*. Este Centro abrió sus puertas el año 1968, y desde entonces es un líder indiscutido de la bioética mundial. Su revista *Hastings Center Report* ha sido considerada por el ISI de Filadelfia como la de mayor prestigio en el ámbito de la bioética mundial. Aunque primordialmente es un centro de investigación, y no de docencia ni de asistencia hospitalaria, sus trabajos no pierden nunca de vista la dimensión clínica. En uno de ellos, el libro titulado *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatments and the Care of the Dying*², se propone el siguiente procedimiento de análisis de casos clínicos y de toma de decisiones:

I. Valores éticos subyacentes

- a) Bienestar del paciente: beneficiar al paciente más que dañarle.
- b) Autodeterminación del paciente.
- c) La integridad física de los profesionales sanitarios.
- d) Justicia o equidad.

II. Evaluación y decisión

- a) Evaluación al paciente:
 - diagnóstico del paciente.
 - pronóstico del paciente.
 - opciones terapéuticas.
 - preferencias del paciente, expresadas mediante directrices previas o por otros medios.
 - determinación de si hay familiares u otras personas dispuestas a participar en el proceso de toma de decisiones.
- b) Facilitando la discusión.

III. Identificando a la persona que tiene que tomar la decisión (o responsable)

- a) Analizando la capacidad del responsable.
- b) Identificando un sustituto:
 - la persona designada por el paciente mediante una directriz previa u otro procedimiento oral o escrito.
 - el sustituto nombrado por los tribunales.
 - si ninguno de los anteriores existe, el esposo/a del paciente, su hijo/a, padre o madre, hermano/a, o un amigo íntimo.
- c) El paciente que carece de sustituto disponible.

IV. Tomando la decisión

- a) El paciente con capacidad de decisión.
- b) El paciente cuya capacidad es fluctuante o incierta.
- c) El paciente que carece de capacidad de decisión:
 - siguiendo las directrices previas del paciente.
 - aplicando las preferencias y valores del paciente.
 - eligiendo como persona razonable a aquella que quisiera el paciente en estas circunstancias.

V. Documentando la decisión

VI. Cumpliendo la decisión

VII. Cambiando la decisión

VIII. Objeciones y retos

- a) Cuestionando la decisión de incapacidad.
- b) Cuestionando al sustituto.
- c) Futilidad.
- d) Desacuerdo entre los integrantes del equipo sanitario.
- e) Retirada de la asistencia profesional o institucional.

IX. Comentarios especiales

- a) Niños.

Procedimiento del *Hastings Center*.

El método descrito parte del establecimiento de una tabla más o menos consistente de valores éticos, que en principio parece que puede ser compartida por todos, al menos en nuestra sociedad. De algún modo, pues, tiene carácter deontológico, aunque no se tematiza este punto, que por ello mismo queda sólo vagamente aludido.

JAMES F. DRANE

Lo mismo cabe decir del método propuesto hace años por James F. Drane³. También él parte de la aceptación implícita de un cierto número de valores morales, que en principio considera aceptables y aceptados por todos. Pero no se dice nunca cuál de ellos debe tener prioridad sobre los demás en caso de conflicto, y por qué. El método es el siguiente:

I. Fase descriptiva: Guiando la identificación de los hechos relevantes:

1. *Factores médicos*: diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas, objetivos médicos realistas, efectividad del tratamiento, inseguridades asociadas al conocimiento científico en la práctica médica.
2. *Factores éticos*: ¿Quién es el paciente y qué quiere? ¿Cuáles son los intereses, deseos, sentimientos, intuiciones y preferencias del paciente, de los médicos, del personal, de los administradores del hospital, de la sociedad?
3. *Factores socio-económicos*: costes para el paciente, la familia, el hospital, la Organización para el Mantenimiento de la Salud, la compañía aseguradora, el gobierno nacional o la comunidad local.

II. Fase racional: Guía para razonar sobre los datos relevantes:

1. *Categorías ético-médicas*: Términos como consentimiento informado, rechazo del tratamiento, confidencialidad, experimentación y eutanasia, forman una taxonomía original para organizar los datos y consultar la literatura disponible. El lenguaje de la ética médica provee de materiales para pensar sobre los casos.
2. *Principios y máximas*: Beneficencia, autonomía, respeto, veracidad, fidelidad, santidad de vida, justicia, son generalmente aceptados como guías para la reflexión. Las guías más concretas suelen tener la forma de reglas específicas: no prolongar la muerte, aliviar siempre el sufrimiento, respetar los deseos del paciente competente.
3. *Decisiones legales y códigos profesionales*: los casos legales paradigmáticos guían la reflexión sobre otros casos: por ejemplo, un caso tipo Quinlan. Los códigos profesionales, actualizados por las normas de las organizaciones profesionales, también guían la reflexión.

III. Fase volicional: Pasando de los hechos y la reflexión a la toma de decisión:

1. *Ordenando los bienes*: Cuando se puede conseguir más de un valor o interés bueno, deben ser ordenados de acuerdo con una escala de prioridades. Por ejemplo, las preferencias de los pacientes competentes tienen prioridad sobre las preferencias del médico o de la familia; en una epidemia, los bienes sociales tienen preferencia sobre los bienes individuales.
2. *Ordenando los principios*: Cuando los principios entran en conflicto, deben ordenarse de acuerdo con las creencias personales y los compromisos profesionales. Para los médicos, la beneficencia (cuidar de los pacientes, curarlos, salvar su vida, aliviar el sufrimiento) es prioritaria. Los demás principios se respetan, pero no se antepone al de la beneficencia.
3. *Tomando la decisión*: El profesional decide, con tanta prudencia y sensibilidad cuanto le permite su desarrollo personal. Se requiere un cuidado especial en aquellas decisiones que tendrán como consecuencia la muerte del paciente.

IV. Fase pública: Preparándose para la defensa pública de la decisión:

1. Haciendo explícitas las presunciones, tomando conciencia de los factores subjetivos y fundamentando las creencias.
2. Correlacionando razones y sentimientos. Asegurando la coherencia en el uso de los principios, las máximas y las reglas.
3. Organizando argumentos para la defensa pública. En una sociedad pluralista, una ética aceptable tiene que estar respaldada por razones convincentes.

Procedimiento de James F. Drane

Este método, como se ve, es claramente sincrético, e intenta de algún modo mediar entre el de Thomasma y el de Jonsen. A la postre parece estar más cerca de este último, aunque sólo sea por su exclusión de toda referencia al lenguaje de los valores —tan propio de toda la línea iniciada por Thomasma—, y el recurso a las máximas como alternativa.

EDMUND L. ERDE

En 1988 ha publicado Edmund L. Erde un trabajo titulado «Un método de toma de decisiones éticas»⁴. Su análisis parte del concepto de dilema. Existe un dilema cuando la realización de algo que consideramos positivo produce efectos negativos que nos hacen dudar de la corrección de lo que hacemos. La medicina está llena de dilemas, y por eso su ejercicio es una continua toma de decisiones entre términos dilemáticos. Naturalmente, los dilemas de la medicina no son sólo éticos, y por eso mismo los pasos fundamentales de la metodología tampoco son exclusivos de la ética médica, sino comunes a cualquier proceso de toma de decisiones, como por ejemplo el diagnóstico.

Los pasos del método son, según Erde, los siguiente. En primer lugar, es preciso caracterizar el dilema de modo tan completo como sea posible, analizándolo en sus partes constitutivas mediante la recolección de todos los datos relevantes e identificando las ideas y valores en conflicto. En segundo lugar, hemos de tener en mente la naturaleza de lo moral, descartando todos los constituyentes que sean consecuencia de inclinaciones y prejuicios. Si este segundo paso no es suficiente para resolver el problema, entonces debe considerarse el caso en su totalidad a la luz de las teorías morales utilizables. Esto debería hacer ver con más claridad lo que está en juego en cada opción.

En síntesis, pues, el método es el siguiente:

1. Establece el dilema del modo más completo posible.
2. Identifica lo que de ese dilema se deba a sesgos personales o profesionales del personal asistencial (p.e., inclinaciones a incrementar el bienestar del paciente, las finanzas del profesional, etc.).
3. Elimina todos los sesgos, excepto los del paciente.
4. Considera el caso y las opciones a la luz de las teorías éticas. Elige la opción más favorecida por este proceso. Si dos están muy próximas, consulta el dilema con varias personas razonables que jueguen el papel de abogados del diablo. Si aun así la duda persiste, lanza una moneda al aire.

El método de Edmund L. Erde

El seguimiento de estos pasos puede facilitar la toma de decisiones racionales, pero no evitará nunca la incertidumbre inherente a las opciones éticas. Por eso Erde termina diciendo: «El método presupone que las decisiones morales tienen una lógica. Ciertamente, esta lógica no es tan mecánica como, por ejemplo, las reglas de la aritmética. La lógica de la decisión moral es más la del puente que la de la cadena. Esto necesita de imaginación. No debemos esperar del método soluciones incontestables»⁵.

EL MODELO DE BARUCH BRODY

Otro intento de síntesis es el ofrecido por Baruch Brody en su libro *Life and Death Decision Making*⁶. El autor considera que los conflictos éticos de la práctica clínica surgen siempre en el interior de la relación médico-paciente, y que por lo tanto no pueden resolverse más que con una adecuada comprensión de ésta. Critica por insuficientes tanto el «modelo contractual» de la relación médico-paciente, tal como lo expone, por ejemplo, Robert Veatch⁷, como el «modelo normativo», muy típico de la bioética rabínica, por ejemplo la de F. Rosner⁸. La diferencia entre uno y otro modelos es que en el primero los términos de la relación son establecidos libremente por las partes, en tanto que en el segundo les vienen impuestos desde fuera, por normas externas e independientes de los sujetos participantes. Frente a ambos, Brody propone otro modelo, que llama «de instancias en conflicto» (*of Conflicting Appeals*). Este modelo consta de cinco afirmaciones básicas sobre la relación médico-paciente y la toma de decisiones en su interior:

1. Las dos partes de la relación médico-paciente están obligadas, en determinadas circunstancias, a iniciar esa relación. Sin embargo, esta obligación puede en ciertos casos verse anulada, por grave que sea el problema médico, cuando las elecciones autónomas del paciente y/o del médico, o algunas otras consideraciones de valor, lo deciden así.
2. Algunos de los términos que gobiernan esta relación, incluyendo algunos de los que dictan el tipo de decisión que se puede tomar legítimamente, son independientes de y pueden anular los deseos de una o de las dos partes. Los deseos de una o de las dos partes pueden, sin embargo, anular a veces esos términos independientes. En cualquier caso, los términos restantes deben ser establecidos y aceptados libremente por las dos partes.
3. La relación médico-paciente sólo es legítima cuando: (a) los términos independientes se tienen en cuenta en aquellos casos en que tienen precedencia sobre los deseos de las partes, y (b) los términos restantes de la relación son establecidos de mutuo acuerdo entre las dos partes.
4. El principal papel de la sociedad es asegurar que cada parte entra en la relación cuando está obligada a hacerlo, y asegurar también que la relación se halla regida por los términos independientes adecuados, en aquellos casos en que éstos deben dominar en la relación. Además, la sociedad tiene el papel de proteger a ambas partes contra el incumplimiento o el mal cumplimiento de cualquiera de los términos establecidos libremente por ellas, así como contra el fraude y la coacción. En consecuencia, la sociedad tiene un papel especial a la hora de supervisar que determinadas decisiones y los resultados que derivan de ellas, pueden llevarse a cabo.
5. La sociedad tiene una obligación especial de pagar por la asistencia sanitaria cuando el paciente no está en condiciones de pagarla.

Según este modelo propuesto por Brody, en la relación médico-paciente habría dos tipos de variables, unas independientes (de la voluntad del médico y del enfermo) y otras dependientes. A las primeras las llama «factores independientes», y a las segundas «factores restantes». Si sólo se tuviera en cuenta estos segundos, la relación médica sería de tipo meramente contractual. Y si sólo se atendiera a los primeros, sería de tipo normativo o legal. La toma de decisiones sanitarias debe hacerse teniendo en cuenta ambos tipos de factores, y haciendo intervenir a cada uno en su debido momento. Así es como hay que ponderar el peso que en cada situación concreta tienen las tres partes de la relación: el paciente, el médico y la sociedad.

D. CANDEE Y B. PUKA

Estos dos autores han propuesto un enfoque claramente distinto de todos los hasta ahora expuestos. En su opinión, los juicios éticos han de tener siempre en cuenta dos tipos de factores, los principialistas o deontológicos y los consecuencialistas o teleológicos. No es posible prescindir de ninguno, razón por la cual Candee y Puka han creído ver en ellos el modo más correcto de estructurar un procedimiento analítico de toma de decisiones⁹. Éste consta, pues, de dos pasos, articulados del siguiente modo:

I. Momento teleológico:

1. Acopio de información general.
2. Lista de alternativas relevantes.
3. Predicción de las consecuencias de cada alternativa.
4. Determinación de la probabilidad de cada resultado.
5. Asignación de valor a cada resultado.
6. Determinación de utilidades.

II. Momento deontológico:

1. Acopio de información general.
2. Lista de alternativas relevantes.
3. Lista de derechos, deberes y principios relevantes implicados.
4. Establecimiento de la validez de los derechos implicados.
5. Determinación de la prioridad entre los derechos, los deberes y los principios, y búsqueda del equilibrio.

GLENN C. GRABER Y DAVID C. THOMASMA

En el último capítulo de su libro *Theory and Practice in Medical Ethics*, ya citado con anterioridad, Graber y Thomasma proponen, tras un detenido análisis de las diferentes metodologías existentes en bioética, lo que denominan «una teoría unificada de ética clínica»¹⁰. En su opinión, en bioética está aconteciendo lo mismo que hace décadas sucedió en la física, a saber, que había diferentes modelos parciales capaces de explicar aspectos concretos de la realidad, sin que fuera posible integrarlos en lo que dio en denominarse a *unified-field theory*¹¹. Como se sabe, este fue el gran sueño de Albert Einstein en la etapa final de su vida. No consiguió hacerlo realidad. En bioética los autores piensan que pueden tener más éxito. Y ello porque es muy artificioso separar —y hasta oponer— las éticas de la virtud, por ejemplo, de las basadas en principios, o las deontológicas de las teleológicas. La realidad moral es mucho más compleja, y no puede ser correctamente entendida más que mediante un modelo integrativo.

Graber y Thomasma han intentado construir un modelo de este tipo, y lo denominan «teoría unitaria de ética clínica» (*Unitary Theory of Clinical Ethics*). Esta teoría surge por «integración realista y pragmática»¹² de tres tipos de factores morales, a la postre irreductibles entre sí: la virtud de los participantes, los principios o valores involucrados en el hecho y las consecuencias previsibles de la acción. El método de resolver un caso particular, dicen Graber y Thomasma, puede considerarse como una función de todos esos factores. De ahí que propongan un criterio funcional, que dice así¹³:

Ciertas Condiciones (C) están presentes en este caso, tales que existe la probabilidad (x) de que el Valor (V) A será juzgado más importante que B por (I) intérpretes, dado que el Principio (P) p' es de más probable aplicación a ese caso que el p''.

Criterio funcional de Graber y Thomasma.

Como se ve, la fórmula intenta articular Intérpretes (I), Valores (V) y Principios (P) con las Condiciones concretas (C), y ello no de un modo determinista sino estocástico o probabilístico (x). Se trata, pues, de una relación funcional, en la que cada elemento o factor está funcionalmente ligado a los otros. Graber y Thomasma explican el contenido de cada uno de esos factores de la siguiente manera:

- (C) *Condiciones*. Son el contexto del caso. El contexto actúa como limitante real de las posibilidades y opciones, y por tanto condiciona y guía tanto el proceso de ponderación de los valores (V) como de ordenación de los principios (P). El contexto propio de la asistencia primaria, por ejemplo, es muy distinto al de la asistencia terciaria. Como elementos del contexto, Graber y Thomasma citan: las posibilidades técnicas de la medicina, las indicaciones médicas y el nivel asistencial.
- (X) *Factor de probabilidad*. Se define como la probabilidad de que ciertos valores y ciertos principios prevalezcan sobre los demás en ese caso concreto. Hay muchas situaciones en que la probabilidad de una opción es muy superior a todas las demás, de modo que la solución del caso es muy sencilla. Esto sucede, por ejemplo, cuando se trata de un niño muy pequeño, o de un comatoso: en tales casos está claro que el paternalismo debe prevalecer sobre la autonomía, etc. Por el contrario, en las situaciones en que el paciente ha dejado clara su última voluntad, en forma de Testamento Vital, o de Directrices Previas, parece claro que deben prevalecer los deseos y opciones del paciente. Los casos difíciles son aquellos en los que la probabilidad de que ciertos valores o principios predominen sobre los demás es difícil de establecer, bien por la complejidad del caso, o bien por falta de acuerdo entre los participantes.
- (I) *Intérpretes*. Todo caso clínico involucra a unos sujetos humanos: el paciente, el médico, la familia, etc., cada uno de los cuales tendrá sus hábitos morales, es decir, sus virtudes y sus vicios. Este es el punto en el que la ética de la virtud adquiere toda su importancia. Un ejemplo puede aclarar esto. Suponiendo que todos los otros factores de la fórmula de Graber y Thomasma pudieran objetivarse hasta el punto de ser tratados mediante un programa de ordenador, siempre quedaría la incógnita de si quien los introdujo en la máquina era un hombre virtuoso, y más en concreto si tenía la virtud de la veracidad, pues en caso contrario no podríamos fiarnos de los datos finales que ésta nos ofreciera. La persona que trabaja con un ordenador ha de tener unas ciertas virtudes profesionales, lo mismo que el médico ha de tener las suyas específicas. Algo similar cabe decir del paciente, de los familiares, y en general de todas las personas involucradas en el caso.

- (V) *Valores*. El discernimiento entre los valores implicados en un caso tiene siempre dos niveles, que los autores denominan «axiomático o intrínseco» y «nómico o extrínseco». El primer nivel tiene que ver con la jerarquía de los valores en sí, abstracción hecha de las circunstancias concretas. Por ejemplo, en principio parece claro que la vida es un valor jerárquicamente más elevado que la comodidad, el bienestar o la riqueza. Lo cual no quiere decir que en ciertas circunstancias no pueda tener prioridad este último valor sobre aquél. Pero esto no sucederá por razones intrínsecas sino extrínsecas, es decir, a la vista de la situación concreta.
- (P) *Principios*. Los principios expresan normas de acción del modo más abstracto y genérico posible. Debido a su generalidad y abstracción, se hallan muy lejanos de las situaciones concretas, razón por la cual no pueden ser aplicados de modo directo y mecánico, sino a través de todo un proceso interpretativo. De ahí la importancia que Graber y Thomasma acaban concediendo a la hermenéutica, algo no fácil de definir y en lo que interviene el llamado «olfato moral» que, como ya dijimos, viene a ser en el orden de la ética algo similar a lo que los médicos entienden por «ojo clínico». Éste es un problema grave, del que no queda libre, probablemente, ninguno de los métodos.

Por tanto, concluyen los autores, «la probabilidad de que p' prevalezca sobre p'' en un caso concreto, depende del contexto, de los intérpretes, y de la interpretación axiomática y nómica de los valores»¹⁴. Podría establecerse una línea vertical entre dos extremos, el superior o abstracto, ocupado por los principios, y el inferior o concreto, propio del hecho singular. Entre ellos, como mediaciones necesarias, estarían el contexto, los intérpretes y los valores. Las combinaciones entre todos esos factores pueden ser innumerables. Y casi nunca ciertas. De ahí la importancia, dicen Graber y Thomasma, de introducir el concepto de probabilidad. Las decisiones éticas no pueden tomarse casi nunca en condiciones de certeza. Siempre suelen conllevar un riesgo. La función de la ética es racionalizar esa incertidumbre, y hacer que las decisiones, aunque inciertas, sean racionales, al ponderar el peso de todos los factores implicados en ellas. Eso es lo que en ética se entiende por decisiones prudentes. La razón ética no es axiomática sino prudencial.

GRUNDSTEIN-AMADO

El último intento por lograr un modelo integral es el de Rivka Grundstein-Amado, quien recientemente ha dedicado un amplio estudio al análisis de los procesos de toma de decisiones en el medio sanitario¹⁵. Tras él, ha propuesto el que denomina «modelo integrativo» de toma de decisiones ético-clínicas¹⁶. En su opinión los procedimientos usuales son insuficientes por varias razones. En primer lugar, porque tienen poco en cuenta el «componente organizacional» de la toma de decisiones. Segundo, porque tampoco atienden suficientemente a los logros de la teoría de la decisión racional. Y, en fin, porque no han sido validados empíricamente. El autor ha probado su método en dos servicios hospitalarios, con un total de dieciocho profesionales sanitarios, nueve enfermeras y nueve médicos. Esto demuestra en alguna medida su viabilidad práctica en el enjuiciamiento y la resolución de problemas ético-clínicos concretos.

