

**H. Tristram Engelhardt**

**Los fundamentos  
de la bioética**



**ediciones  
PAIDOS**

Barcelona  
Buenos Aires  
México

Título original: *The Foundations of Bioethics*

Publicado en inglés por Oxford University Press, Nueva York

Traducción (de la 2.ª edición) de Isidro Arias (capítulos 1-4),

Gonzalo Hernández (capítulos 5-7) y Olga Domínguez (capítulos 8-10)

Revisión de Olga Domínguez

Cubierta de Mario Eskenazi

*A la memoria de  
Josef Karl Tristram  
y Elsie Tristram Engelhardt,  
que me iniciaron en la filosofía,  
el primero en espíritu y la segunda en la carne,  
y en agradecimiento a mi esposa  
Susan Gay Malloy Engelhardt  
y a Herman de Alaska,  
quienes, cada uno a su modo, me apoyaron  
en la redacción de esta segunda edición*

*1.ª edición, 1995*

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© 1995 by H. Tristram Engelhardt, Jr.

© de todas las ediciones en castellano,

Ediciones Paidós Ibérica, S.A.,

Mariano Cubí, 92 - 08021 Barcelona,

y Editorial Paidós, SAICF,

Defensa, 599 - Buenos Aires.

ISBN: 84-493-0031-2

Depósito legal: B-11.685/1995

Impreso en Europe, S.L.

Recaredo, 2 - 08005 Barcelona

Impreso en España - Printed in Spain



## SUMARIO

Agradecimientos . . . . .	13
1. Introducción: la bioética ante la posmodernidad . . . . .	15
2. Bioética secular y pluralidad de visiones morales . . . . .	31
La bioética y la posmodernidad . . . . .	31
Bioética: tomar las ideas en serio y reexaminar las presuncio- nes culturales . . . . .	35
Bioética secular frente a bioética religiosa . . . . .	40
3. Las bases intelectuales de la bioética . . . . .	49
Variedades de ética . . . . .	49
El problema de la objetividad en la moral . . . . .	53
Problemas a la hora de justificar un punto de vista moral par- ticular . . . . .	56
Intentos de justificar una ética secular de pleno contenido: por qué fracasan . . . . .	60
Al borde del nihilismo. . . . .	88
La superación del nihilismo: rescatar la legitimidad moral de la bioética secular . . . . .	90
La autoridad moral en la posmodernidad: la legitimación de la política sanitaria . . . . .	96
Moralidad y bioética para amigos; moralidad y bioética para extraños. . . . .	99
Comunidades, secularidad y bioética: proporcionar asistencia sanitaria en un mundo moralmente fragmentado . . . . .	104
La extrañeza de los extraños morales . . . . .	106
El profesional de la sanidad como burócrata y geógrafo de va- lores . . . . .	107
La bioética frente a la diversidad moral: un resumen . . . . .	109
4. Los principios de la bioética . . . . .	111
Permiso y beneficencia: el conflicto en la raíz de la bioética . . . . .	113
Cómo Kant introdujo clandestinamente la noción de lo concre- to en el ámbito de los principios morales . . . . .	115
Las sanciones por inmoralidad . . . . .	119
Dotar de autoridad y contenido al principio de beneficencia . . . . .	124
Justificación de los principios morales . . . . .	130
La tensión entre los principios . . . . .	133

El principio de justicia . . . . .	135
Los principios de la bioética . . . . .	136
Principio I. El principio de permiso . . . . .	138
Principio II. El principio de beneficencia . . . . .	139
La tensión moral y la importancia fundamental de los derechos de tolerancia. . . . .	140
Derechos y obligaciones en conflicto . . . . .	146
TEYKU: algunos problemas se resisten al razonamiento moral . . . . .	148
5. El contexto de la asistencia sanitaria: las personas, las posesiones y los Estados. . . . .	151
La posición especial de las personas. . . . .	151
¿Una predisposición a favor de las personas?. . . . .	157
Potencialidad y probabilidad. . . . .	159
Una digresión sobre los animales . . . . .	162
Los bebés, los retrasados profundos y las diferentes acepciones sociales del término «persona» . . . . .	165
Los recién nacidos gravemente deficientes: debilitamiento de la protección del rol social de persona. . . . .	168
Ser una persona: en sentido estricto y en varios sentidos sociales . . . . .	170
Las personas dormidas y el problema de la encarnación . . . . .	172
La posesión de personas, animales y objetos . . . . .	175
Principio III. El principio de propiedad . . . . .	184
El Estado y su autoridad . . . . .	186
Principio IV. El principio de autoridad política . . . . .	201
Una reflexión posmoderna sobre la propiedad, el Estado y la política de asistencia sanitaria . . . . .	203
6. Los lenguajes de la medicalización . . . . .	205
La configuración de la realidad. . . . .	205
Los cuatro lenguajes de la medicina. . . . .	214
El lenguaje de evaluación de la enfermedad . . . . .	216
La búsqueda de valores en la naturaleza . . . . .	216
La enfermedad como atipicidad de la especie, o la pretensión de encontrar un designio en los productos de la evolución . . . . .	219
Enfermedades y juicios de valor . . . . .	225
El lenguaje descriptivo de la enfermedad . . . . .	230
El lenguaje explicativo de la enfermedad . . . . .	232
El lenguaje médico como moldeador de la realidad social . . . . .	243
La construcción social de la realidad médica y el reto de los juicios médicos. . . . .	244
Contemplación de un problema como problema médico y no como problema legal, religioso o educativo . . . . .	249
Democratización de la realidad médica: algunas conclusiones . . . . .	254

7. Principio y fin de la persona: muerte, aborto e infanticidio . . . . .	257
Definición de la muerte . . . . .	259
Cuerpos, mentes y personas . . . . .	259
Corporeizaciones. . . . .	261
Vivir y morir sin absoluta certeza . . . . .	263
Desarrollo de una definición de la muerte basada en todo el cerebro . . . . .	264
Existir . . . . .	266
Hacia una definición de la muerte basada en los centros cerebrales superiores . . . . .	270
Aborto, daños al feto e infanticidio . . . . .	273
La categoría de los cigotos, embriones y fetos . . . . .	276
Vida (legalmente) injusta . . . . .	281
Intervenciones estatales en favor del feto: cesárea, cirugía fetal y compromiso civil . . . . .	286
Dejar morir a recién nacidos deficientes . . . . .	289
Infanticidio . . . . .	296
Experimentación fetal y fecundación in vitro . . . . .	298
El paciente como persona . . . . .	306
8. Consentimiento libre e informado, rechazo del tratamiento y el equipo sanitario: Las múltiples caras de la libertad . . . . .	309
La relación entre el enfermo y el curador . . . . .	311
La profesión . . . . .	312
El paciente como un extraño en tierra extraña . . . . .	317
Extraños y amigos . . . . .	319
Los cuidados médicos al extraño de paso . . . . .	323
Consentimiento libre e informado . . . . .	324
El derecho a que nos dejen en paz . . . . .	327
Tres acepciones de la libertad . . . . .	330
Los tres sentidos de estar informado . . . . .	335
Elegir por otros: tres formas de paternalismo. . . . .	350
Consentimiento por poderes y la emancipación del menor . . . . .	357
La investigación que afecta a seres humanos . . . . .	362
Confidencialidad . . . . .	371
Suicidio, eutanasia y elección de la forma de morir . . . . .	376
El derecho a que nos dejen en paz y decidir morir. . . . .	381
Instrucciones anticipadas, consentimiento por poderes e interrupción del tratamiento de los incompetentes . . . . .	384
Suicidio, suicidio asistido y eutanasia . . . . .	387
Eutanasia . . . . .	394
El equipo de asistencia sanitaria . . . . .	395

9. El derecho a la asistencia sanitaria, a la justicia social y a la imparcialidad en la asignación de asistencia sanitaria: la frustración ante la finitud . . . . .	401
La política sanitaria: la ideología de una asistencia sanitaria óptima e igualitaria . . . . .	403
Justicia, libertad y desigualdad . . . . .	406
Lotería natural y social . . . . .	407
Ricos y pobres: diferencias en derechos . . . . .	409
Trazar una línea divisoria entre lo desafortunado y lo injusto	410
Más allá de la igualdad: el igualitarismo del altruismo frente al igualitarismo de la envidia. . . . .	413
De las macroasignaciones a las microasignaciones y viceversa.	417
Opciones macroasignacionales de alto nivel . . . . .	417
Opciones macroasignacionales de bajo nivel . . . . .	418
Opciones microasignacionales de alto nivel . . . . .	419
Opciones microasignacionales de bajo nivel . . . . .	420
Jugar con la vida humana y poner precio a la salud y a la supervivencia . . . . .	421
Modelos contrapuestos de justicia: del contenido al procedimiento . . . . .	423
La inevitabilidad moral de un sistema sanitario de varios niveles	433
Conclusiones: la creación de derechos a recibir asistencia sanitaria frente a la diversidad moral . . . . .	438
10. La remodelación de la naturaleza humana y la búsqueda de la virtud junto con extraños morales: responsabilidad carente de contenido moral . . . . .	441
Dr. Feelgood y la búsqueda de la salud: fármacos, tratamientos, bienestar artificial y la realización de la felicidad . . . . .	444
Vicios y virtudes . . . . .	449
Posmodernidad, pluralismo y secularidad: la visión de una bioética secular . . . . .	452
Notas . . . . .	455
Índice de autores . . . . .	535
Índice analítico . . . . .	542

## AGRADECIMIENTOS

Fueron muchas las personas que colaboraron en las reflexiones que sirvieron de marco a la redacción de la primera edición de *Los fundamentos de la bioética*. Me ofrecieron su crítica y su apoyo, así como sólidos argumentos tanto en apoyo como en contra de las opiniones que yo estaba elaborando. La primera edición no hubiese podido llevarse a cabo sin su generosidad e interés. Concretamente, estoy en deuda con varias instituciones que me proporcionaron un lugar donde alojarme, atenciones y colegas, mientras yo convertía una serie de reflexiones en la primera edición de este libro y emprendía, posteriormente, la tarea de darle forma a esta nueva, y considerablemente corregida, obra: el Instituto de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Texas en Galveston, el Centro de Ética, Medicina y Asuntos Públicos del Baylor College de Medicina de la Universidad de Rice, y el Instituto de Religión de Houston, así como el Instituto para Estudios Avanzados de Berlín. Las personas con las que me siento en deuda por la colegialidad, el apoyo y las sugerencias recibidas a lo largo de dos décadas de trabajo son demasiado numerosas para poder enumerarlas aquí. Mencionaré tan sólo a aquellas cuya extraordinaria generosidad merece también un agradecimiento especial: Thomas J. Bole III, Baruch A. Brody, James F. Childress, Xavier de Callataÿ, Mark Cherry, Rev. George Eber, S. G. M. Engelhardt, Rui-Ping Fan, Lee Friedman, Mary Ann Gardell Cutter, Stanley Hauerwas, R. W. I. Kessel, George Khushf, B. Andrew Lustig, Laurence B. McCullough, Michael A. Rie, Hans-Martin Sass, Earl E. Shelp, Stuart F. Spicker, Lawrence T. Ulrich y Kevin Wm. Wildes, S.J. Aunque este libro se ha visto enormemente enriquecido por las conversaciones y discusiones mantenidas con ellos, no se les puede hacer responsables de sus defectos, ya que estoy seguro de que considerarán que en muchos aspectos no he seguido consejos para ellos importantes. Contemplando este asunto bajo otra luz, diré que me siento profundamente en deuda con ellos y con muchas otras personas, aunque no haya conseguido convencerles plenamente de la fuerza de mis argumentos.

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN: LA BIOÉTICA ANTE LA POSMODERNIDAD

La esperanza moderna ha consistido en descubrir una moralidad canónica y dotada de contenido, una moralidad que fuese algo más que un mero procedimiento, que vinculase a personas moralmente desconocidas.<sup>1</sup> Debemos, al menos, ser capaces de descubrir —ésta ha sido la meta del proyecto filosófico moderno— una moralidad secular dotada de contenido (incluyendo un fundamento dotado de contenido de la bioética) que abarque diversas comunidades de creencias religiosas e ideológicas. Muchos pensaron que si esto se consiguiera se desvanecerían las creencias religiosas como vestigios de un pasado irracional y se podría vivir a la luz de una moralidad dotada de contenido y revelada por la razón. Existía la esperanza de poder establecer una opinión o una concepción concreta de la justicia y de la acción correcta que expresara las exigencias de la razón y de la humanidad, y no simplemente una visión del mundo o una ideología particular.<sup>2</sup>

Admitir que no se puede descubrir una moralidad secular canónica dotada de contenido es una señal del dilema en que se encuentra la filosofía posmoderna. Dada nuestra historia intelectual y las desmesuradas expectativas puestas en la razón, es una circunstancia difícil de aceptar. Los límites de la razón, junto con el fracaso del proyecto filosófico moderno de descubrir una moralidad canónica dotada de contenido, constituyen la catástrofe fundamental de la cultura contemporánea secular y enmarcan el contexto en que se desarrolla la bioética contemporánea. La bioética contemporánea ha ignorado, por lo general, esta catástrofe, ha continuado como si nada hubiese ocurrido, como si sus supuestos filosóficos fundamentales no hubiesen sido cuestionados.

En la práctica abundan profundos desacuerdos morales en el seno de la bioética y de la política sanitaria; la estridencia del debate sobre el aborto indica la intensidad de estos desacuerdos. Para algunos el aborto es un grave mal moral (igual o equivalente, por ejemplo, al asesinato), mientras que otros lo consideran, a lo

sumo, como un mal físico. El debate sobre el aborto es sólo una de una serie de cuestiones acerca de las cuales la controversia es a la vez apasionada y refleja visiones morales arraigadas y contrapuestas. La eutanasia, la desigualdad en el acceso a la asistencia sanitaria, la maternidad de alquiler, la limitación del acceso a las intervenciones médicas costosas, la investigación con fetos y la venta de órganos son solamente algunas de las cuestiones sobre las cuales no sólo existe poco acuerdo, sino una agitada discusión. Con todo, en la última década ha aumentado la aceptación de lo que para muchos hubiese sido impensable hace tan sólo cuarenta años (por ejemplo, el aborto voluntariamente solicitado, y la frecuente aplicación de la eutanasia en Holanda). Se ha desarrollado una amplia y bien articulada coalición de diferentes bioéticas permisivas. Sin embargo, incluso en este punto, la aparente coincidencia de pareceres pone al descubierto un profundo desacuerdo cuando se plantean cuestiones como el alquiler de úteros con fines comerciales, servicios de eutanasia, o la creación de un sistema sanitario a dos niveles (esto es, un nivel al que tendrían acceso todas las personas y un segundo nivel al que sólo accederían las personas acaudaladas).

Los desacuerdos están entrelazados con otros desacuerdos. Existen profundas diferencias entre muchas de las visiones seculares, y entre las concepciones seculares de la bioética y las moralidades religiosas tradicionales. También estas últimas están en desacuerdo entre sí. Existe una tensión fundamental entre el objetivo de lograr el bien de las personas y el respeto hacia ellas como agentes morales libres y responsables. Existen desacuerdos fundamentales acerca de quién debe definir el bien de las personas, cómo y con respecto a qué norma. Las cuestiones bioéticas se consideran enormemente importantes, pero también son profundamente divisivas; por otra parte, los debates bioéticos no llegan a resultados definitivos. Nunca podremos llegar a más en medicina y, sin embargo, nunca ha sido tan evidente que nos encontramos en profundo desacuerdo acerca de lo que podemos y debemos hacer. Además, los desacuerdos parecen tener raíces fundamentales; ponen de manifiesto la incapacidad de la razón secular de presentar una base concluyente que permita resolver las controversias.

Muchos de los que trabajan en temas de ética aplicada y de bioética parecen hacer caso omiso de las dificultades presentes en la raíz del pensamiento moderno; parecen seguir adelante con la tarea de aplicar la ética, como si fuese obvio que ética secular debe

ser aplicada. Muchos ofrecen asesoramiento o consejo bioético como si sólo existiese una bioética dotada de contenido, una única ortodoxia bioética canónica y dotada de contenido que guiara todas las decisiones morales seculares y justificara toda política sanitaria. Estas consultas y este asesoramiento pueden desembocar en la imposición de una visión moral, de una ideología u ortodoxia moral particular como si la razón misma lo exigiese. Tales asesores trabajan en parte como lo hacen sacerdotes, rabinos o pastores en un contexto religioso, pero sin admitir una actitud sectaria. Cada uno tiene una visión de la relación adecuada entre médico y paciente, frecuentemente junto con una concepción dotada de contenido del consentimiento libre e informado. Hablan en nombre de la razón, sin reconocer un compromiso moral particular. Presentan explicaciones dotadas de contenido de la justicia y de la imparcialidad en la distribución de la asistencia sanitaria. Pretenden conocer *la* visión moral secular dotada de contenido, canónica para todas las personas. La única dificultad es que ésta no existe. No existe una moralidad dotada de contenido si no hay a la vez un compromiso moral particular. No existe una bioética dotada de contenido al margen de una perspectiva moral particular. Este libro examina las consecuencias que de esta situación se derivan para la bioética.

Al intentar asegurar los fundamentos racionales de una bioética secular, cuestionamos en este libro el proyecto mismo de una ética secular; reconocemos la imposibilidad de descubrir *la* ética secular, canónica, dotada de contenido, como también admitimos la imposibilidad de que exista una bioética canónica secular dotada de contenido. En vista de los límites del razonamiento moral, en este libro intentamos asegurar cuanto nos sea posible del contenido de la ética y bioética secular. Este proyecto pone al descubierto el abismo existente entre la moralidad que vincula a extraños morales y la que une a amigos morales. En esta última, que es una moralidad dotada de contenido, la libertad, no obstante la opinión de sectarios tejanos, no es el bien más importante. Aun así, muchos han malinterpretado *Los fundamentos de la bioética* como un manifiesto libertario, como un intento de garantizar una moralidad concreta dotada de contenido opuesta a las moralidades comunitarias dotadas de contenido que son vinculantes en la mayoría, si no en todas, las comunidades morales. Los cambios más significativos de esta segunda edición se han realizado con el fin de conseguir una mejor protección contra esos malentendidos, aunque he

empleado al menos el mismo esfuerzo en ocuparme de los problemas bioéticos más destacados de los últimos siete años.

Una segunda edición ofrece la oportunidad de esclarecer puntos que quedaron oscuros, de responder a reseñas hostiles, y de considerar ulteriores desarrollos. Yo he perseguido estas tres ventajas. A partir de la primera edición ha resultado dolorosamente obvio que mucho de lo que intenté explicar ha sido malinterpretado. Esto procede en parte de mi propia reticencia. Me abstuve de postular con la firmeza con la que lo podía haber hecho muchas de las conclusiones a las que había llegado. Como indiqué en el prefacio a la primera edición, gran parte de los resultados a los que me vi conducido eran (y todavía lo son) detestables. Había iniciado una aventura intelectual sin conocer su destino último; llegué a conclusiones respecto a insuficiencias del razonamiento filosófico que no me eran en modo alguno agradables. Pero, a pesar de haber admitido estas circunstancias, parece ser que más de un crítico, y tal vez numerosos lectores, no tomaron mis confesiones (y lamentos) en serio.

*Los fundamentos de la bioética* es un libro posmoderno. Es posmoderno al aceptar como condición tanto sociológica y epistemológica la caracterización que hizo Lyotard de la posmodernidad: «La gran narrativa ha perdido su credibilidad, independientemente del modo de unificación utilizado, independientemente de si es una narración especulativa o una narrativa de emancipación».<sup>3</sup> *Los fundamentos de la bioética* examina esta circunstancia basándose sobre todo en ejemplos de bioética, pero el mensaje es general: la filosofía no ha podido ofrecer una justificación general, secular y racional de la moralidad canónica dotada de contenido.

Desde la perspectiva de quienes no reconocen las dificultades a las que se enfrenta el proyecto filosófico moderno será difícil interpretar la significación de este libro. Otros considerarán este volumen como una ética más presente en la cacofonía de éticas seculares. Los primeros no verán el problema, los segundos no creerán que se pueda resolver. Pero *Los fundamentos de la bioética* se dirige a ambos públicos. Toma en serio las limitaciones del razonamiento moral secular y hace una valoración de los elementos del proyecto filosófico que se pueden salvar o reconstituir. La explicación presentada en *Los fundamentos de la bioética* no ofrece una ética que sirva de orientación o guía para las vidas morales de hombres y mujeres. Más bien, esta explicación intenta justificar un marco moral por medio del cual los individuos pertenecientes a co-

munidades morales diferentes puedan considerarse vinculados por una estructura moral común y puedan apelar a una bioética también común. El objetivo consiste en justificar una perspectiva moral que pueda abarcar la diversidad posmoderna de narrativas morales y proporcionar una *lingua franca* moral. Si este proyecto y otros parecidos fracasan, el proyecto filosófico moderno de la ética secular fracasará a su vez, se producirá una situación en la que reinen el nihilismo y el relativismo; pero si este proyecto tiene éxito, incluso aunque los individuos no descubran una ética común dotada de contenido y canónica, dispondrán de un procedimiento a través del cual extraños morales puedan crear redes de empresas moralmente autoritativas, incluyendo tareas en materia sanitaria. Este libro afirma una condición lamentable, pero la alternativa sería aún peor.