El modelo consta de tres componentes básicos: el ético, el decisional y el contextual. El primero se ocupa de las cuestiones de ética sustantiva, y el segundo de las de ética procedimental. Ambos tienen que ver con el «contenido» del caso. Pero como ese contenido se halla siempre situado en el interior de un «contexto», es preciso añadir un tercer factor componente, que permita analizarlo con detención. En síntesis, pues, el procedimiento propuesto es el representado en la página siguiente.

I. Marco de referencia ético:

1. Identificación y análisis del sistema de valores del individuo.
2. Valores comunes a un amplio grupo de población que pueden convertirse en reglas y normas.
3. Valores humanos básicos, que se expresan en los tres principios éticos: beneficencia, autonomía, justicia.

II. El componente decisional:

1. Percepción del problema.
 - i. Identificación del problema ético.
 - ii. Identificación del problema médico.
2. Proceso de información.
 - i. Recopilando la información médico-técnica.
 - ii. Buscando otras fuentes de información.
3. Identificación de las preferencias del paciente.
4. Identificación de nuevos elementos éticos.
5. Lista de alternativas.
6. Lista de consecuencias.
7. Elección.
8. Justificación.

III. El componente contextual:

1. El contexto relacional (del sanitario con el paciente).
 - i. Modelo paternalista.
 - ii. Modelo participativo.
 - iii. Modelo autonomista-advocativo.
2. El contexto organizativo (sistema sanitario).
 - i. División del trabajo.
 - ii. Normativas y reglamentos.
 - iii. Procedimientos y protocolos.
 - iv. Línea de mando y autoridad.
 - v. Comunicación de la información.

NOTAS

¹ Cf., p.e., A. MARTIN, «A clinical model for decision making», *J. Med. Ethics*, 1978, 4: 200-206.

² Susana M. WOLF, *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying*, Bloomington-Indianapolis, Indiana University Press, 1988.

³ James F. DRANE, «Ethical Workup Guides Clinical Decision Making». *Health Progress*, diciembre 1988. J. F. DRANE, «Métodos de ética clínica». *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 1990, 108: 415-425. Cf. David C. THOMASMA, «Valuable Ethical Guide» (Letter), *Health Progress*, 1989, 70: 9.

⁴ Edmund L. ERDE, «A Method of Ethical Decision Making», en John F. MONAGLE and David C. THOMASMA, *Medical Ethics: A Guide for Health Professionals*, Rockville (Maryland), An Aspen, 1988, pp. 476-491.

⁵ *Op. cit.*, p. 476. Cf. también Edmund L. ERDE, «On Peeling, Slicing, and Dicing an Onion: the Complexity of Taxonomies, Values and Medicine», *Theoretical Medicine*, 1983, 4: 7-26.

⁶ Baruch A. BRODY, *Life and Death Decision Making*, Nueva York, Oxford University Press, 1988.

⁷ Cf. Robert VEATCH, *A Theory of Medical Ethics*, Nueva York, Basic Books, 1981.

⁸ Cf. D. M. FELDMAN y F. ROSNER (eds.), *Compendium on Medical Ethics*, (6.ª ed.), Nueva York, Federation of Jewish Philanthropies, 1984.

⁹ D. CANDEE y B. PUKA, «An analytic approach to resolving problems in medical ethics», *J. Med. Ethics*, 1983, 9/10: 61-69.

¹⁰ Cf. *Op. cit.*, cap. 8 («Towards a Unitary Theory of Clinical Ethics»), pp. 173-208. Cf. también Glenn C. GRABER, Alfred D. BEASLEY Y John A. EADDY, *Ethical Analysis of Clinical Medicine*, Baltimore, Urban, 1985.

¹¹ *Op. cit.*, p. 173.

¹² *Op. cit.*, p. 192.

¹³ *Op. cit.*, p. 194.

¹⁴ *Op. cit.*, p. 199.

¹⁵ Cf. R. GRUNDSTEIN-AMADO, *Ethical Decision Making Processes in the Health Care System*, Toronto, University of Toronto, 1990.

¹⁶ Cf. R. GRUNDSTEIN-AMADO, «An Integrative Model of Clinical-Ethical Decision Making», *Theoretical Medicine*, 1991, 12: 157-170.

II

LA PREGUNTA POR EL FUNDAMENTO

- El problema de los límites de la racionalidad humana.
- En busca de un fundamento trascendental para la ética.
- La estructura de la racionalidad ética.

Introducción

La bioética en general, y más en concreto los procedimientos de decisión que hemos analizado en la primera parte, han sido creaciones típicamente norteamericanas. Quiere esto decir que han estado muy influidos por tres características o notas que derivan directamente del pragmatismo filosófico anglosajón, a saber, el «casuismo», el «procedimentalismo» y el «decisionismo». De hecho, los temas de ética sustantiva se hallan muy poco presentes en ellos, y cuando aparecen de modo explícito lo hacen sin una gran precisión. Es verdad que la mayoría de esos métodos manejan principios como los de autonomía, beneficencia y justicia, pero por lo general los consideran como simples máximas de actuación prudencial, no como principios en sentido estricto. Más que de principios, de lo que hablan siempre es de procedimientos. Por eso han puesto menos interés en definir el concepto de autonomía que en establecer los procedimientos de análisis de la capacidad o competencia, etc. Lo que, en última instancia, pretenden los métodos americanos, es buscar los «cursos de acción» más adecuados, como dicen varios de ellos; es decir, resolver problemas tomando decisiones sobre procedimientos concretos. Pedir más les parece inútil; pedir menos, inmoral.

Esta segunda parte de nuestro trabajo surge de la convicción de que no es posible resolver los problemas de procedimiento sin abordar las cuestiones de fundamentación. Nuestra hipótesis es que fundamentación y procedimiento son dos facetas de un mismo fenómeno, y que por tanto resultan inseparables. Para demostrarlo procederemos por pasos sucesivos. En el primer capítulo estudiaremos con cierto detalle el funcionamiento de la razón moral en la bioética norteamericana, a través de una de sus corrientes más vivas, el casuismo de Toulmin y Jonsen. Esto nos permitirá comprender con alguna precisión qué entienden esos autores por racionalidad moral. En el siguiente capítulo pondremos a prueba ese concepto, analizando la polémica entre Rorty y Habermas. Y en el tercero, en fin, propondremos una alternativa que sea a la vez fundamentada y procedimental; es decir, un procedimiento fundamentado o un fundamento procedimental.

Pobre procedimiento aquél que no esté bien fundamentado, y pobre fundamento el que no dé como resultado un procedimiento ágil y correcto. Nada más útil que una buena teoría, se ha dicho múltiples veces. Pues bien, algo parecido cabría afirmar aquí: Nada más útil que una buena fundamentación, y nada más fundamental que un buen procedimiento. Al menos, eso es lo que nos parece a muchos de los que hacemos bioética en este lado del Océano Atlántico. La filosofía europea ha estado siempre muy preocupada por los temas de fundamentación. Quizá en demasía. El pragmatismo americano nos ha enseñado a cuidar los procedimientos. ¿Estará próxima la hora en que sea posible integrar ambas tradiciones?

7

El problema de los límites de la racionalidad humana

Una de las características más destacadas de toda la filosofía del siglo XX es su medular antirracionalismo. Si en otras épocas pudo pensarse que la razón era capaz de reconstruir de modo completo y perfecto el todo de la realidad, hoy eso se considera una pura ilusión. La racionalidad humana es muy limitada, y nunca puede agotar eso que llamamos la realidad. Nada demuestra esto mejor que la propia historia de la ciencia. La racionalidad científica, aun la matemática, tiene siempre algo de provisional, lo que nos impide confundirla con la realidad. De ahí el declive de la metafísica. Parece como si la metafísica, es decir, el pensar sustantivo, fuera propio de época racionalistas, incompatibles con la actual filosofía de la ciencia.

Todo esto se halla en la base de la actual discusión sobre la bioética. El auge del procedimentalismo se debe a que nadie se considera capaz de ir más allá, fundamentando racionalmente principios sustantivos. Muerta la ética metafísica, no queda más remedio que refugiarse en la ética procedimental.

Un buen ejemplo de esto lo tenemos en el casuismo, sobre el que últimamente han escrito un grueso libro un conocido filósofo de la ciencia, discípulo del segundo Wittgenstein, Estephen Toulmin, y un no menos notorio bioeticista, Albert R. Jonsen¹. En su comentario al libro de Albert R. Jonsen y Stephen Toulmin, John D. Arras propone distinguir dos tipos de casuística, que denomina, respectivamente, *casuística*₁ y *casuística*₂. La primera la define como «el arte de aplicar cualquier tipo de principios morales que se tengan a mano a los casos concretos»². Por eso, sigue diciendo, «todas las metodologías morales inspiradas por ella enfatizan la teoría, la deducción y la búsqueda de la certeza moral». Frente a ese procedimiento teórico y especulativo, la *casuística*₂ se caracteriza por utilizar otro de carácter retórico y práctico, entendiéndose por retórica el arte de realizar juicios probables sobre situaciones individuales y concretas, a diferencia de los juicios ciertos sobre situaciones universales y abstractas, propios de los saberes especulativos. Ese tipo de juicios éticos probables realizados a la vista de todas las circunstancias que concurren en las situaciones concretas, y que tienen en cuenta las perspectivas y los intereses de todos los implicados, es lo que los autores llaman *moral triangulation*. Aquí la

solución de los conflictos no se alcanza por la mera aplicación de unos «axiomas» morales formulados *a priori* por la ética teórica, sino por el criterio convergente de todos los hombres, o al menos de los más prudentes y sabios, expresados en forma de «máximas» prácticas de actuación. La *casuística*₂ intenta solucionar los conflictos a partir de máximas. Son dos procedimientos completamente distintos.

No sé si esto resume adecuadamente el contenido del libro de Jonsen y Toulmin. En cualquier caso, es necesario confesar que su lectura atenta no es capaz de disipar ciertos graves interrogantes. Como a John D. Arras, este libro nos deja con importantes preguntas sin responder, tanto sobre la naturaleza y criterios de la verdad moral como sobre el papel de la teoría ética en el razonamiento moral práctico. En busca de una mayor profundización en estas cuestiones, podemos acudir al libro de Stephen Toulmin *Human Understanding: The Collective Use and Evolution of Concepts*, que vio la luz hace ahora casi veinte años, en 1972³. Pienso que algunos de sus conceptos pueden ayudarnos a comprender mejor el problema de la casuística.

Desde la primera página de su libro, Toulmin contrapone dos tipos de racionalidad, una que llama «formal» y «lógica» y otra «histórica» y «ecológica». La primera reduce la racionalidad a un problema de «forma» y «validez», en tanto que la segunda la entiende como un proceso de «adaptación» y «exigencia». La tesis que intento defender es que esos dos tipos de racionalidad se corresponden bastante exactamente con los dos tipos de casuística antes descritos, la *casuística*₁ y la *casuística*₂.

LA ÉTICA DE LA RACIONALIDAD FORMAL O GEOMÉTRICA: LA CASUÍSTICA₁

Este casuismo tuvo sus orígenes en la filosofía griega, y ha perdurado prácticamente hasta el siglo XIX. Se caracteriza por considerar el caso como una particularización de los principios generales, razón por la cual sigue siempre un procedimiento deductivo. Este es el modo de hacer casuística que han tenido la práctica totalidad de los filósofos que hoy consideramos clásicos, sobre todo los de mentalidad más «geométrica» y «axiomática», como Platón o Espinoza, pero también otros, como Aristóteles, Tomás de Aquino o Kant. En lo que sigue me ocuparé de estos tres últimos.

El estatuto de la ética en la filosofía aristotélica es doble: tiene un primer momento *a priori* o universal, constituido por principios claramente universales y axiomáticos, por tanto deontológicos, y tiene un segundo momento *a posteriori* o particular, en el que entran en juego razones con-

cretas y circunstanciadas, de carácter rigurosamente teleológico. Por tanto, el caso concreto siempre ha de analizarse a dos niveles distintos. El primero es el que permite establecer la «norma», y el segundo, las «excepciones» a la norma; uno nos dice lo que es «correcto», y lo otro lo que en una situación concreta resulta «bueno» o «menos malo». Pero lo más importante está, quizá, en la afirmación de que si se anula cualquiera de esos dos niveles, el juicio moral es imposible. De ahí que de Aristóteles proceda la definición de la *phronesis* como *recta ratio agibilium*. El momento de *recta ratio* es universal y deontológico, y el de *agere* particular y teleológico. Esto quiere decir que en el orden de los principios éticos, Aristóteles, como Platón, cree posible el conocimiento «axiomático» (p.e., de la idea de bien, o del concepto de virtud, o de veracidad, etc.), aunque en el orden práctico (recordemos que el verbo latino *ago* traduce el griego *práссо*, del que procede al sustantivo *práxis*) se incline por el «retórico». En la casuística₁, lo axiomático y lo retórico no se oponen sino que se complementan.

Es un mérito del libro de Jonsen y Toulmin el haber llamado la atención sobre la importancia que el razonamiento práctico y retórico tiene en la ética aristotélica. A tal efecto citan ambos las agudas observaciones de Aristóteles en el libro III de los *Tópicos*⁴, que demuestran bien cómo el juicio moral tiene siempre un momento teleológico o consecuencialista. Siempre me ha sorprendido, a este respecto, un texto de Tomás de Aquino, que los autores no citan, y que me parece enormemente significativo. Es un comentario a propósito de la «epiqueya», y dice así⁵:

Dado que los actos humanos a los que se refieren las leyes, son singulares y contingentes y pueden variar de infinitos modos, no ha sido posible instituir ningún tipo de ley que no falle en algún caso, de modo que los legisladores atienden a lo que sucede más veces como consecuencia de la ley; pero seguir esa ley en ciertos casos va contra la igualdad de la justicia y contra el bien común que la ley busca. Por ejemplo, la ley establece que se devuelvan los depósitos, porque en general esto es justo; pero a veces ello resulta nocivo, como cuando a una persona furiosa que ha entregado en depósito la espada, se le devuelve ésta mientras se halla enfurecida, o cuando la devolución de lo depositado vaya a utilizarse en contra de la patria. En estos y similares casos, es malo seguir la ley positiva, y es bueno, rechazando la letra de la ley, seguir lo que está mandado por razón de la justicia y la utilidad común. Y a esto se ordena la epiqueya, que entre nosotros se llama *equidad*.

La traducción de este texto hace perder algunos de sus matices más

interesantes. Tras los dos ejemplos que cita, la devolución de la espada a una persona furiosa, o la restitución del dinero a quien vaya a utilizarlo en contra del bien común, Tomás de Aquino escribe: *in his ergo et similibus casibus malum esse sequi legem positam*. Advértase, primero, que la ley no pierde su carácter de norma universal y *a priori*, ni deja por tanto de obligar. Lo que sucede es que hay condiciones o circunstancias en las que la moralidad cambia, hasta el punto de que sería malo seguir la ley. Esas condiciones o circunstancias no sirven para modificar la «norma» o ley, sino sólo para hacer «excepciones» a la ley. Este es un dato muy importante: la función del momento teleológico no es crear normas o leyes, sino justificar las «excepciones» a esas normas o leyes. Algo similar dice Aristóteles en el capítulo de la *Ética a Nicómaco* dedicado al estudio de la epiqueya.

Hay otra cosa muy notable en el texto de Tomás de Aquino. En él hay una frase que en latín dice así: *in his ergo et similibus casibus*. Utiliza, pues, la palabra *casus*, caso, de la que procede nuestra palabra «casuística». El caso es siempre un hecho concreto. El caso es lo contrario de la norma universal. Para Aristóteles y Tomás de Aquino, las «normas» pueden establecerse *a priori*, sin tener en cuenta las circunstancias; pero los «hechos» no pueden nunca juzgarse más que de forma concreta y situada, es decir, como «casos». Cabría decir que la ética clásica se ocupa de las normas, y la moral de los casos. El eticista no tiene por qué ser casuista, quizá no debe serlo; pero el moralista sí: no tiene más remedio.

Todavía hay más en ese texto tomista. Tras la frase latina recién comentada, el texto sigue diciendo: *bonum autem est, praetermissis verbis legis, sequi id quod poscit iustitiae ratio et communis utilitas*. Quiero llamar la atención sólo sobre sus dos últimas palabras, *communis utilitas*, que nos revelan un Tomás de Aquino no sólo casuista y consecuencialista, sino claramente utilitarista. Las excepciones a las normas hay que hacerlas siempre con criterios consecuencialistas de utilidad, y sobre todo de utilidad común. Un cierto utilitarismo es indispensable en ética.

Un análisis similar puede realizarse en otras tradiciones distintas de la aristotélica, como es, por ejemplo, la kantiana. La fundamentación kantiana de la moral se encuentra, como es bien sabido, en el «imperativo categórico». Pero como también es conocido, este imperativo es puramente «formal», carece de contenidos «materiales» concretos, y por ello tiene sólo forma de «ley» o «canon», pero sin carácter «preceptivo» o «deontológico». Kant sabe muy bien, por ello, que con el imperativo categórico se puede fundamentar una ética y hasta una metafísica, pero no pueden escribirse tratados de moral ni tomarse decisiones concretas. Éstas han de versar, por definición, sobre contenidos materiales concretos, y por tanto han de estar en el orden de los llamados «imperativos hipotéticos». Ahora bien, en este

orden de los imperativos hipotéticos tiene mucha importancia la «prudencia», es decir, el análisis de lo materialmente «posible». Esto es lo que Kant llama «la antropología en sentido pragmático», y de algún modo también «la ética en sentido pragmático». Es un error desterrar el pragmatismo de la ética, como es un error también desterrarlo de la política. En ese orden, el método de la ética no puede ser otro que casuístico.

LA ÉTICA EN LA RACIONALIDAD HISTÓRICA Y ECOLÓGICA: LA CASUÍSTICA₂

Naturalmente, nuestra situación actual no es ya la de Aristóteles ni la de Kant. Hoy nos sentimos muy lejos de ambos, no tanto en el tema de evaluación de las consecuencias y la utilidad de nuestras acciones, a pesar de lo que en un principio pudiera parecer, cuanto en el de la capacidad de la razón para establecer normas o criterios universales y absolutos. Aristóteles y Kant eran, a la postre, racionalistas, y eso es lo que hoy resulta más difícil de admitir. Han pasado ya los tiempos en que parecía posible afirmar la razón como «pura» y «absoluta». Ya no podemos hacer, como Espinoza, *Ethica more geometrico demonstrata*. Y ello aunque sólo fuera porque Kurt Gödel nos demostró, hace más de medio siglo, la incompletitud de los sistemas formales, y por tanto la incapacidad de la razón para establecer sistemas racionales absolutos y definitivos. La razón nunca es tan «pura» como Kant y los racionalistas supusieron.

El problema de la ética no es hoy, por eso, el del casuismo en sí, que todos aceptamos sin mayores problemas, sino el del principialismo, que es un elemento constitutivo de lo que hemos llamado «casuismo₁». ¿Hay algún tipo de principios morales que puedan ser afirmados como absolutos? Toda la ética racionalista, de Platón a Kant, respondió que sí. Pero hoy la bancarrota del racionalismo es prácticamente total, y no parece posible conceder a la razón otra capacidad que la de elaborar hipótesis y teorías, en el interior de lo que Toulmin llama «ideales explicativos», que son patrones históricos de racionalidad y de inteligibilidad que dan sentido a los hechos, e incluso determinan cuáles son los hechos «para nosotros». Los ideales explicativos son, por ello, los marcos referenciales de toda racionalidad concreta o material, de los que ésta no puede salir y sobre los que no puede saltar; son, si se quiere, los «presupuestos» de cualquier racionalidad que tenga contenidos materiales. Las construcciones meramente formales, como la lógica o la matemática, parece que están por encima del cambio histórico, y que de algún modo son inmunes él, al haber puesto entre paréntesis los contenidos materiales. Pero esto para Toulmin no es cierto. Como

escribe en el primer volumen de *Human Understanding*, «la total adhesión a las consideraciones formales impone como precio no la inmunidad al cambio histórico, sino la irrelevancia con respecto a él»⁷. De ahí que hoy sea necesario definir la racionalidad en términos que son exactamente los contrarios a los que utilizó, por ejemplo, Kant. Ya no se trata, dice Toulmin, de afirmar como racional lo que reposa en «cimientos metafísicos» permanentes, ni siquiera del tipo «transcendental» que Kant propuso; muy al contrario, «los hombres muestran su racionalidad en su disposición a abandonar el sueño de un único sistema universal de pensamientos que posea una autoridad exclusiva y a revisar cualquiera de sus conceptos y teorías a medida que se amplía y profundiza progresivamente su experiencia del mundo»⁸. Los productos de la razón no son, pues, absolutos, sino «históricos», y tampoco son puros o formales, sino circunstanciados y materiales, o, como prefiere decir E. Toulmin, «ecológicos». Yo estoy completamente de acuerdo con esto, que creo que es una conquista incuestionable de nuestro siglo. Entre nosotros, Xavier Zubiri ha escrito una importantísima obra sobre la razón humana partiendo de estos supuestos⁹. Ni a la razón científica, ni a la lógica o a la ética se le puede pedir más. En ese sentido, cabe concluir que la razón moral ha de ser siempre, por obligación, histórica y ecológica; y, por tanto, «casuística». El casuismo es y debe ser el método propio de la razón moral. Pero un casuismo distinto del clásico.