Para muchos el proyecto será poco convincente, no porque no reconozcan la debilidad del razonamiento secular, sino porque niegan que exista una diversidad real entre las diferentes perspectivas morales. Estos ecumenistas cosmopolitas afirman que los hombres y las mujeres tienen lo suficiente en común para que sea posible descubrir un consenso moral dotado de contenido y autoritativo que permita justificar una bioética particular y dirigir la política sanitaria.<sup>4</sup> Resulta fácil ver por qué les tienta respaldar este punto de vista. La época contemporánea se caracteriza por la presencia de muchas personas cuyos principales objetivos son instrumentales e inmanentes,<sup>5</sup> creen que los fuertes e insolubles desacuerdos morales son el resultado del fanatismo patológico o de la ignorancia. Además, los cosmopolitas viven a menudo distanciados de las convicciones por las que se guían judíos ortodoxos, católicos ortodoxos, hindúes y otras personas comprometidas, que viven en la esfera de las tradiciones morales dotadas de contenido y perdurables. A los ecumenistas cosmopolitas les cuesta gran esfuerzo entender las vidas vividas en el seno de comunidades tradicionales enmarcadas por compromisos trascendentes o imaginar los abismos que separan a las diferentes comunidades a las que pertenecen los individuos comprometidos ideológicamente. Un crítico de mi obra arguyó incluso que había refutado pretensiones acerca de la posmodernidad mediante la afirmación de que compartía una misma visión moral dotada de contenido con este autor. Está equivocado.

Quienes no viven en una comunidad tradicional y no poseen convicciones trascendentes o ideológicas suponen que las diferen-

cias en el ámbito de las creencias enmascaran a menudo una coincidencia más fundamental de preocupaciones inmanentes. Consideran que los placeres y oportunidades presentes en la vida son lo más importante y que fundamentan los juicios finales. Buscan un fundamento en lo material y lo común, pero la historia separa y la fe otorga un sentido transformador a lo ordinario. Incluso hay diferencias de perspectiva y tradición que dividen a los cosmopolitas. Hay más de una visión de la *cosmopolis* y del cosmopolita (por ejemplo, el cosmopolita demócrata liberal frente al defensor de un capitalismo cuasidictatorial al estilo de Singapur). Además, permanecen diferencias considerables en creencias y visión moral, que definen la acción, el carácter y la virtud y que modelan comunidades vivas de diferente interpretación moral, a pesar de lo que digan los cosmopolitas. Este libro toma en serio esta diversidad y pluralismo moral real y examina las consecuencias que se desprenden de esta situación para la bioética y la política sanitaria.

Otras personas, a menudo sin saberlo ellas mismas, son partidarias de visiones morales particulares y, por consiguiente, todavía mantienen que la razón moral puede proporcionar una visión moral y una bioética canónica dotada de contenido. No se dan cuenta de que el contenido al que aluden no procede de la razón misma, sino de compromisos morales particulares que sirven de marco a sus aseveraciones. Como consecuencia, consideran la posmodernidad un error intelectual. Para ellos su narrativa moral es la única que puede ser legítimamente contada en todos los lugares y en todos los tiempos, sin reconocer que es una visión de un lugar concreto, que es una narrativa moral particular. Los partidarios de este tipo van desde teólogos morales católicos, hasta defensores del igualitarismo que pretenden una teoría de la justicia universal dotada de contenido. La dificultad reside en que todas estas explicaciones morales presuponen lo que intentan demostrar.

Tal vez el lector se pregunte en este momento si el autor mismo puede evitar esa dificultad. Debemos advertir al lector a este respecto: en primer lugar, éste no es un libro que exprese la visión moral concreta del autor, sino una explicación de la moralidad común que puede vincular a extraños morales; en segundo lugar, este libro no es portador de una perspectiva moral concreta dotada de contenido. Para muchos *Los fundamentos de la bioética* es una defensa del individualismo y de exigencias imperiosas en apoyo de la libertad. De hecho, ni la primera ni la segunda edición afirman que la elección individual tenga un valor primordial, ni tampoco la prio-

ridad de la libertad. *Los fundamentos de la bioética* reconoce que cuando los individuos intentan resolver controversias no escuchan a Dios de la misma manera y no encuentran argumentos racionales bien fundados para resolver sus controversias morales, tan sólo les queda el recurso de ponerse de acuerdo pacíficamente sobre cómo y hasta qué punto colaborar. En estas circunstancias, los individuos tienen prioridad porque la autoridad moral no procede de una visión moral canónica dotada de contenido. Si en circunstancias seculares no se puede derivar autoridad moral de Dios ni de la razón, sólo puede derivarse de los individuos. Ya que las únicas estructuras sociales moralmente autoritativas en estas circunstancias son las establecidas con el permiso de los individuos implicados, la moral que vincula a extraños morales tiene un carácter inevitablemente libertario, pero esto sucede por defecto y no por designio. La naturaleza libertaria de una moralidad secular y una bioética generalmente defendible es una característica inevitable de una moralidad que no puede apoyarse ni en Dios, ni en la razón objetiva para descubrir las premisas morales, canónicas, seculares y dotadas de contenido. Sus características son las de una moral presupuesta por extraños morales que no comparten una visión moral dotada de contenido. No es tan sólo una más en el abarrotado campo de éticas seculares dotadas de contenido.

Para disipar esta confusión, he rebautizado en esta segunda edición el «principio de autonomía» como «principio de autoridad moral» para indicar de una forma más clara que no está en juego ningún valor que poseen la autonomía o la libertad, sino el reconocer la necesidad de obtener autoridad moral a través del permiso de los implicados en una empresa común. El principio de autoridad moral subraya la circunstancia de que, cuando Dios no es escuchado por todos de la misma manera, cuando no todos pertenecen a una comunidad claramente definida y estrechamente unida y, ya que la razón fracasa en el intento de descubrir una moral canónica dotada de contenido, la autorización o autoridad moral justificada secularmente no se deriva de Dios, ni de la visión moral de una comunidad moral, ni de la razón, sino de los individuos. En este contexto caracterizado por la «sordera» hacia las palabras de Dios y por el fracaso de la razón, los extraños morales se encuentran como individuos.

Muchos críticos de *Los fundamentos de la bioética* opinaron que faltaba una cierta comprensión por las moralidades que sirven de soporte y enmarcan a comunidades morales concretas. Esta crítica

podría deberse en gran parte a que no se reconoce la argumentación presentada. Este libro comienza con el reconocimiento de la existencia de comunidades concretas en las cuales los hombres y las mujeres viven vidas morales concretas dotadas de contenido. Hay devotos judíos, protestantes, católicos, católicos romanos, musulmanes, hindúes, etc.; igualitarios y libertarios fervientes; capitalistas y socialistas, incluso quedan algunos marxistas. Cada grupo posee una bioética concreta. La fuerza de la argumentación de este libro reside en individualizar todos estos compromisos morales y bioéticas desde la perspectiva de empresas sociales seculares en gran escala, como son los Estados seculares. De esto se trata precisamente, ya que se pretende que la moral secular ofrecida llegue hasta los individuos de diversas comunidades morales.

Como resultado, el discurso moral transcurre en dos niveles: el discurso moral dotado de contenido de amigos morales y el discurso moral de procedimiento que vincula a extraños morales. Por consiguiente, en los Estados seculares en gran escala hay que aceptar ciertos hechos que muchas personas, entre las que se incluye el autor, saben que son equivocados y que son una prueba del desorden moral. Esta circunstancia decepcionará a quienes esperaban que la sociedad en general, o un Estado en gran escala concreto, fuese a constituir la comunidad moral, que pudiese ser guiada por la bioética secular dotada de contenido. Esta esperanza carece de fundamento sociológico y es injustificable en virtud de la posibilidad de una moral secular. Los Estados en gran escala abarcan numerosas comunidades morales pacíficas, y no tienen el derecho moral secular de suprimir esta diversidad. Las grandes empresas asesinas de este siglo, desde Stalin y Hitler hasta la Banda de los Cuatro y Pol Pot, nacieron del intento de convertir al Estado en una única comunidad moral por la fuerza, pero, a pesar de la represión brutal, la diversidad permanece.

Esto no quiere decir que la diversidad sea un bien en sí misma. Cuando Jesús preguntó al diablo, a quien Él expulsó del hombre en Gerasa, «¿cómo te llamas?», el demonio respondió, «Mi nombre es legión» (Marcos 5:9). La concepción ortodoxa judeo-cristiana del ser consiste en que en su raíz hay Una Persona, Uno que no fue engendrado, Un Padre, y que el mal es centrífugo. personal, se dispersa y separa. Ante esta diversidad, el Estado no es la mano de Dios, no es el Centro. Al menos en términos seculares generales, no se puede demostrar que el Estado sea la mano de Dios; sin embargo, la Providencia puede actuar o Dios disponer. El Estado secular

parece de este modo, por defecto, inevitablemente politeísta.<sup>6</sup> Encontramos numerosas visiones, un caos de voces, una legión de bienes atractivos y estilos de vida alternativos, pero sin el Centro no hay nada fundamentalmente bueno en todo esto. El autor reconoce en el campo de la bioética secular una diversidad, que es a menudo perversa, pero que el Estado no puede eliminar con ninguna excusa. Este libro no celebra el caos, ni gran parte de la diversidad, ni ciertamente la perversidad moral, ni la vacuidad de este panorama. Este libro ofrece, en cambio, medios seculares para adaptarse al caos y a la diversidad de la posmodernidad y, aunque éstos son escasos y no ofrecen una realización trascendental, son lo único que está a nuestro alcance en términos seculares generales.

Este libro no ofrece sencillamente una teoría política, sino una explicación de la moralidad por la que deben guiarse los individuos cuando se encuentran como extraños morales a la hora de modelar la política sanitaria. En efecto, cuando se encuentran de este modo, tienden a colaborar a través de una *res publica* en el ámbito político, algo común que pueden compartir los extraños morales de diversas comunidades morales. Desde esta perspectiva no hay nada que todos puedan compartir con pleno contenido. El conjunto es en este respecto decepcionante, pero es todo lo que se puede justificar en términos seculares generales. El lector puede entonces contestar: «Esta justificación no es suficiente para motivar un comportamiento moral». A esto el autor responderá: «Puede que eso sea así, pero con todo, la ética justificada ofrece un motivo moral secular para autorizar el uso de la fuerza coercitiva con el fin de mantener la paz y proteger una estructura social consensuada, en la cual, aunque de forma limitada, se pueden perseguir bienes comunes y se puede crear una política sanitaria». Los argumentos filosóficos no mueven a las masas, pero si tienen éxito pueden demostrar cuándo la utilización de la fuerza está moralmente justificada con el fin de motivar a las personas. Además, queda espacio suficiente para que el mercado, movido por la codicia, cree bienes y servicios que enriquecerán a muchos, si no a todos. A lo cual el lector podría contestar otra vez: «¿Es todo esto bueno al final? ¿Es esto lo que quiere Dios? ¿Es ésta la verdad trascendental? ¿Es esto todo lo que se puede conseguir con la bioética?»

El autor tiene que responder de dos formas: en primer lugar, no se pueden contestar preguntas últimas en un proyecto de razonamiento filosófico secular. Tal vez el lector ansíe encontrar la unifi-



cación de la génesis y de la justificación de la moralidad, así como de la motivación para actuar moralmente, que sólo se puede encontrar aludiendo a la divinidad.<sup>7</sup> En virtud de lo que la divinidad es y desea, se puede encontrar una génesis última de lo que significa estar en lo cierto y de lo que es ser bueno y virtuoso. La posición de la divinidad también ofrece una explicación de por qué la moralidad es racional en función de una fundamentación última de la moralidad en Dios, que es el fundamento último de la racionalidad. Finalmente, la posición de la divinidad ofrece sanciones últimas contra la conducta desviada. La coincidencia de los fundamentos del conocimiento y del ser, de la génesis y de la justificación de la moral, así como de la motivación para actuar moralmente, todos los cuales se buscan tan a menudo en el Dios de los filósofos, no se pueden encontrar en una explicación secular justificable de forma general.<sup>8</sup> La reflexión moral secular no puede ofrecer una explicación tan profunda de por qué es racional y prudente ser moral. En su lugar, la racionalidad y la prudencia se fragmentan en numerosas concepciones, de modo que siempre se debe especificar a qué prudencia, justicia o racionalidad moral se está apelando. Sólo nos resta un politeísmo de perspectivas morales, ninguna de las cuales tiene las capacidades buscadas desde la perspectiva unívoca de Dios. Con todo, la reflexión moral secular ofrece la posibilidad de un discurso moral secularmente autoritativo para la colaboración entre extraños morales, a pesar del desmoronamiento del proyecto filosófico moderno. Si los individuos están interesados en resolver los problemas de forma pacífica (es decir, sin apoyarse en la fuerza como autoridad) e incluso si no entienden a Dios del mismo modo, y a pesar del hecho de que no se pueda fundar una visión moral canónica dotada de contenido basándose en argumentos racionales, seculares y sólidos, lo que se ofrece todavía será suficiente para garantizar una bioética secular general. Aunque es poco, es todo lo que se puede justificar en términos seculares generales, ya que en estos términos, ni siquiera se puede demostrar que sea bueno.

Esto significa que poco se puede decir, en términos seculares generales, acerca de la relación adecuada entre médico y paciente o acerca de la asignación de los recursos escasos. No habrá, por ejemplo, una orientación moral secular dotada de contenido, acerca de si es bueno o malo promocionar el alquiler comercial de úteros o los servicios de eutanasia. No se podrá encontrar un contenido moral secular específico para el concepto del médico virtuoso.

Podemos saber que tenemos que hacer el bien, pero no existirá una concepción común de los bienes y objetivos de la medicina, o del significado de la beneficencia. Por ejemplo, ¿tiene efectos benéficos o perjudiciales pagar a los pobres para que sean esterilizados o para comprar sus órganos? ¿Se debería censurar o alabar la prueba de la persona razonable para obtener el consentimiento informado? Sin una perspectiva moral reconocida y aceptada, las personas se encontrarán como extraños morales que, en términos seculares, estarán vinculados sólo por su propio acuerdo, tanto explícito como implícito. Permanecerá una estructura de autoridad moral secular común, pero estará vacía.

Si queremos algo más, y debemos hacerlo, entonces deberemos hacernos miembros de una religión y tener cuidado de elegir la correcta. No encontraremos un contenido moral canónico sin una narrativa moral particular.<sup>9</sup> Aquí el lector merece saber que el autor percibe y experimenta la inmensa distancia que separa a lo que el razonamiento filosófico secular puede ofrecer, de lo que el autor sabe, por el contenido de su propia narrativa, que es cierto. El autor, de hecho, afirma la narrativa moral canónica dotada de contenido, pero se da cuenta de que no se puede derivar de la razón, sino tan sólo de la gracia divina. El autor es, al fin y al cabo, un católico ortodoxo tejano converso. Es un converso por elección y por convicción, a través de la gracia divina y debido al arrepentimiento por innumerables pecados (incluyendo el de una primera edición que necesita ser perfeccionada). Su narrativa no carece de contenido. El autor está firmemente convencido de que, excepto por la misericordia divina, quienes llevan a cabo muchos de los hechos permitidos en un Estado secular (por ejemplo, el aborto solicitado y la eutanasia) están en peligro de caer en el fuego eterno del infierno. Como buen tejano, se pregunta si éste arde con madera de roble, de cedro o con mesquite. Como buen conocedor de la teología, sabe que ésta es una pregunta que sólo podrá ser contestada por el Todopoderoso el día del Juicio Final. Aunque el autor afirma que no existe una autoridad moral secular que pueda, en términos seculares generales, justificar la prohibición de la venta de heroína, de la disponibilidad del aborto, de la comercialización de los servicios de eutanasia, o de la prestación del alquiler comercial de úteros, mantiene firmemente que ninguna de estas empresas es moralmente correcta. En efecto, se trata de grandes males morales, pero su maldad no puede captarse en términos puramente seculares. Apoyar la libre elección en términos seculares generales

significa comprender la trágica relación que une a Dios con el Edén. Ser libre significa ser libre de elegir erróneamente.

Ya que este argumento ha sido malinterpretado o ignorado con tanta frecuencia, podemos formularlo de nuevo. Este libro no constituye un esbozo de las ideas morales del autor, de su moral dotada de contenido, ni de su bioética, sino es más bien todo lo contrario. Este libro es para el autor una descripción de las todavía posibles vías de comunicación entre los escombros de las aspiraciones morales modernas. Por una parte, examina el fracaso de la filosofía moral de entregar una moralidad dotada de contenido canónico y las consecuencias que se derivan de esta circunstancia para la bioética. Por otra parte, justifica la esperanza de rescatar algo del naufragio. Este libro describe la tensión existente entre los compromisos morales de la moral tradicional y la estructura superviviente de la moral secular y de la bioética. También muestra por qué la moral secular no basta para dirigir la vida humana o para justificar una visión del florecimiento humano.

Si no se pertenece a una comunidad moral particular se carece de una dirección moral y de una bioética dotada de contenido. Se puede demostrar que el consentimiento informado, las transferencias de mercado y las decisiones de las democracias limitadas pueden crear estructuras con autoridad moral, pero éstas carecerán de una instrucción moral que sea algo más que un mero procedimiento. Por ejemplo, no se podrá decidir si es un acto equivocado experimentar con embriones humanos; sólo se sabrá que debe obtenerse el consentimiento de quienes poseen los embriones y que no se puede actuar de forma que se perjudique a futuras personas. Por supuesto, se debería decir mucho más, pero una bioética secular general no puede decirlo. Con todo, fuera del ámbito de comunidades de creencia concretas existe una moral de procedimiento que puede unirnos y servir de fundamento a una bioética de procedimiento. La moralidad y la bioética secular no desaparecen en un lenguaje de persuasión emotiva o en un discurso al servicio de la voluntad de poder. Todavía podemos salvar un fragmento del proyecto filosófico moderno, a pesar de los positivistas lógicos y en contra de Nietzsche, al tiempo que prestamos atención a los heraldos de la posmodernidad, aunque muchos pensarán que este fragmento que aún podemos salvar no es todo lo que ellos querían o esperaban.

Muchos imaginan que los filósofos y los bioéticos pueden ofrecer el mismo tipo de dirección moral en otro tiempo ofrecida por

los sacerdotes o rabinos; buscan enseñanzas concretas acerca del sentido de la vida, o al menos una explicación dotada de contenido de la justicia, de la imparcialidad, y de una política sanitaria moralmente aceptable; esperan encontrar a través de la razón respuestas morales dotadas de contenido; pretenden que el Estado sustituya a la comunidad que conocieron en otro tiempo, cuando asistían a la iglesia o a la sinagoga; añoran un consenso secularmente normativo en un Estado a gran escala y esperan que una sociedad en gran escala pueda ser el equivalente de una comunidad moral concreta, pero todas estas esperanzas son vanas.

En este libro hemos bosquejado algunas de las consecuencias que se desprenden de este fracaso para la medicina, las ciencias biomédicas y la política sanitaria. Las consecuencias tienen un gran alcance y ponen de manifiesto las grandes diferencias existentes entre las enseñanzas de la mayoría de las moralidades occidentales tradicionales y aquello que se puede sostener en términos seculares generales; demuestran qué pequeña parte del interés tradicional respecto a la virtud y al carácter se puede comprender en términos seculares generales. Estos hallazgos apoyan la observación realizada por Alasdair MacIntyre y por otros autores de que vivimos entre los vestigios destrozados de lo que en un tiempo fueron visiones y concepciones morales íntegras y vibrantes de la política sanitaria adecuada. Los vestigios de estas concepciones proporcionan a los habitantes del mundo contemporáneo visiones morales que son a menudo contradictorias, y en último término injustificables, en términos seculares generales. Las intuiciones morales desconectadas de las visiones morales que las sostenían y les daban sentido y significado perduran en forma de prejuicios, sentimientos inestables e intuiciones morales aisladas. Los creyentes, y las personas que viven en el seno de comunidades morales intactas y que poseen visiones morales dotadas de contenido, discernen, sin ningún problema, el significado del carácter y de la virtud, y, sin embargo, perciben el profundo abismo que separa a su propia visión del florecimiento humano de lo poco que puede garantizar en términos seculares generales.

En la posmodernidad nos encontramos en presencia de numerosos criterios morales diferentes y discrepantes, a la vez que vivimos el desmoronamiento de visiones morales tanto cristianas como marxistas, en otro tiempo dominantes. Por una parte, todas las visiones morales pueden ser sometidas a la desconstrucción. Las visiones morales, tanto de sumisión como de liberación, son visio-

nes concretas que exigen la aceptación de concepciones concretas del florecimiento humano en determinados roles sociales. Tras la desconstrucción de todas las visiones morales y de cada bioética concreta, después de instruir a sus partidarios, después de que todos han aprendido que cada tradición sólo es una entre muchas alternativas, y que desde el punto de vista del sociólogo y del historiador secular lo más apreciado por cada uno es tan sólo un accidente y una casualidad, no nos queda ninguna dirección concreta con respecto al sentido de la vida, a las características del buen carácter ni a los cánones del comportamiento adecuado en la asistencia sanitaria.

En medio de visiones morales contrapuestas, entre las ruinas de ortodoxias otrora dominantes y en el contexto de una secularidad pacífica, ¿cómo debemos entender la virtud? ¿Cómo debemos entender la virtud del valor? ¿Son los médicos valientes cuando emplean medidas heroicas? Antes hay que saber qué objetivos justifican qué riesgos y desde el punto de vista de quién. ¿Cómo entender la virtud del pudor? ¿Acerca de qué debe sentir vergüenza un paciente? Si no se posee una visión dotada de contenido del florecimiento humano es imposible encontrar una respuesta a estas preguntas. En un contexto moral secular general la virtud pierde su contenido moral. Lo que en un tiempo fueron asuntos de naturaleza moral se convierten en asuntos de preferencia. El mundo moral de la secularidad ofrece, a lo sumo, procedimientos de negociación y acuerdo. Los lenguajes del carácter y de la virtud son desplazados por las obligaciones y los derechos contractuales.

A pesar de todo, las morales tradicionales permanecen. Sus partidarios aceptan la gracia divina y se someten a la historia; conocen concretamente la virtud y el carácter; saben por qué, cuándo y cómo merece la pena morir. En el mundo contemporáneo son a la vez una curiosidad y un desafío; poseen criterios dotados de contenido de la «buena muerte», de la utilización vergonzosa de la tecnología sanitaria y del valor ante el sufrimiento; ofrecen numerosas y vívidas exposiciones del significado, entrega y comunidad humanos; ofrecen una gama de diferentes bioéticas que a menudo tienen diversos criterios sobre las obligaciones humanas. De este modo, podemos encontrar católicos romanos que interrumpen el tratamiento que les salvaría la vida, pero que ellos consideran indebidamente gravoso,<sup>10</sup> mientras que los judíos ortodoxos se ven obligados a seguir el tratamiento hasta que el paciente esté agonizando.<sup>11</sup> Las comunidades morales concretas proporcionan

atractivas variedades del gusto moral. Sus opiniones pueden ser heurísticas, incluso para el cosmopolita ecuménico, quien puede preguntarse cómo alcanzar el equilibrio adecuado entre costes y beneficios en su proyecto de postergar la muerte.

Con todo, la particularidad con esencia ofende; censura acciones y relaciones; considera ciertas inclinaciones perversas y acciones particulares inicuas. Una visión dotada de contenido y canónica tiene realmente poder. Así, tanto el judaísmo ortodoxo como el catolicismo ortodoxo censuran el aborto realizado por conveniencia, así como la eutanasia consensuada. Estas religiones consideran que se trata de actos equivocados, no sólo para sus propios miembros, sino para las personas como tales.<sup>12</sup> Incluso si estas religiones son tolerantes, en el sentido de que no utilizan la fuerza coercitiva para obligar a aquellos que persisten en sus errores, no son tolerantes en el sentido de considerar estos asuntos meras cuestiones de elección o preferencia personal. Son permisivas en el sentido de que no coercen, pero, sin embargo, no aceptan.

En este punto es en el que los ecumenistas cosmopolitas se ven más profundamente ofendidos, aunque también les ofenden los estilos de vida y las visiones morales que violan las concepciones contemporáneas aceptadas de los roles sociales, como cuando los judíos ortodoxos, debido a la proscripción del hecho de que una mujer tenga más de un marido, pero no de que un hombre tenga más de una mujer, permiten la donación de gametos para la fecundación *in vitro*, pero sólo de mujeres solteras, nunca de hombres.<sup>13</sup> Éste es, sin embargo, uno de los costes moralmente inevitables de la posmodernidad. La visión moral que vincula a extraños morales prohíbe el uso no autorizado de la fuerza, pero no la afrenta moral que plantea el saber que otros actúan de forma censurable o actúan en el seno de comunidades consensuadas de una manera moralmente ofensiva.

Muchos añoran el medioevo occidental, al tiempo que quieren evitar creer en Dios; esperan encontrar una bioética secular dotada de contenido que pueda garantizar una política sanitaria concreta; también esperan encontrar por medio de la razón secular una moral dotada de contenido y la autoridad moral que pueda permitir su imposición gubernamental. En esto ha consistido, después de todo, el proyecto filosófico moderno: obtener únicamente por medio de la razón el núcleo de la visión y autoridad moral que la época medieval occidental prometió proporcionar a través de su fe en la razón y de su fe particular. La esperanza moderna ha consis-

tido en intentar conseguir una moral y autoridad política sin tener que recurrir al compromiso medieval con una revelación particular o una historia particular. El fracaso del proyecto filosófico moral moderno nos hace regresar al politeísmo y al escepticismo de antiguos tiempos con un recuerdo del monoteísmo filosófico y de la fe que configuraron a Occidente. Nos vemos envueltos en un sentimiento de pérdida. Frente al recuerdo de una unidad y una comunidad buscadas, aunque nunca logradas, existe una diversidad de visiones morales y de bioéticas dotadas de contenido que no se someten a una interpretación única dotada de contenido. Éste es el precio que hay que pagar por la posmodernidad y por la visión multiperspectivista y multicultural que ésta exige.

## CAPÍTULO II

### BIOÉTICA SECULAR Y PLURALIDAD DE VISIONES MORALES

#### *La bioética y la posmodernidad*

Éste no es un libro sobre ética secular aplicada, ya que no se puede realizar un libro semejante o, como señalamos previamente, no del modo que muchos creen, y sin embargo, continuamos buscando intensamente una bioética dotada de contenido secular, concretamente, una explicación secular dotada de contenido de la justicia<sup>1</sup> y de la relación adecuada entre paciente y médico.<sup>2</sup> Persiste la esperanza de descubrir, a través de la reflexión racional secular y general, cómo deberían distribuirse los recursos y cómo deberían considerarse pacientes y médicos mutuamente. Se supone que esto será posible al margen de una narrativa o de una perspectiva moral determinadas. Después de todo, esto es lo que promete un proyecto de moralidad y de bioética secular: una explicación general de lo que los individuos se deben mutuamente y de lo que deberían hacer, especialmente en el contexto de la asistencia sanitaria. Se han presentado explicaciones dotadas de contenido ostensiblemente diferentes. Cada bioética depende de uno de los muchos fundamentos morales posibles y cada explicación posee sus privilegios particulares. La política sanitaria moderna se enmarca frente a esta cacofónica pluralidad de diferentes bioéticas. Es esta diversidad de visiones y justificaciones morales la que pone en tela de juicio el proyecto en sí de una bioética secular. En este libro examinaremos la posibilidad de alcanzar una bioética secular dotada de contenido canónico ante estas dificultades, pero hemos de decir de antemano que una bioética de este tipo no es posible.

La búsqueda del fundamento de una moralidad que sea accesible a todas las personas está profundamente arraigada en la historia occidental. Fue en Occidente donde se aspiró por vez primera de forma sistemática a contemplar la realidad desde la perspectiva anónima de la razón, del *logos*, de cualquier persona —de articular una perspectiva normativa desde ninguna parte y fuera de cual-

quier historia concreta.<sup>3</sup> Ya en los presocráticos encontramos la noción de un punto de vista canónico que trascienda todas las culturas y al que todos tengan acceso. Heráclito (504 a.de C.), por ejemplo, afirmó que «el pensamiento es común a todas las personas. Los hombres tienen que hablar con entendimiento y tienen que asirse a lo que es común a todos, del mismo modo que una ciudad se mantiene firme en su ley, o incluso todavía de una forma mucho más firme, ya que todas las leyes humanas proceden de una única ley divina, y ya que es predominante, es suficiente para todos y todavía queda algo sobrante».<sup>4</sup> Platón, Aristóteles y los estoicos siguieron dando forma a la aspiración de articular una explicación racional de la existencia y de la moralidad. El cristianismo occidental, posteriormente, desarrolló y consolidó estas concepciones paganas.

La síntesis cristiana occidental marginalizó el escepticismo que, junto con una fuerte defensa de la razón, existía en el mundo antiguo, y reemplazó el mundo multicultural politeísta por el monoteísmo monocultural del cristianismo latino. Como señalamos con anterioridad, la visión judeo-cristiana ofrecía una coincidencia de los fundamentos de la existencia, del origen y de la justificación de la moralidad, así como de la motivación para un comportamiento moral. Además, el cristianismo occidental brindaba la opinión de que esta moralidad se podía conocer y comprender en gran medida mediante la razón y sin necesidad de la fe.<sup>5</sup> Occidente inauguró la Época Moderna con grandes esperanzas de lo que se podía conseguir a través de la razón.<sup>6</sup>

Los problemas bioéticos contemporáneos se plantean sobre el telón de fondo que representa la fragmentación de la perspectiva y de la visión moral que está estrechamente ligada a la pérdida de fe y a los cambios que han tenido lugar en el ámbito de las convicciones éticas y ontológicas occidentales. Cuando en 1517, en la víspera de Todos los Santos, Martín Lutero clavó sus noventa y cinco tesis en la iglesia de Todos los Santos de Wittenberg, señalaba el comienzo de una nueva era para Occidente y el desmoronamiento de la supuesta posibilidad de una uniformidad del punto de vista moral religioso. Nadie podía ya esperar vivir en una sociedad que aspirase a un único punto de vista moral basado en la fe y sometido a una única suprema autoridad moral. Apenas un siglo más tarde esta ruptura conduciría a la Guerra de los Treinta Años y a la Guerra Civil [inglesa]. La paz de Westfalia, firmada en 1648, anunciaba la improbabilidad de que, en adelante, la construcción de

Europa Occidental se asentase en una única visión cristiana. Y mientras se fragmentaban las raíces religiosas del consenso ético y metafísico, el progreso científico minaba la visión tradicional del lugar del hombre en el mundo, incluso en el cosmos. Este proceso también reforzó las esperanzas puestas en la racionalidad secular. Colón descubrió América en 1492 en el sentido radical de que reveló, junto con Magallanes, quien le siguió poco después, la geografía de nuestro mundo y la vasta expansión de las culturas mundiales. Cuando el 24 de mayo de 1543 se colocaba en la Prusia Oriental sobre el lecho de muerte de Nicolás Copérnico la primera copia de su obra *De revolutionibus orbium caelestium*, se apostaba por un giro en las ideas que pronto se iba a convertir en metáfora de dramáticos y amplios cambios en las visiones del mundo. Esta revolución copernicana constituyó uno de los muchos cambios en las ideas y concepciones que privarían nuestra visión secular del sentido de una perspectiva absoluta y final: el hombre dejó de ser el centro del universo. La situación se agravó en 1859 con la publicación de *El origen de las especies* de Darwin, que privó a esa visión de un entorno humano canónico, del Edén. Ya no se consideraba a la especie humana una especie privilegiada en la evolución de la vida, ni tampoco se tenía una concepción imperante de la naturaleza humana, que dijese que esta última poseía un designio unívoco y divino. La racionalidad secular parecía triunfante, pero no estaba claro si podía ofrecer orientación moral o metafísica.

Mientras se debilitaba la síntesis cristiana occidental, aumentaban las esperanzas ilustradas y progresistas de que la razón (a través de la filosofía o de la reflexión racional) pudiese revelar el carácter de la vida buena y los cánones generales de la probidad moral, al margen de toda narrativa moral concreta. Esta esperanza surgió sobre el telón de fondo de la Guerra de los Treinta Años y de la Guerra Civil inglesa. Se aspiraba a descubrir por medio de la razón una moralidad común que vinculase a todos y que sirviera de fundamento para la paz perpetua.<sup>7</sup> En esto ha consistido el proyecto moral filosófico moderno, a saber, garantizar la esencia y la autoridad moral que la Edad Media occidental había prometido alcanzar mediante una sinergia de gracia y razón, pero que ahora se buscaba por medio de la razón. Esta esperanza resultó ser falsa.<sup>8</sup> La filosofía no sólo no consiguió llenar el vacío que dejó el colapso de la hegemonía del pensamiento cristiano en Occidente, sino que además resultó ser no una sola filosofía, sino muchas filosofías y

éticas filosóficas opuestas. Esta circunstancia, considerada como una condición sociológica que refleja la coerción epistemológica, define la posmodernidad.

Con todo, ha habido intentos de convertir filosofías concretas en movimientos de masas impuestos gubernamentalmente, pero éstos han fracasado igualmente. El marxismo, la filosofía mundial más ampliamente difundida en un tiempo, ha sucumbido en su mayor parte, como si la fe se hubiese desvanecido en una noche. Por su parte, las más importantes Iglesias occidentales oficiales han experimentado una similar pérdida de fe, a pesar de su intento de reclamar la posición primordial en la sociedad que una vez ocuparon. La Iglesia católico-romana convocó el Concilio Vaticano II y movilizó vigorosamente sus energías para conseguir lo que muchos pensaban que sería una renovación que llevaría a un Segundo Pentecostés de compromiso y de florecimiento de la fe. Los jerarcas intentaron acomodarse a las condiciones del mundo contemporáneo y conectar con las necesidades contemporáneas. Este *aggiornamento*, especialmente en Europa, fue recibido con bancos de iglesia vacíos y por sacerdotes que abandonaban la Iglesia.<sup>9</sup> Más que unidad en el Espíritu, había disidencia y discordia; más que una armonía de las convicciones se producían disputas en la diversidad. También las Iglesias Protestantes oficiales más difundidas sufrieron una pérdida similar de asistencia y de prominencia cultural. Con excepción del dramático resurgimiento musulmán y del desarrollo de otros movimientos religiosos fundamentalistas, la fe religiosa oficial, especialmente la que ha intentado adaptarse a la modernidad, ha decaído en general. Así, la bioética contemporánea se enfrenta a una situación que se caracteriza por un considerable escepticismo, por la pérdida de fe y de convicciones persistentes, por la pluralidad de visiones morales y por crecientes cambios de política pública.

El hecho de que muchas sociedades sean seculares es, en parte, resultado de fuerzas históricas recientes, que han provocado que las principales instituciones de la mayor parte de las democracias hayan dejado de estar vinculadas, de manera significativa, a una Iglesia tradicional, incluso allí donde perviven vestigios del pasado. Tales sociedades son pluralistas por abarcar comunidades de diferentes sentimientos y creencias morales. Esta diversidad probablemente siempre ha estado presente, aunque de forma oculta. La Europa occidental de la Edad Media, aunque nominalmente católica, incluía importantes poblaciones de judíos, además de grupos heré-

ticos agnósticos y ateos. Para modelar una sociedad que no sea pluralista, casi seguramente habría que fijarse en una sociedad de escala muy reducida, probablemente que no exceda el ámbito de una ciudad-Estado griega. Esto es así, en efecto, al menos si se quiere una sociedad ubicada geográficamente según el modelo de la mayoría de los Estados contemporáneos. Hay que recordar que la visión de la *polis* de Aristóteles, que tanta influencia tuvo en Occidente e indirectamente en el resto del mundo, era la de una pequeña ciudad que no recibía de buen agrado a inmigrantes o a otros que pudiesen romper su unidad cultural.<sup>10</sup> La comunidad moral ejemplar era notablemente uniforme.

Cuando se considera una sociedad con una esfera de acción más amplia o, respectivamente, una sociedad que no se haya constituido voluntariamente a partir de una perspectiva moral o ideológica particular, nos encontramos siempre con una pluralidad de visiones morales y de bioéticas. En este libro designaremos con la expresión «sociedades pluralistas seculares pacíficas» a aquellas sociedades que aceptan en su seno diversos puntos de vista morales, al tiempo que gozan de libertad para opinar en materias morales sin miedo a la represión. La expresión «seculares pacíficas» habría que interpretarla como expresión de falta de una particular ortodoxia religiosa, moral o ideológica impuesta por la fuerza. Entre las religiones del mundo, al menos en sentido metafórico, el autor ubica ciertas herejías cristianas como el marxismo. El problema radica en cómo diseñar una ética con objeto de crear una política sanitaria que esté en condiciones de hablar con autoridad racional en un contexto de gran diversidad de puntos de vista morales. ¿Podemos establecer una bioética que pueda justificarse ante las personas como tales? Este problema es especialmente agudo cuando asistimos al colapso de muchas de las convicciones morales tradicionales. Por ejemplo, ¿cómo determinar, en términos seculares generales, la probidad moral del aborto, de la eutanasia o de la ingeniería genética? ¿Se puede determinar la inmoralidad de un sistema sanitario de un sólo nivel?

*Bioética: tomar las ideas en serio y reexaminar las presunciones culturales*

Las reflexiones éticas se han ocupado de la asistencia sanitaria por las siguientes razones: 1. Los importantes y rápidos cambios

tecnológicos que han presionado para que se reexaminen los supuestos subyacentes en prácticas sociales y legales establecidas (por ejemplo, el advenimiento de los trasplantes que ha despertado el interés por una definición de orientación cerebral de la muerte);<sup>11</sup> 2. El encarecimiento incesante de la asistencia sanitaria, lo que ha provocado discusiones acerca de la asignación de los recursos; 3. El contexto abiertamente pluralista en que se ofrece ahora la asistencia sanitaria (por ejemplo, médicos, enfermeras y otros trabajadores sanitarios no pueden ya presuponer que sus pacientes compartan sus puntos de vista morales o que los compartan entre sí; 4. La expansión de los derechos públicamente reconocidos de autodeterminación (por ejemplo, el fallo del Tribunal Supremo norteamericano en 1965 en el caso *Griswold contra Connecticut*, por el que se declaran anticonstitucionales las leyes que prohíben la distribución de anticonceptivos a parejas casadas);<sup>12</sup> y 5. Las consecuencias de la posmodernidad, entendida a la vez como condición sociológica y epistémica.

En un principio, el centro de las discusiones bioéticas estuvo representado por individuos que trabajaban a partir de tradiciones religiosas particulares. Sin embargo, este predominio de las preocupaciones bioéticas religiosas fue reemplazado por análisis que abarcan diversas tradiciones, incluidas tradiciones seculares particulares. Como resultado, ha surgido un proyecto bioético secular que ya no trata de enmarcar sus respuestas dentro de una tradición particular, sino que más bien las formula de manera abierta para los individuos racionales como tales. Las cuestiones abordadas por la bioética no se limitan al ámbito de los médicos, sino que afectan a las enfermeras, a otros profesionales sanitarios, a los pacientes y a las personas en general. El término «bioética» abarca, de hecho, temas que caen fuera de la ética de la sanidad en el sentido estricto de exploración de las cuestiones *morales* suscitadas por la asistencia sanitaria y por las ciencias biomédicas. Dentro del ámbito de la bioética suelen encontrar acogida también cuestiones concernientes a valores *no morales* referentes a lo que debe ser objeto de tratamiento (por ejemplo, la señalización de un determinado estado como patológico, como fisiológica o psiquiátricamente anormal) y cuestiones ontológicas (por ejemplo, la determinación del momento en que empiezan y dejan de existir las personas, tales como preguntas acerca del momento en que a los fetos se les debería reconocer como personas).

La bioética tiene un alcance que supera las fronteras profesio-

nales particulares, que se debe, en parte, a que las diferencias entre las diversas profesiones relacionadas con la sanidad no proceden principalmente de diferentes inquietudes conceptuales, sino que representan ante todo diferencias en ventajas económicas, en posición social y en poder dentro de las instituciones y las prácticas sanitarias.<sup>13</sup> En este libro no utilizaré la expresión «asistencia sanitaria» en el sentido estricto (es decir, como la conservación o promoción de la salud) que se contrapone al sentido estricto de la expresión «cuidado médico» (es decir, tratamiento de la enfermedad). Más bien pretendo poner de relieve el sentido amplio de la asistencia sanitaria, que incluye un conjunto de profesiones que en parte se hacen la competencia (por ejemplo, médicos, osteópatas, enfermeras, dentistas, terapeutas ocupacionales, asistentes médicos, psicólogos clínicos), con intereses diferentes, pero parcialmente coincidentes; todas estas profesiones se enfrentan a un conjunto común de problemas referentes a los derechos y las obligaciones de los profesionales, los pacientes y las sociedades concernientes a la salud, la enfermedad, la dolencia, la incapacidad, la deformidad, el dolor, el sufrimiento, la lesión, la reproducción, el nacimiento y la muerte. Todas estas profesiones comparten un conjunto de desafíos e incertidumbres que trascienden los límites profesionales propios de cada una.