Jonsen y Toulmin proponen en su libro *The Abuse of Casuistry*, por todo eso, relegar un poco la vieja pretensión de hacer juicios morales desde «axiomas», y sustituir éstos por «máximas». Desde los tiempos griegos, las máximas son criterios sabios y prudentes de actuación práctica. Sus razones no son nunca necesarias y apodícticas, sino sólo probables. Por tal motivo afirma Aristóteles que no están contruidos con *epistéme*, ciencia, sino con *dóxa*, opinión. La opinión nos dice lo que podemos hacer en situaciones concretas. Y cuando una opinión es admitida «por todo el mundo, por la mayoría de la gente o por los filósofos»¹⁰, entonces tenemos una opinión «probable», que acaba tomando la forma de «máxima». Las máximas son, por ello, el resultado de la sabiduría práctica de los hombres y las culturas. Para resolver los problemas morales, dicen Jonsen y Toulmin, es más útil acudir a las máximas que a los principios. Este es el método del «casuismo»².

En la base de este modo de pensar está la creencia, claramente expresada por Toulmin en *Human Understanding*, de que la racionalidad humana no puede entenderse adecuadamente como un sistema formal, sino como un proceso histórico, aunque sólo sea porque «la racionalidad no es un atributo de los sistemas conceptuales en cuanto tales, sino de las actividades o empresas humanas, de las cuales son cortes tempóreos los conjuntos particulares de conceptos»¹¹.

Esas «empresas racionales» merecen el nombre de «disciplinas» cuando poseen ciertas características, que Toulmin resume en «su propio cuerpo de conceptos, métodos y objetivos fundamentales»¹². Este cuerpo se constituye mediante un proceso de selección, de algún modo similar al proceso de selección natural de Darwin, que Toulmin llama «selección disciplinaria»¹³.

Las disciplinas intelectuales se constituyen, según Toulmin, a partir de «ideales explicativos»¹⁴. Así, escribe: «Los problemas conceptuales de la ciencia provienen de la comparación no de “proposiciones” con “observaciones” sino de “ideas” con la “experiencia”. Nuestras presentes facultades explicativas deben ser juzgadas a la luz de las ambiciones y los ideales intelectuales relevantes. Y no se puede definir apropiadamente la naturaleza de los “problemas” científicos sin considerar también el carácter de esos ideales»⁵.

Esos ideales son por definición siempre irrealizables de modo «completo» o «perfecto»¹⁶, pero eso no disminuye su importancia; muy al contrario, les convierte en marcos de referencia obligados de todo proceso racional. Como escribe Toulmin, «esos ideales mantiene la coherencia de la disciplina misma, estableciendo límites dentro de los cuales se restringen las hipótesis y la especulación, y mejorando los criterios de selección para juzgar las innovaciones conceptuales»¹⁷.

A partir de unos ciertos «ideales», toda disciplina desarrolla determinados «procedimientos explicativos»¹⁸, en forma de lenguajes, técnicas y metodologías¹⁹. Los procedimientos son los medios necesarios para hacer realidad, aunque sólo sea parcialmente, los ideales. Por otra parte, los procedimientos se utilizarán de modo distinto según los «objetivos»²⁰ propios de cada investigación concreta. Por tanto, el proceso explicativo de toda disciplina intelectual tiene niveles, al menos tres: el de los «ideales explicativos», el de los «procedimientos explicativos» y el de los «objetivos explicativos».

Los historiadores franceses distinguen tres niveles históricos: uno muy superficial, que cambia continuamente, la llamada «historia episódica»; otro más profundo, el propio de la «historia coyuntural»; y otro muy permanente, que varía con extrema lentitud, la llamada «historia estructural». Pues bien, lo mismo cabe decir de los cambios en las disciplinas. Hay unos que son superficiales y episódicos, que acontecen en el orden de los «objetivos explicativos». Hay otros más profundos, y que por tanto suceden con menos frecuencia, los cambios en los «procedimientos explicativos». Y finalmente están los cambios en los «ideales explicativos», que son los más profundos, pero por ello mismo también extremadamente raros.

Es importante reparar en el modo como se producen y dirimen las disputas en el orden de los procedimientos. Los partidarios de los enfoques formales y axiomáticos suelen creer que esos conflictos deben resolverse acudiendo a los principios inmutables, necesarios y eternos propios del nivel superior. Toulmin, por el contrario, piensa que las disputas proce-

dimentales no pueden resolverse por meros criterios lógicos *a priori*, sino sólo acudiendo a razones históricas *a posteriori*. «Estos casos exigen apelar no a los temas codificados de una teoría establecida, sino a argumentos más amplios que involucran la comparación de estrategias intelectuales alternativas a la luz de la experiencia y los precedentes históricos»²¹. Así sucedió, de hecho, en la disputa de los años 50 a propósito de la mecánica cuántica: después de un tiempo en que partidarios y detractores, probabilistas y antiprobabilistas, mantuvieron posturas rígidas a partir de pretendidos principios absolutos, «se hizo evidente para ambas partes toda la profundidad de los temas en discusión y el estilo de argumentación cambió. Desde entonces cada parte trató de explicar, en términos menos doctrinarios, qué tipos generales de errores cometían sus oponentes, y como resultado de ello entró en el debate un nuevo género de consideraciones. Liberados de todo compromiso con un procedimiento codificado, los disputantes se encontraron, por así decir, en un mundo de “derecho consuetudinario”, que les obligó a discutir sus discrepancias en términos de “precedentes”, “consecuencias” y “política pública”... Mediante este cambio de los argumentos formales (o codificados) a los históricos (o consuetudinarios) se aclaró el verdadero carácter de los problemas en discusión»²².

Cuando los conflictos son poco profundos y no afectan al nivel de los procedimientos, basta recurrir a éstos para dirimir la cuestión. Pero cuando son más nucleares y afectan a los propios procedimientos, entonces la disputa, dice Toulmin, «deja de ser materia para el juicio rutinario y se asemeja más bien a un caso del Tribunal Supremo o la Cámara de los Lores. Es decir, la cuestión deja de ser la de aplicar correctamente procedimientos establecidos y adquiere el carácter de una cuestión “constitucional”»²³. Como dijo Oliver Wendell Holmes, un tribunal de última instancia se enfrenta a veces con casos para los que no se dispone de ningún procedimiento de decisión o en los que los principios aceptados conducen a manifiestas anomalías e injusticias²⁴. Cuando esto sucede, lo que el tribunal tiene que hacer no es apelar a procedimientos preexistentes, sino ampliar su campo de consideración y crear nueva doctrina a la luz de la experiencia acumulada de la humanidad²⁵. Cuando se intenta ir más allá y establecer criterios de demarcación permanentes y universales, se paga, según Toulmin, al precio de llegar a fórmulas vacías²⁶.

En su libro *The Abuse of Casuistry*, Jonsen y Toulmin proponen un procedimiento similar para la resolución de conflictos morales, no basado en el recurso a principios universales o metafísicos, sino a razones de tipo práctico e histórico. Como ha señalado John D. Arras en su comentario al citado libro, algunas parte del volumen y los escritos anteriores de Toulmin sugieren claramente la improbable tesis de que los usuarios de la casuística² pueden hacerlo todo sin el recurso a la teoría moral y a los principios

regulativos. Para resolver los problemas morales bastaría con el auxilio de las máximas. El problema está en que a veces hay máximas contradictorias, que no nos permiten solucionar el conflicto en que nos hallamos. ¿Qué hacer entonces? «Sería exagerado —dice Toulmin— concluir que no existe ningún procedimiento racional para resolver tales discrepancias»²⁷. Algunos pensarán que ese procedimiento racional ha de consistir en la búsqueda de argumentos formales (o codificados) en alguna teoría establecida. Toulmin, por el contrario, piensa que ese camino conducirá irremediamente al fracaso, y que la única solución posible hay que buscarla exactamente en la dirección contraria, es decir, buscando «argumentos más amplios que involucren la comparación de estrategias intelectuales alternativas a la luz de la experiencia y los precedentes históricos»²⁸. Frente a los argumentos formales, él opta por los que llama «argumentos consuetudinarios e históricos»²⁹. Este habría sido el mérito de la *National Commission*, al haber procedido así, evitando la tiranía de los principios formales y codificados sobre los históricos y consuetudinarios³⁰. Toulmin está convencido de que acudiendo a los principios no estaremos en mejor situación para dirimir las contradicciones entre máximas que permaneciendo en el propio nivel de las máximas. El resultado, un tanto pesimista, es que no hay otro modo racional y humano de resolver los conflictos. De ahí la conclusión de John D. Arras: «La fe de Jonsen y Toulmin en la casuística como una máquina de consenso social es muy probablemente gratuita».

De hecho, así parece que ha funcionado la racionalidad científica a lo largo de su historia, y no tenemos constancia de que la razón proceda de otro modo en ámbitos distintos, como por ejemplo el moral. La única diferencia ostensible es que la ética no está claro que sea una «disciplina» en el sentido toulminiano del término, ni que por tanto se ajuste a sus cánones. Por disciplina entiende Toulmin, como ya sabemos, «una empresa humana colectiva en la que la adhesión compartida de los hombres a un conjunto de “ideales” sobre el que existe suficiente acuerdo, conduce a la elaboración de un repertorio aislable y autodefinitorio de “procedimientos”, y en la que esos procedimientos están siempre abiertos a ulterior modificación, de modo que puedan abordarse los “problemas” que plantea la incompleta realización de esos ideales disciplinarios»³¹. La racionalidad científica no hay duda de que se ajusta a esta definición, pero la racionalidad ética plantea serias dudas. De hecho, los problemas éticos suponen elecciones y consideraciones «irreductiblemente personales»³², y en esa misma medida «no-disciplinarias». Consideramos que hay que respetar la negativa del católico a abortar, y la del testigo de Jehová a recibir sangre de otra persona, porque ambas opciones se basan en las creencias (o «ideales») de esa persona. De este modo vemos cómo los ideales que se hallan en la base de la ética son diversos y difícilmente reductibles entre sí, razón por la cual es

poco probable llegar a un consenso. Parece, pues, que la ética es una actividad claramente no-disciplinaria.

Pero si se mira desde otra perspectiva, la conclusión a la que se llega es exactamente la contraria. De hecho, todos parecemos convenir en que deben respetarse las creencias de las personas. En este orden de las creencias también hay, pues, ciertos ideales compartidos, que en este punto podíamos definir como «derecho a la libertad de conciencia». Probablemente podríamos ir ampliando esta plataforma de consenso, hasta que abarcara la totalidad de los derechos humanos civiles y políticos. De modo que éstos podrían afirmarse como un «ideal» ético compartido. En la base de todos ellos es muy posible que encontráramos una especie de derecho humano fundamental, del que todos los demás derivan. Este derecho humano se ha formulado de diversas formas, una de las cuales es la siguiente: «todos los seres humanos somos iguales y merecemos igual consideración y respeto». En este punto parece que el consenso básico es de nuevo muy posible, y que por tanto no resulta difícil llegar a un «ideal» compartido por todos, o al menos por la mayoría de los hombres. Desde este punto de vista, la ética se halla muy cerca del carácter «disciplinario». Cabe decir, por tanto, que en ella hay dos niveles, uno disciplinario, y otro no-disciplinario. En consecuencia, parece que el estatuto de la ética es, concluye Toulmin, «casi-disciplinario».

Conviene insistir en esta teoría de los niveles, ya que ella tiene una gran importancia en bioética. Jürgen Habermas ha denominado al primero «nivel de la autonomía» y al segundo «nivel de la autorrealización». Que el hombre es un ser autónomo no creo que sea proposición discutible. Ahora bien, de acuerdo con su etimología, autonomía significa capacidad autolegisladora. El hombre es autónomo porque, como ya dijera Kant, es la fuente de la ley moral. Esa ley moral que todo hombre se da a sí mismo es una especie de momento universal o invariante de la moralidad. Quizá no deba llamársele ni formal ni material, ni codificado ni consuetudinario, ni tampoco histórico o suprahistórico. Estas dicotomías son de algún modo ulteriores a la afirmación del individuo autónomo en tanto que tal. Por eso éste es un principio que todos podemos autoafirmar como absoluto, con lo que se constituye en principio universal e invariante de moralidad. En él consiste el que antes hemos denominado nivel disciplinario. Este nivel es común para todos los hombres, ya que todos ellos coinciden en ser autolegisladores. Lo cual significa que el nivel disciplinario se constituye como punto de convergencia de todos los hombres, por tanto como comunidad intersubjetiva de personas o, como dicen Habermas y Apel, «comunidad ideal de comunicación».

El contenido del nivel disciplinario puede formularse de varias maneras. Una sería la ya citada: los seres humanos somos personas, no cosas, y

merecemos igual consideración y respeto. Quítese del término persona todo lo que tenga de metafísica explicativa, y déjese reducido al mero carácter autolegislador del sujeto humano, por tanto, al puro dato originario de la moralidad. Los hombres somos morales por esto, y en ello coincidimos todos. Por eso el nivel disciplinario constituye lo que Adorno denominó *minima moralia*, los «mínimos morales» en los que todos coincidimos. Estos mínimos morales se expresan en dos principios de los tenidos por clásicos en bioética, el principio de No-maleficencia y el principio de Justicia. El primero es la aplicación de la ley de que todos los hombres somos iguales y merecemos igual consideración y respeto al orden de la vida biológica, y el segundo, el de justicia, al de la vida social. Cuando se discrimina a las personas, tanto biológica como socialmente, se está cometiendo una injusticia, y por tanto se va contra la universalización que pide y exige el nivel disciplinario.

Pero junto a él hay otro nivel, el no disciplinario. Este ha sido el gran descubrimiento de la modernidad, que no todo es universal en la moralidad humana; que además de un momento de universalidad, el hombre tiene otro de estricta particularidad. Con su autonomía, cada hombre elabora su propio proyecto de vida, es decir, su ideal de felicidad y perfección; es lo que Habermas llama autorrealización. Este ideal es siempre histórico y consuetudinario, y a la postre personal e intransferible. Y sin embargo, no por ello obliga moralmente menos que los principios del nivel disciplinario. Cabría decir que si el nivel disciplinario es el de la kantiana ética del «deber», basado en un principio formal, el nivel no disciplinario es el de la ética aristotélica de la «virtud», basada en principios consuetudinarios. Si aquélla era una «ética de mínimos», ésta debe considerarse, con toda razón, como la «ética de máximos», que todo hombre se propone en su vida.

El nivel no disciplinario también tiene sus principios, que no son los de No-maleficencia y Justicia, sino los de Autonomía y Beneficencia. Puede resultar extraño que aquí hablemos de nuevo de autonomía, cuando quedamos en que ésta era el principio y fundamento del nivel disciplinario. Pero es que aquí por autonomía se entiende una cosa distinta, el proyecto propio y particular de vida que cada uno se construye, por tanto, lo que Habermas llama el proyecto de «autorrealización». Lo que en bioética se suele denominar principio de autonomía, tiene más que ver con la capacidad de autorrealización que con la autonomía originaria o etimológica.

Pues bien, el nivel no disciplinario, nivel particular, se halla regido por los principios bioéticos de Autonomía y Beneficencia. Por autonomía aquí se entiende el derecho de toda persona a realizar su propio ideal de perfección y felicidad, dado que sólo ella, autónomamente, puede definir su propio ideal de perfección y felicidad, y por tanto su propia idea de lo que es bueno o beneficioso para ella (éste es el principio de Beneficencia). La

No-maleficencia es objetiva, y la sociedad puede obligarnos a guardarla; la Beneficencia, no, razón por la cual sólo nosotros podemos definir qué sea beneficioso en orden a nuestro ideal de perfección y felicidad.

En mi opinión, estos dos niveles se dan siempre en todo acto moral, y sólo mediante su análisis es posible entender éste. Hay, por lo demás, una cierta jerarquía entre ellos, a modo de orden lexicográfico, razón por la cual el nivel disciplinario tiene siempre prioridad sobre el no disciplinario. Por eso el primero se corresponde con lo que clásicamente se han denominado «deberes de obligación perfecta», en tanto que el segundo tiene que ver con los llamados «deberes de obligación imperfecta». Esto explica que las obligaciones del nivel disciplinario puedan ser impuestas a los individuos por la sociedad, pero no así las del nivel no disciplinario. Cumplir con la justicia es un deber de obligación perfecta, y por eso puede imponerse desde fuera; por el contrario, hacer un acto de caridad es un deber de obligación imperfecta, y no puede imponerse por nadie. Para hacer un acto de beneficencia es preciso que yo lo decida autónomamente, y que decida el cuándo, dónde, a quién, etc. Ninguna de estas cosas son decididas por mí en las obligaciones del nivel disciplinario. Por supuesto que en principio hay que respetar ambos niveles, pero en caso de conflicto no hay duda de que siempre tiene prioridad el primero sobre el segundo. El ejemplo clásico de ello es el del servicio militar obligatorio en caso de guerra, en el que un pretendido deber de justicia, por tanto de nivel disciplinario, cobra prioridad sobre mi propio ideal de perfección y felicidad, es decir, sobre el nivel no disciplinario.

Pienso que todo esto no hace sino ampliar y explicitar las dimensiones que Toulmin llama «casi-disciplinaria» y «no-disciplinaria» de la ética. Naturalmente, de estos dos, el aspecto más importante es el primero, aunque sólo fuera porque él es el que se acerca más a la racionalidad disciplinaria. Esto es particularmente evidente en bioética. La bioética se ha convertido en una disciplina autónoma precisamente por este momento disciplinario o cuasi-disciplinario de su actividad. Como escribe el propio Toulmin, «los hombres han avanzado mucho en el proceso... Con el incremento de la experiencia y la comprensión humanas, han cristalizado algunos grupos de problemas éticos que pueden ser tratados ventajosamente como cuestiones técnicas y se han convertido en el objeto de estudio de "expertos" o "autoridades" profesionales... Por ello, aun dentro del campo general de la ética, existen unos pocos ámbitos especializados de investigación en los cuales sólo es posible manejar efectivamente la experiencia humana colectiva de modo casi disciplinario; y el carácter técnico de estos campos especializados se refleja, igualmente, en el desarrollo de las profesiones correspondientes»³³.

Una de estas profesiones es, sin duda, la de bioeticista. La bioética es

una actividad cuasi-disciplinaria. Esto quiere decir que en ella hay al menos una parte, la del primer nivel, que se ajusta a las características propias de las disciplinas. Estas características, como ya sabemos, son fundamentalmente dos: la presencia de unos «ideales» disciplinarios en los que hay un gran consenso, y la puesta a punto de unos «procedimientos» adecuados. Que la bioética cuenta hoy con unos «procedimientos» propios, no creo que pueda ser discutido por nadie. El mismo libro de Jonsen y Toulmin, *The Abuse of Casuistry*, es buena prueba de ello. Lo que quizá puede resultar más problemático es saber si existen unos ideales disciplinarios sobre los que haya suficiente acuerdo. Personalmente pienso que sí. A mi entender, el ideal en que todos estamos de acuerdo es que todos los hombres somos en principio iguales y merecemos igual consideración y respeto. Esta formulación es ideal, ya que a muchos no se les trata, en realidad, así. Pero todos estamos de acuerdo en que la función de la ética es acercar la realidad a ese ideal, evitando la discriminación social (esto es lo que se denomina principio de Justicia) y evitando también el que unos puedan dañar a otros en su vida o en su salud (principio de No-maleficencia).

El ideal de que todos los hombres debemos ser tratados en principio con igual consideración y respeto es, a mi modo de ver, aceptado unánimemente dentro de las sociedades occidentales. En lo que comenzarían las diferencias sería en la determinación precisa de los límites de ese ideal y los procedimientos para hacerlo realidad. Pienso, además, que en tanto que ideal ha sido compartido también por todas las sociedades humanas anteriores a la nuestra, y por las que hoy existen y son distintas de la occidental. En cada una de ellas variará la formulación, pero no creo que el contenido sea sensiblemente distinto. Por eso opino que en este punto hay que ser casi kantiano. Es verdad que los ideales disciplinares son históricos y ecológicos. Pero en el caso de la ética, el ideal último es a la vez histórico y transhistórico o metahistórico. Si no, el hecho del deber y la obligación moral quedarían inexplicados.

No sé si esta interpretación es ortodoxa dentro de las categorías filosóficas del profesor Toulmin. Si es así, si todo eso cabe dentro de lo que él entiende por «disciplina», entonces creo que la *casuística*₂ es, sin duda alguna, la caracterización filosófica más adecuada que puede darse de la bioética. Pero si, como sospecho, la interpretación propuesta resulta incompatible con las categorías defendidas por Toulmin y Jonsen, entonces considero necesario ir más allá, y poner las bases de un nuevo tipo de casuística, que yo me atrevería a llamar *casuística*₃.

NOTAS

- ¹ Albert R. JONSEN y Stephen TOULMIN, *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley-Los Angeles-Londres, University of Chicago Press, 1988.
- ² John D. ARRAS, «Common Law Morality», *Hastings Center Report*, 1990, 20: 35.
- ³ Stephen TOULMIN. *La Comprensión humana. I: El uso colectivo y la evolución de los conceptos*. (Trad. esp.), Madrid, Alianza, 1977.
- ⁴ Cf. Albert R. JONSEN y Stephen TOULMIN, *Op. cit.*, p. 74.
- ⁵ S. Th. II-II, q. 120, a. 1.
- ⁶ B. SPINOZA, *Ética, demostrada según el orden geométrico*. (Trad. esp.), Madrid, Alianza, 1987.
- ⁷ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 198.
- ⁸ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 199.
- ⁹ Cf. Xavier ZUBIRI, *Inteligencia y razón*, Madrid, Alianza Editorial, 1983.
- ¹⁰ ARISTÓTELES, *Top I*, 1: 100 b 22.
- ¹¹ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 144.
- ¹² TOULMIN, *Op. cit.*, p. 149.
- ¹³ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 150.
- ¹⁴ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 155.
- ¹⁵ TOULMIN, *Op. cit.*, pp. 160 y 161.
- ¹⁶ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 161.
- ¹⁷ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 164.
- ¹⁸ *Ibid.*
- ¹⁹ Cf. TOULMIN, *Op. cit.*, p. 170.
- ²⁰ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 184.
- ²¹ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 234.
- ²² TOULMIN, *Op. cit.*, pp. 243 y 244.
- ²³ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 235.
- ²⁴ *Ibid.*
- ²⁵ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 248.
- ²⁶ Cf. TOULMIN, *Op. cit.*, p. 246.
- ²⁷ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 243.
- ²⁸ *Ibid.*
- ²⁹ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 244.
- ³⁰ De nuevo remito al artículo de Toulmin «The National Commission on Human Experimentation: procedures and outcomes», en H. Tristram ENGELHARDT Jr. y Arthur L. CAPLAN (eds.), *Scientific Controversies: Case studies in the resolution and closure of disputes in science and technology*, Nueva York, Cambridge University Press, 1987, pp. 599-613.
- ³¹ TOULMIN, *Op. cit.*, p. 363.
- ³² TOULMIN, *Op. cit.*, p. 408.
- ³³ TOULMIN, *Op. cit.*, pp. 409 y 410.

8

En busca de un fundamento trascendental para la ética

La anterior discusión a propósito de la casuística no es sino un ejemplo de lo que en términos generales sucede con la racionalidad. Hay un primer tipo, que podemos denominar racionalidad₁, la racionalidad propia del racionalismo, lo que Toulmin llamaba racionalidad axiomática o geométrica, que hoy todo el mundo rechaza por igual. La diferencia entre América y Europa está en que aquella suele situarse en el nivel de la racionalidad₂, en tanto que ésta a veces cree posible el establecimiento de un nuevo tipo de racionalidad, que quizá puede denominarse racionalidad₃.

LA POLÉMICA HABERMAS-RORTY

La diferencia entre estos dos últimos tipos de racionalidad se advierte bien analizando la polémica entre dos europeos, J. Habermas y K.O. Apel, y un norteamericano, Richard Rorty. La tesis de los primeros sobre la ética no puede entenderse más que situada en su contexto natural, es decir, en la Alemania posterior al Nacionalsocialismo y a la Segunda Guerra Mundial, y en la tradición que en los años treinta iniciaron los pensadores de la denominada Escuela de Francfort. Es una perspectiva típicamente europea. Analizados desde ella los métodos anglosajones aparecen, cuando menos, como sospechosos. ¿Sospechosos de qué? Sospechosos de lo que la Escuela de Francfort dio en llamar «racionalidad estratégica».

La ética es inseparable de la historia concreta de cada sociedad o cultura. Y la sociedad europea ha sufrido en sus propias carnes un conjunto de crisis y cataclismos sociales, de los que todavía está sacando las consecuencias. Uno de ellos fue el régimen nazi, inmediatamente anterior a la Segunda Guerra Mundial. Él ha demostrado a los europeos que la opinión de las mayorías no es sin más un procedimiento adecuado de toma de

decisiones morales. De hecho, el régimen nazi contó con un apoyo casi unánime del pueblo alemán, y sin embargo actuó de modo profundamente inmoral¹. Entre esos hechos palmariamente inmorales estuvieron la agresión bélica a todos los pueblos vecinos, la segregación de los no arios, el exterminio de razas casi enteras de hombres, etc. Hubo pensadores, como los de la Escuela de Francfort, que ya entonces llamaron la atención sobre la necesidad de fundar la moral sobre algo superior a la mera racionalidad estratégica o táctica que tiene por objeto la defensa de los intereses de un grupo determinado de personas. La ética ha de estar por encima de los intereses particulares; tiene que poner éstos entre paréntesis, respetando a todos los hombres. En última instancia, esto es lo que hubieron de hacer los jueces del tribunal de Nüremberg, y es el único marco referencial adecuado para una ética que no quiera ser un mero juego de intereses particulares o estratégicos. El procedimentalismo americano tiene sentido, pero siempre y cuando no se convierta en un procedimiento meramente estratégico o táctico, sino racional y universal. Esto no está asegurado en ninguno de los métodos analizados en la primera parte. Más bien parece lo contrario, que la ambigüedad de los métodos es querida, y tiene por objeto dejar abierta la puerta a la racionalidad meramente estratégica.

Para los autores de la escuela de Francfort no hay más que un medio de fundamentar una ética procedimental que supere la racionalidad meramente estratégica, que vela sólo por los intereses exclusivos de unas personas. Para evitar esto, no existe otra vía que tener en cuenta los intereses de todos los implicados en la decisión, es decir, los intereses generales de la Humanidad, lo que Habermas llama la «comunidad ideal de comunicación»². Si por intereses generales de la humanidad se entiende que todos los hombres son fines en sí mismos y merecen total consideración y respeto, entonces esto coincide con lo que ya dijera Kant hace ahora exactamente dos siglos. Lo cual significa que un sistema social y político como el democrático sólo será perfecto cuando tenga en cuenta la dignidad de todos los hombres, sin exclusión de ninguno; es decir, cuando haga real la comunidad ideal de argumentación. Por más que en la práctica todo esto pueda parecer utópico, la ética no puede renunciar a ello, y su misión no es otra que la de hacer que ese ideal se realice en el menor tiempo posible. Todo lo demás habrá de ser tenido siempre por no ético.

Partiendo de esta experiencia histórica tan específicamente europea, se comprenden dos características fundamentales de la moderna ética de este continente, una coincidente con la norteamericana, y la otra no. La primera es el procedimentalismo o precesualismo. Los problemas éticos no son tanto cuestiones de principio cuando de procedimiento. Todo problema moral acaba resolviéndose siempre en una cuestión de procedimiento. Éste es un factor o elemento irrenunciable de la bioética norteamericana y hoy

lo es también de la europea. Pero junto a esa nota común hay otra distintiva o diferencial. A mi modo de ver, el procedimentalismo europeo tiende a ser más «duro» o *hard* que el norteamericano, que por eso mismo puede ser calificado de «blando» o *soft*. Llamo procedimentalismo blando al «real» o «estratégico», es decir, al que intenta establecer un pacto de utilidades entre personas particulares, y duro al «ideal» o «racional», por tanto al que considera que sólo son éticos los pactos que tienen en cuenta a la totalidad de las personas virtualmente implicadas en el asunto, lo que en última instancia obliga siempre a incluir en el pacto a toda la Humanidad presente y futura. Ciertamente, en Norteamérica también hay autores partidarios de procedimentalismos más o menos duros. El ejemplo más significativo de esto es, sin duda, John Rawls y su teoría de la justicia³. Por otra parte, los tres principios bioéticos que han dado novedad y consistencia a la bioética norteamericana, autonomía, beneficencia y justicia, han tenido una génesis claramente procedimental, y pueden ser interpretados desde la perspectiva del procedimentalismo duro, aunque no está dicho, ni mucho menos, que la bioética norteamericana los haya interpretado así. El que hayan surgido se debe, ciertamente, a puros motivos procedimentales, pues, como ha señalado Adela Cortina, la beneficencia médica necesita tener en cuenta la autonomía del paciente, dado que éste «es un interlocutor del que no se puede prescindir sin incurrir en contradicción. Y de igual modo, el principio de justicia, que viene a complementar los dos anteriores, se inspira en ética de este corte (procedimental) al sostener que las decisiones médicas no sólo afectan al médico y al paciente, sino a la sociedad»⁴. Su origen procedimental es, pues, claro, y así lo demuestra la historia del Informe Belmont, y en general todo el proceso de la *National Commission*. Pero esto no certifica sin más que tal procedimiento sea racional y no meramente estratégico. De hecho, en la bioética norteamericana estos principios se han utilizado tanto en un sentido como en el otro. Y aquí es donde la bioética europea intenta establecer una cierta distancia respecto de su hermana mayor del otro lado del Atlántico. Acepta su procedimentalismo, y con ello su sistema de tres criterios o principios procedimentales, pero los interpreta de modo duro, es decir, intentando evitar todo pacto estratégico de intereses meramente particulares, en favor de una consideración más amplia, en la que estén representados todos los implicados en el tema, y a la postre toda la Humanidad. La patria de Kant no parece que pueda conformarse con menos.

Es importante recordar cuál ha sido la reacción norteamericana a la propuesta de Habermas y Apel. Para ello, nada mejor que acudir al libro de Richard Rorty, *Philosophy and the Mirror of Nature*, publicado el año 1979. El título es ya altamente significativo. La filosofía ha pretendido siempre ser una representación especular o espectacular de la naturaleza.

Todos los filósofos, tanto clásicos como modernos, han intentado establecer una correlación entre el orden del pensar y el del ser. Puede afirmarse que el intento secular de la filosofía no ha sido otro que éste, convertirse en espejo de la naturaleza. Rorty considera que es un intento vano, y que por eso resulta siempre fallido. No hay ningún marco de referencia *a priori* que nos permita establecer una relación permanente y neutral entre el sujeto que conoce y la realidad conocida. Por eso la «justificación» es sólo un fenómeno social e histórico⁵. Esto nos permite entender la verdad no como «la representación exacta de la realidad» sino como «lo que nos es más conveniente creer», según la expresión de William James⁶. Es el propio Rorty el que califica su pensamiento de «historicista» y lo sitúa, como antes Toulmin, en la línea del segundo Wittgenstein⁷.

Desde estos presupuestos, Rorty se enfrenta, ya al final del libro, con los intentos de Habermas y Apel de crear un nuevo tipo de punto de vista trascendental, similar en alguna medida al kantiano. Naturalmente, esto le parece a Rorty un «desafortunado coqueteo»⁸ con la vieja pretensión de entender la filosofía como espejo de la naturaleza. Por eso todos los intentos de elaborar una «pragmática universal» o una «hermenéutica trascendental» los considera Rorty «muy sospechosos»⁹. Lo sospechoso no es el punto de partida, lo que un escolástico llamaría el *terminus a quo*, ya que éste es en Habermas y Apel el mismo que el de Wittgenstein y el propio Rorty, el análisis «empírico» del discurso normal, sino el *terminus ad quem*, el lugar de llegada, que ya no es empírico sino «trascendental». Tanto Habermas como Apel piensan que la racionalidad lingüística intersubjetiva no adquiere sentido más que en el interior de una pragmática trascendental. Rorty cita a este respecto unas líneas del *Nachwort* que Habermas añadió en 1973 a *Erkenntnis und Interesse*¹⁰, en las que éste afirma que el conocimiento humano tiene una dimensión empírica que puede analizarse en términos de antropología cultural, pero otra trascendental, que se ocupa de estudiar las funciones del conocimiento «en los contextos universales de la vida práctica», tras lo cual comenta Rorty: «No tiene sentido tratar de encontrar una forma sinóptica general de “analizar” las “funciones que tiene el conocimiento en los contextos universales de la vida práctica”, razón por la cual lo único que necesitamos es la antropología cultural»¹¹. Hay que renunciar «a toda esperanza de lo trascendental»¹². «La idea de que sólo podemos soslayar las reducciones positivistas y el realismo filosófico demasiado ingenuo adoptando algo parecido al punto de vista trascendental de Kant me parece el error básico de programas como el de Habermas, así como de la idea de Husserl de una “fenomenología del mundo de la vida” que describa a las personas en forma “previa” a la ofrecida por la ciencia»¹³. No hay, pues, condiciones trascendentales del conocimiento humano, sino sólo condiciones empíricas. Éstas son las propias de cada

situación histórica y social. Nadie piensa sin supuestos históricos, sociales y culturales. De ahí que la pretensión de la vieja lógica de encontrar las condiciones *a priori* del conocimiento humano, deba ser sustituida por la más modesta de la historiografía y la antropología cultural de describir los supuestos específicos de cada sociedad concreta. Aplicando la terminología de Kuhn, Rorty llama a estas condiciones históricas *a priori* «matrices disciplinares», y las define como «los hechos que una determinada sociedad, profesión o grupo considera que son buena base para afirmaciones de cierto tipo»¹⁴. Y añade: «Desde el punto de vista del grupo en cuestión, estas condiciones subjetivas son una combinación de imperativos prácticos de sentido común (por ejemplo, tabúes tribales, métodos de Mill) con la teoría actualmente en vigor sobre el tema. Desde el punto de vista del historiador de las ideas o del antropólogo son los hechos empíricos sobre las creencias, deseos y prácticas de un cierto grupo de seres humanos. Son puntos de vista incompatibles, en el sentido de que no podemos adoptarlos simultáneamente. Pero no hay ninguna razón ni ninguna necesidad de subsumir los dos en una síntesis superior. El grupo en cuestión puede pasar de un punto de vista al otro (“objetivando” así sus egos pasados mediante un proceso de “reflexión” y haciendo oraciones que sean verdaderas en sus egos presentes). Pero esto no es un proceso misterioso que exija una nueva comprensión del conocimiento humano. Es el hecho de dominio público de que las personas pueden llegar a tener dudas sobre lo que están haciendo y, por tanto, comenzar a disertar en formas inconmensurables con las que utilizaban anteriormente»¹⁵.

MÁS ALLÁ DE LA POLÉMICA

La polémica entre el europeo Habermas y el norteamericano Rorty es, a mi modo de ver, muy representativa de sus respectivos enfoques de la ética. Como Kant, Habermas y Apel piensan que hay «un procedimiento de decisión para los dilemas morales»¹⁶ de carácter a la postre trascendental. Rorty considera, por el contrario, que ese enfoque es cuando menos «desafortunado»¹⁷. Los procedimientos de decisión de conflictos morales no pueden ser trascendentales sino sólo empíricos, limitados al ámbito de la propia matriz disciplinar histórico-social. Los procedimientos de decisión moral carecen, pues, de validez absoluta, y no tienen sentido más que en el interior de cada cultura concreta. Esto es algo que, como ya vimos, subyace a la práctica totalidad de los procedimientos norteamericanos. Ir más allá es algo tan imposible como saltar por encima de la propia sombra.

Un ejemplo muy significativo de esta diversidad de enfoques nos lo ofrece el distinto uso que unos y otros hacen del término «autonomía». Los europeos, siguiendo la tradición kantiana, suelen entender por autonomía el carácter autolegisador de la razón humana, en la acepción fuerte de ese término, es decir, de forma categórica y transcendental. La bioética norteamericana, por el contrario, entiende la autonomía en un sentido estrictamente empírico, como la capacidad de tomar decisiones con conocimiento y sin coacción. La diferencia es tan grande, que acciones que un kantiano consideraría autónomas, para un bioeticista norteamericano no lo son. Pensemos, por ejemplo, en el hecho de pagar impuestos al Estado. Los impuestos tenemos que pagarlos querámoslo o no, razón por la cual, caso de que no lo hagamos autónomamente, el Estado puede obligarlos bajo coacción a hacerlo. Para un bioeticista norteamericano este último acto no sería autónomo (ya que se ha realizado bajo coacción), en tanto que un kantiano podría ver en él la realización paradigmática de la ley moral, por tanto un acto autónomo por antonomasia. En bioética la autonomía se identifica con el requisito del consentimiento informado, de tal manera que un acto es autónomo cuando cumple esas condiciones, y no lo es en caso contrario. Como han escrito Ruth R. Faden y Tom L. Beauchamp, los dos autores que más detalladamente han estudiado este tema, «casi todos los análisis que se han hecho de la autonomía centran su atención en la *persona* autónoma. Nuestro interés básico, por el contrario, se centra en la *elección* autónoma; o, más generalmente, la *acción* autónoma. Esta distinción es entre (1) personas que tienen la capacidad de independencia y control, y (2) las acciones que reflejan el ejercicio de esas capacidades. Esta distinción puede parecer trivial, dado que puede pensarse que por definición sólo las personas autónomas actúan autónomamente. Sin embargo, los criterios de las elecciones autónomas no se identifican con los criterios de las personas autónomas. Personas autónomas pueden y de hecho realizan elecciones no autónomas, debido a factores temporales, como la ignorancia o la coacción. Esta es una cuestión importante en una teoría del consentimiento informado. No es de menor importancia que ciertas personas no autónomas pueden y a veces realizan, con gran esfuerzo, elecciones autónomas muy concretas, procurando informarse antes de consentir o rechazar»¹⁸.

Es probable que al llegar a este punto cada lector haya sentido una especial inclinación por una de las dos posturas descritas. Pero es también muy plausible que esa elección le haya resultado hartamente dolorosa, pues a nadie se le oculta que ambas poseen elementos muy estimables, de los que resulta difícil desprenderse. ¿Qué hacer, entonces?

Las cosas comienzan a aclararse cuando se distinguen varios niveles. Uno de ellos es, evidentemente, el racional. Aquí hay que estar con Toulmin y Rorty. La razón humana no puede seguir pretendiendo ser *the*

Mirror of Nature. La vieja razón del racionalismo no es ya defendible, ni en ciencia ni en filosofía. A este nivel la crítica que Rorty hace de la filosofía clásica, incluida la de Kant (y por tanto también la de Habermas y Apel), me parece insoslayable. El propio imperativo categórico es, en cualquiera de sus formas, injustificable como puro *factum rationis*. No hay motivos para pensar que la razón sea capaz de establecer esos «hechos» imperativos y categóricos; más aún, tenemos muchos argumentos para pensar exactamente lo contrario. Zubiri ha visto muy bien en *Inteligencia y razón* cómo existe siempre una inadecuación formal entre la razón y la realidad, dado que el proceso racional es siempre «constructivo», «creativo»¹⁹. La razón no «ve» racionalmente la realidad, sino que la construye, la crea. Por eso la razón comienza siempre por «esbozar» mentalmente la realidad (en esto consisten las hipótesis, las teorías, etc.). No hay pensar racional sin esbozos. A este nivel no es difícil estar con Toulmin y Rorty, como tampoco con Popper, Kuhn, Lakatos o el propio Feyerabend. La máxima conquista filosófica de nuestro siglo ha sido, posiblemente, esta crítica finísima del concepto de racionalidad²⁰.

Pero las críticas de Habermas y Apel tienen razón en un punto. No es posible quedarse en el puro antirracionalismo, o si se prefiere, en el puro racionalismo crítico, porque esto supone tanto como caer una vez más en la paradoja del escéptico, es decir, de quien afirma la relatividad de todas las verdades, excepto de la verdad que afirma la relatividad de todas las demás. De ahí la insistencia de Habermas y Apel en que el racionalismo crítico es inconsistente sin algún tipo de *a priori*. La dificultad está en que ellos intentan afirmar ese *a priori* como racional, lo cual no deja de ser un profundo contrasentido. Como les responden sus críticos, si es racional, no puede ser *a priori*, so peligro de que caigamos de nuevo en el racionalismo²¹.