Al abordar estos problemas, la bioética actúa como filosofía comprometida en una de sus tareas fundamentales: ayudar a la cultura a clarificar sus visiones de la realidad y de los valores. La bioética representa un papel primordial en el proceso de autocomprensión de una cultura. Incluso si no se pueden encontrar respuestas dotadas de contenido, la asistencia sanitaria comprende a través de la bioética su propio lugar en una cultura, y la cultura, a su vez, capta el significado de las prácticas de la asistencia sanitaria y de las ciencias biomédicas a las que apoya. Por ejemplo, decidir cuándo termina la vida humana determina la diferencia entre describir la remoción de un corazón de un cuerpo como asesinato o como recogida de un órgano. Tales precisiones conceptuales (a saber, aclarar cuál es la diferencia entre vida biológica humana y vida personal humana) encierran importancia práctica. Tendremos que determinar hasta qué punto dependen de visiones morales concretas.

Aunque a comienzos del siglo xx, por ejemplo, parecía fácil defender una definición de la muerte basada en el conjunto del cuerpo, ahora ya no sucede lo mismo. De hecho, en este momento tie-



ne validez justamente el punto de vista contrario: un cuerpo vivo con un cerebro completamente muerto será considerado, con toda seguridad, al menos en términos seculares generales, como algo que ha dejado de ser una persona. Este desplazamiento se ha producido a lo largo del tiempo, siguiendo los grandes progresos de nuestra comprensión del cuerpo humano, aunque los cambios no siempre resultaron sencillos. Podemos recordar las reflexiones iniciales de los legos acerca de los trasplantes de corazón y la posible influencia del corazón del donante sobre la personalidad del receptor.<sup>14</sup> Con el tiempo se produjo un cambio en la interpretación de lo que significa estar vivo, estar encarnado en este mundo.<sup>15</sup> Al pasar de una definición de la vida y la muerte basada en el conjunto del cuerpo a otra definición de orientación cerebral, se fueron trazando distinciones entre principios de vida orgánica y principios de personalidad, de ser que existe como persona en este mundo.<sup>16</sup> Estas distinciones bioéticas nos dicen cómo entender en términos seculares generales los pasos vitales de mayor importancia, nos aclaran otras distinciones que siempre han estado disponibles, pero no han sido, hasta cierto punto, examinadas.

Tales tareas de clarificación intelectual tienen su mérito, aunque no siempre conduzcan a la resolución definitiva de las controversias. Mayor claridad acerca de un problema es mejor que mayor confusión, incluso cuando las respuestas finales sean evasivas. El progreso filosófico es normalmente acumulativo; precavidos pasos hacia adelante, no pasos finales que nos hagan desembocar en la luz. En este punto, conviene observar que frecuentemente es difícil conocer de antemano a dónde nos va a conducir un determinado acto de reflexión. Con frecuencia descubrimos los abismos que existen en la posmodernidad entre convicciones morales divergentes, cuando nos damos cuenta de que no podemos defender, en términos seculares generales, nuestras convicciones más profundamente arraigadas.

Dar un enfoque filosófico a las preguntas planteadas por la sanidad (por ejemplo: ¿Declaramos a este paciente muerto ahora? ¿Nos está permitido moralmente gastar estos fondos en un buen *bourbon* de Kentucky, más bien que en tratar la hipertensión de poblaciones indigentes?) es en último término inevitable. Se puede decidir elegir lo que reporte mayores ventajas personales, sirviéndose de todos los medios que estén al alcance, y no pensar nada más. O se puede apelar a las propias intuiciones, a la propia conciencia, a lo que se siente como correcto y decidir que con eso bas-

ta. En ambos casos se rechaza la moralidad como vínculo entre las personas en general. En el primer caso nos despreocupamos de los demás, como objetos y como sujetos morales. En el segundo caso la matriz para una acción moral posible con los demás es irracional, absurda e inexplicable para quienes no comparten las mismas intuiciones morales. Nos limitamos simplemente a afirmar las propias convicciones y consideramos que quienes disienten están equivocados y no intentamos comunicarnos mediante un lenguaje que incluso pueden compartir los extraños morales.<sup>17</sup> En ambos casos hay que constatar la inexistencia de un vínculo a través del cual sea posible moldear la comunidad moral que nos vincule a los demás en términos dotados de contenido y que puedan ser entendidos por todos (como veremos más adelante, este vínculo, si es que puede ser creado, será de procedimiento y carente de contenido).

Tan pronto como realizamos una elección concreta, como una decisión que deberíamos tratar de justificar, dicha decisión y las acciones que en ella se apoyan encajan dentro de una geografía de las ideas susceptible al análisis filosófico o ético (por ejemplo: «Voy a declarar que ese paciente está muerto porque todo su cerebro está muerto». ¿Por qué es suficiente esta razón? «Porque para ser una persona se exige como mínimo un nivel elemental de sensibilidad, y las capacidades para sentir están sostenidas por el cerebro»). Nos hemos introducido en una estructura de ideas y argumentos.

No tiene problemas intelectuales o filosóficos quien no se preocupa de dar razones. Sin embargo, no atenerse a razones ni a las consecuencias de las propias elecciones significaría rehuir el diálogo sobre cuestiones morales con uno mismo y con los demás. Esto implicaría un modo de obrar despreocupado de las consecuencias. Tan pronto como uno se pregunta si determinadas elecciones son mejores y cómo puede saberlo se une a la tarea intelectual. Cuando alguien trata de justificar determinadas acciones ante los demás, o de persuadir a otros de que actúan equivocadamente, la tarea intelectual adquiere dimensiones sociales. A la hora de justificar decisiones biomédicas, el sujeto está inserto en una matriz de análisis y argumentos conceptuales y valorativos.

Tomar una decisión biomédica implica la bioética. Las profesiones de la salud se ejercen dentro de un ámbito de conceptos y valores en relación con el cual los filósofos actúan como geógrafos. Esta pretensión es tan atrevida como humilde. Por una parte,



la filosofía no puede sacar conejos conceptuales de su chistera. Los filósofos no pueden descubrir nada en el terreno de las ideas y los valores que no esté ya allí, por lo menos implícitamente, como un elemento de la realidad humana. Por otra parte, los filósofos pueden llamar la atención sobre rasgos descuidados, relaciones olvidadas y contradicciones imprevistas. Los filósofos pueden ayudar a cartografiar mejor y a evaluar críticamente los compromisos conceptuales y de valor implicados en decisiones y acciones particulares.

Esta circunstancia debería indicar algunos puntos obvios acerca del papel de la bioética y de los libros sobre bioética. En primer lugar, la bioética secular que vincule a extraños morales no debe comprenderse como una religión sustitutiva que se propone convertir a los malvados de los errores en que viven. Seguramente no hará que quien es indiferente se vuelva humano (aunque en algunos casos pudiera conseguirlo, ya que algunas representaciones de ideas cautivan la imaginación y motivan la acción). La bioética tampoco es un sustituto del buen consejo legal, ni constituye la base para un tipo de asesoramiento moral que estaría en condiciones de ofrecer respuestas únicas a preguntas concretas dotadas de contenido. Aunque en algunas áreas limitadas pueda ofrecer, de hecho, este asesoramiento directivo, tal función excede normalmente el alcance de la bioética. Por lo general, su papel consistirá en proporcionar guía moral secular en el sentido de que instruye acerca de la significación moral de las decisiones en el terreno biomédico y acerca de la naturaleza del mundo moral que vincula a extraños morales. La bioética secular sirve a una meta primordial de las humanidades en general: proporcionar una comprensión de la condición humana a través de un análisis disciplinado de las ideas, los valores y las imágenes que estructuran el significado del mundo y guían las prácticas, aquí concretamente las que se refieren a la asistencia sanitaria.<sup>18</sup> Como tarea de hombres y mujeres, y no un discurso de los dioses y diosas, sus conclusiones pueden parecer, y probablemente lo sean en la mayoría de los casos, provisionales.

### *Bioética secular frente a bioética religiosa*

Hay numerosos puntos de vista seculares contrapuestos de la vida buena y de los cánones de probidad moral. Se basan en tradiciones particulares, en particulares sensibilidades morales y en

concepciones ideológicas concretas. Sin embargo, también se aspira a un sentido de secularidad que pueda abarcar diferentes ideologías y religiones y estar al alcance de todas las personas.<sup>19</sup> Mientras no se indique lo contrario, con la expresión «bioética secular» nos referiremos a la bioética en su segunda acepción: una bioética que pueda justificarse en diferentes comunidades morales modeladas por diferentes tradiciones, ideologías, concepciones seculares y religiones. En algunas ocasiones utilizaremos la expresión «bioética secular general» para acentuar esta segunda acepción de bioética. Si examinamos los compromisos conceptuales y de valor de los individuos cuando enfocan y resuelven problemas biomédicos —simplemente como individuos carentes de la orientación proporcionada por la gracia, la tradición o la ideología— encontraremos una posición intelectual secular, aunque no antirreligiosa. Esta concepción secular neutral justifica el contexto en el cual pueden adoptarse y seguirse con seguridad tanto opiniones religiosas como tradiciones seculares especiales. Una bioética secular general debe proporcionar una estructura moral que dé cabida a un pluralismo moral y que vincule moralmente a extraños morales, por exiguos que sean esos vínculos.

La bioética secular proporciona una estructura moral que puede justificarse mutuamente, y en cuyo contexto se puede proporcionar asistencia sanitaria cuando médicos, enfermeras, pacientes e individuos en general sostienen diversos puntos de vista sobre la moral. Quien quiera evitar embarcarse en una búsqueda inquisitorial para imponer coercitivamente una visión de la probidad moral fundamentada religiosa o metafísicamente (por ejemplo, una visión dotada de contenido de la bioética), una tradición o ideología secular *particular* inclusive, tendrá que contentarse —hasta que todos se conviertan pacíficamente a la perspectiva moral correcta— con un marco moral general carente de tales asideros dotados de contenido. Por consiguiente, una serie de acciones gubernamentales contemporáneas perderán contenido y autoridad moral. Los dictámenes de la bioética secular serán a menudo más débiles de lo que un partidario de un punto de vista moral secular o religioso desearía. Las reflexiones de la bioética secular no apoyan todas las restricciones morales debidas a la «corrección política» que desean los partidarios de muchas religiones o ideologías.

El hecho de que las convicciones tradicionales se vean amenazadas puede suponer una invitación a imponer una ortodoxia. Las propias creencias (cuando se tiene la suerte de compartirlas con

los posibles opresores) pueden sentirse más seguras al ser impuesta por la fuerza una ideología o religión concreta. A falta de una ortodoxia impuesta de ese tipo, aparecen desvelados los vacilantes intentos de hombres y mujeres de adaptarse a la tarea de formular una explicación secular de la vida moral. Si se está habituado a las respuestas seguras de una ética fundamentada en una creencia religiosa o en una ideología, una bioética secular general puede producir frustración, al forzar a seguir dilatadas cadenas de razonamiento, y decepción, cuando no se tienen a disposición respuestas dotadas de contenido, cuando se intenta resolver controversias morales con extraños morales.

Como veremos en este libro, no se puede demostrar en términos seculares generales el grave mal moral que reside en el aborto directo (el autor de este libro lo sabe desde un punto de vista religioso y afirma rotundamente que el aborto *directo* es un acto inícuo). La bioética secular no puede elaborar argumentos seculares concluyentes para prohibir muchas acciones que son consideradas por la sociedad cristiana occidental como un desorden moral, tales como el suicidio, la eutanasia activa de niños gravemente deficientes, o las «actividades sexuales antinaturales». Tampoco puede justificar la consecución, mediante el uso de la fuerza, de visiones igualitarias o de concepciones dotadas de contenido de la «corrección política». Ideologías concretas no gozan, en términos seculares generales, de mayores ventajas que religiones concretas. Además, la bioética secular con frecuencia matiza sus respuestas, por lo que quedan irritantes áreas de incertidumbre. Esto no se debe a la búsqueda de una ética minimalista como ha criticado Daniel Callahan,<sup>20</sup> sino al reconocimiento de las limitaciones del razonamiento secular. Estas conclusiones acerca de las capacidades de la bioética exigen que se realicen cambios en la política pública secular, en la medida en que tal política se justifica en términos seculares generales. Si no podemos demostrar la iniquidad de ciertos actos mediante argumentos racionales generales, se debilita la autoridad moral secular de la prohibición de dichos actos con el uso de la fuerza. Un examen honrado de lo que puede justificar la ética secular será decepcionante para la mayoría, ya que a lo largo de nuestra historia se han puesto tantas esperanzas, excesivas e incluso falsas, en el razonamiento moral secular.

Cuanto mayor sea la integración en una comunidad y en una visión moral concreta, más se apreciará cuán radical es el contraste entre la ética (y la bioética) que vincula a extraños morales y la que

vincula a amigos morales. Los creyentes religiosos e ideológicos deben reconocer que una bioética secular proporciona el marco neutral pacífico por medio del cual pueden ponerse en contacto con los demás y convertirlos mediante el testimonio y el ejemplo, aunque no mediante el uso de la fuerza.<sup>21</sup> Quienes poseen convicciones religiosas ortodoxas deberían saber que la oración hace claro lo que la razón secular no consigue discernir. La gracia de la conversión no es la fuerza de coerción, sino, más bien, el atractivo de lo divino.

Las distinciones esbozadas en este libro entre una moralidad secular general y la moralidad de comunidades morales particulares se relacionan con la distinción cristiana occidental tradicional entre lo que puede establecer la razón por sí sola y lo que puede enseñar la revelación.<sup>22</sup> Sin la aportación complementaria de alguna fuente especial de contenido, nuestras comprensiones de la moralidad y del fin último de nuestras vidas resultan necesariamente empobrecidas.<sup>23</sup> La mayor parte de las preguntas tradicionales que plantea la metafísica occidental acerca del significado de la existencia humana quedarán, al menos en términos seculares generales, parcialmente sin respuesta.<sup>24</sup> Las diferencias generales entre las conclusiones que se sacan en este libro y las ofrecidas por la teoría tradicional de la ley natural, por ejemplo, tal como la expone santo Tomás de Aquino, radicarán en las limitaciones de la razón, aspecto claramente reconocido en las páginas que siguen.<sup>25</sup> O para expresarlo de una forma más precisa, en este libro se bosqueja lo que puede desvelar la razón cuando no se dirige a la gracia ni se aparta claramente de ella, sino intenta, al contrario, ejercitar sus capacidades apartándose de toda contribución realizada por la gracia, la tradición o una ideología particular.<sup>26</sup> Si no se puede establecer por medio de la sola razón secular el cuerpo fundamental de los preceptos judeo-cristianos, se producirá, como veremos más adelante, un agudo contraste entre la ética secular y la bioética por una parte, y la ética y la bioética tradicional de Occidente por otra. Ya que muchos individuos secularizados todavía son portadores de parte de esa tradición, experimentan una pérdida de dirección moral dotada de contenido. La ética y la bioética que vinculan a extraños morales están separadas por un gran abismo de la ética y la bioética compartidas en comunidades morales concretas basadas en ideologías, tradiciones o revelaciones especiales.

Tal vez sea a los partidarios de ideologías o visiones morales seculares concretas a quienes este contraste parezca más amenaza-

dor, ya que con frecuencia nunca se han enfrentado a la naturaleza sectaria de su propia concepción ética. Puede que no se hayan dado cuenta de que su actitud con respecto a una visión verdaderamente secular es igual de difícil que la de los miembros de religiones particulares. Su concepción moral dotada de contenido depende de visiones morales particulares, de experiencias de conversión, de elecciones morales que no pueden asegurarse, *dolorissime factu*, por medio de argumentos filosóficos seculares generales. Cuanto más se aprecian las consecuencias del fracaso del proyecto filosófico moral, más fácilmente se reconoce la profundidad del abismo existente entre Iglesia y Estado, entre la ideología y el Estado, y entre la fe y la secularidad. Se vive la vida moral desde dos perspectivas morales distintas: lo compartido con amigos morales y lo compartido con extraños morales.

Aparte de argumentos que, en principio, están a favor de este punto de vista que apoya una política de tolerancia (presentaremos en este libro los argumentos que lo apoyan como esencia de su aseveración), podemos preguntar en qué circunstancias puede darse la colaboración pacífica de los habitantes de este planeta, si no es aceptando la política de que las personas pueden hacer consigo mismas, con su propiedad, y con otras personas anuentes lo que deseen, sin importar lo que otros puedan pensar o sentir.

Vivimos en un siglo en el que han muerto más personas a causa de visiones seculares de la justicia, de la dignidad humana, de la rectitud ideológica, del progreso histórico y de la pureza, que en todas las guerras de religión. En países comprometidos con la clase trabajadora y con los campesinos, millones de trabajadores y campesinos fueron asesinados porque no se adaptaron a la «corrección política» imperante. Estas atrocidades las cometieron regímenes que aspiraban a la secularidad y profesaban sentimientos humanos, pero que no toleraban la diversidad y la pluralidad de visiones morales por los que se caracteriza la condición humana. Los riesgos inherentes a un Estado coercitivo que defiende una ideología o una «corrección política» parecen superar a los probables perjuicios que pueda ocasionar la tolerancia (aunque no la aceptación, es decir, el apoyo) de graves males como son la eutanasia, el aborto o el infanticidio.

Tolerar las elecciones equivocadas no ha sido algo muy corriente. Santo Tomás de Aquino recomienda aplicar la pena de muerte al hereje contumaz o reincidente.<sup>27</sup> Necesitaremos aprender a ser tolerantes, incluso en temas menos importantes que nues-

tra salvación. Necesitaremos evitar versiones seculares contemporáneas del escrito *De haeretico comburendo*. La paz perpetua con ausencia de represión sólo podría llegar a ser una realidad si nosotros estamos dispuestos a tolerar las elecciones que las personas hacen consigo mismas, con sus recursos privados, con otras personas anuentes en sus comunidades, por mucho que se desvíen de la norma, incluso cuando esas elecciones sean totalmente equivocadas. Tal resistencia o tolerancia no significan que tengamos que renunciar a censurar moralmente aquellos actos que nos parecen reprobables (por ejemplo, «los que proporcionan aborto directo cometen un mal grave»), pero sí significará que el Estado no puede justificar, en términos seculares, la intrusión coercitiva en tales actividades.

En un mundo que se caracteriza por la existencia de visiones morales contrapuestas, este libro presenta una explicación filosófica moral que toma en serio tanto la diversidad moral como la fe verdadera, al tiempo que proporciona un punto de perspectiva moral secular común para la bioética y para la política sanitaria. Justifica la tolerancia sin negar que el contenido moral separa y censura. Ofrece una lógica de negociación pacífica y secular que puede justificarse secularmente frente a las hostilidades que amenazan con destruir a muchas sociedades. Este libro intenta mostrar las consecuencias que se desprenden de las diferencias morales reales para la bioética y para la política sanitaria, al tiempo que establece la posibilidad de una bioética secular que abarque estas diferencias. Intenta, también, tomar en serio el fracaso del proyecto filosófico moderno, pero pese a ello quiere garantizar una base común para una bioética común. Este libro presenta una explicación del caos moral y de la cacofonía de visiones morales que caracterizan nuestra época, al demostrar por qué el intento de construir una civilización secular universal definida por una moralidad secular dotada de contenido desemboca en la confusión y la vacuidad.

No se puede garantizar que ninguna moralidad ni bioética secular dotada de contenido determinada sea la moralidad o la bioética dotada de contenido secular y canónica. El ámbito de la secularidad permanece entonces como una polifonía de muchas moralidades y bioéticas seculares dotadas de contenido que lo obtienen al ser, desde la perspectiva ajena, restringidas, y que lo pierden cuando intentan tener validez general. La moralidad insulsa del ecumenista cosmopolita no debe confundirse con la moralidad y bioética ca-

rentes de contenido que vinculan a extraños morales en el seno de una bioética común. Tampoco debemos confundir el reconocimiento de la prioridad del individuo, cuando fundamentamos la autoridad moral secular, con el individualismo como visión moral concreta; así como tampoco debe confundirse el reconocimiento de la limitación radical del poder estatal secular con el movimiento libertario que otorga un valor prioritario a la libertad. Tampoco el reconocimiento de la posible existencia de un lenguaje secular que vincule a extraños morales debe considerarse como una invitación a abandonar la convicción moral dotada de contenido o cualquiera de las exigencias de la fe.

En la última década han tenido lugar muchos cambios que han superado todas las expectativas. Tal vez las estructuras políticas resultantes de esta época den lugar a un estado de cosas en el que podamos aceptar de forma pacífica el florecimiento de diferencias concretas. La ideología que aspiraba a la dominación mundial se ha desmoronado por su propia falta de convicción (no sólo debido a su abyecto fracaso como sistema económico). Tal vez sobre las ruinas de las antiguas estructuras sociopolíticas aprendamos a vivir pacíficamente y a crear, de forma secular, una política sanitaria que podamos justificar en presencia de la autoridad moral secular limitada, de la vacía moralidad secular, y de diferencias morales reales. Esto exigirá la tolerancia de diferencias morales discordantes y diversas, y la aceptación de las limitaciones de la moralidad secular, pero incluso si no conseguimos alcanzar tal colaboración pacífica, esto será todo lo que podamos justificar en términos puramente seculares.