Pero hay otra alternativa posible. El dilema completo sería el siguiente: si es racional no es *a priori*; si es *a priori* no es racional. Esta segunda parte del dilema, la más desatendida, es en mi opinión la que más promete. ¿Qué sucedería si el *a priori* no tuviera carácter racional sino pre-racional? Entonces la contradicción se habría desvanecido. Podríamos seguir aceptando la crítica al racionalismo, y sin embargo afirmar la existencia de un cierto tipo de categorías *a priori*, entendiendo por tales las que son «previas» a la propia racionalidad. En este sentido, pues, *a priori* no se identificaría con lo racional-transcendental, sino con lo pre-racional, en el sentido de previo a la racionalidad y fundamento suyo. El problema está en saber si ese nivel existe y cuál es su contenido.

Hay una corriente, la fenomenológica, que siempre ha defendido la existencia de un tal nivel. De hecho, todo el intento de Husserl no fue otro que situar la reflexión filosófica a un nivel previo al propio de la razón explicativa. Este nivel previo es el propio de lo que él denominó «intui-

ción». Existe el peligro de confundir la intuición husserliana con la propia del viejo racionalismo, de Platón a Leibniz, según la cual el hombre tendría una visión directa de las ideas. Éste es también el sentido del intuicionismo matemático de L.E.J. Brouwer. El intuicionismo fenomenológico es completamente distinto, y se halla muy alejado del viejo racionalismo. No es intuición de ideas, pero tampoco de realidades. El método fenomenológico consiste en poner entre paréntesis la realidad de la cosa, dejándola reducida a puro dato de conciencia, o quizá mejor, a dato de la conciencia pura o reducida, es decir, a objeto intencional o fenómeno. Intuición es así, precisamente, «la intención de un objeto inmediata y originalmente dado a la conciencia»²². Intuición es la pura manifestación de la cosa a la conciencia pura, el puro fenómeno. Se trata, obviamente, de algo por completo distinto de la intuición «empírica» de que hablaron los empiristas y el propio Kant. Si algo significa en Husserl el adjetivo «puro» o «reducido» es, precisamente, «no-empírico». Por eso en Husserl son inseparables los términos «reducción» e «intuición». Hay un tercer término fundamental, y es el de «constitución». Lo que se constituye es el *ego* y el mundo en que ese *ego* vive. La constitución es siempre autoconstitución. Pues bien, el órgano de la constitución es lo que Husserl denomina «razón». La razón va constituyendo el *ego* y su sentido en el mundo. Naturalmente, esta razón husserliana no se identifica con la razón explicativa de la tradición filosófica, ni tampoco con lo que Toulmin y Rorty entienden por razón. Husserl diría que éstos hablan sólo de la «razón explicativa», que es ulterior a la razón fenomenológica y siempre ha de estar fundada en ella. Así por ejemplo, la razón explicativa podrá decir que este color que yo percibo como verde no lo es en realidad, y que se trata de una alucinación visual. Pero esto no obsta para que yo pueda afirmar que el fenómeno del verde, en tanto que objeto de mi conciencia pura, es verdadero en tanto que presente en ella. En esto no hay posibilidad de error. Más aún, si podemos relativizar las explicaciones, es porque tenemos un reducto en que el objeto se me actualiza de modo absolutamente verdadero, el reducto de la conciencia pura. Sin esto, ni la propia razón explicativa sería posible.

Quizá se empiece a ver ahora el lugar en que la fenomenología se sitúa en discusiones tales como la mantenida por Habermas y Rorty. Ambos siguen siendo, a la postre, víctimas de la razón que tanto critican, la racionalista. La razón explicativa no lo es todo, ni tampoco lo más importante. Otro gran fenomenólogo, Martin Heidegger, pudo decir que no sólo no lo es ahora, sino que tampoco lo fue en el mismo comienzo de la filosofía. El racionalismo fue una perversión de los propios fundamentos del quehacer filosófico. Antes que razón, el término griego *lógos* significó hablar, decir. «*Lógos* en el sentido de habla quiere decir más bien lo mismo que *deloûn*, hacer patente aquéllo de que “se habla” en el habla. Aristóteles ha expre-

sado con más rigor esta función del habla llamándola *apophainesthai*. El *lógos* permite ver algo (*phainesthai*), a saber, aquello de que se habla, y lo permite ver *al* que habla (voz media) o a los que hablan unos con otros. El hablar “permite ver” *apó...*, partiendo de aquello mismo de que se habla»²³. Esto quiere decir que el *lógos* «hace patente» la «verdad» (*alétheia*) de la cosa. En el *lógos* se «descubre» o se «encubre» la cosa. Por eso el *lógos* no es el lugar privilegiado de la *alétheia*. «“Verdadera” es en el sentido griego, y encima más originalmente que el llamado *lógos*, la *aísthesis*, la simple percepción sensible de algo. En cuanto que cada *aísthesis* apunta a sus *idea*, a los entes genuinamente accesibles justo sólo *mediante* ella y *para* ella, por ejemplo, el ser a los colores, es la percepción siempre verdadera»²⁴. Por tanto, no es sólo que «razón» no es el sentido primario y radical de *lógos*, es que además hay algo previo al *lógos* y fundamento suyo, que es, dice Heidegger, la *aísthesis*, la percepción sensible. Ésta, en tanto que tal, es siempre verdadera. Eso quiere decir que por debajo del *légein* hay algo, que es lo que Aristóteles entendió por *noeîn*. De ahí que Heidegger escriba: «Aristóteles no defendió jamás la tesis de que el “lugar” original de la verdad sea el juicio. Dice, antes bien, que el *lógos* es el modo de ser del *Dasein* que puede ser descubridor o encubridor. Esta *doble posibilidad* es lo relevante en el “ser verdadero” del *lógos*; éste es aquella manera de conducirse que *también puede encubrir...* La verdad de la *aísthesis* y del ver las “ideas” es el “descubrir” original. Y sólo porque la *nóesis* es lo que primariamente descubre, puede también tener el *lógos* como *dianoeîn* función de descubrimiento»²⁵. Por tanto, no es sólo que *lógos* no signifique primariamente razón, es que además por debajo del *légein* está el *noeîn*, que es la presencia original de la cosa. Hay un párrafo de *Ser y tiempo* en el que Heidegger describe el *noeîn* como «la simple percepción de algo “ante los ojos” como puro “ser ante los ojos”, que ya Perménides había interpretado por hilo conductor de la interpretación del ser»²⁶. Por tanto, previa a la razón y fundamento suyo está la «simple percepción de algo», el mero «presentarse». De ahí que Heidegger añada: «El ente que se muestra en él para él, y que se comprende como el verdadero ente, se interpreta por ello con respecto al presente, es decir, se concibe como presencia (*ousía*)»²⁷.

En vez de dilatar más el análisis heideggeriano de estos términos, conviene decir que ha sido por esta vía del *noeîn* como actualización aprehensiva de la cosa como Zubiri ha elaborado su filosofía. Ya en *Naturaleza, Historia, Dios* dice que «eso que el griego llamó *noûs*... no es un pensar lógico, no es un razonamiento ni un juicio. Si se quiere emplear la terminología escolar al uso, tendríamos que apelar más bien a una “aprehensión” de la realidad. Sólo más tarde los discípulos de Parménides y de Heráclito *traducirán* esta aprehensión en juicios»²⁸. *Noûs*, por tanto, debemos entenderlo como algo previo al *lógos* y fundamento suyo. Y si *lógos* lo hacemos

sinónimo de razón o de juicio, entonces *noûs* podremos traducirlo, dice Zubiri, siguiendo una larga tradición, por inteligencia. La razón es un uso de la inteligencia, y no el primario ni el principal. Parece, pues, que junto a la crítica a la razón racionalista, en la que Zubiri estaría completamente de acuerdo con todo el racionalismo crítico, es preciso elaborar una completa y radical teoría de la inteligencia. Esto es lo que Zubiri ha elaborado en los tres volúmenes de *Inteligencia sentiente*, y ha bautizado, no por azar, con el nombre de «Noología». En ella la intuición husserliana ha quedado transformada en «aprehensión primordial» de realidad. La realidad se nos actualiza en aprehensión. Y sólo después podemos preguntarnos por lo que sea la realidad allende la aprehensión, es decir, en el mundo. Esta es la función que según Zubiri ha de realizar la razón.

Lo dicho significa, entre otras cosas, que la razón siempre parte de datos previos a ella misma. Tal es lo que Zubiri llama el «sistema de referencia»²⁹. Quizá ahora comenzamos a vislumbrar cuál puede ser el verdadero lugar de lo que Habermas y Apel consideran los *a priori* de la racionalidad. La razón se basa en un *a priori* porque parte de lo dado en la aprehensión como «sistema de referencia». Si la razón esboza, es porque antes tiene un *a priori* desde el que esbozar, el sistema de referencia del esbozo. Sin él, ni el mismo esbozo sería posible. Ese sistema de referencia tiene, respecto de la razón, un carácter transcendental. También puede decirse, con Heidegger, que tiene un carácter ontológico, o con Zubiri, que tiene carácter real. Esto es importante, pues demuestra que el fundamento transcendental de la ética no está primariamente en el consenso racional y pragmático de los miembros de la comunidad ideal de comunicación, sino en algo muy anterior a ello. Más bien habría que decir que ese consenso es posible porque previamente hay una especie de comunidad ontológica o real. Por supuesto que esta comunidad es puramente «formal». Sería inútil pensar que estas filosofías caen en el realismo ingenuo, o en algo parecido. Esto sería caer en el concepto de racionalidad₁, cosa que no es posible una vez que han aceptado la crítica propia de la racionalidad₂. Por eso su huida no es hacia atrás, en busca de la racionalidad₁, sino hacia adelante, hacia la racionalidad₃. Esto explica que en ellos el sistema de referencia no tenga carácter material sino formal. Heidegger expone muy claramente en *Ser y tiempo* que de la analítica existencial no se deduce una ética «material», sino una ética «simplemente» formal³⁰. Esto es lo que se ha llamado «ética existencial formal». Del mismo modo, el sistema de referencia de la ética zubiriana no es tampoco material, sino lo que yo he propuesto denominar una «ética formal de bienes»³¹. Quizá podrían apurarse aún más las similitudes, y hablar de una «ética real formal», en el sentido de que aquí es la formalidad de realidad el sistema de referencia de la razón moral. Esta formalidad de realidad lo que dice es que las cosas son «de suyo», y que los

seres humanos son además «suyos», y por tanto, personas. Nada más, pero tampoco nada menos. La razón moral podrá luego discutir todo lo que quiera sobre cómo se llena ese marco formal con contenidos materiales. Pero tal discusión sólo es posible en el terreno que delimita ese marco³². Es, si se quiere, el viejo problema de la «demarkación», pero en un sentido mucho más radical del que ha sido usual en el neopositivismo.

NOTAS

¹ Theodor W. ADORNO, «*Minima moralia*»: *Reflexiones sobre la vida dañada* (trad. esp.), Madrid, Taurus, 1987.

² Jürgen HABERMAS, «Ética del discurso. Notas sobre un programa de fundamentación», en *Conciencia moral y acción comunicativa* (trad. esp.), Barcelona, Península, 1985, pp. 59-134.

³ Sobre los procedimientos de decisión ética en RAWLS, cf. su artículo «Esbozo de un procedimiento de decisión para la ética», recogido en su libro *Justicia como equidad: Materiales para una teoría de la justicia* (trad. M.A. Rodilla), Madrid, Tecnos, 1986, pp. 1-17.

⁴ Adela CORTINA, *Ética sin moral*, Madrid, Tecnos, 1990, p. 74.

⁵ Cf. R. RORTY, *La filosofía y el espejo de la naturaleza* (trad. esp.), Madrid, Cátedra, 1983, p. 18.

⁶ RORTY, *Op. cit.*, p. 19.

⁷ RORTY, *Op. cit.*, p. 18.

⁸ RORTY, *Op. cit.*, p. 342.

⁹ RORTY, *Op. cit.*, p. 343.

¹⁰ Cf. J. HABERMAS, *Erkenntnis und Interesse*, 3.ª ed., Francfort, Sushkamp, 1975, p. 410.

¹¹ RORTY, *Op. cit.*, pp. 343 y 344.

¹² RORTY, *Op. cit.*, p. 344.

¹³ RORTY, *Op. cit.*, pp. 244 y 245.

¹⁴ RORTY, *Op. cit.*, p. 347.

¹⁵ RORTY, *Op. cit.*, p. 348.

¹⁶ RORTY, *Op. cit.*, p. 346.

¹⁷ RORTY, *Op. cit.*, p. 346. Cf. también «Habermas y Lyotard sobre la posmodernidad», en R.J. BERNSTEIN (ed.), *Habermas y la modernidad* (trad. esp.), Madrid, Cátedra, 1988.

¹⁸ Ruth R. FADEN y Tom L. BEAUCHAMP, *A History and Theory of Informed Consent*, Nueva York, Oxford University Press, 1986, p. 8.

¹⁹ Cf. Xavier ZUBIRI, *Inteligencia y razón*, Madrid, Alianza, 1983, pp. 107-133.

²⁰ Cf. Richard RORTY, *El giro lingüístico* (trad. esp.), Barcelona, Paidós/I.C.E.-U.A.B., 1990.

²¹ Cf. el trabajo de Jürgen HABERMAS, «La filosofía como vigilante e intérprete», publicado en su libro *Conciencia moral y acción comunicativa* (trad. esp.), Barcelona, Península, 1985, pp. 11-29. Cf. también J. HABERMAS *El discurso filosófico de la modernidad* (trad. esp.), Madrid, Taurus, 1989, pp. 248 y ss.; y «Preguntas y contrapreguntas», en R.J. BERNSTEIN (ed.), *Habermas y la modernidad* (trad. esp.), Madrid, Cátedra, 1988, pp. 311-315.

²² Xavier ZUBIRI, *Cinco lecciones de filosofía*, Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1963, p. 239.

²³ Martin HEIDEGGER, *Ser y Tiempo* (trad. esp.), México, F.C.E., 4.ª ed., 1971, p. 43.

²⁴ HEIDEGGER, *Op. cit.*, p. 44.

²⁵ HEIDEGGER, *Op. cit.*, p. 247.

²⁶ HEIDEGGER, *Op. cit.*, p. 36.

²⁷ HEIDEGGER, *Op. cit.*, p. 36.

²⁸ X. ZUBIRI, *Naturaleza, Historia, Dios*, 9.ª ed., Madrid, Alianza, 1987, p. 212.

²⁹ Cf. X. ZUBIRI, *Inteligencia y razón*, Madrid, Alianza, 1983, pp. 210-217.

³⁰ HEIDEGGER, *Op. cit.*, párr. 59, p. 320. Cf. Pedro CEREZO, «De la existencia ética a la ética originaria», en P. CEREZO, F. DUQUE, A. LEYTE, F. MARTÍNEZ MARZOA, P. PEÑALVER y R. RODRÍGUEZ, *Heidegger: La voz de tiempos sombríos*, Madrid, Ediciones del Serbal, 1991, pp. 11-79.

³¹ Cf. Diego GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989, pp. 369-377.

³² Cf. A. PINTOR RAMOS, «El hecho moral en Zubiri», *Cuadernos Salmantinos de Filosofía*, 1990, 17: 199-217.

9

La estructura de la racionalidad ética

Así las cosas, el problema que queda ahora es el de ver cómo puede actuar la razón moral dentro de ese marco de referencia; es decir, cómo la ética formal se convierte en moral material, y cuáles son los procedimientos que podemos utilizar para la resolución de conflictos morales. Dicho de otro modo, el problema está en saber cómo el marco de referencia moral, que según la terminología kantiana tiene sólo carácter formal y canónico, puede llenarse de contenidos materiales y deontológicos. Es el tema que nos proponemos analizar en esta tercera parte.

EL SISTEMA DE REFERENCIA MORAL

A partir del sistema de referencia, que tiene un carácter ontológico o real, pero siempre que ambos términos se entiendan de modo estrictamente formal, la razón pone en marcha el proceso «explicativo», cuyo objeto es saber lo que son las cosas en la realidad del mundo. Naturalmente, estas explicaciones serán siempre históricas, y por tanto estarán sometidas a la vorágine del tiempo. El contenido formal de la ética es transhistórico o transcendental; los contenidos materiales de la moral, no. Por eso van evolucionando a lo largo del tiempo. Durante muchos siglos se han justificado moralmente el esclavismo y el servilismo, cosas que hoy nos parecen moralmente inaceptables. Los derechos humanos civiles y políticos se formulan por vez primera en el siglo XVII, y no antes. Los contenidos materiales van siendo descubiertos por la razón, y por tanto siguen la misma suerte que ésta. Pero no todo es razón. Hay algo previo que es el sistema de referencia. Lo que Toulmin llamaba «ideales explicativos» no tiene unos perfiles claros, y por tanto puede significar cosas distintas. Si los ideales se entienden en sentido formal, como la forma de cualquier explicación racio-

nal posible, entonces se trata de lo que antes hemos llamado sistema de referencia. Si, por el contrario, como parece suceder en Toulmin, se les dota de carácter exclusivamente material, entonces su estatuto es el de meros esbozos racionales, contingentes e históricos. Pero en tal caso les cuadraría mejor el nombre de esbozos, o de proyectos, que el de ideales propiamente dichos. La tabla de derechos humanos es un esbozo que puso a punto la razón en el siglo XVII, pero dentro de un marco formal muy anterior, y del que ella no quiso ser sino expresión material: el de que todos los seres humanos tenemos una dignidad ontológica especial, que nos hace ser, precisamente, realidades morales. Éste es el verdadero «ideal» que tratan de plasmar todos los esbozos racionales o explicativos. Nunca lo lograrán de modo pleno, pero siempre intentarán aproximarse a él. Es un hecho que los hombres no somos tratados con igual consideración y respeto, y en este sentido el respeto a los seres humanos es hoy más un ideal que una realidad. Cabe, pues, decir que el sistema de referencia es ideal, y que es el ideal de toda explicación racional posible. Este sería el sentido fuerte que a mi entender debería darse a la expresión «ideales explicativos» de Toulmin. En tanto que ideales son formales y previos a la razón; y en tanto que explicativos, son racionales y materiales. La razón parte de ideales, y trata de explicarlos, dotándoles de contenido material. Veamos cómo.

LOS ESBOZOS MORALES

La razón se pone en juego cuando desde el sistema de referencia se lanza a la creación de esbozos¹. Ya lo decíamos antes. Explicar es antes que nada esbozar. El esbozo es siempre una creación mental. El hecho de que yo haya aprehendido esta luz como verde, me lanza a explicar por qué yo la veo verde y otras personas la ven roja, o por qué unas luces son verdes, otras amarillas, etc. Para explicar esto tendré que construir un esbozo, o varios. Un esbozo posible es el de que las ondas luminosas tienen diferente longitud y frecuencia, consecuencia de las cuales es la sensación luminosa que producen en nuestra retina. Hay otros esbozos posibles para explicar este mismo fenómeno. En principio, todo esbozo tiene la categoría de *hypóthesis*, es decir, de «suposición». Esbozar es suponer. Precisamente los pasos ulteriores de la razón no tienen otro objetivo que el de verificar ese supuesto, haciendo que su contenido se convierta en «tesis», es decir, en «posición». Un esbozo verificado es una tesis. Al convertirse en tesis no

deja de ser esbozo; pero tampoco es ya simple esbozo; es, repito, un esbozo verificado. El problema es que la verificación es siempre parcial e incompleta. Por el hecho de estar verificados, los esbozos no pierden el estatuto de tales.

Así las cosas, el problema está en saber cuáles pueden ser los esbozos morales. Basta repasar la historia de la moral, para darse cuenta de que los hay de diferente tipo. No hay duda de que los mandamientos del Decálogo son una tabla de esbozos morales. Como lo es la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por las Naciones Unidas el 10 de octubre de 1948. También son esbozos las máximas morales, desde las de los libros de los *Proverbios* o la *Sabiduría*, del Antiguo Testamento, o la *Tabla* de Cebes y las *Máximas* de Epicteto, hasta las máximas a que se refieren Jonsen y Toulmin en su libro sobre la casuística. Cuando Kant habla en la *Crítica de la razón práctica* de máximas, es a esto también a lo que alude. La ley moral kantiana no es un esbozo, sino algo de rango superior, que yo llamaría sistema de referencia de todo posible esbozo. Pero las máximas sí son esbozos. Precisamente el método de la razón práctica consiste para Kant en la comparación de las máximas con la ley moral del sistema de referencia, para ver si ésta las aprueba o reprueba.

En bioética hay unos esbozos que han gozado durante estos últimos tres lustros de particular aceptación. Se trata de los llamados tres «principios» bioéticos: Autonomía, Beneficencia y Justicia. Puestos a punto por el Informe Belmont el año 1978, pasaron a convertirse en el esbozo fundamental de toda la bioética a partir del libro de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, publicado en 1979. Para estos autores, los citados tres principios, más un cuarto denominado Non-maleficencia, tienen todos, en tanto que esbozos, la misma importancia, de modo que pueden ser considerados, de acuerdo con la terminología de David Ross, principios u obligaciones *prima facie*². Cuando no entran en conflicto entre sí, hay obligación moral de cumplir con todos ellos. Pero en caso de conflicto es preciso ordenarlos jerárquicamente, a fin de poder optar por aquél que es de rango más elevado. Esta ordenación jerárquica ha de hacerse siempre a la vista del caso concreto, de tal manera que las *prima facie duties*, que tienen siempre carácter abstracto, no se convierten en *actual duties* más que a la vista del caso concreto. Hay veces en las que es evidente que la justicia tiene prioridad sobre la autonomía, y otras en que sucede exactamente lo contrario. Ni que decir tiene que en esto juegan un papel fundamental las consecuencias. Cabe afirmar, por ello, que así como las *prima facie duties* tienen un carácter deontológico, las *actual duties* lo tienen teleológico. Sólo las primeras son en el rigor de los términos esbozos. El tema de las consecuencias reaparecerá más adelante.

La tesis de Beauchamp y Childress es que el esbozo de los cuatro prin-

principios *prima facie* es muy útil, porque resulta justificable desde diferentes posturas metaéticas y metateóricas. Así, Beauchamp cree posible defender esos principios por razones aposteriorísticas, utilitaristas, en tanto que Childress los concede valor *a priori*, deontológico. Según esto, se trataría de un esbozo sin sistema de referencia previo y justificable por todos los miembros de una sociedad plural, aunque cada uno lo haga de una manera distinta. Pero ésta es una pura ilusión. En primer lugar, es un error pensar que deontología y teleología son las dos justificaciones metaéticas posibles de los principios *prima facie*. Pienso, muy al contrario, que se trata de dos momentos ineludibles de la racionalidad moral, el momento de esbozo y el de experiencia. Es un error pensar que se puede ser deontologista puro o teleologista puro: son dos pasos del razonamiento moral, ambos constitutivos y ambos ineludibles. Ambos pasos están fundamentados en el sistema de referencia. De éste parte la razón al elaborar los esbozos. Y como los esbozos no se ajustan completa ni perfectamente a la realidad, es el propio sistema de referencia el que obliga a la razón a ponderar las consecuencias, a fin de hacer excepciones a la norma del esbozo. Es inútil, pues, pensar que los cuatro principios bioéticos de Beauchamp y Childress son posibles sin sistema de referencia previo. Muy al contrario, sólo desde el sistema de referencia tienen sentido. Pero su sentido, analizados desde el sistema de referencia, tampoco es exactamente el que les dan Beauchamp y Childress. Éstos se empeñan en considerar a los cuatro principios de idéntico rango, lo cual se compadece difícilmente con el sistema de referencia, como luego veremos. Pienso que la no-maleficencia y la justicia se diferencian de la autonomía y la beneficencia en que obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas, y que por tanto tienen un rango superior a los otros dos. Opino, por ello, que el esbozo se compone de niveles, al menos de dos; o dicho de otro modo, que el propio esbozo está jerarquizado, y que la jerarquía surge del sistema de referencia. Por eso me parece que hay criterios objetivos de jerarquización de los principios, y no meramente subjetivos, como dan a entender Beauchamp y Childress. En este último caso es claro que la jerarquización no puede establecerse más que por consenso de todos los implicados, y ésta sería la función concreta de los Comités de Ética. En el caso contrario, la función de los Comités no es jerarquizar los principios, sino ver si pueden aplicarse directamente, o es preciso hacer en ese caso concreto una excepción, a la vista de las consecuencias. Por tanto, la función del Comité sería doble: de una parte actuar de acuerdo con los principios o normas; y de otra, actuar prudentemente, considerando la oportunidad de una excepción a la norma.

Este análisis crítico del modelo de Beauchamp y Childress tiene como único objeto definir por contraposición un modelo alternativo más correcto. Su gran error ha estado en confundir el sistema de referencia con

las metateorías. El sistema de referencia es factual, un hecho indubitable, y eso es lo que permite a Beauchamp y Childress afirmar que sus cuatro principios son asumibles por todos los hombres, aun en una sociedad tan pluralista como la nuestra. Por el contrario, las explicaciones metaéticas no son evidentes por sí mismas, y no todos los hombres coinciden en ellas. Ahora bien, estas explicaciones metaéticas no son dos sino cuatro, y tampoco se reducen a la dialéctica entre deontologismo y teleologismo, sino que a lo largo de la historia de la filosofía occidental se han agrupado en torno a cuatro puntos o factores: el naturalismo, el idealismo, la racionalidad científica y la axiología. Éstas son las principales explicaciones metateóricas de las doctrinas éticas. Teleología y deontología no son explicaciones, sino dos momentos de toda racionalidad moral, y por tanto también dos pasos en toda explicación. El momento deontológico es el propio del esbozo, de la norma; y el momento teleológico se corresponde con la experiencia moral, como vía para la realización de excepciones a la norma.

Con esto queda precisado, por modo de antítesis, el sentido estricto del esbozo deontológico. Éste no tiene por qué considerar que todos los principios son del mismo rango. De hecho, son muchos los autores para quienes los esbozos se hallan internamente estructurados, de modo que los principios no tienen el mismo nivel, sino que guardan entre sí una cierta jerarquía. Esto sucede, por ejemplo, en la teoría de la justicia de Rawls. Como es bien sabido, Rawls ha elaborado un esbozo compuesto de tres principios que llama, respectivamente, Principio del mayor sistema de libertades para todos, Principio de igualdad de oportunidades, y Principio de la diferencia (según el cual las diferencias en la distribución de honores y riquezas sólo son justificables si redundan en beneficio de todos, o de los menos favorecidos). Además, el esbozo de Rawls dice que el primer principio tiene siempre prioridad sobre el segundo, y éste sobre el tercero. A esto es a lo que llama «orden lexicográfico». Por tanto, en caso de conflicto entre los principios, hay siempre posibilidad de dirimirlo echando mano del orden lexicográfico. Por supuesto que cuando ello es posible hay que cumplir con los tres principios, o al menos con los dos primeros; pero si no es posible, siempre hay que conceder prioridad a la libertad sobre la justicia.

Es probable que el lector se encuentre en este momento algo perplejo ante la diversidad de esbozos morales. Si hay esbozos tan dispares como los de Beauchamp y Childress, por un lado, y el de Rawls, por otro, ¿cómo elegir entre ellos? En principio cabe decir que del mismo modo que se elige entre teorías científicas rivales, viendo cuál se adecua mejor a la realidad. Se me dirá que no es fácil definir qué es la realidad, ni está claro si la razón puede proponerse una meta tan alta. Pero aun así, resulta evidente que el esbozo moral será tanto mejor cuanto más se ajuste a lo que antes hemos llamado sistema de referencia. Dicho en términos kantianos: las máximas

(que son un tipo de esbozos) serán tanto mejores cuanto más se ajusten a la ley moral (que es la expresión del sistema de referencia). No todos los esbozos son iguales, aunque sí puede suceder que en un cierto momento no tengamos razones decisivas para optar por uno en perjuicio de otro. Si hay que elegir entre los tres (o cuatro) principios bioéticos antes enunciados y la tabla de derechos humanos, la elección habrá de hacerse por criterios a la postre extrínsecos al propio esbozo (simplicidad, utilidad, etc.), ya que difícilmente se podrán aducir razones decisivas que favorezcan a uno en detrimento del otro.

Para ver cuál podría considerarse un esbozo bioético ideal, partamos de una consideración más detenida del sistema de principios bioéticos. Se nos dice que son cuatro, No-maleficencia, Beneficencia, Autonomía y Justicia, y que en principio todos tienen el mismo rango jerárquico. ¿Pero es esto cierto? Es probable que todo dependa de la forma como se definan. Personalmente considero que No-maleficencia y Beneficencia no son el reverso y el anverso de una misma cosa, pues en ese caso sobraría uno de ellos, sino principios de carácter muy distinto. La no-maleficencia parece que tiene que ver con el principio general de que todos los seres humanos deben ser tratados con igual consideración y respeto (un principio directamente derivado del sistema de referencia moral), razón por la cual no depende directamente de la voluntad de las personas. Yo no puedo hacer mal a otra persona, por ejemplo herirla, aunque ella me lo pida o quiera que se lo haga, porque eso sería tratarla sin consideración y sin respeto. La no-maleficencia no depende de la voluntad de las personas. En esto se parece mucho a la justicia, que le sucede lo mismo. Cuando se discrimina a los hombres en su vida social, no tratándoles con igual consideración y respeto, decimos que se comete una injusticia; y cuando la discriminación o el daño se realiza en el orden de la vida biológica, y no en el de la social, decimos que se conculca el principio de no-maleficencia. Ambos son expresión del principio general de que todos los hombres somos básicamente iguales y merecemos igual consideración y respeto. Este principio tenemos todos obligación de cumplirlo, y los demás nos pueden obligar a que los cumplamos aun en contra de nuestra voluntad. Tal es la razón de ser del Derecho penal, en el caso del principio de no-maleficencia, y del Derecho civil y político, en el de justicia. En este sentido, cabe decir que los dos obligan con independencia de la voluntad de las personas.

En eso se diferencian de los otros dos principios bioéticos, el de autonomía y el de beneficencia. Por autonomía se entiende en bioética, como ya quedó dicho, la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción. Naturalmente, los principios de no-maleficencia y de justicia son de algún modo independientes del de autonomía y jerárquicamente superiores a él, ya que acabamos de decir que obligan aun en contra de la

voluntad de las personas. Entre aquéllos y éste hay la misma diferencia que entre el bien común y el bien particular. Yo puedo, debo y tengo que perseguir mi bien particular, pero también tengo obligación, en caso de conflicto, de anteponer el bien común al propio bien particular. Los principios universales o de bien común, como son el de no-maleficencia y el de justicia, tienen prioridad sobre el principio particular de autonomía. Esto es algo que parece evidente, y que en cualquier caso está en la base de toda la ética y el derecho occidentales. No parece fácil cuestionarlo de raíz. Por otra parte, el principio de beneficencia es inseparable del de autonomía. Antes decíamos que era un error unir excesivamente la no-maleficencia con la beneficencia. No es verdad que el primero sea un principio meramente negativo (no hacer daño), ni que el segundo sea su versión positiva (hacer el bien). De hecho, si por no-maleficencia entendemos tratar la vida biológica de todos los hombres con igual consideración y respeto, entonces ese principio no es meramente negativo, sino que tiene también una dimensión positiva, ya que no sólo obliga a no hacer mal, sino también a procurar positivamente que la vida biológica de todos los hombres sea tratada con total consideración y respeto. Es absurdo, pues, querer diferenciar la no-maleficencia de la beneficencia como lo negativo de lo positivo. La no-maleficencia tiene ya de por sí carácter positivo. Lo que sucede es que se trata de una positividad «general» o «universal», no «particular» y «concreta». Estamos de nuevo en el tema de lo común y lo propio. La no-maleficencia se puede definir con criterios universales y comunes. La beneficencia, en cambio, no. Lo beneficioso lo es siempre para mí y en esta situación concreta, razón por la cual es incomprensible separado de la autonomía. No se puede hacer el bien a otro en contra de su voluntad, aunque sí estamos obligados a no hacerle mal. Por tanto, cabe decir que entre autonomía y beneficencia hay una relación similar a la que antes establecimos entre no-maleficencia y justicia. Poner sangre a un testigo de Jehová no es un acto de beneficencia, precisamente porque va en contra del propio sistema de valores del individuo; es decir, porque se opone al proyecto de ideal y de perfección que se ha trazado en su vida. La beneficencia depende siempre del propio sistema de valores y tiene por ello un carácter a la postre subjetivo, a diferencia de lo que sucede con los principios de no-maleficencia y justicia.

Si esto es así, si éste es el esbozo, entonces hemos de decir que los cuatro principios se ordenan en dos niveles jerárquicos, que podemos denominar, respectivamente, Nivel 1 y Nivel 2. El primero, el nivel 1, está constituido por los principios de No-maleficencia y de Justicia, y el nivel 2 por los de Autonomía y Beneficencia. El primero es el propio de la «ética de mínimos», y el segundo es el de la «ética de máximos». A los mínimos morales se nos puede obligar desde fuera, en tanto que la ética de máximos

depende siempre del propio sistema de valores, es decir, del propio ideal de perfección y felicidad que nos hayamos marcado. Una es la ética del «deber», y la otra la ética de la «felicidad». También cabe decir que el primer nivel es el propio de lo «correcto» (o incorrecto), en tanto que el segundo es el propio de lo «bueno» (o malo). Por eso el primero se corresponde con el Derecho, y el segundo es el específico de la Moral.

Personalmente pienso que este esbozo es más correcto que todos los anteriores, y evita muchos de los defectos de éstos. Por eso considero que es, hoy por hoy, el esbozo óptimo. Tiene además la ventaja de recoger la sabiduría de siglos. Esta experiencia centenaria nos enseña a evitar ciertos errores muy funestos, como son los extremismos doctrinarios. Estos extremismos han consistido siempre en la identificación de los dos niveles, y por lo tanto en la anulación de la diferencia entre ambos. Un extremismo, el propio de todos los totalitarismos políticos, ha sido el de negar el nivel 2, convirtiendo todo en obligaciones de nivel 1. Todos tienen que ser felices por decreto y compartir el mismo ideal de perfección y felicidad. Éste ha sido el sino de todas las utopías, desde la época de Platón hasta nuestros días. Y siempre ha sucedido que la negación del nivel 2 ha llevado a la degradación moral de las personas y de la misma sociedad.

El extremismo opuesto es el de negar el nivel 1, convirtiendo todo en nivel 2. Esta ha sido siempre la utopía liberal extrema y libertaria. Tampoco esto es posible. Es preciso respetar los dos niveles, y conceder a cada uno su parte. La ética clásica distinguió siempre entre dos tipos de deberes, los llamados de obligación perfecta o de justicia, y los de obligación imperfecta o caridad. Ambos son un ejemplo clásico de la teoría de los niveles.

En resumen, pues, podemos decir que un esbozo moral correcto no puede ser unidireccional o unidimensional, sino que ha de desarrollarse a dos niveles distintos, uno de los cuales se basa en el principio de universalización, y el otro en el de particularización. Quizá convenga en este momento entrar de nuevo en diálogo con los teóricos de la ética dialógica, J. Habermas y K.O. Apel. También ellos consideran que la vida moral ha de estar presidida por dos principios, que denominan, respectivamente, principio U o universal, y principio C o complementario. Me parece importante señalar cuáles son las diferencias entre esta concepción y la que aquí hemos defendido, pues sólo así sabremos si se ha logrado alguna ventaja en este capítulo respecto del anterior.

Los teóricos de la comunidad ideal de comunicación consideran, siguiendo al Kant de las páginas finales de la *Introducción a la metafísica de las costumbres*, y a lo que a veces se ha llamado la cuarta formulación de su imperativo categórico, que la vida en sociedad en tanto que vida racional y humana sólo es posible mediante el establecimiento de un a

priori ético universal basado en los intereses, que Habermas y Apel formulan así³:

- (U) Cada norma válida ha de satisfacer la condición de que las consecuencias y efectos secundarios que se siguen de su acatamiento *general* para la satisfacción de los intereses de *cada* persona (presumiblemente) puedan resultar aceptados por *todos* los afectados (así como preferidos a los efectos de las posibilidades sustitutivas de regulación).

Criterio U de Habermas.

Naturalmente, este principio está formulado de tal manera que sólo sirve para contrastar normas. De ahí que Apel lo haya reformulado de modo que sirva también para las acciones⁴:

- (U) Obra sólo según una máxima, de la que puedas suponer en un experimento mental que las consecuencias y subconsecuencias, que resultaran previsiblemente de su seguimiento universal para la satisfacción de los intereses de cada uno de los afectados, pueden ser aceptadas sin coacción por todos los afectados en un discurso real.

Criterio U de Apel.

Ambas formulaciones no hacen más que expresar el viejo principio de universalización, de tanta raigambre en la historia de la ética, según el cual un acto no es en principio éticamente correcto si no resulta universalizable al conjunto de los seres humanos. Lo que nosotros hemos llamado nivel 1 es también resultado del principio de universalización. Pero me interesa señalar las diferencias entre ambos enfoques. El principio U de Habermas y Apel es meramente procedimental, de modo que carece en teoría de premisas ontológicas. Si se acepta, es porque los hombres libremente se lo han dado a sí mismos como un *a priori* de su vida en sociedad. Por eso Habermas lo identifica con la «voluntad general» de Rousseau (y del propio Kant)⁵. No es un principio ontológico sino deontológico. No dice nada sobre la realidad humana, ni Apel y Habermas lo intentan fundamentar en la condición libre de las personas, como con no excesivo éxito pretendió hacer Kant en el capítulo tercero de la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Es precisamente este fracaso el que les lleva a buscar el

fundamento en la idea de «interés», que Kant introduce precisamente en esas páginas⁶. En una era postmetafísica como la nuestra, Habermas y Apel consideran que sólo así puede seguir teniendo algún sentido el viejo principio de universalidad.

Nuestro enfoque del principio de universalidad es completamente distinto. A ello nos han conducido varias razones. La primera, la propia insuficiencia de la formulación meramente procedimental. ¿Qué se entiende en la fórmula de Habermas y Apel por «intereses de cada individuo»? ¿A quiénes consideramos individuos? Pensemos, por ejemplo, en el tema del aborto. ¿Es el embrión de pocas semanas un individuo? ¿Cuáles son sus intereses? ¿Y los del feto de cuatro meses? A estas preguntas no cabe responder más que de dos maneras desde el propio esquema mental de Habermas y Apel: o bien diciendo que todo embrión es desde el primer momento un individuo al menos potencial o posible, y que por tanto tiene que ser respetado siempre de modo absoluto, o bien afirmar que la definición de qué sean intereses y qué individuos queda al arbitrio de cada cultura, y a la postre de cada persona, en cuyo caso con el principio U no hemos adelantado nada respecto a posiciones como las de Rorty o Toulmin, que antes criticábamos.

En mi opinión, como ya dije, esto no tiene más salida que convertir el principio de universalización en una premisa ontológica o metafísica⁷. Según expuse antes, esto no quiere decir que deba tener contenidos materiales o caer en la falacia naturalista. Como ha escrito Jesús Conill, la dimensión ontológica o metafísica y la dimensión formal se hallan indisolublemente unidas en la «formalidad de realidad» de que habla Zubiri, en la que puede estar la salida de ese problema⁸. La fenomenología, sobre todo la de Zubiri, nos ha posibilitado la fundamentación de la ética y de su principio de universalización de un modo formal, y a la vez completamente distinto del kantiano. No es éste el momento de exponer esa fundamentación en detalle⁹, pero sí de afirmar que desde ella el principio hay que reformularlo, a mi modo de ver, en los siguientes términos¹⁰:

- (U) Para que una acción pueda ser considerada moral o correcta, tiene que ser universalizable, de modo que no vaya contra el respeto debido a todas y cada una de las personas.

Criterio U

Dicho de otro modo, para nosotros el principio U no es sólo procedimental sino sustantivo, es decir, cargado de contenido ontológico o metafísico.

sico. De otro modo creemos que es imposible la fundamentación de la ética. Esto mismo es lo que queremos decir cuando expresamos el principio de universalización de acuerdo con la fórmula de Dworkin. «Todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto». Afirmamos que son iguales porque los hombres deben ser considerados iguales al nivel 1, a diferencia de lo que sucede al nivel 2, en el que todos deben ser tratados como moralmente distintos. No es cuestión, pues, de una igualdad absoluta, de un igualitarismo indiscriminado. Lo que afirmamos es que todos los hombres son iguales a nivel 1, y que el criterio para evaluar esa igualdad es que sean tratados con idéntica consideración y respeto. Naturalmente, por hombres entendemos las personas, en el sentido de la filosofía de Zubiri, lo cual dista tanto del criterio de todos los seres potencialmente personales, como del criterio relativista de lo que cada sociedad o individuo decida qué es una persona.

Con esto pueden darse por suficientemente claras las diferencias entre el nivel 1 que nosotros proponemos y lo que Apel suele llamar ahora la «parte A» de la ética¹¹. No son cosas opuestas, pero sí matizadamente distintas.

Lo mismo hay que decir a propósito del nivel 2. Tampoco éste se identifica con lo que Apel llama «parte B» de la ética. Si la parte A es formal y trascendental, y se expresa mediante el criterio U, la parte B es material y concreta, y por tanto tiene que ver con las condiciones empíricas. Por eso se rige por el llamado criterio de complementariedad, o principio C, que Apel formula así:

- (C) Colabora en la realización de las condiciones de aplicación de U, teniendo en cuenta las condiciones situacionales y contingentes.