El precio que hay que pagar por la libertad, como debe ser entendido en una sociedad pluralista laica (en un mundo caracterizado por la pluralidad de las visiones morales), son la tragedia y la diversidad. Tragedia, porque los individuos, al disponer de libertad, realizarán ciertas elecciones que los creyentes considerarán inicuas, irreflexivas o perjudiciales y que conducirán a una confusa diversidad de criterios morales contrapuestos que, a menudo, impedirán la acción conjunta en muchos ámbitos. Ya que de forma secular estamos obligados a tolerar tal tragedia y diversidad, la vida moral y el comportamiento de las profesiones sanitarias se convierten en empresas ambiguas. Por motivos morales seculares tenemos que permitir lo mismo que debemos censurar por motivos morales y bioéticos que dotan de contenido y dirección a la propia vida y a la propia actividad profesional. Por ejemplo, como verá el

lector más adelante, no se puede justificar ilimitadamente de forma secular la utilización de la fuerza por parte de las autoridades públicas para obligar a la beneficencia, incluso a la caridad que supondría proporcionar asistencia sanitaria para salvar la vida de los indigentes.<sup>28</sup> Sin embargo, el lector debe comprender que el autor de este libro sostiene firmemente que la caridad es una de las respuestas correctas en presencia del sufrimiento humano (aparte de ser una expresión apropiada de arrepentimiento, acto de arrepentimiento que, sin duda, debe realizar el autor de este libro).

Desde una perspectiva moral secular general, lo que se proporciona es una explicación de la bioética que se puede justificar ante extraños morales. Esto tan sólo es un triunfo relativo. Es una vindicación, aunque mínima, del proyecto filosófico moderno, de la creencia de la Ilustración de que se podía descubrir el vínculo general que sostiene la estructura de la moralidad que une a las personas. Desde la perspectiva de la creencia correcta se pone al descubierto el yermo causado por la falta de fe y por las consecuencias que trajeron consigo el fracaso original y fracasos subsiguientes. Desde esta perspectiva se ofrece una estrategia para el discurso en un contexto en el que muchos han dado la espalda a lo esencial para dirigirse hacia una legión de bienes parciales y de concepciones fragmentadas del bien humano. Se ofrece una estrategia de comunicación en el ámbito de la asistencia sanitaria en donde las acciones morales no alcanzan su objetivo, y muchos no pueden siquiera identificar la meta.

La imposibilidad de establecer una visión concreta de la vida buena, del comportamiento adecuado, de la política sanitaria y de la bioética basándose en argumentos seculares racionales generales, conduce a dos concepciones divergentes de la bioética: la bioética secular y la bioética del compromiso moral dotado de contenido. Este libro centra su atención en la primera acepción de bioética.

### CAPÍTULO III

#### LAS BASES INTELLECTUALES DE LA BIOÉTICA

Las controversias morales parecen ser irresolubles y, aunque las ortodoxias establecidas y las normas de «corrección política» dan la impresión de suprimir algunas de estas controversias, las antiguas preguntas permanecen constantes. Esto es sobre todo aplicable a la bioética que estudia las cuestiones relacionadas con la vida y la muerte. Platón<sup>1</sup> y Aristóteles trataron la moralidad del aborto y del infanticidio;<sup>2</sup> Platón examinó también las cuestiones de la asignación de recursos a la sanidad y el consentimiento informado.<sup>3</sup> Hoy en día nos planteamos preguntas similares, si no las mismas preguntas. ¿Es moralmente correcto limitar la financiación pública de un sistema sanitario de costes elevados y bajo rendimiento con el fin de controlar los gastos? ¿Puede crearse una política basada en los elevados costes, la escasa probabilidad de supervivencia y la frecuente baja calidad de vida de los supervivientes con objeto de no proporcionar tratamiento a los recién nacidos cuyo peso es muy reducido? ¿O debe intentarse salvar vidas a cualquier precio? ¿Se diferencia la situación moralmente si los fondos implicados son gubernamentales, y los fondos ahorrados se van a utilizar para financiar tasas diarias más elevadas de los especialistas científicos? ¿O para bajar los impuestos? ¿Es injusto que las personas acaudaladas puedan adquirir asistencia para sus recién nacidos con recursos privados que las fuentes públicas no ponen al alcance de todas las personas? ¿Cómo sabremos qué política debemos apoyar?

#### *Variedades de ética*

En la misma raíz de la ética residen numerosas ambigüedades; ni siquiera hay una sola acepción de ética, sino una familia de acepciones. En primer lugar tiene que estar claro el significado de la moralidad y el tipo de moralidad en juego para poder responder

a preguntas morales. Se puede interpretar la moralidad como una explicación por la que deben guiarse los agentes en sus actos para así ser loables o censurables. En estas explicaciones los agentes representan el papel primordial, puesto que sólo ellos pueden ser sujeto de censura o alabanza justificada. ¿O es la moralidad, por el contrario, una explicación acerca de cómo maximizar la felicidad y la satisfacción? Tal vez se obtenga la mejor interpretación de la moralidad, si la consideramos con independencia de lo que deben lograr los agentes, y fijamos nuestra atención en la consecución del bien. La reflexión filosófica moral contemporánea que tiene lugar en el seno del mundo académico aborda tan sólo una pequeña parte de las cuestiones que interesan a las personas que se preocupan por lo que debe considerarse como conducta adecuada y objetivos deseables. No se trata sólo de que el límite entre las consideraciones morales y estéticas no está claramente delimitado, sino que también hay una preocupación por la deshonra, por la pureza e impureza, por la decencia y la indecencia, que eliden hacia consideraciones morales acerca de la forma de actuar debidamente, de alcanzar el bien, de merecer alabanza. Incluso en la reflexión académica hay diferencias entre aquellas teorías morales que proporcionan a) una explicación acerca de cuándo son loables o censurables los agentes morales (por ejemplo, Immanuel Kant), b) una explicación acerca de lo que significa alcanzar la felicidad (por ejemplo, John Stuart Mill), y c) una explicación de lo que significa hacer el bien (por ejemplo, Santo Tomás de Aquino).

El término «ética» es ambiguo. En primer lugar, como sugiere su etimología, puede referirse a algo que es habitual para un grupo de personas, a sus costumbres. Éste es también el significado etimológico del término «moral», de *mos* (plural *mores*), la palabra con que los latinos se referían a las costumbres de un pueblo. En la ética médica, estos sentidos se encuentran en muchas de las obras hipocráticas que retratan a este médico griego.<sup>4</sup> En tales casos, nos enfrentamos a entramados de valores morales y expectativas que, aceptados como algo que se da por descontado, determinan el carácter de los contextos cotidianos del ejercicio de la medicina. La mayoría de nosotros vivimos la mayor parte de nuestra vida en función de la ética en el sentido de *ethos*; y en función de esta misma ética se nos prestan la mayor parte de los servicios relacionados con la asistencia sanitaria. Desde el interior de una matriz asumida de valores, derivamos muchas de nuestras intuiciones morales y, antes incluso de que nos convirtamos en sujetos racio-

cinantes morales que tiene conciencia de sí mismos, tenemos a nuestra disposición conciencias ya formadas. Cuando los médicos afirman haber aprendido algo acerca de la naturaleza del ejercicio adecuado de la medicina del ejemplo de un excelente maestro, a menudo se están refiriendo a la iniciación en el mundo vital virtuoso y finalista que ofrecen tan notables modelos de conducta.

Si la comunidad en el interior de la cual se vive está unida y no está sometida a fuerzas que inciten al cambio social, o si la comunidad ha mantenido la textura y la estructura social de sus compromisos morales a pesar de las presiones tecnosociológicas (los Hassidim y los Amish por ejemplo), esta acepción indudablemente aceptada de la corrección moral probablemente no sólo no se cuestionará, sino que parecerá incuestionable. Cuanto más se viva en el ámbito pluralista secular de una sociedad cosmopolita, tanto más será la textura de la moralidad reconocida y aceptada un centón tejido fortuitamente de jirones de visiones morales. Las sensibilidades morales aceptadas, incluso si sólo son normas reinantes de «corrección política», suponen un punto de partida para reflexiones y decisiones éticas. La posmodernidad fragmenta las concepciones morales y somete las sensibilidades morales establecidas a un cuidadoso examen. Además, en el momento en que se reconoce la diversidad multicultural, se ponen al descubierto importantes diferencias de *ethos*.

Normalmente, la ética identifica también las reglas de conducta de determinados grupos profesionales. Así, por ejemplo, se suele hablar de la ética de los abogados, de los contables o de los médicos y enfermeras. Cuando dichas reglas aparecen articuladas como cánones específicos de probidad en temas de corrección profesional, la ética se entiende entonces mejor como «etiqueta». De hecho, así se titulaban<sup>5</sup> algunos de los códigos de ética médica antes de que la Asociación Norteamericana de Medicina adoptase su primer código de ética médica en mayo de 1847.<sup>6</sup> Una parte importante de los temas abordados en tales códigos deontológicos (códigos de «etiqueta») no eran morales en sentido directo e inmediato, sino más bien cuestiones relativas a los honorarios, los anuncios y la relación de los médicos con profesionales no ortodoxos. Estas reglas no son algo trivial. Los códigos de etiqueta describen formalmente una dimensión importante de los usos y costumbres de los profesionales sanitarios. Se parecen a las leyes. Son estatutos explícitos o precedentes que reflejan principios morales y acuerdos políticos. Pero, al contrario que las leyes, normalmente

sólo poseen la fuerza que les otorgan las sanciones de la desaprobación profesional y ostracismo. La etiqueta profesional tiene un alcance y una fuente de autoridad más restringidos que la ley.<sup>7</sup> Además, nos encontramos ante la pregunta fundamental acerca de la autoridad que tienen tales códigos y acerca de la forma que debe adoptar dicha etiqueta.

Los cánones legales a menudo se consideran equivalentes a cánones éticos. Sin embargo, no se habla sólo de leyes buenas y de leyes malas, sino también de leyes que deben ser desobedecidas. Como creación de las fuerzas políticas y del compromiso, la ley, refleja sólo parcialmente las costumbres de una sociedad o de juicios morales asentados. Esto se aprecia con mayor claridad cuando existe un marco legal que abarca a varias comunidades que definen criterios divergentes de la vida buena. Cuanto más difieran estas comunidades en sus cánones aceptados de probidad moral, tanto más se hará sentir la necesidad de leyes explícitas y de reglas burocráticas.<sup>8</sup> En tales casos se ha de confiar en esas leyes y reglas explícitas como cemento social que mantiene unidas a comunidades que no comparten una matriz de valores dotada de contenido. El precio de proporcionar asistencia sanitaria en una sociedad que abarca múltiples comunidades morales es un cuerpo de reglas y regulaciones burocráticas.<sup>9</sup> Con todo, hay que saber qué leyes debieran redactarse por escrito y cuáles obedecerse.

Podemos dirigirnos a una ideología, visión moral o religión concreta para encontrar una guía, aunque con ello no resolveremos las disputas entre las comunidades de diferentes convicciones ideológicas o creencias religiosas. Lo mismo podemos decir acerca de las teorías de la justicia, que dependen de determinadas teorías poco coherentes del bien o de la racionalidad moral. Consideremos la opinión de que la dignidad está ligada a la seguridad y a la riqueza en lugar de a las libertades personales. Imaginemos unas teorías poco coherentes del bien que nos llevarán a un principio de justicia que justificase un sistema capitalista autoritario frente a una democracia liberal. Para los habitantes de Cambridge, Massachusetts, es incomprensible que puedan establecerse principios contrarios a las libertades civiles de una democracia liberal; las personas que viven en un sistema capitalista autoritario, por otro lado, no podrán entender que se dé más valor a la libertad que a la seguridad y la prosperidad. Porque no todos se ven favorecidos con la gracia de la verdadera fe o de la intuición ideológica adecuada, el mundo es explicado por profetas portadores de mensajes mora-

les y metafísicos contrapuestos, y la cacofonía de sus pretensiones contradictorias puede escucharse en cualquier sociedad de cierta amplitud en los debates sobre política sanitaria. No parece que se dé mayor uniformidad entre las religiones que entre los filósofos o las teorías de justicia. Hasta que se realice una conversión general a la fe, a una ideología particular o a una ortodoxia impuesta de forma general, será necesario explorar fundamentos comunes que establezcan lazos entre los individuos de una comunidad pacífica y que guíen las decisiones tomadas en el ámbito de la asistencia sanitaria. Esta exploración será una búsqueda en pos de los cánones de la acción adecuada que puedan fijarse pacíficamente basándose en principios descubiertos en común, o escogidos de común acuerdo. Ésta sería la ética secular y filosófica a la que ya hice mención en el capítulo II. Es una ética que aspira a ofrecer una lógica o gramática con las que abordar una pluralidad de ideologías, creencias y bioéticas. Si se es un paciente o un profesional sanitario en una sociedad que incluye a pacientes, médicos y enfermeras que pertenecen a comunidades de creencias morales radicalmente diferentes, se busca una acepción de ética de este tipo precisamente porque se necesita justificar un punto de vista que pueda abarcar comunidades de diferente convicción moral.

Para encontrar solución a las controversias morales en un contexto pluralista secular no basta con apelar a la ética como *ethos*, «etiqueta», o ideología (incluidas determinadas formas de convicción moral y de creencia religiosa). Se confía en encontrar una estructura, una interpretación o una visión moral que puedan ser compartidas por extraños morales, por las personas racionales como tales. En esto estriba la esperanza filosófica moral moderna o ilustrada.

#### *El problema de la objetividad en la moral*

La búsqueda de respuestas a las preguntas morales exigirá que sepamos cómo resolver disputas morales en principio, ya que el procedimiento de responder a una pregunta pone al descubierto a un tiempo tanto el sentido de la pregunta como la trascendencia de la respuesta. Decidir qué opción es mejor supone la decisión previa de *para quién* es mejor y *con respecto a qué criterios*.

La búsqueda de una respuesta impecable se puede entender como un intento de lograr la posición del perfecto conocedor, que

ha sido ideal y tradicionalmente el punto de vista del Creador, Dios. La Divinidad (un concedor perfectamente privilegiado y totalmente imparcial) estaría en condiciones de ofrecer la respuesta óptima. Las respuestas de la Divinidad se consideran impecables porque no existe concedor mejor situado que ella. Nadie podría impugnar las respuestas de la Divinidad con la pretensión de gozar de una posición más privilegiada. Es más, dado que la Divinidad creó las cosas, existe la presunción de que las conoce a fondo. Después de todo, la Divinidad creó incluso sus esencias ocultas. Por consiguiente, cabría describir la realidad tal como la conoce la Divinidad, en comparación con la cual todas las demás representaciones de la realidad, todas las restantes interpretaciones de las cosas, serían casos deficientes. Lo que la Divinidad tiene por naturaleza de la realidad es la naturaleza de la realidad, puesto que es la voluntad de la Divinidad, informada por su interpretación de la realidad, la que configura la estructura de la realidad. De esta manera, la Divinidad no puede incurrir en error. Es más, la visión que Dios tiene de la realidad no sólo concuerda necesariamente con las cosas en sí mismas, sino que la explicación de la Divinidad se convierte en paradigma de una explicación global y coherente de la realidad. En el caso de la Divinidad, los criterios de verdad basados en una coincidencia entre la exigencia de conocimiento y el objeto a conocer, y los criterios de verdad basados en condiciones ideales para el acuerdo intersubjetivo coinciden. La Divinidad satisface tanto las condiciones de correspondencia como las de coherencia de la verdad.

Se sostiene que este privilegio de la Divinidad tiene validez tanto en cuestiones de hecho como de valor. La divinidad conoce la estructura de la realidad porque está en condiciones óptimas para analizarla y porque la realidad es su propia creación. De manera parecida, en el caso de los valores, la Divinidad puede juzgar de forma óptima las consecuencias de diferentes opciones posibles y, por lo tanto, está en condiciones de ofrecer la evaluación más exhaustiva de los méritos de cada una de ellas. Aunque los valores, lo mismo que las reglas lógicas, estuviesen fuera del control de la Divinidad, ésta dispondría de una posición única para juzgarlos y compararlos. En este sentido, la Divinidad ofrece la realización existencial del recurso filosófico del observador desinteresado ideal que juzga las opciones morales sin dejarse influir por prejuicios impropios y respaldado por su conocimiento exhaustivo de los hechos pertinentes. La Divinidad puede proporcionar las respuestas perfectas a las preguntas perfectas.

Sin embargo, no parece que la Divinidad sea escuchada por todos, o por todos de la misma manera. Por consiguiente, el desacuerdo acerca de las cuestiones perfectas y de las respuestas perfectas a las mismas es general. Esto no obstante, algunos han tratado de utilizar la idea del punto de vista de la Divinidad como enfoque intelectual por referencia al cual se han de medir los intentos concretos de valorar la realidad y juzgar la conducta. Se podría pensar aquí en la importancia de la perspectiva divina para las explicaciones filosóficas presentadas por René Descartes (1596-1650), Baruch Spinoza (1632-1677) y Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716) en las que la Divinidad está en posesión del caso paradigmático de las ideas claras y definidas, de las percepciones claras y definidas. Tales puntos de vista presuponen que el mundo de los hechos, y a menudo el mundo de los valores, posee un modelo único de coherencia racional.

Este supuesto monoteísta (esto es, sólo existe una única atalaya en función de la cual es posible ofrecer una explicación sólida del conocimiento y de la ética) cuando se traslada del contexto de la comprensión religiosa a las aspiraciones de la razón secular, se convierte en la piedra angular del proyecto filosófico moderno. Pero, si no se dispone de acceso satisfactorio secular a esa perspectiva única, nunca se verá claramente, en términos seculares generales, si la misma existe o no. En las transacciones seculares, será, por omisión, como si hubiese muchos dioses y diosas, muchos puntos de vista rivales. Dicho poéticamente, tan pronto como se abandona la presunción de la posibilidad de una explicación sólida única y autoritativa del conocimiento y de la ética, se abraza el supuesto politeísta.<sup>10</sup>

Cuanto más nos apartamos del supuesto monoteísta (es decir, que la razón secular únicamente dispone de una sola perspectiva moral) y nos acercamos al supuesto politeísta (es decir, que existen varias perspectivas morales igualmente defendibles, pero bastante diferentes entre sí), tanto más pasamos de la modernidad a la posmodernidad. Cuanto más se pueda esperar acceder a un punto de vista autoritativo único, mayores esperanzas se albergarán de dar con una respuesta satisfactoria para la mayoría con respecto al alcance adecuado del sistema público sanitario (por ejemplo, si debe financiar el tratamiento de neonatos de peso muy reducido). En la medida en que el punto de vista único y autoritativo se revela inalcanzable, las respuestas morales en materia bioética y otras materias conectarán más con materias de inclinación particular y de de-



cisión común que con aspectos abiertos a una resolución general a través del descubrimiento de respuestas correctas por vía de la argumentación racional sólida. En este libro se arguye que, en materia de moralidad y bioética secular, el supuesto politeísta es inevitable. El politeísmo de la posmodernidad significa el reconocimiento de la radical pluralidad de visiones morales y metafísicas.

*Problemas a la hora de justificar  
un punto de vista moral particular*

¿Qué se puede establecer en línea de principio, y con qué certeza, en el campo de la moral secular y de la bioética? Será necesario conocer sobre qué bases racionales se asientan incluso reglas tan unánimemente aceptadas como la que dice: «Es inmoral torturar y matar por diversión al inocente contra su voluntad». Semejante enfoque no implica prejuicio alguno contra la moralidad tradicional, y tampoco pretende poner en peligro los derechos de las personas o los valores humanos más apreciados. Más bien, comporta la sincera comprobación de que buena parte de lo que vertebraba la estructura concreta del mundo vital moral cotidiano tiene, cuando se lo somete a investigación para su justificación secular, el carácter de lo arbitrario y convencional. Esto se ha puesto a menudo de manifiesto con toda claridad en el encuentro de culturas.

Por ejemplo, el Capitán Cook y sus hombres quedaron desconcertados porque los hawaianos consideraban un hecho del todo normal el que hombres y mujeres durmiesen juntos en ciertas circunstancias, aun sin estar casados. Por el contrario, esos mismos hawaianos se inquietaron porque los europeos no veían inconveniente alguno en el hecho de que hombres y mujeres comiesen juntos, algo que para los hawaianos era tabú:

«... las mujeres nunca, y bajo ningún pretexto, comen con los hombres, sino siempre separadas de ellos. No es fácil decir cuál puede ser la razón de tan extraña costumbre, especialmente si se tiene en cuenta que son un pueblo que, en todos los demás casos, tienen a bien buscar la compañía, en especial la de sus mujeres. A menudo se les preguntó a qué obedecía esa costumbre, y su respuesta fue siempre la misma: porque así era lo correcto, y expresaban el disgusto que les producía la costumbre de comer juntos hombres y mujeres de las mismas provisiones ... Más de la mitad del mejor grupo de los habitantes han decidido gozar con amplia

libertad del amor, sin que se sientan perturbados o molestos por sus consecuencias ... Ambos sexos expresan las más descaradas ideas en la conversación sin la mínima emoción, y ese tipo de diálogos es el que a ellos les deleita más que ningún otro. Realmente, la castidad es muy poco apreciada...»<sup>11</sup>

Teniendo en cuenta que en la actualidad casi nadie experimenta la mínima dificultad moral por el hecho de que hombres y mujeres coman juntos, y que muchos no se escandalizarían de que hombres y mujeres no casados practiquen el sexo juntos, este ejemplo tal vez no parezca presentar un serio desafío a los principios básicos de la moralidad tradicional. Tal vez le falte la fuerza heurística de otros ejemplos más extremos.

En este sentido, podemos traer a colación el caso de los Ik, que viven en las montañas que separan Uganda, Sudán y Kenia. Los miembros de este grupo humano viven de acuerdo con un sistema moral que apenas estimula —o más bien rechaza de plano— el altruismo, y donde lo bueno es equivalente de un estómago lleno. De esta manera, quitarle el alimento a alguien que se está muriendo de hambre podría ser calificado de «buena acción».

«La misma palabra para decir “bueno”, *marang*, está definida en términos de alimento. “Bondad”, *marangik*, se define simplemente como “alimento”, o, si se quiere precisar más, se podría traducir por “la posesión de alimento”, y, más exactamente aún, por “la posesión *individual* de alimento”. Si se usa la palabra como un adjetivo y se trata de descubrir cuál es el concepto que ellos tienen de un “hombre bueno”, *iakw anamarang*, tal vez con la esperanza de que la respuesta sea que un hombre bueno es aquel que te ayuda a llenar tu propio estómago, obtienes la auténtica respuesta de los Ik: un hombre bueno es aquel que tiene su estómago lleno. La bondad reside en ser, no en hacer, o al menos no en hacer en beneficio de otros.»<sup>12</sup>

¿Es inmoral el punto de vista de los Ik? Y si lo es, ¿por qué?

Estos ejemplos concretos de criterios morales divergentes nos hacen comprender el verdadero alcance de la cuestión fundamental en lo que respecta a la justificación de las afirmaciones morales: ¿Cómo se puede establecer que *algo* es moralmente vinculante? Para empezar habrá que distinguir tres cuestiones: a) la génesis de un criterio moral; b) la justificación de un criterio moral; c) los fundamentos para estar racionalmente motivado a actuar moralmente. Los criterios morales concretos se forman bajo la fuerza de diversas influencias sociohistóricas. Esta condición la comparte la

moralidad con las ciencias. El hecho de que el mundo occidental disponga actualmente de la ciencia y la tecnología que todos conocemos es el resultado de circunstancias sociohistóricas del pasado. Sin embargo, esta génesis no convierte automáticamente la ciencia occidental en algo provinciano, no objetivo o *meramente* occidental. El tema del alcance de su validez depende de su justificación. Tanto en el caso de la ciencia como en el de la moralidad, al buscar una justificación se está preguntando por la racionalidad de la actividad y, consiguientemente, quien hace la pregunta se siente urgido a encontrar una respuesta racional.

Tan pronto como se trata de justificar determinados usos u opiniones como los que deberían reconocer los individuos racionales, se ha iniciado un proceso tendente a liberarse a sí mismo de los criterios meramente aceptados. De aceptar como algo indiscutible el que niños que nacen con un peso muy reducido deben recibir tratamiento médico agresivo, se ha pasado a tratar de buscar las razones que justifican tales prácticas. Ante el pluralismo moral se desearía encontrar un sentido de la tarea de conocer y evaluar que nos permita afirmar que determinados criterios para conocer y evaluar correctamente son mejores, es decir, más defendibles, que otros. Aunque no dispongamos, en términos seculares, de una perspectiva última, absoluta o divina, siempre cabe plantear la pregunta de qué respuestas deberían resolver racionalmente las controversias en torno a hechos y valores.

En los conflictos entre explicaciones empíricas rivales se tendrá la ventaja de poder comparar la fuerza predictiva de cada una de ellas, dada una comprensión suficientemente compartida de lo que está en juego. Se puede determinar cómo se decidiría cuál es el agente infeccioso etiológico de la fiebre amarilla. Los contendientes pueden contrastar las explicaciones contrapuestas con la realidad y, de esa manera, demostrar el error de algunos competidores y reforzar las pretensiones de otros. Algunas explicaciones destacarán como preferibles por ser explicaciones más simples de los hechos, con menos anomalías y un número más reducido de supuestos *ad hoc*. Los «hechos» pueden plantear dificultades a muchas conjeturas acerca de la realidad empírica. Así, por ejemplo, la exploración reciente de los planetas (Venus y Marte, entre otros) ha demostrado que la explicación de Tolomeo del sistema solar era falsa, no obstante la opinión contraria de los que defendían que la Tierra era plana, del cardenal Belarmino y del Papa Urbano VIII. Naturalmente, en muchos casos no se plantean opciones tan netas

entre explicaciones científicas antagónicas. Así pues, se ha de considerar también el diferente poder explicativo de planteamientos teóricos en competencia y su capacidad de abarcar diferencias abanicos de datos de una manera que resulte prometedora y provechosa en diversa medida para futuras investigaciones. Se ha de reconocer que el intento de comprobar la fuerza predictiva de una teoría exige una serie de interpretaciones de datos que siempre se producen dentro de expectativas teóricas y concretas. La investigación está guiada por compromisos previos teóricos y valorativos<sup>13</sup> y por las cláusulas *ceteris paribus* (es decir, cláusulas que enuncian lo que prevalecerá en igualdad de circunstancias). Éstos implican decisiones tomadas a la luz de paradigmas científicos universalmente aceptados, condicionados históricamente por los estilos de pensamiento de las comunidades científicas particulares de los investigadores.<sup>14</sup>

En resumen, ni siquiera la ciencia es un regalo ahistórico de los dioses. Como toda verdad humana, la verdad científica tiene connotaciones históricas y culturales en su formulación. No obstante, las ciencias empíricas se benefician de la disciplina impuesta por una realidad externa, aunque también sea verdad que dicha realidad aparece siempre revestida de las expectativas de épocas y de personas particulares. Cuando los conflictos se refieren a la moral, la apelación a los «hechos» no es tan decisiva, puesto que no están en juego simplemente «hechos», sino también la evaluación de éstos. En la ética, las limitaciones parecen ser ante todo, y sobre todo, lógicas. Si se enuncian contradicciones, no será necesario ver en dichas palabras un intento racional de responder a una cuestión racional acerca de lo que alguien debería hacer. En efecto, como en una explicación científica, en la ética secular y en la bioética se desearía ser capaz de dar una explicación global y sistemática de la vida moral, con el menor número de hipótesis *ad hoc* y de contradicciones posible. Sin embargo, sin las limitaciones de la realidad empírica, los especialistas en temas éticos, incluidos los bioéticos, podrán disfrutar de notable libertad de acción en el desarrollo de sus explicaciones de la vida moral. ¿Cómo podemos en esas circunstancias determinar quién posee autoridad moral y en qué sentido?

Con respecto a las afirmaciones morales seculares en bioética, la cuestión que se plantea es en qué medida estamos en condiciones de asegurar un punto de apoyo de ese tipo en la intersubjetividad. ¿Existen formas de acceso a la intersubjetividad disponible en resoluciones acerca de cuestiones de hecho, al tratar de dar res-

puesta a los problemas que plantea la bioética o la ética en general?<sup>15</sup> Habría que poner aquí de relieve que la moralidad debe constituir un empeño potencialmente intersubjetivo, si es que pretende ofrecer una base secular para que los agentes morales puedan ser convencidos de haber obrado erróneamente o de forma censurable. Seguramente existen casos en que diversos individuos han defendido acérrimamente diferentes puntos de vista acerca de las acciones correctas. Muchas personas están en desacuerdo con respecto a la moralidad del aborto, la inseminación artificial y los derechos de los pacientes a la asistencia sanitaria gratuita. La cuestión es si cualquiera de estos puntos de vista es correcto de modo que otros agentes morales hayan de mostrarse racionalmente de acuerdo con ellos. ¿Se puede ofrecer como moralidad o bioética algo más que a) las limitaciones racionales formales de evitar contradicciones y b) las limitaciones condicionales de adoptar los medios en orden a los fines que uno considera obligatorios y en la medida en que los considera condicional o primordialmente obligatorios?

*Intentos de justificar una ética secular de pleno contenido: por qué fracasan*

Existe una dificultad fundamental para establecer la objetividad de toda preferencia moral o de las evaluaciones en general. Se necesita una pauta o norma con referencia a la cual sea posible ordenar los resultados. ¿Cómo se pueden comparar los intereses de un grupo de pacientes susceptibles de ser sometidos a un tratamiento que comporta considerables efectos nocivos secundarios y sólo escasas posibilidades de curación, con los intereses de los futuros pacientes que, transcurrida una década, serán muy probablemente los auténticos beneficiarios de tales ensayos de tratamiento en virtud de los futuros avances que eventualmente se produzcan? ¿Cómo armonizar los intereses de tratar a una mujer encinta con un medicamento destinado a controlar una enfermedad grave, aunque no inmediatamente mortal, con el riesgo de que dicho fármaco provoque malformaciones en el feto? Para poder responder a estas preguntas tendremos que hacer una clasificación de los resultados y de las consideraciones de acuerdo con su mayor o menor importancia, pero ¿dónde podemos encontrar la pauta para realizar esa comparación?

En ética tales pautas o normas pueden buscarse: a) en el contenido mismo de las exigencias éticas, en intuiciones, en lo que se presenta con todas las apariencias de ser por sí mismo evidentemente correcto o erróneo o, al menos, b) en el estudio de casos ejemplares; c) en las consecuencias de las elecciones morales, d) en el concepto de elección neutral, o en el ideal de un observador imparcial o de un grupo de contratantes neutrales, e) en el concepto de elección moral racional o en el discurso en sí mismo, f) en una explicación basada en la teoría del juego o del dilema del prisionero, del problema de la interacción social, g) en el carácter de la realidad o de la naturaleza, o h) en la apelación a principios de nivel medio. En resumen, una pauta o norma puede buscarse en el contenido del pensamiento moral (por ejemplo, en intuiciones), en la forma de razonamiento moral (por ejemplo, en la idea de imparcialidad o racionalidad) o en alguna realidad externa objetiva (por ejemplo, las consecuencias de acciones o la estructura de la realidad).

Como veremos más adelante, existen problemas con cada uno de estos enfoques debido a que: a) apelar a cualquier contenido moral concreto supone plantear la cuestión de la norma por la que se guía la selección de ese contenido, b) apelar a una estructura formal no ofrece ningún contenido moral, y c) apelar a una realidad exterior nos mostrará lo que es, pero no lo que debe ser o cómo debe enjuiciarse lo que es. Forzando algo las cosas, estas alternativas, todas ellas insatisfactorias en sí mismas, pueden agruparse en los ocho apartados que enumeramos a continuación. En las páginas siguientes vamos a reseñar brevemente explicaciones intuicionistas, casuísticas, consecuencialistas, basadas en la teoría de la elección hipotética (incluidas teorías de contratantes hipotéticos), en la elección racional y en la teoría del discurso, en la teoría del juego (incluidas explicaciones basadas en el dilema del prisionero), explicaciones de la ley natural y explicaciones basadas en principios de nivel medio, para demostrar que todas adolecen de problemas bastante comunes. Cada una de ellas presupone lo que intenta justificar, esto es, un contenido moral determinado. Más que ser el medio para descubrir o justificar la moralidad secular dotada de contenido y canónica, una interpretación del bien o la explicación dotada de contenido de la imparcialidad, cada una de ellas es, a lo sumo, un recurso explicativo que revela las consecuencias derivadas de una visión moral y metafísica particular.

Primero, en lo que respecta a la apelación a la intuición, se pue-

de intentar intuir pautas morales bajo la presión de ciertas disciplinas. Para que un precepto moral se considere fundamentado intuitivamente tiene que estar clara y exactamente formulado, aparecer por sí mismo evidente tras una cuidadosa reflexión, ser coherente con otras proposiciones morales conocidas intuitivamente y poder ser reconocido por otros expertos morales como correcto.<sup>16</sup> Semejante procedimiento puede ir acompañado del esfuerzo para alcanzar un equilibrio reflexivo entre las diversas intuiciones. El hecho de aceptar como verdaderas algunas intuiciones puede tener consecuencias que violen otras intuiciones morales más profundamente establecidas. Así, si se afirma que debe salvarse la vida a *cualquier* precio, no quedarán sobrantes para disfrutar la vida. ¿Qué es más importante: salvar la vida o disfrutarla? ¿Cómo determinarlo? ¿Cómo decidir cuál es el equilibrio entre estos intereses? ¿Hay un modo racional de determinar concluyentemente la respuesta correcta o el equilibrio correcto entre estos intereses diferentes?

Para exponer este asunto de un modo menos denso, consideremos la elección entre dos mundos posibles que poseen diez habitantes respectivamente. En el mundo A hay una persona que tiene doce útiles (unidades de placer, de satisfacción de preferencia, o de bondad), mientras que las nueve personas restantes poseen sólo una unidad por cabeza, con lo que este mundo contiene un total de 21 unidades. En el mundo B cada persona tiene dos unidades, es decir, que este mundo sólo posee veinte unidades. ¿Cuál de los dos mundos es mejor? El mundo A posee un mayor número de cualquier tipo de unidades de excelencia que elijamos, pero en el mundo B hay más igualdad. Si lo pensamos de nuevo y decimos que el mundo B es mejor que el mundo A, será porque hemos decidido hacer un nuevo cálculo basado en un valor especial asignado a la utilidad media o a la igualdad. Podemos reconsiderar, por otro lado, la virtud o la excelencia del hecho de que una persona posea doce unidades de bondad. La consecución de tal perfección puede merecer por sí misma una valoración especial, del mismo modo que una flor poco común otorga un mérito especial a un jardín.

Consideremos también la elección entre el mundo C, en el que todos los individuos tienen cinco útiles (unidades de placer, de satisfacción de preferencia, o de bondad, etc.) y el mundo D, en el que todos los individuos poseen cinco útiles, con excepción de una persona que dispone de diez. El disfrutar de diez útiles tiene como única consecuencia crear la desigualdad entre las personas. ¿Es el

mundo D mejor o peor que el C? En el mundo D hay más útiles, y más satisfacción de preferencia, pero también existe la desigualdad. Las respuestas a estas preguntas giran en torno a juicios acerca de la igualdad y son relevantes para la asignación de recursos sanitarios. ¿Cómo puede resolverse este asunto apelando a la intuición? La elección entre los mundos A y B, y entre los mundos C y el D depende de criterios muy diferentes acerca de lo que debe apoyarse moralmente. Al recurrir a estos ejemplos señalamos la imposibilidad de resolver controversias morales muy arraigadas apelando a la intuición. El propio juicio sobre los ejemplos depende de las propias intuiciones, y es eso lo que está en juego. Apelar a los ejemplos puede aclarar las diferencias, pero no las resuelve.

Dependiendo de cuál de las intuiciones se considere mejor fundada, se revisarán las propias intuiciones acerca de la corrección de salvar vidas a cualquier precio frente a la opción de disfrutar la vida, tolerar la desigualdad o eliminarla. Pero, ¿cómo se puede determinar qué intuiciones se han de considerar mejor establecidas que otras? Se podría apelar a una intuición ulterior, tal vez a la intuición de que es preferible concurrir con la preponderancia de las propias intuiciones. Pero, ¿cómo se puede saber que éste es justamente el camino a seguir? Se necesitará apelar a intuiciones cada vez más elevadas, a intuiciones metodológicas o simplemente adoptar arbitrariamente una intuición, o un conjunto de intuiciones, como la definitiva y última. El intuicionismo no parece estar en condiciones de ofrecer una respuesta satisfactoria al problema que presenta la resolución de controversias morales, ya que a cualquier intuición se le puede oponer otra intuición contraria. No hay un modo concluyente de mediar entre intuiciones opuestas apelando a la intuición.

La dificultad inherente a la apelación a la intuición no se podrá salvar mediante la referencia a casos ejemplares o a análisis casuísticos.<sup>17</sup> Para que la casuística no implique simplemente una apelación a la intuición (esto es, elegir de forma intuitiva o guiarse por casos ejemplares), hay que comprender los casos que proporcionen orientación en un contexto que les enmarque. Éste es el modo en que operaba la casuística católico-romana. Los casos individuales se interpretaban dentro de un marco dogmático que ofrecía un contenido autoritativo, y por confesores que tenían autoridad para interpretar los casos y dirigir a los penitentes. Si carecemos de un contexto, de una narrativa o de reglas que sirvan de marco, no podremos saber cómo y en qué circunstancias deben

guiarse las decisiones éticas por casos concretos. La casuística o el método de resolución de controversias éticas a través de los casos dependen de un marco orientador que esté por encima de esos mismos casos.

Cuando se discute sobre la resolución de controversias morales con amigos morales, esta dificultad no resulta aparente, ya que en esta circunstancia se reconoce que los casos son ejemplares y sirven de guía, es más, resulta difícil imaginar que en este contexto las personas no *consideren* los casos ejemplares como guía. Pero cuando se encuentra a extraños morales no se cumplen estas expectativas. Imaginemos una discusión entre frailes dominicos y samurais cultos acerca del *bushido* ejemplar demostrado por los 47 samurais, los 47 Ronin, que decapitaron a Kira Yoshinaka para vengar a su señor, Asano Nagononi, Señor de Ako, y que en 1703 realizaron el *seppuku* (suicidio ritual), fueron enterrados posteriormente en el cementerio del templo zen budista Senga Kuji (Tokyo) y fueron inmortalizados en la obra de Kabuki, «Chushin-gura». Siguen siendo hasta el presente objeto de devoción religiosa y admirados por la lealtad demostrada a su Daimyo. ¿Cómo podrán lograr los dominicos explicar a los samurais que ese acto ejemplar de valor y lealtad implica la perversión de importantes valores morales? Los dominicos tendrían que convertir a los samurais al cristianismo para lograrlo. La verdadera conversión, como nos recuerda la Iglesia Ortodoxa, implica una *metanoia*, un cambio fundamental en la forma de pensar. Después de la conversión, como en un cambio de *Gestalt*, se pueden ver los asuntos de una nueva manera, pero con anterioridad sólo habrá un conflicto entre pareceres.

Lo mismo sucede en la bioética. Tan sólo tenemos que imaginar una discusión entre un devoto baptista, que se opone al aborto realizado con fines que no son terapéuticos, y el director ateo de una clínica abortista que no considera que el aborto sea un mal moral. El baptista considerará que la persona que aborta para no tener un hijo que no desea es un ejemplo paradigmático de aquellas personas que defienden valores morales deformados. Por el contrario, el director de la clínica considerará esa elección como paradigma de la debida libertad que debe tener la mujer para ejercer el control sobre su propio cuerpo. No sólo pensará que ese tipo de elección debe estar protegido secularmente, sino que es, en cierto modo, loable.

Ocurren conflictos similares cuando se encuentran partidarios

de diferentes ideologías. Imaginemos la discusión entre un defensor de la igualdad y un apasionado partidario del libre mercado acerca de si es bueno o malo que los ricos pueden adquirir más y mejor asistencia sanitaria que los pobres. El partidario del libre mercado afirmará que el bien que representa la libre elección en el mercado supera a cualquier mal asociado a la desigualdad. Por supuesto, la opinión del defensor de la igualdad será la opuesta, como también lo será la interpretación de los casos. Cada uno interpretará de forma diferente lo que demuestran casos concretos de igualdad, desigualdad, libre elección o elección constreñida.<sup>18</sup> El problema radica en cómo resolver ésta y otras controversias similares mediante la sólida argumentación racional.