Criterio C de Apel.

Si aquél era un criterio de universalización, éste lo es de particularización, y sirve para aplicar el principio U a las situaciones concretas, aunque sea haciendo excepciones al criterio general a la vista de las circunstancias. Es, pues, un criterio de concreción o, si se prefiere, de prudencia. El problema está en que de este modo el mundo de lo concreto se reduce al desairado plano de las aplicaciones, las excepciones y los juicios prudenciales. Yo no creo que éste sea el verdadero estatuto del nivel 2. De nuevo pienso que el error se debe a la falta de premisas ontológicas. Los principios de nivel 1, por bien formulados que estén, nunca podrán agotar lo dado en el sistema de referencia. O dicho de otro modo, el sistema de

referencia lo es tanto del nivel 1 como del nivel 2. Y lo que el sistema de referencia dice es que el hombre es una realidad que no sólo tiene obligación de cumplir con los deberes mínimos definidos en el nivel 1, sino también de alcanzar su propia perfección como realidad. Si la parte B de Apel es la ética de la excepción, el nivel 2 que nosotros proponemos es la ética de la perfección. Son cosas completamente distintas, aunque ambas convengan en expresar el momento de concreción de la moral.

En mi opinión, en el momento del esbozo no hay lugar para las excepciones. Los esbozos morales han de ser siempre deontológicos, y las excepciones no tienen más modo de justificarse que teleológicamente. Lo que sí tiene que decir el esbozo es cómo se resuelven los conflictos entre principios, caso de que éstos se produzcan. En ciertos sistemas morales, como los utilitarismos de regla, esos conflictos no pueden resolverse más que por las consecuencias. Nosotros no creemos que esto sea así. El esbozo puede y debe tener criterios de jerarquía interna que resuelvan los conflictos entre principios. Como ya distinguieron los fenomenólogos, una cosa es la «jerarquía» y otra la «urgencia» de los valores. El esbozo ha de tener criterios de jerarquía interna, porque no todos los principios son del mismo rango. Pero además de la jerarquía, hay otra cosa que es la urgencia. Ella es la que lleva a hacer excepciones. El criterio de jerarquía no sirve para hacer excepciones, sino sólo para ordenar los valores, concediendo prioridad a unos sobre otros. Lo que la urgencia hace es que a veces se pueda actuar en contra de la jerarquía, es decir, eligiendo valores o principios inferiores en vez de los superiores. Y eso ya no se puede justificar desde el propio esbozo, sino desde otro nivel del método de la razón, que es lo que Zubiri llama experiencia. A él nos vamos a referir ahora.

LA EXPERIENCIA MORAL

La razón parte siempre de un sistema de referencia previo a ella, y desde ahí elabora esbozos. Pero la tarea no termina aquí. Los esbozos no sólo hay que contrastarlos continuamente *a tergo*, con el sistema de referencia, sino también *a fronte*, con la realidad. Esto último es lo que Zubiri entiende por «experiencia racional»¹². Una vez elaborado el esbozo, el hombre tiene que contrastarlo con la realidad en la experiencia. Es la propia realidad la que en este momento de experiencia da o quita la razón del esbozo en este caso concreto. Por eso Zubiri dice que en la experiencia el esbozo se «prueba», ya que es la propia realidad la que lo «aprueba» o

«reprueba», si no totalmente, sí al menos de modo parcial y limitado. Cuando lo reprueba total o ampliamente, hay que cambiar el esbozo; cuando, por el contrario, lo reprueba en ese caso particular, hay que hacer una «excepción» al esbozo. Y la legitimidad de esta excepción viene, como no podía ser menos, del propio sistema de referencia. Es él el que nos permite saber que los esbozos no son nunca completamente adecuados a la realidad, y que por tanto ésta tiene prioridad sobre el mismo esbozo. De idéntico modo que el esbozo deontológico como «ley» o «norma» se justifica por y desde el sistema de referencia, la experiencia teleológica como «excepción» a la norma tiene su justificación en el propio sistema de referencia. No tiene más legitimidad el esbozo que la experiencia; son dos momentos concatenados e indisolubles de la racionalidad humana.

La racionalidad científica muestra muy bien cómo una vez elaborada una hipótesis, es preciso contrastarla experimentalmente, a fin de que se convierta en tesis. En esto consiste el método científico, en la continua contrastación empírica de las hipótesis de trabajo. Los esbozos científicos se contrastan mediante un tipo de experiencia que se llama, concretamente, «experimento». Pero hay otros tipos de experiencia posibles. Las realidades matemáticas no pueden contrastarse mediante experimentos, sino mediante «comprobaciones». Esto es, exactamente, lo que un matemático entiende por prueba. Pero la experiencia tiene también otros modos, más ligados a lo que son los sucesos de la vida humana, en vez de los hechos de la naturaleza. Hay experiencia por «compenetración», como la que tienen dos personas que se quieren. La experiencia humana interpersonal es experiencia por compenetración. Y está, en fin, la experiencia de la propia realidad personal a lo largo de su decurso biográfico, lo que Zubiri llama experiencia por «conformación».

¿Cuál de estos tipos es el propio de la experiencia moral? Desde luego, no los de experimento y comprobación, ya que la ética se refiere siempre a sucesos personales, no a hechos naturales. La experiencia moral ha de consistir en compenetración o en conformación. Especialmente es experiencia de conformación, ya que el deber moral es siempre primariamente personal: es la realización de la propia personalidad la que le obliga a uno a actuar moralmente. Cabe decir, en este sentido, que la conformación es más propia de la experiencia moral, y la compenetración de la experiencia religiosa; o dicho de otro modo, que la primera tiene más que ver con el hecho de la «obligación», y la segunda con el de la «religación».

Cuanto más correcto sea el esbozo, más completa y profunda podrá ser la experiencia de conformación. Hoy por hoy parece que la estructura en dos niveles que hemos esbozado es muy correcta, dado que permite una muy amplia conformación moral de la propia realidad. De todos modos, la experiencia no sólo aprueba ese esbozo, sino que en ocasiones también lo

reprueba. Hay reprobaciones globales del esbozo, que obligan a sustituirlo por otro mejor. No es de éstas de las que ahora estamos hablando. Hay otras reprobaciones más sutiles, particulares, que lo reprueban en una situación concreta. Éste es el lugar exacto de las excepciones a los esbozos morales a la vista de las consecuencias. Un ejemplo puede aclarar esto. La experiencia por conformación aprueba claramente el esbozo que afirma que hay que decir la verdad y evitar la mentira. Éste es un típico caso de aprobación global, o experiencia global positiva. Pero en ciertas situaciones, por ejemplo las típicas de la mentira piadosa, la experiencia nos puede llevar a reprobar el esbozo, es decir, a derogar su validez en ese caso concreto, a hacer una excepción al esbozo. Éste es el momento teleológico del razonamiento moral. Las consecuencias son un momento en la validación global de los esbozos morales, y son además un momento que valida los esbozos en cada nueva situación concreta. No es posible una moral racional ajena a las consecuencias.

Ni que decir tiene que éste es el lugar del casuismo. La experiencia moral es siempre casuística. La aprobación del esbozo no sólo se realiza globalmente, sino también caso por caso, en cada situación. Lo que tiene el esbozo de genérico y abstracto, lo tiene la experiencia de específico y concreto. Sin este momento de concreción la vida moral sería imposible. Y no sólo la vida moral, sino cualquier otra actividad de la razón humana. Conviene no olvidar que los tres momentos que hasta aquí hemos estudiado, el de sistema de referencia, el de esbozo y el de experiencia, son comunes a todos y cada uno de los posibles usos de la racionalidad humana.

LA JUSTIFICACIÓN MORAL

Zubiri dice que esos tres momentos, el de sistema de referencia, el de esbozo y el de experiencia, son pasos de lo que llama «el método de la razón». Sólo al final de ellos podemos decir que algo está racionalmente «verificado». La verificación es, así, el final de toda la marcha de la razón¹³. El método de la razón tiene por objeto verificar los esbozos en la experiencia, a partir de los datos del sistema de referencia. También hay que verificar los esbozos morales. Lo que sucede es que en el orden concreto de la razón moral la verificación adquiere un nombre específico, que es «justificación». Sólo al final de todo el proceso metódico de la razón moral, podemos decir que un acto o una decisión está «justificada». Hay, por tanto, una correlación estrecha entre razón metódica y justificación. Sólo la

razón metódica justifica. De ahí la importancia del tema de la metodología moral. No todo es método ni procedimiento en la ética, frente a lo que afirmaron los procedimentalismos. Pero sin procedimiento no hay justificación posible.

Zubiri dice que la razón en general, y el proceso de verificación en particular, funcionan de un modo que no es sólo individual, sino también social e histórico. Esto es muy importante, pues demuestra que la razón es un proceso a una individual y supraindividual. No es posible separar estas dos dimensiones. Por eso Zubiri quiere situarse más allá de la clásica polémica entre internalistas y externalistas. Para los primeros la razón sería primariamente lógica; para los segundos, por el contrario, sería social e histórica. Zubiri piensa que es ambas cosas a la vez, de tal modo que la conjunción entre una y otra de esas dimensiones no es meramente copulativa sino estructural. Por eso escribe que «cada uno de los dos términos (historicidad y logicidad) envuelve intrínseca y formalmente al otro pro indiviso. Esto es, la verdad racional es lógica históricamente... y es histórica lógicamente... Tal es la unidad intrínseca y formal de la verdad racional. Lo lógico de la verdad racional consiste formalmente en cumplimiento histórico; y lo histórico de la verdad racional consiste formalmente en encuentro lógico. Es la unidad radical y formal de lo lógico y de lo histórico en toda intelección racional»¹⁴.

Esto tiene importantes consecuencias en el orden de la ética, pues demuestra cómo la racionalidad moral evoluciona o progresa de ambos modos a la vez, lógica e históricamente. Es inútil pensar que puede establecerse una racionalidad moral absolutamente ajena al contexto social y al momento histórico. Y a la vez, es también ingenuo creer que todo se reduce a esto último, de tal modo que la moralidad se agota en ser mera convención sociohistórica. La razón moral es histórica, pero es también un potente instrumento de transformación de la historia. Esta es la paradoja del hombre, que por su inteligencia es una realidad al tiempo histórica y suprahistórica, en el sentido de capaz de cambiar el propio curso de la historia. Por eso para él las cosas son «pro-blema»¹⁵. La ética sólo es posible en el ser cuya razón convierte todas las cosas y sus actos en problemas.

NOTAS

- ¹ Cf. Xavier ZUBIRI, *Inteligencia y razón*, Madrid, Alianza, 1983, pp. 217-222.
- ² David ROSS, *The Right and the Good*, Oxford, Clarendon Press, 1930.
- ³ H. HABERMAS, *Conciencia moral y acción comunicativa* (trad. esp.), Barcelona, Península, 1985, pp. 85 y 86.
- ⁴ K.-O. APEL, «¿Límites de la ética discursiva?», en A. CORTINA, *Razón comunicativa y responsabilidad solidaria*. Salamanca, Sígueme, 1985, p. 251.
- ⁵ H. HABERMAS, *Conciencia moral y acción comunicativa*, ed. cit., p. 83.
- ⁶ Cf. Manuel KANT, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (trad. Manuel García Morente), México, Porrúa, 5.ª ed., 1983, pp. 65-66.
- ⁶ Jesús CONILL, *El crepúsculo de la metafísica*, Barcelona, Anthropos, 1988, p. 277.
- ⁸ J. CONILL, *Op. cit.*, p. 335.
- ⁹ Cf. D. GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989.
- ¹⁰ D. GRACIA, «*Primum non nocere*»: *El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica*, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1990, p. 83.
- ¹¹ Cf. Karl-Otto APEL, *Diskurs und Verantwortung. Das Problem des Übergangs zur postkonventionellen Moral*, Frankfurt, Suhrkamp, 1988.
- ¹² Cf. Xavier ZUBIRI, *Inteligencia y razón*, Madrid, Alianza, 1983, pp. 222-257.
- ¹³ Cf. Xavier ZUBIRI, *Inteligencia y razón*, cit., pp. 262-316.
- ¹⁴ X. ZUBIRI, *Inteligencia y razón*, ed. cit., p. 306.
- ¹⁵ X. ZUBIRI, *Op. cit.*, p. 309.

Conclusión

Una propuesta metódica

En la primera parte de este trabajo hemos revisado las distintas metodologías hoy en uso en bioética. Tras exponerlas con una cierta detención, en la segunda las hemos sometido a crítica. Es que, a nuestro modo de ver, ninguna cumple con los requisitos que deben exigirse a una metodología correcta. De esa crítica parece que pueden deducirse algunas conclusiones prácticas. Una de ellas es la dificultad e importancia de utilizar un buen método en el análisis de los problemas morales. Otra, que los pasos de toda metodología ética deben ser los que aparecen en la Tabla 1.

Este método es el que, en mi opinión, hay que utilizar para el análisis de los problemas morales en medicina. Naturalmente, en ese campo concreto los problemas vienen planteados por la situación clínica del paciente, razón por la cual antes de aplicar el método es preciso un minucioso análisis de su historia clínica. No es posible el trabajo metódico y riguroso en ética clínica sin tomar como documento de partida la historia clínica, que es el procedimiento canónico de la toma de decisiones en el ámbito de la clínica.

La historia de la historia clínica nos es hoy perfectamente conocida, gracias, entre otros, a los estudios de Pedro Laín Entralgo¹. Como consecuencia de ellos, podemos saber cómo se han ido introduciendo los diferentes elementos de la historia clínica «clásica», y cuáles eran los supuestos subyacentes a ella. El supuesto básico era el de la «especificidad», según el cual toda enfermedad es una «especie morbosa», provocada por una «causa específica» y que debía obedecer a un «tratamiento específico». Entre estos tres momentos habría una relación determinista y causal, que puede representarse así:

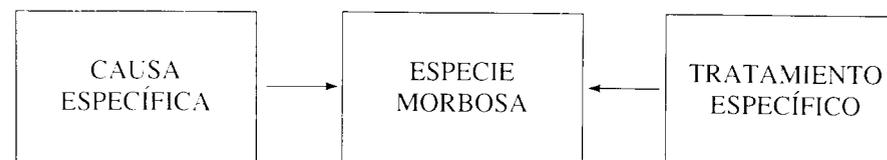


TABLA 1. Pasos de la metodología ética.

I. El sistema de referencia moral (ontológico):

- **La premisa ontológica:** el hombre es persona, y en cuanto tal tiene dignidad y no precio.
- **La premisa ética:** en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

II. El esbozo moral (deontológico):

- **Nivel 1:** No-maleficencia y Justicia.
- **Nivel 2:** Autonomía y Beneficencia.

III. La experiencia moral (teleológica):

- **Consecuencias objetivas** o de nivel 1.
- **Consecuencias subjetivas** o de nivel 2.

IV. La verificación moral (justificación):

- **Contraste el caso con la «regla»**, tal como se encuentra expresada en el esbozo (paso II).
- **Compruebe si es posible justificar una «excepción» a la regla** en ese caso concreto (paso III).
- **Contraste la decisión tomada con el sistema de referencia**, tal como se encuentra expresado en el primer punto (paso I).
- **Tome la de decisión final.**

Esta lógica determinista y causalista considera como enfermedades paradigmáticas a las que se ajustan al citado esquema, en tanto que relega a la categoría de enfermedades «problemáticas», «idiopáticas» o «esenciales» a todas aquellas que se resisten a entrar en él. Así, de la hipertensión arterial no podemos decir si es una especie morbosa, un síndrome, un síntoma o un signo; tampoco conocemos la causa «específica» de las hipertensiones más frecuentes, las llamadas esenciales, quizá porque no la tienen, ya que en ellas influyen un proteiforme y complejo conjunto de factores; y, en fin, tampoco parece que la hipertensión esencial tenga un tratamiento específico, sino más bien sintomático.

Ante este tipo de enfermedades que no se ajustan al modelo determinista no caben más que dos soluciones. La primera consiste en decir que su inadecuación al modelo canónico se debe a la parquedad de conocimientos actuales, no a la insuficiencia del modelo. De este modo, se endosa el problema al futuro. La otra alternativa posible es pensar que el proceso lógico de la medicina no puede basarse en un modelo determinista, como el descrito, sino en otro «estocástico» y «probabilista». De hecho, hay muchas razones para creer, como la lógica de los ordenadores nos ha enseñado, que el razonamiento clínico es siempre probabilístico, y que el «diagnóstico» es un caso particular de la llamada *decision making theory*, de tal manera que un diagnóstico es correcto cuando opta por la alternativa más probable. Podemos exigir que las decisiones del médico sean razonables, no que sean ciertas. La certeza estadística no se da más que cuando la probabilidad tiende a 1. Esto sucede pocas veces, menos de las deseables; pero demuestra que la lógica estadística sí es capaz de explicar las situaciones de certeza en que se basaba el modelo clásico, en tanto que la lógica determinista no era capaz de explicar los casos probabilísticos o problemáticos.

Todo esto tiene enormes consecuencias clínicas y éticas. Las consecuencias clínicas son tales, que han obligado a modificar la propia estructura de la historia clínica. Si el término «enfermedad específica» es excesivamente restringido, quizá convenga sustituirlo por el de «problema», entendiéndose por tal todo lo que directa o indirectamente está relacionado con la salud, ya tenga carácter biológico, ya económico, social, cultural, religioso o ético. Otra consecuencia fundamental es que una vez relativizado el concepto de «especie morbosa», pierden también mucho de su antiguo sentido los de «salud», «enfermedad» y «curación». En la hipótesis anterior se consideraba sano todo aquél que no había sufrido el efecto de una causa específica, enfermo quien padecía una especie morbosa, y curado el que, tras padecerla, había vuelto a la normalidad. Ahora bien, todo esto es muy relativo. Cuando la idea de especie morbosa es sustituida por la de problema, no puede considerarse sano más que a quien carece de problemas (biológicos, económicos, sociales, psicológicos, éticos, etc.) relacionados con la salud, y enfermo al que posee uno o varios de ellos. Pero como esos problemas surgen con el mismo hecho del nacimiento y no finalizan hasta la muerte, resulta que nunca está nadie del todo sano; o dicho de otro modo, que lo que llamamos «salud» o «alta de enfermedad» es el final de un problema, aquél por el que el paciente consultó al médico, no de los otros. Los demás problemas del paciente seguirán imperturbables.

Todo este proceso intelectual se ha materializado en la puesta a punto de un nuevo tipo de historia clínica, la llamada «historia clínica por problemas»². La tabla 2 representa, en esquema, su estructura³.

TABLA 2. Historia clínica por problemas.

I. Base de datos:

1. Datos de identificación.
2. Anámnesis.
3. Antecedentes.
4. Exploración.

II. Inventario de problemas:

1. Problemas biológicos:
 - una especie morbosa: p.e., tuberculosis.
 - un síndrome: p.e., insuficiencia renal.
 - un signo físico o químico: p.e., hipertensión, albuminuria.
 - un síntoma: p.e., cefalea.
2. Problemas humanos:
 - económicos: p.e., pobreza, paro.
 - sociales: p.e., conflictos profesionales, familiares.
 - jurídicos: p.e., delincuencia, minoría de edad.

III. Evolución de los problemas:

S: Síntomas.

Ob: Signos.

Intr: Interpretación.

Tr: Tratamiento.

Pr: Exploraciones complementarias.

IV. Informe de alta:

1. Problemas en la admisión.
2. Investigación y tratamiento de los problemas.
3. Estado final de los problemas en el momento del alta.
4. Diagnósticos finales.

Para el análisis de problemas éticos este tipo de historia tiene indudables ventajas. Permite, por de pronto, considerar los problemas éticos como parte de los problemas médicos, y en tal sentido tratarlos como elementos constitutivos de la historia clínica del paciente. En la historia clínica tradicional esto era prácticamente imposible. Permite, además, enumerar y definir «todos» los problemas éticos presentes en la historia clínica. Este es un punto muy importante, pues la experiencia demuestra que en las historias clínicas suele haber más de un problema ético. Conviene diferenciar, enumerar y definir cada uno de ellos, a fin de que luego puedan ser analizados separadamente. Cuando no se procede así, la discusión sobre los distintos problemas se mezcla, con lo cual su solución es casi imposible. Con frecuencia sucede que cuando varias personas discuten los problemas éticos de una historia clínica, cada uno centra su atención en un problema distinto, lo que hace la discusión muy difícil y casi imposible el acuerdo. Esto es algo que ninguno de los procedimientos antes analizados tiene en cuenta, y que en la práctica es de una gran importancia. Conviene diferenciar los distintos problemas, definirlos, y decir en cada momento cuál de ellos se está analizando.