Tercero. Teniendo en cuenta el fracaso de las explicaciones intuicionistas y casuísticas, se podría intentar resolver las controversias morales comparando las consecuencias de diferentes sistemas de elecciones morales. Pero, ¿cómo sería posible analizar las virtudes relativas de sistemas contrapuestos sin apelar a una teoría moral que desde el trasfondo nos permitiese evaluar los méritos relativos de los sistemas rivales? La posibilidad de establecer tal teoría es precisamente lo que está en juego. Imaginémonos a un utilitarista tratando de evaluar los méritos relativos de dos de los principales métodos de distribución de la asistencia sanitaria, uno que ofrece asistencia intensiva y crónica, con algo de asistencia preventiva, frente a un sistema que concentra sus recursos en la medicina preventiva y en la asistencia intensiva a corto plazo, pero que sólo dedica una pequeña cantidad a la asistencia intensiva a largo plazo y a la asistencia crónica. Cada uno de ellos tendrá diferentes costes y beneficios, incluso distinto coste y beneficio moral. En el primer sistema, teniendo en cuenta que el interés primario radica en la asistencia intensiva y crónica, las peticiones de los individuos que buscan tratamiento encontrarán mejor respuesta que en el segundo, donde se les puede negar el tratamiento con la disculpa de que, en último término, el bien máximo se alcanzará por medio de la investigación en el campo de la medicina preventiva y de la consiguiente aplicación de esta última. Naturalmente, los beneficiarios de este segundo sistema experimentarán que sus intereses relacionados con la medicina preventiva reciben aquí una respuesta más adecuada que la que recibirían en el primer sistema. Si la medicina preventiva se considera muy importante por parte de los defensores del segundo sistema, también ellos podrán afirmar con coherencia lógica que su sistema redundará en el máximo bien

para el mayor número de personas. ¿Quién tiene razón y por qué? ¿En qué medida es lícito desatender los intereses de quienes ahora buscan la asistencia sanitaria para satisfacer los de aquellos otros que, en el futuro, tal vez estén asegurados contra los males de las enfermedades que se puedan prevenir? ¿Cómo pueden compararse las preferencias personales de quienes buscan la asistencia sanitaria ahora mismo con las de aquellos otros que de momento se interesen por una mejor prevención? Para decidirse por una u otra opción, se tendría que apelar a un sentido moral particular, a una forma concreta de comparar. No se puede tomar una decisión basándose únicamente en las consecuencias, ya que esto dejaría la cuestión sin resolver. Se necesita conocer cómo se han de clasificar o comparar las consecuencias.

Para responder a estas cuestiones se tendrá que conocer qué resultados son realmente más importantes y qué preferencias deben pasar a primer plano. En este sentido, las explicaciones a partir de las consecuencias de una acción (incluyendo las explicaciones utilitaristas), las cuales comparan resultados, no están en situación más ventajosa que las intuicionistas en lo que se refiere a su capacidad de demostrar qué clasificación o comparación de las ventajas y de las desventajas se ha de preferir, puesto que todas ellas presuponen un antecedente, de hecho necesitan disponer de un medio dotado de autoridad para ordenar o comparar la escala de las ventajas y las desventajas. Si, por ejemplo, se decide que hay que preocuparse por las consecuencias de la libertad, la igualdad, la seguridad y la prosperidad, se vivirá en Texas, Massachussetts, Singapur, Japón, Corea del Norte o en el Vaticano dependiendo de cómo se clasifiquen estas consecuencias. Para clasificar las consecuencias hay que poseer previamente una visión del bien, porque no se puede determinar la clasificación correcta de las consecuencias apelando a estas últimas. Hay que tener una clasificación correcta previa de las consecuencias o una visión normativa del florecimiento humano o del bien. La elección entre maximizar la utilidad total frente a la utilidad media (o el agregado total del bien) depende de interpretaciones diferentes de lo que significa maximizar la utilidad o alcanzar el bien. Lo mismo sucede cuando se decide cómo comparar el significado del bien, del placer, de los útiles, de la satisfacción de preferencias o de las unidades de placer experimentadas por personas frente a los animales superiores e inferiores.

Una posibilidad para responder a estas preguntas podría ser la de mostrar las consecuencias de acciones particulares. Se podría

argumentar que si no se requiere el consentimiento libre e informado de los pacientes, el respeto mutuo quedará debilitado, pero se pueden ganar otras ventajas. Semejante orientación finalista o enfoque teleológico presupone que se conocen de antemano los objetivos que deben perseguirse, y cuándo ha de hacerse. Para poder elegir entre varias prácticas morales contrapuestas basándose en las consecuencias, se necesitará conocer de antemano qué consecuencias son mejores o peores que otras. La ética consecuencialista presupone otra ética no consecuencialista. ¿Se sabe, por ejemplo, qué es preferible para la sociedad: las virtudes espartanas o las de una indulgente Atenas posterior? ¿Es mejor organizar la sociedad en torno a las virtudes de un Texas Ranger o de un guerrero Samurai? ¿Es mejor para una sociedad y, consiguientemente su bioética, estar fundamentada sobre los sentimientos morales de los Ik o sobre los de los mennonitas? ¿Cómo saber qué elección es mejor? Para responder a cualquiera de estas preguntas será necesario conocer la respuesta a dos cuestiones previas: ¿Mejor para quién? ¿Mejor con respecto a qué valores? Para evaluar las consecuencias hay que disponer de un criterio moral independiente.

Estas dificultades existían ya antes de que nos ocupásemos del problema de los «monstruos» de utilidad o consecuencia. Cuando este tipo de «realizadores» del bien o de «experimentadores» del placer en gran escala intentan resolver controversias morales apelando a las consecuencias, pueden llegar a conclusiones que sean inaceptables para las personas que defienden una visión moral concreta dotada de contenido. Imaginemos, por ejemplo, un mundo en el que un 20% de la población alcanza un bien, unas ventajas, un placer, una satisfacción de preferencias o un saldo positivo de beneficios y perjuicios a costa de someter a un 1% de la población (o a una minoría fácilmente identificable) a experimentos dolorosos, mientras que el resto de la población se mantiene indiferente (esto es, la solidaridad moral, el placer o la satisfacción de preferencias que les produce la inquietud que sienten por la tortura del 1% de la población se equilibran con esos mismos sentimientos que les produce el placer o satisfacción sentidos por el placer y las ventajas del 20% de la población). Los consecuencialistas deben afirmar que este mundo es el mejor de los mundos posibles, si en él se maximizan la cantidad media y total del bien, del placer, de la satisfacción de preferencias, de los útiles o de las unidades de placer en comparación con cualquier otro mundo materialmente posible.

El cálculo de la mejor elección dependerá de la comparación empleada entre los diferentes tipos de bien, de consecuencias, de preferencias, etc. Las personas que se opongan pueden pedir, por ejemplo, que se revise la forma de calcular los beneficios, los perjuicios, los placeres, los útiles y las preferencias, es decir, que implícitamente pondrán de manifiesto que ya poseían una visión del bien antes de apelar a una explicación consecuencialista o utilitarista. Esta apelación a una explicación pormenorizada de las consecuencias sirve de guía cuando se tiene que elegir, y puede utilizarse como recurso heurístico o explicativo que puede ayudar a esclarecer o a sistematizar la naturaleza de la visión moral inicial, pero lo que no puede hacer es justificar esa visión. Por otra parte, el contenido de la visión que identifica a los «monstruos» de utilidad como «monstruos» precede a la apelación a las consecuencias o a la utilidad, en la medida en que esta concepción desemboca en la revisión de la forma de sopesar los diferentes resultados, consecuencias, preferencias, etc. con el fin de evitar ciertas conclusiones que sean «moralmente inaceptables», «moralmente indignantes» o «que vayan contra la intuición moral». Para emitir estos juicios morales necesitamos una pauta de las consecuencias que se van a realizar, de los útiles que se van a obtener, de los placeres que se van a experimentar y de las unidades de placer que se van a poseer. Todo cálculo concreto del logro de bienes, útiles, placer, preferencias o unidades de placer exige elegir entre diferentes formas de sopesar y comparar el bien, las consecuencias, el placer, los útiles y las unidades de placer.

Nos enfrentamos incluso al problema de qué se debe considerar como interés, preferencia, etc. ¿Cómo debemos comparar, por ejemplo, el interés que tiene X en no pagar impuestos, el interés de X por no tener que cumplir su servicio militar, el interés de X en no verse sometido a experimentos sin su consentimiento, el interés de X en no ser violado, el interés de X en no ser asesinado, con el interés de Y en recaudar los impuestos de X, con el interés de Y en alistarse a X, con el interés de Y en experimentar con X sin su permiso, con el interés de Y en violar a X, con el interés de Y en asesinar a X? ¿Debemos apelar a la intensidad o, por el contrario, a la calidad del interés? Necesitaríamos una perspectiva divina para comparar la intensidad de los diferentes intereses (esto es, para llevar a cabo una comparación interpersonal de los útiles), incluso si fuésemos capaces de decidir la cuestión precedente acerca de cómo considerar la calidad y las diferentes clases de interés. Este

cálculo exigirá comparar los intereses entre los diferentes individuos y además comparar esos intereses entre los individuos en el transcurso del tiempo. Cuando realicemos esta última tarea tendremos que calcular cómo descontar el tiempo de los diferentes intereses, preferencias, etc. y cómo y por qué mantener un método estable para comparar los tipos y la calidad de los intereses en el transcurso del tiempo. Estas elecciones presuponen un criterio previo o una visión moral previa de las consecuencias.

Cuando comparemos los intereses, preferencias, etc. tendremos que saber también si todas las personas que defienden un interés deben tener la misma importancia. Si es un hecho reconocido que las diferentes especies generan distinta calidad e intensidad de interés y preferencia, ¿deberán tener diferente importancia? Si las personas inteligentes que han sido instruidas adecuadamente sobre los diferentes intereses y preferencias son capaces de potenciar la intensidad y la calidad de sus intereses y preferencias, ¿tendrán por ello mayor importancia que las personas ignorantes que no han recibido la educación conveniente porque defiendan intereses, preferencias, etc. más intensos y de mejor calidad? Para encontrar respuesta a estas preguntas necesitaremos saber cómo y por qué comparamos la intensidad y la calidad de los intereses y las preferencias. Tendremos que poseer de antemano una visión moral concreta de los intereses y las preferencias que permita clasificar esos intereses, preferencias, etc. y tasar su valor.

No evitaremos estas dificultades, si nos concentramos únicamente en maximizar las preferencias. Tenemos que saber cómo comparar las preferencias actuales y futuras y su respectiva satisfacción para poder decidir qué acciones, elecciones, reglas, formas de actuar y prácticas conducen a la mayor maximización total de las preferencias o a la mayor maximización media de las preferencias. Asimismo, tendremos que saber cómo descuenta Dios el tiempo y si todas las preferencias y su respectiva satisfacción tienen la misma importancia. ¿Debemos considerar del mismo modo las preferencias cuidadosamente ponderadas, las preferencias brutas y las preferencias impulsivas? ¿Tienen la misma (o mayor o menor) importancia las preferencias de un grupo socialmente despreciado que la preferencia de torturar a los miembros de ese grupo para el regocijo (y la satisfacción de las preferencias) de la mayoría?

Todo intento de distinguir entre las preferencias manifiestas y las preferencias racionales con objeto de explicar la adecuada corrección de preferencias exige elegir un determinado conjunto de



inclinaciones que satisfacer. Sólo podemos distinguir entre preferencias moralmente sanas y preferencias moralmente patológicas si nos guiamos por una sensibilidad o norma moral concreta. Debemos haber realizado una elección previa acerca del carácter adecuado de la racionalidad moral con el fin de dar una explicación dotada de contenido de la moralidad secular.

Se podría intentar superar esta circunstancia construyendo una teoría de la elección hipotética. Dicha teoría puede invocar la idea de un observador desinteresado, como han hecho Roderick Firth<sup>19</sup> y Richard B. Brandt,<sup>20</sup> con objeto de especificar qué es lo que escogerían los individuos racionales y, consiguientemente qué es lo que debe escoger uno mismo si pretende un resultado racional. Pero hay que especificar con cierto detalle la imagen de dicho observador. En primer lugar, debe estar en posesión de información (total o parcial debido a la ignorancia) acerca de las consecuencias de diversas elecciones posibles y ser capaz de imaginar de qué forma afectarán tales consecuencias a todas las personas interesadas (las semejanzas con la Divinidad son aquí notables). Además, debe ser imparcial a la hora de sopesar los intereses de cada uno, sin tomar partido por ninguno.

Si el observador se muestra totalmente desinteresado moralmente, ¿cómo será capaz de realizar la tarea de identificar un resultado moralmente preferible? El observador no puede mostrarse tan imparcial y desapasionado como para no dar la preferencia a unas consecuencias más bien que a otras. Si no muestra debilidad por determinadas elecciones, este observador no podría servirnos de modelo en nuestras elecciones morales. Es decir, al observador imparcial se le ha de atribuir una sensibilidad moral particular (un conjunto de intuiciones morales, una concepción de la racionalidad moral, etc.). El observador o elector hipotético tiene que ser partidario de un criterio o de un sentido moral concreto. Pero, lo que realmente está en juego es cómo establecer la preferibilidad de un sentido o una visión moral particular —y la ordenación de bienes que garantizaría— sobre otros sentidos morales alternativos y sus ordenaciones respectivas de los bienes morales. Sin haber encontrado antes una solución a esta dificultad, nadie estará en condiciones de apelar a un observador desinteresado para decidir, por ejemplo, si es preferible proporcionar costosos cuidados intensivos a neonatos de peso reducido, que tienen poca probabilidad de supervivencia o, por el contrario, dejar que mueran y sugerir que los padres intenten tener un niño sano mediante otro embarazo. Un

observador desinteresado sólo podrá elegir entre estas alternativas si tiene una visión moral concreta que conduce a determinadas consecuencias morales.

Sería más o menos inútil multiplicar el número de los observadores imparciales, como ha hecho Rawls en su teoría del contratante hipotético.<sup>21</sup> Tratando de determinar los fundamentos para identificar las instituciones sociales justas, John Rawls apela a una estrategia intelectual en la cual uno es invitado a imaginarse a sí mismo fijando los principios básicos de justicia que gobernarían la constitución y las leyes de la sociedad en la que uno está destinado a nacer.<sup>22</sup> Rawls sugiere que uno intentaría incrementar su propia participación en los bienes sociales primarios (derechos y libertades, poderes y oportunidades, ingresos y riqueza) siempre que esto no fuese en detrimento de la propia participación en idéntica libertad.<sup>23</sup> Por otra parte, no sería deseable arriesgarse a perder una cantidad importante de los bienes sociales primarios con el fin de asegurar la posibilidad de adquirir una cantidad aún mayor de estos bienes.<sup>24</sup> Por lo tanto, este autor nos invita a que imaginemos una cierta cantidad de contratantes racionales que son igualmente ignorantes con respecto a cuestiones como el puesto que les está reservado en la sociedad, las dotes y habilidades naturales que van a poseer, la concepción del bien que van a hacer suya, los rasgos especiales de su psicología, las circunstancias particulares de la sociedad —o incluso de la generación— dentro de la cual van a nacer.<sup>25</sup> Este tipo de contratantes estratégicamente ignorantes, al no conocer cuál va a ser su posición, aceptarían —así piensa Rawls— una distribución desigual de los bienes sociales primarios (excepto de la libertad) a condición de que ello redundase «en el mayor beneficio de los menos favorecidos, en coherencia con el principio del justo ahorro», dado que tales bienes sociales primarios van «ligados a cargos y posiciones abiertos a todos en condiciones de una imparcial igualdad de oportunidades».<sup>26</sup> Además, Rawls sostiene que estos contratantes racionales valorarían la libertad por encima de cualesquiera otros bienes sociales primarios. Rawls afirma también que los contratantes no serían igualitarios, si la distribución desigual fuese ventajosa para todos.<sup>27</sup> Esto significa que para Rawls la igualdad no posee por sí misma un valor independiente importante.<sup>28</sup> Sin embargo, los contratantes deben considerar que los resultados afortunados, si no resultan de una planificación social basada en principios y realizada en el marco de instituciones justas, son arbitrarios y, por lo tanto, susceptibles



de ser eliminados. Este enfoque se ha aplicado a menudo en las discusiones acerca de lo que debería considerarse una distribución justa de los recursos médicos, aunque Rawls mismo no ha aplicado su teoría a este campo.<sup>29</sup>

La visión de Rawls distingue una serie de suposiciones cruciales acerca de los contratantes racionales. Éstos deben a) poner la libertad por encima de los demás bienes sociales,<sup>30</sup> b) evitar riesgos inútiles,<sup>31</sup> c) no actuar movidos por la envidia,<sup>32</sup> d) ser cabeza de familia (o preocuparse, al menos, por algunos miembros de la siguiente generación),<sup>33</sup> y e) no asignar una clasificación muy alta a bienes tales como llevar una vida apacible en un estado natural. Deben poseer un sentido moral muy concreto.

En relación con el último punto, consideremos el caso de los BaMbuti, los pigmeos que habitan la selva de Zaire. Se desplazan por la selva en pequeños grupos, viviendo en aldeas reducidas en relativa armonía y sin recurrir a la guerra. No gastan energías acumulando bienes que podrían salvar a los niños deficientes nacidos en su seno o a los ancianos necesitados de especiales cuidados sanitarios.<sup>34</sup> De esta manera, aunque viven en condiciones idílicas, poco menos que roussonianas (al menos durante el tiempo en que se realizó el estudio), violan el principio de Rawls del justo ahorro. ¿Se verían moralmente obligados, de acuerdo con los principios de Rawls, a abandonar sus tradicionales formas de vida? ¿Sostendría alguien que su sociedad es injusta si ahora pudieran integrarse en la sociedad más amplia de Zaire y proporcionar cuidados sanitarios a sus niños deficientes o ancianos necesitados, aunque tales intervenciones probablemente perturben la integridad cultural de la vida de los BaMbuti en la selva? ¿Pueden los BaMbuti rechazar legítimamente dicha ayuda porque valoran más su propio estilo de vida? La respuesta dependerá del sentido moral de los contratantes racionales a quien se apele para resolver ésta y similares controversias. Dependerá de cómo se clasifican determinados perjuicios y ventajas. En resumen, Rawls presupone la legitimidad de un sentido moral particular. Su punto de vista se comprende mejor en el objetivo mucho más limitado, aunque importante, de presentar una reconstrucción del mundo moral de un miembro liberal de una comunidad de Cambridge, Massachussetts.<sup>35</sup>

La dificultad reside en que la apelación a una teoría de la elección hipotética (incluidos contratantes hipotéticos) no revela la moralidad dotada de contenido secular ni proporciona orientación dotada de contenido para la creación de una política sanita-

ria. Con el fin de que tal apelación justifique una elección frente a las demás, previamente se tienen que haber encontrado respuestas a preguntas fundamentales eligiendo un sentido moral particular, un conjunto de intuiciones, o un tipo de racionalidad moral para el observador o elector hipotético, o para el grupo de contratantes hipotéticos. De una teoría de la elección hipotética sólo se derivan las decisiones que se han indicado de antemano o que están predestinadas por la elección previa de una teoría poco coherente del bien, de un sentido moral, de un conjunto de intuiciones morales, o de un concepto de racionalidad moral concretos. Una teoría del contratante hipotético (con el recurso intelectual de la posición original en que se realizó el pacto, por ejemplo) puede servir de «recurso explicativo» para exponer las consecuencias que se derivan de opiniones concretas sobre concepciones de la justicia o la imparcialidad, pero cualquier contenido que revele dependerá de una concepción particular de la «sociedad democrática» o de un «régimen democrático constitucional», amén de conceptos concretos de lo que significa ser «libre», «igual», «justo» e «imparcial».

Consideremos dos diferentes nociones de la libertad y pensemos cuál de ellas es más importante: la libertad de utilizar sin impedimentos los frutos del propio trabajo para la inversión y para la adquisición de los bienes y servicios deseados o la libertad de expresarse libremente sobre cualquier cuestión política.<sup>36</sup> La primera noción se centra en estar libre de intervención estatal a través de la reglamentación económica y tributaria. La segunda noción de libertad se centra en estar libre de la intervención del Estado a través de la censura estatal. ¿Cuál de ellas es peor y por qué razón: la reglamentación económica estatal y las contribuciones o la censura estatal? La clasificación de estos dos sentidos de libertad implica, asimismo, la clasificación de las libertades políticas frente a las libertades económicas (así como la prosperidad económica). Esta última clasificación está a su vez asociada a la elección de estructuras políticas situadas a lo largo de un espectro, que va desde el capitalismo democrático controlado oligárquicamente (podemos imaginar a Singapur o Corea del Norte en ciertos momentos de su historia) a un socialismo democrático en el que domina la mayoría (algo parecido a Suecia en ciertos períodos de su historia). Elecciones diferentes conducen a distintos niveles de tolerancia de las restricciones estatales de las libertades políticas y económicas. Apelando a recursos explicativos, como son el contratante hipoté-

tico o la posición original, no alcanzaremos o reconstruiremos un concepto único de la libertad, la igualdad o la democracia.