La historia clínica por problemas tiene aún otra ventaja sobre la tradicional, o sobre el análisis espontáneo y desestructurado del tema. Es un hecho una y mil veces comprobado que el estudio de los problemas éticos es de algún modo «ulterior» al análisis de los propiamente biológicos. Esto quiere decir que sin una buena historia clínica es imprudente cualquier tipo de consideración ética. Ciertamente, las obligaciones morales no son las mismas en el caso de los enfermos «agudos» que en el de los «crónicos», ni en éstos que en los «terminales». Ahora bien, tales diagnósticos sólo son posibles tras la realización de una minuciosa historia clínica.

Parece, pues, que el procedimiento de análisis de los problemas éticos en la práctica clínica debe comenzar por la realización de la historia clínica, y que la historia clínica por problemas tiene claras ventajas sobre la tradicional o clásica. Lo cual no quiere decir que tal historia sea completa. De hecho, la historia clínica por problemas está diseñada para analizar y resolver los problemas biológicos más que los humanos o los éticos. Sigue anclada en una concepción bastante «biológica», que posterga los factores «biográficos» de la enfermedad, y que por tanto continúa considerando ésta más como «alteración» orgánica que como «conflicto». La cuestión está en cómo ampliarla, de modo que puedan integrarse adecuadamente los datos éticos con los propiamente biológicos. A mi entender, esto no puede hacerse más que creando unas hojas especiales que completen las ya existentes y hagan factible el análisis correcto, en el interior de la propia historia clínica, de los problemas morales. Tales hojas han de ser, cuando menos, las siguientes:

1. Hoja de identificación de problemas morales. La experiencia demuestra que en las historias suele haber más de un problema moral. Lo mismo que se hace en el caso de los problemas biológicos, es preciso ir apuntando en una hoja los diferentes problemas morales del caso, con su fecha de inicio, la de terminación (si la hubiere), y aquella en que el problema se hace dependiente de o se reduce a otro. Es, repito, la misma hoja de problemas biológicos, sólo que aplicada a la identificación de problemas morales (véase el modelo reproducido al final de este capítulo).

2. Otra hoja ha de ser la de evaluación de la capacidad del paciente. Esto se puede hacer utilizando una escala móvil, como la de James F. Drane⁴ (véase el modelo reproducido al final de este capítulo).

3. Una vez evaluada la capacidad y establecida la competencia, debe haber una hoja para ir rellenándola en el proceso del consentimiento informado, de modo que al final quede constancia expresa de la información que ha recibido el paciente y de su consentimiento a las acciones diagnósticas o terapéuticas sobre su propio cuerpo. Como principio general cabe decir que el texto de estas hojas debe de ser específico para cada patología o tipo de exploración. Cuanto más genérico es el texto de estos documentos, menor calidad tienen. Su contenido, por ello, debe elaborarse con sumo cuidado. Existe la creencia de que los textos detallados intimidan al paciente, y por tanto resultan perjudiciales. Pero esto no es cierto. Los documentos pormenorizados sólo asustan a quienes no han ido recibiendo esa misma información antes, en el proceso de diálogo con su médico. La lectura y firma del documento no debería ser más que un acto formal, en que finalizara todo el proceso de información y diálogo entre el médico y su paciente (véase el modelo reproducido al final de este capítulo).

4. Junto a la hoja general de consentimiento informado, puede haber y habrá de hecho muchas veces otras con documentos específicos en los que el paciente acepta o rechaza cierto tipo de técnicas en el futuro. Tales son los documentos denominados Testamentos Vitales, Órdenes de no reanimación, Poderes notariales, etc.⁵. A continuación ofrecemos las hojas en que pueden y deben quedar consignados en las historias clínicas estos documentos (véanse los modelos reproducidos al final de este capítulo).

5. Dado que la hoja de consentimiento informado sólo podrá tener un carácter estructurado en un pequeño número de procesos diagnósticos y terapéuticos (p.e., arteriografías), es conveniente insertar una hoja estructurada que controle y evalúe la calidad de la anterior. Hoy suelen denominarse Formularios de verificación de la información suministrada. Sus ventajas son evidentes, ya que permiten comprobar no sólo si se ha dado a los pacientes la información adecuada, sino sobre todo si éstos la han entendido correctamente. Hay ciertas situaciones, como por ejemplo los ensayos clínicos en fase I, en que se debería rechazar a todos aquellos sujetos que

no pasen correctamente este test de evaluación, para el que ya hay elaboradas hojas específicas⁶ (véase el modelo reproducido al final de este capítulo).

6. En la historia biológica hay siempre un lugar para el diagnóstico diferencial. Este es también un momento muy importante de la historia bioética, razón por la cual debe haber una hoja específica en que puedan establecerse los diferentes cursos de acción posibles (véase el modelo reproducido al final de este capítulo).

7. Aún se han propuesto otras hojas, dedicadas a objetivar de algún modo el sistema de valores del paciente. A este respecto, Hans-Martin Sass ha propuesto la realización de «axiogramas», de modo similar a como los sociólogos y psicólogos realizan sociogramas, etc. Por su parte, David Thomsma ha propuesto también la inclusión de unas hojas matriciales, en las que se correlacionen el número de personas afectadas por la decisión y la intensidad de los problemas médicos, dado que estos dos son factores que orientan mucho la decisión a tomar. Thomsma llama a estas matrices «parrillas contextuales» (*contextual grid*). Personalmente creo que la hoja más adecuada en este punto es la que recoja los cuatro pasos que a nuestro entender deben seguirse siempre en el análisis de un problema moral. Esta hoja, pues, se limitaría en principio a reproducir ese esquema (véase el modelo reproducido al final del capítulo).

8. Lo mismo que en la historia biológica hay una hoja dedicada al seguimiento de la evolución de los problemas biológicos, en la historia bioética debería haber también otra que objetivara la evolución de los problemas morales (véase el modelo reproducido al final del capítulo).

9. Finalmente, la historia bioética debería tener una hoja final, correspondiente a lo que en la historia biológica es el informe de alta. Esta hoja final debería estar constituida por el juicio final que el caso merece a quien lo juzga (comité, experto, etc.). Esta última hoja debería ir firmada, con lo que serviría además de acta de la decisión del experto o del comité, por si en cualquier momento ulterior se necesita conocer con exactitud cuál fue la decisión tomada (esto es importante, por ejemplo, en casos de ulterior demanda judicial). No hay mejor peritaje judicial que una buena historia clínica (véase el modelo reproducido al final del capítulo).

Queda el problema de saber dónde deben colocarse, o cuál es el lugar que pueden ocupar estas hojas en el interior de la historia clínica por problemas. Quizá la solución es introducir en el esquema de esa historia clínica un cuarto apartado, en el que se analicen ordenadamente todos los problemas éticos. Su nombre podría ser el de «evaluación de los problemas éticos». Su contenido sería el de las hojas que acabamos de describir. Por todo ello, considero que el contenido de ese punto cuarto debería ser el siguiente:

IV. Evolución de los problemas éticos:

1. Hoja de identificación de los problemas éticos.
2. Hoja de evaluación de la capacidad del paciente.
3. Hojas de consentimiento informado.
4. Hoja de cursos de acción posibles.
5. Hoja con los pasos del proceso metódico de toma de decisiones.
6. Hoja de evolución.
7. Informa final.

Por tanto, y como conclusión general, parece que el procedimiento de análisis de los problemas de ética clínica debe ser el siguiente:

I. Base de datos:

1. Datos de identificación.
2. Anamnesis.
3. Antecedentes.
4. Exploración.

II. Inventario de problemas:

1. Problemas biológicos:
 - Una especie morbosas: p.e., tuberculosis.
 - Un síndrome: p.e., insuficiencia renal.
 - Un signo físico o químico: p.e., hipertensión, albuminuria.
 - Un síntoma: p.e., cefalea.
2. Problemas humanos:
 - Económicos: p.e., conflicto profesionales, familiares.
 - Jurídicos: p.e., delincuencia, minoría de edad.
 - Éticos: p.e., rechazo de un tratamiento eficaz, aborto.

III. Evolución de los problemas biológicos:

- S:** Síntomas.
Ob: Signos.
Int: Interpretación.
Tr. Tratamiento.
Pr. Exploraciones complementarias.

IV. Evolución de los problemas éticos:

1. Hoja de identificación de los problemas éticos.
2. Hoja de evaluación de la capacidad del paciente.
3. Hojas de consentimiento informado.
4. Hoja de cursos de acción posibles.
5. Hoja con los pasos del proceso metódico de toma de decisiones.
6. Hoja de evolución.
7. Informa final.

V. Informe de alta:

1. Problemas en la admisión.
2. Investigación y tratamiento de los problemas.
3. Estado final de los problemas en el momento del alta.
4. Diagnósticos finales.

NOTAS

¹ P. LAÍN ENTRALGO, *La historia clínica: Historia y teoría del relato patográfico*, Barcelona, Salvat, 2.^a ed., 1961.

² L.L. WEED, *Medical Records, Medical Education and Patient Care. The Problem-Oriented Record as a Basic Tool*, The Press of Case Western Reserve University, reimpresión, Cleveland, 1971. L.L. WEED, «Medical Records that Guide and Teach», *N. Engl. J. Med.*, 1968; 278: 593-599 y 652-657. L.L. WEED, «A New Paradigm for Medical Education», en Elizabeth F. PURCELL (ed.), *Recent Trends in Medical Education*, Nueva York, Josiah Macy, Jr. Foundation, 1976. S.S. BISHOP. «Explanation in Medicine: The Problem-Oriented Approach», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1980, 5: 30-56. J.C. BJORN y H.D. CROSS, *Problem-oriented Practice*, Chicago, Modern Hospital Press, 1970. J.W. HURST Y H.K. KENNETH (eds.), *The Problem-oriented System*, Baltimore, William & Wilkins Co., 1971.

³ R. PERIS, J. COLOMER, M.L. TERRADA, J. BRINES y E. BORRAJO, «Historia clínica pediátrica orientada por problemas», *An. Esp. Pediatr*, 1977, 10: 785-800.

⁴ James F. DRANE, «Competency to Give an Informed Consent. A Model for Making Clinical Assessments», *JAMA*, 1984; 252: 925-927; «The Many Faces of Competency: The Greater the Risk, the Stricter the Standard», *Hastings Center Report*, abril 1985, 17-21.

⁵ Cf. Steven H. MILES y Carlos F. GÓMEZ, *Protocols for elective use of life-sustaining treatments. A Design Guide*, Nueva York, Springfield Publishing Company, 198.

⁶ Cf. Jack C. SIEBE, «The Patient's Choice of Care: Suggested Hospital Policies», en John F. MONAGLE y David C. THOMASMA, *Medical Ethics: A Guide for Health Professionals*, Rockville (Maryland), An Aspen, 1988, p. 425.

Universidad Complutense de Madrid
Dpto. de Salud Pública e H.^a de la Ciencia
Master en Bioética

LISTA DE PROBLEMAS ÉTICOS

Num.	Problemas	Inicio	Referencia	Final
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Universidad Complutense de Madrid
Dpto. de Salud Pública e H.^a de la Ciencia
Master en Bioética

EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA

Categoría n.º 1: Pacientes con mínimo nivel de competencia:

Criterios de competencia:

1. *Conciencia* básica de la propia situación.
2. *Asentimiento* explícito o implícito a las opciones que se le proponen.

Son competentes en esta categoría:

- Niños, retrasados mentales, dementes seniles moderados.

Son incompetentes en esta categoría:

- Inconscientes, comatosos, EVP., autistas.

Decisiones médicas que pueden tomar:

- a) *Consentir* en tratamientos eficaces.
- b) *Rechazar* tratamientos ineficaces.

Categoría n.º 2: Pacientes con mediano nivel de competencia.

Criterios de competencia:

1. *Comprensión* de la situación médica y del tratamiento médico.
2. *Capacidad de elección* basada en las expectativas médicas.

Son competentes en esta categoría:

- Adolescentes (de más de 16 años), retrasados mentales leves, ciertos trastornos de la personalidad.

Son incompetentes en esta categoría:

- Trastornos emocionales severos, fobia al tratamiento, alteraciones cognitivas.

Decisiones médicas que pueden tomar:

- a) *Consentir* tratamientos de eficacia dudosa.
- b) *Rechazar* tratamientos de eficacia dudosa.

Categoría n.º 3: Pacientes con elevado nivel de competencia.

Criterios de competencia:

1. *Comprensión reflexiva y crítica* de la enfermedad y el tratamiento.
2. *Decisión racional* basada en consideraciones relevantes que incluyen creencias y valores sistematizados.

Son competentes en esta categoría:

- Adultos con mayoría de edad legal, enfermos reflexivos y autocríticos, poseedores de mecanismos maduros de compensación.

Son incompetentes en esta categoría:

- Enfermos indecisos, cambiantes o ambivalentes, histeria, defensas neuróticas.

Decisiones médicas que pueden tomar:

- a) *Consentir* en tratamientos ineficaces.
- b) *Rechazar* tratamientos eficaces.

Universidad Complutense de Madrid
Dpto. de Salud Pública e H.^a de la Ciencia
Master en Bioética

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Firma del médico

Firma del paciente

Universidad Complutense de Madrid
Dpto. de Salud Pública e H.^a de la Ciencia
Master en Bioética

TESTAMENTO VITAL

Yo
D.N.I. n.º, mayor de edad, domiciliado en
....., hallándome en
perfecto uso de mis facultades mentales, y tras prolongada deliberación,
declaro:

Que si llego a encontrarme en situación de no poder decidir sobre mi cuidado médico a consecuencia de mi deterioro físico o mental, y si desarrollo alguna de las condiciones médicas enumeradas en el punto tres, y dos médicos independientes concluyen que no hay posibilidad de recuperación, expongo los siguientes deseos:

1. Pido que mi vida no sea prolongada por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos o fármacos, o por alimentación artificial.
2. Pido que el estrés y el dolor causados por la enfermedad o por la falta de alimentación o de fluidos sean controlados mediante fármacos sedantes, aun en el caso de que éstos puedan acortar mi vida.
3. Las condiciones médicas enumeradas son:
Daño cerebral severo e irreversible debido a lesión, accidente vascular o enfermedad.
Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
Enfermedad generativa del sistema nervioso y/o del sistema muscular en fase avanzada, con severa limitación de la movilidad y ausencia de tratamiento específico.
Demencia senil o presenil; p.e., Alzheimer o similares.
Otras situaciones de gravedad comparable.

Además, declaro que libero a los médicos que me atiendan de toda responsabilidad civil y penal por llevar a cabo los términos de esta Declaración.

Me reservo el derecho de revocar mi Declaración en cualquier momento.

Fecha Firma:

Firma: Firma:

Testigos: Nombre: Nombre:

Universidad Complutense de Madrid
 Dpto. de Salud Pública e H.^a de la Ciencia
 Master en Bioética

PODER NOTARIAL

Yo
 natural de, con D.N.I. n.º
 domiciliado en
 designo a
 natural de, con D.N.I. n.º
 domiciliado en
 teléfono, como mi representante, para que
 tome decisiones sanitarias en mi lugar, en los términos que autoriza este
 documento.

Si me encuentro incapacitado para entender correctamente mi situación
 médica y decidir sobre ella, concedo plenos poderes y autoridad a mi repre-
 sentante para que tome las decisiones médicas en mi lugar, incluyendo el
 consentir, rechazar o revocar el consentimiento para cualquier tipo de trata-
 miento, servicio o técnica de mantenimiento, tanto diagnóstico como tera-
 péutico, y para recibir la información médica y decidir a la vista de ella,
 siempre dentro de los límites de la siguiente declaración de deseos y
 limitaciones.

Deseo (o no deseo) que mi vida se prolongue mediante el uso de las
 técnicas de soporte vital, si las cargas de esas técnicas son mayores que sus
 probables beneficios. Deseo que mi representante tenga en cuenta en sus
 decisiones tanto la evitación de sufrimientos y la calidad de mi vida, como su
 posible extensión temporal.

Firma:

Fecha:

Universidad Complutense de Madrid
 Dpto. de Salud Pública e H.^a de la Ciencia
 Master en Bioética

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

1. El paciente, la familia y demás allegados han sido correcta y adecuada-
 mente informados (dentro de lo posible) a propósito de la situación del
 paciente.

Paciente:

Sí No Si no, ¿por qué?

Familia:

Sí No Si no, ¿por qué?

2. El paciente ha escrito una declaración eligiendo un tratamiento (o recha-
 zando ciertos tratamientos) y desea consignar o ya ha consignado que esta
 declaración escrita forme parte de la historia clínica.

Sí No Si no, ¿por qué?

3. El paciente tiene un *testamento vital* o una *declaración eligiendo ciertos
 tipos de tratamientos*, que yo he discutido detalladamente con él.

Sí No Si no, ¿por qué?

4. El paciente no es competente o no puede comunicarse. La familia u otros
 allegados han decidido en su lugar, aplicando el concepto de decisión de
 sustitución.

Sí No ¿Qué decisión?

5. El paciente, la familia u otros allegados desean consultar con el servicio
 de asistencia pastoral a propósito de la elección de ciertos tipos de trata-
 miento o asistencia.

Sí No

.....

Universidad Complutense de Madrid
Dpto. de Salud Pública e H.^a de la Ciencia
Master en Bioética

CURSOS DE ACCIÓN

Universidad Complutense de Madrid
Dpto. de Salud Pública e H.^a de la Ciencia
Master en Bioética

ANÁLISIS DEL PROBLEMA MORAL

I. El sistema de referencia moral (ontológico):

- **La premisa ontológica:** el hombre es persona, y en cuanto tal tiene dignidad y no precio.
- **La premisa ética:** en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

II. El esbozo moral (deontológico):

- **Nivel 1:** No-maleficencia y Justicia.
- **Nivel 2:** Autonomía y Beneficencia.

III. La experiencia moral (teleológica):

- **Consecuencias objetivas** o de nivel 1.
- **Consecuencias subjetivas** o de nivel 2.

IV. La verificación moral (justificación):

- **Contraste el caso con la «regla»**, tal como se encuentra expresada en el esbozo (paso II).
- **Compruebe si es posible justificar una «excepción» a la regla** en ese caso concreto (paso III).
- **Contraste la decisión tomada con el sistema de referencia**, tal como se encuentra expresado en el primer punto (paso I).
- **Tome la decisión final.**

Universidad Complutense de Madrid
Dpto. de Salud Pública e H.^a de la Ciencia
Master en Bioética

EVOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS ÉTICOS

Universidad Complutense de Madrid
Dpto. de Salud Pública e H.^a de la Ciencia
Master en Bioética

INFORME DE ALTA

TÍTULOS PUBLICADOS

Carlos Sánchez del Río
Unidades físicas

Antonio Hernando Grande
Nuevos materiales: Los vidrios metálicos

Mario Soler López
La fusión: Una alternativa energética

Antonio Vaquero Sánchez y Carmen Fernández Chamizo
La informática aplicada a la enseñanza

Gregorio Peces-Barba
Estudios sobre derechos fundamentales

Rosario de la Torre del Río
Inglaterra y España en 1898

Manuel Rego y M.^a José Fernández
Astrofísica

Francisco Sánchez Quesada y Germán González Díaz
Electrónica y materiales. Dispositivos fotovoltaicos

José Manuel Nieto Soria
Fundamentos ideológicos del poder real en Castilla (siglos XIII-XVI)

José Doria Rico, M.^a Cruz de Andrés García y Carlos Armenta Deu
Energía solar

Ramón Fernández Álvarez-Estrada y Marina Ramón Medrano
Partículas elementales

Carlos Sánchez del Río
Análisis de errores

Mikel Buesa y José Molero
Innovación industrial y dependencia tecnológica de España

Angel Benito
Ecología de la comunicación de masas

Alejandro Pizarroso Quintero
Historia de la propaganda

M.^a Dolores de Asís Garrote
Última hora de la novela en España

Gustavo Palomares Lerma
Mussolini y Primo de Rivera (política exterior de dos dictadores)

PR
DE
ET
PR
NICA
TOS DE DECISIO
ETICA CLINICA

TO
EN
CA
DE
PROCEDIM

El presente volumen es continuación del que, con el título de *Fundamentos de bioética*, apareció publicado por esta misma Editorial el año 1989. En él se anunciaba un segundo tomo, dedicado a la *Bioética clínica*. Sin embargo, es preciso ir analizando de forma monográfica algunos de los problemas que hoy agitan esa disciplina. En esta primera monografía se aborda el complejo problema de los métodos de análisis y los procedimientos de toma de decisiones en el ámbito de la ética clínica, finalizando con una propuesta metódica concreta, que podrá ser de utilidad para quienes hayan de tomar decisiones de este tipo (médicos, enfermeras, administradores sanitarios, etc.). Su autor, Diego Gracia, es catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad Complutense y Director del Master en Bioética de la citada Universidad.

ISBN 84-7754-083-7



9 788477 540830