Del mismo modo, hay que seleccionar entre los conceptos de igualdad, como son la igualdad en la protección de los propios derechos de tolerancia (por ejemplo, el derecho a expresarse y a realizar contratos con otros sin trabas, incluido el derecho a utilizar los propios recursos junto con otras personas anuentes) frente a la igualdad de resultados (por ejemplo, igualdad de riqueza y posición social). Si la atención se centra en la agencia moral o en los agentes morales, entonces, aquellas entidades que tienen experiencias o intereses, pero no pueden actuar como agentes morales, no se considerarán iguales a los agentes morales. Si la atención se centra en los que pueden alcanzar la felicidad, entonces el interés por la igualdad se referirá a la igualdad de los «realizadores de felicidad». Si la atención se centra en la consecución del bien, nos concentraremos en las entidades en la medida en que éstas puedan alcanzar el bien. La preocupación por la igualdad está asociada a la cuestión de si la explicación de la moralidad aborda el problema de la alabanza y la censura, el problema de cómo debe lograrse la felicidad o el problema de cómo debe realizarse el bien. El interés por la igualdad adquiere su significado a partir de la referencia moral en cuyo seno se la considera. Teniendo en cuenta que existen numerosas concepciones o acepciones rivales de la igualdad, una teoría de la elección hipotética debe dotar al elector de una disposición concreta hacia ellas. Sin embargo, incluso si podemos enfrentarnos a este desafío teórico para justificar la elección de un criterio de libertad y de igualdad frente a otros muchos sin apelar a una intuición o sentido moral concretos, permanece la dificultad insoluble de elegir el sentido, la visión, la concepción moral o la teoría poco coherente del bien correcto, con el fin de que una teoría de la elección hipotética (o cualquier otra teoría) produzca resultados concretos.

Quinto. A los intentos de descubrir una visión concreta de la vida buena o de la justicia por medio de un análisis de la racionalidad, la neutralidad o la imparcialidad, se les pueden poner las mismas objeciones que a las teorías de la elección hipotética (por ejemplo, la teoría del observador imparcial y la teoría del contratante racional). No sólo se ha de conocer de antemano qué sentido de racionalidad, neutralidad o imparcialidad debe escogerse, sino que además se debe incorporar una visión moral, un sentido moral o una teoría poco coherente del bien concreto. ¿Qué es más

racional, invertir en asistencia sanitaria para curar a los jóvenes o a los ancianos? ¿Cuántos recursos se deben invertir en la asistencia sanitaria cuando con ello sólo se consigue postergar la muerte o disminuir el sufrimiento de forma marginal? La apelación a la razón únicamente ofrecerá restricciones lógicas, pero no contenido moral ni instrucciones concretas. Para poder guiar las elecciones morales, el concepto de racionalidad, neutralidad o imparcialidad debe incluir una disposición concreta acerca de la comparación de la libertad, de la prosperidad, de la seguridad, etc. Cabría pensar aquí, por ejemplo, en Bruce Ackerman, quien introduce conceptos de derecho en su principio de neutralidad para atacar los privilegios debidos al éxito en la lotería natural (haber nacido sano, por ejemplo) y en la lotería social (haber nacido rico, por ejemplo), aunque tales privilegios no impliquen delitos contra terceras personas.<sup>37</sup> Ackerman, haciendo suya una interpretación particular de la neutralidad, trata de echar por tierra los argumentos libertarios, por ejemplo, tal como los propone Robert Nozick,<sup>38</sup> quien acepta los resultados del azar natural y social. Al igual que sucedía con la *Theory of Justice* de Rawls, una teoría de la neutralidad racional debe impartir una orientación concreta a la hora de decidir neutralmente entre las libertades económicas frente a las necesidades económicas, etc. La elección de una noción de la racionalidad moral debe incluir un criterio concreto acerca de la predisposición al riesgo y acerca de qué igualdad es la que importa, con el fin de producir unos resultados en lugar de otros.

Lo mismo sucede si se intenta dar una explicación de la sociedad y la moralidad en función de una teoría del discurso similar a la *Theory of Communicative Action* de Jürgen Habermas. Éste propone un análisis de lo que él considera que son la naturaleza y las consecuencias del discurso racional. El discurso que elige Habermas para vincular a los individuos exige la crítica terapéutica, por medio de la cual los participantes se liberan de ilusiones, en particular de autoengaños acerca de sus experiencias subjetivas. «Así la crítica de las pautas de valores presupone una preconcepción compartida por los participantes en la disputa, una preconcepción que no está a su disposición, sino que constituye, y al mismo tiempo circunscribe, el campo de las exigencias de validez tematizadas. Sólo la veracidad de las proposiciones, la rectitud de las normas morales y la comprensibilidad de la perfecta conformación de las expresiones simbólicas son, por su mismo significado, exigencias de validez universales que se pueden examinar durante el discurs-

so.»<sup>39</sup> Pero precisamente someter a prueba dichas normas es lo que no podemos realizar. O bien tales normas no existen o no se pueden probar sin presuponer aquello que está en juego: un sentido moral o una noción de la racionalidad moral concretos. Por esta razón no podemos llevar a cabo la esperanza de la Ilustración de conseguir un valor universal. Habermas, sin embargo, exige suponer que podemos resolver las controversias morales mediante argumentos racionales bien fundados. «... hablaré de "discurso" sólo cuando el significado de la exigencia de validez problemática oblique conceptualmente a los participantes a suponer que un acuerdo motivado de forma racional se puede alcanzar en principio, en donde la expresión «en principio» expresa la estipulación idealizante: si tan sólo la argumentación fuese lo suficientemente abierta durante el tiempo suficiente».<sup>40</sup>

Habermas intenta huir de cuestiones fundamentales basándose en un proceso que tiene en consideración teorías y hechos psicológicos y sociales de forma crítica. Confía también en ser capaz de demostrar que ciertas maneras de contemplar la realidad y la moralidad son preferibles a otras simplemente por referencia al carácter del proceso de dar razones recíprocas en el discurso.

«Ya que el acuerdo y el desacuerdo, en la medida en que son juzgados a la luz de exigencias de validez planteadas recíprocamente y no están meramente causados por factores externos, se basan en razones que los participantes, supuesta o realmente, tienen a su disposición. Estas razones (en su mayor parte implícitas) constituyen el eje alrededor del cual gira el proceso por medio del cual se toman decisiones. Pero si, con el fin de entender una expresión, el traductor tiene que *tener presentes las razones* que utilizaría un orador —si fuese necesario y en circunstancias apropiadas— para defender su validez, también él *mismo* participa en el proceso de enjuiciar las exigencias de validez, ya que las razones son de tal naturaleza que no se pueden describir en términos de la actitud de una tercera persona, esto es, sin reacciones de afirmación, negación o abstención.»<sup>41</sup>

Para que tales aseveraciones resulten convincentes, tenemos que estar previamente de acuerdo con la atrevida suposición ilustrada de Habermas de que para conseguir que se produzca una crítica mutua entre diferentes sentidos morales basta con proporcionar razones. Habermas, al contrario que sus reflexiones históricas y empíricas sobre teorías sociales y psicológicas, presenta su teoría filosófica como una especie de generalización empírica de alto ni-

vel gobernada por las normas de un discurso racional. «Aquella filosofía que somete sus resultados a una prueba indirecta de esta manera, está dirigida por la consciencia falibilística de que la teoría de la racionalidad que quiso en un tiempo elaborar por sí misma, sólo la puede encontrar ahora en la oportuna coherencia de diferentes fragmentos teóricos.»<sup>42</sup> Si se pretende que esta teoría sea causal o genética, puede proporcionar una explicación acerca de cómo el diálogo conduce a la conversión y la convergencia, pero, a menos que el mismo concepto de razón empleado posea categoría normativa, Habermas no puede demostrar por qué no tienen lugar repetidas abstenciones. Para que su teoría tenga peso normativo moral (esto es, para que sea algo más que una explicación de lo que probablemente sucederá cuando tenga lugar el discurso en el seno de una cierta interpretación de la racionalidad), tendrá que haber elegido previamente entre diferentes nociones dotadas de contenido de la racionalidad. De forma similar a Kant (como veremos en el siguiente capítulo), Habermas introduce considerable contenido en su concepto de discurso.

Podemos considerar la teoría del juego como un sexto modo de enfocar el problema que supone establecer una ética concreta secular dotada de contenido. Nos tendremos que preguntar qué restricciones sociales y políticas se exigen para que tanto nosotros mismos como los demás actuemos de forma coordinada con el fin de evitar daños y realizar el bien. Desde este punto de vista se puede considerar la construcción de una sociedad, incluida la creación de una política sanitaria, como un juego en el que los jugadores realizan jugadas y responden a jugadas de tal modo que les (esto es, a los integrantes de una sociedad) incumba decidir qué reglas les permiten colaborar para alcanzar objetivos individuales y colectivos.

Imaginemos que Bubba y Billy Bob han atracado un banco y han sido arrestados, pero no hay pruebas suficientes para condenarlos si ninguno de ellos presta declaración. Sin embargo, cada uno de ellos puede querer delatar a su cómplice inmediatamente para evitar ser procesado en el caso de que el otro confiese. Para ambos sería una ventaja actuar de un modo coordinado (es decir, si ninguno confesase no se podría declarar a ninguno de ellos como un criminal y ninguno de los dos sería condenado). Si uno de los participantes tiene compromisos superiores o metas inmanentes que hacen que los resultados, que para otros serían inaceptables, sean para ellos aceptables o incluso deseables, entonces se

pone en peligro el sentido usual que damos a una solución. Si Bubba considera que el robo de una filial tejana de un banco neoyorquino es un acto patriótico virtuoso contra «los malditos yanquis», puede sentirse atraído por la gloria asociada a la condena. Este atractivo puede verse aumentado si Bubba está convencido de que su acto como defensor de la libertad será del agrado de Dios. Cuanto más valoren las personas la libertad y la autonomía personal por encima de otros bienes, tanto más considerarán aceptables ciertos costes no vinculados a la libertad que causa la falta de coordinación. Diferentes criterios del valor de la libertad y del capricho producen diferentes soluciones basadas en la teoría del juego. Lo mismo sucede con respecto a otros valores, metas o daños. Habrá que descubrir, también, qué influencia tendrán los futuros beneficios y perjuicios. Pensemos en las dificultades a las que nos enfrentamos si queremos encontrar una solución basada en la teoría del juego para la empresa de crear una política abortista, cuando para algunos el derecho al aborto es esencial para respetar a la mujer, pero otros consideran que el aborto es un acto equivalente al asesinato, que conduce a la condena eterna. Si la justificación basada en la teoría del juego pretende ser más que un análisis de los mecanismos de mercado, requerirá una clasificación concreta de valores y perjuicios, así como una concepción determinada de la racionalidad.

No será tampoco posible resolver dilemas morales simplemente apelando a la estructura de la realidad o a la llamada ley natural. Para poder utilizar el carácter de la realidad como criterio que ayude a resolver disputas morales, antes se debe demostrar que es moralmente normativo. Si se pudiese demostrar, por ejemplo, que las tendencias generales de la naturaleza fueron establecidas por Dios, no para probar las capacidades de los seres humanos de superarlas, sino para guiar a los seres humanos en su comportamiento, entonces apelar a la realidad o a la naturaleza proporcionaría una guía, pero demostrar la primera proposición requeriría premisas religiosas o metafísicas especiales, que no son defendibles de forma general. Para conocer si las tendencias generales de la naturaleza o la estructura de la realidad se han de reconocer como moralmente instructivas o como obstáculos que se deben eliminar, mediante la anticoncepción por ejemplo, se ha de disponer de pautas que permitan juzgar qué situaciones o estructuras naturales se deben aceptar, por ser aquellas a las que debemos someternos. Pero la misma disponibilidad de tales patrones es lo que está en

juego. Debemos disponer de pautas que nos permitan enjuiciar lo que es natural o bueno en sentido normativo para poder derivar consecuencias morales de la naturaleza. La naturaleza y las leyes naturales no son por sí mismas normativas desde el punto de vista moral (en el capítulo V estudiaremos con mayor detalle este tema).

También los que apelan a los hechos morales se tienen que enfrentar a dificultades similares. ¿Cómo saber si el hecho de que dos personas no reconozcan los mismos hechos morales o verdades morales objetivas tiene su origen en que ambos imponen visiones morales o sentidos diferentes a la interpretación de la realidad, y no en que uno de ellos no consigue verla correctamente? Al observar la realidad para determinar qué vincula a extraños morales, nos enfrentamos a las mismas dificultades que surgen cuando volvemos la mirada hacia las propias intuiciones. No poseemos un criterio intersubjetivo para resolver controversias, a menos que hayamos aceptado previamente una visión moral con ayuda de la cual interpretar la realidad.

No podemos evitar estas dificultades apelando a principios de nivel medio, como sugieren Beauchamp y Childress.<sup>43</sup> Estos autores sostienen que individuos que mantienen diferentes opiniones teóricas y morales pueden utilizar principios de nivel medio, y así permitir tanto a consecuencialistas como a deontólogos resolver controversias bioéticas. Si esta táctica tuviese éxito proporcionaría un enfoque no fundamental de la bioética. Esto podría resultar factible cuando los individuos que comparten la misma o parecida visión moral o teorías poco coherentes del bien y de la justicia hayan reconstruido sus opiniones morales en el seno de enfoques teóricos divergentes. Podemos imaginar individuos que parten de opiniones y disposiciones morales muy parecidas, pero de las que unos ofrecen explicaciones teleológicas y otros deontológicas. El consecuencialista, al analizar un caso bioético concreto, tendrá en consideración las consecuencias que hacen que sea conveniente o inconveniente tomar una determinada decisión, al igual que afirmará que este enfoque teórico ofrece la mejor descripción de lo que está moralmente en juego. El partidario de un enfoque deontológico considerará, en cambio, para apoyar la misma decisión, las características correctas o erróneas de las acciones llevadas a cabo, y también afirmará que este enfoque teórico es la mejor descripción de lo que está moralmente en juego.

Si consideramos el problema de la existencia de un segundo nivel de lujo para las personas acaudaladas en el sistema sanitario.

los miembros de una comunidad en la que reine una visión moral igualitaria «justificarán» sus opiniones igualitarias previas arguyendo que a) un sistema de dos niveles supondrá una desventaja para los pobres, ya que los ricos, al disponer de su propio sistema, se despreocuparán de la calidad de la sanidad para los pobres, con lo que se habrán causado más perjuicios que beneficios si se compara con un sistema sanitario de un solo nivel (este cálculo dependerá de la importancia que se conceda a las consecuencias sanitarias frente a las consecuencias para ciertos tipos de libertad), o que b) en un sistema de dos niveles se incorpora la significativa característica equivocada de tratar de forma diferente a las personas a la hora de tomar decisiones de vida o muerte. Si tanto el defensor de una perspectiva teleológica como el de una perspectiva deontológica viven en el mismo mundo vital moral antes de realizar la reconstrucción teórica de la moralidad, no es nada sorprendente que sus diferentes aparatos teóricos justifiquen, en general, las mismas elecciones.<sup>44</sup> Aunque los individuos se expresen en diferentes lenguajes teóricos, viven en un mundo vital moral igual o similar. Al emplear principios de nivel medio, les agrada darse cuenta de que obtienen una guía aceptable para casos muy diversos.

Sin embargo, cuando, además de diferencias teóricas, difiera también la perspectiva moral, no se producirá tal éxito. En esas circunstancias, las controversias no se resolverán, en general, apelando a principios de nivel medio. A la hora de determinar, por ejemplo, si el gobierno debe, y hasta qué punto, proporcionar intervenciones médicas de coste elevado y bajo rendimiento al sector menos favorecido de la población, ¿cómo se podrá resolver este problema apelando al principio de justicia, cuando los participantes en la discusión son tanto partidarios de Rawls como de Nozick (es decir, personas que afirman que la justicia significa proporcionar a todos condiciones materiales de igualdad y oportunidad, frente a aquellas para las que la justicia equivale a no interferir en los derechos de propiedad ajenos)? En este caso, las discrepancias se basan en diferencias fundamentales de visión moral, y no son sólo diferentes reconstrucciones de la misma concepción moral. Tampoco se resolverá la controversia acerca del derecho de un tetrapléjico de 28 años a suicidarse apelando al principio de autonomía. Los que interpretan el principio de autonomía como expresión de un derecho primordial de la persona a tener autoridad sobre sí misma, reconocen el derecho de los individuos competentes a abandonar esta vida en cualquier momento que lo deseen con

la colaboración de cualquier persona que esté dispuesta a ayudarles. Las personas que consideran que el principio de autonomía subraya valores asociados con la libertad, arguyen que una muerte prematura implica no gozar durante muchos años de la libertad y piensan, por consiguiente, que dicha decisión no sólo es equivocada, sino que se debe impedir mediante el uso de la fuerza. Tampoco se puede apelar al principio de beneficencia para determinar si la venta de órganos es moralmente correcta o incorrecta, a menos que se haya llegado a un acuerdo previo acerca de la explotación, de la importancia de la libre elección, de la importancia de las ventajas económicas, etc. Con frecuencia las vidas morales de los defensores y de los detractores de la venta de órganos discurren en el ámbito de supuestos morales aceptados y reconocidos que son radicalmente diferentes. Los defensores consideran que si los riesgos y las recompensas son comparables, no hay ninguna diferencia entre la venta de sus órganos o la venta de su trabajo y que, además, la libertad y la responsabilidad individual a la hora de tomar tales decisiones acerca de su vida conllevan cierta nobleza. Se oponen también a apelar a diferenciales de poder (esto es, porque censuran la capacidad de consentir) porque tal apelación pone en peligro a una sociedad verdaderamente libre. Los detractores de la venta de órganos consideran que estas opiniones son perversas.

Apelar a principios de nivel medio de autonomía, de beneficencia, de no hacer el mal y de justicia es un recurso útil: a) para resolver controversias morales entre individuos que comparten opiniones morales similares, pero diferentes enfoques teóricos, b) para examinar y comparar los modos en que diferentes teorías reconstruyen las mismas, o similares, opiniones e intuiciones morales, c) para determinar las diferencias entre criterios morales y las consecuencias que se derivan de estas diferencias para la bioética y la política sanitaria, pero no d) para resolver controversias entre individuos que no comparten la misma visión o sentido moral. Apelar a principios de nivel medio consigue salvar el abismo existente entre los que comparten una visión moral, aunque estén separados por la reconstrucción teórica de esa visión, pero, sin embargo, no logra salvar las considerables distancias que separan a los que poseen visiones o sentidos morales distintos.<sup>45</sup>

Los enfoques teóricos no proporcionan una guía moral dotada de contenido, a menos que se les equipe previamente con una esencia moral concreta. Por consiguiente, cada enfoque teórico es una

recapitulación del desafío al que se enfrenta la posmodernidad: una explicación teórica moral debe ser una petición de principio respecto al contenido moral (es decir, incorporar un contenido moral concreto) o no proporcionar orientación sustancial. Cada intento de justificar una visión moral particular presupone exactamente lo que intenta establecer, de tal modo que los argumentos teóricos morales son a lo sumo explicativos y no justificativos. Los argumentos fracasarán también, incluso cuando se trate de efectuar una defensa de la ética o de la bioética secular basándose en argumentos no reducibles a argumentos intuicionistas, consecuenialistas, de elección hipotética, o del contratante hipotético, o a análisis de la naturaleza de las elecciones racionales, o de la racionalidad de la teoría del juego, o de los argumentos de la ley natural, o a análisis de los principios de nivel medio. Toda elección moral concreta presupone un sentido moral particular. La dificultad radica en establecer la normatividad de todo sentido o punto de vista moral concreto. A la vista de estas dificultades, no puede demostrarse, en términos seculares generales, que cualquier visión moral o bioética particular sea superior a cualquier otra.

Rawls reconoce este problema cuando admite la dificultad de encontrar una justificación secular general para un teoría de la justicia y la imparcialidad aplicable globalmente. Propone una teoría de la justicia para una sociedad que sea una democracia constitucional moderna, y que no sienta necesariamente las bases para exigencias que abarquen a diferentes sociedades, para los seres humanos como tales, para el mundo como tal. «Estaré satisfecho si se puede formular un concepto de justicia razonable para la estructura básica de la sociedad concebida, por el momento, como un sistema cerrado y aislado de otras sociedades.»<sup>46</sup> Rawls admite que su teoría es fundamentalmente un recurso explicativo político.

«Ya que se pretende que la justicia entendida como imparcialidad sea un concepto político de la justicia para una sociedad democrática, intenta basarse solamente en ideas intuitivas básicas que están insertas en las instituciones políticas de un régimen democrático constitucional y en la tradición pública de su interpretación. La justicia entendida como imparcialidad es parcialmente un concepto político porque tiene su origen en cierta tradición política. Confiamos en que este concepto político de justicia esté respaldado, al menos, por lo que podríamos llamar un «consenso solapado», es decir, por un consenso que incluya todas las doctrinas filosóficas y religiosas opuestas que probablemente perdurarán y

tendrán partidarios en una sociedad democrática constitucional más o menos justa».<sup>47</sup>

La teoría de justicia presupone una noción de fondo de la justicia inscrita en la idea de una «sociedad democrática constitucional justa» o, como Rawls escribe en otra parte, su concepto de la justicia «ofrece una manera de que los ciudadanos puedan concebir su posición social común y garantizada como ciudadanos iguales e intenta relacionar una concepción concreta de la libertad y de la igualdad con una concepción concreta de la persona que se supone que no choca con la nociones y convicciones esenciales compartidas implícitas en la cultura pública de una sociedad democrática».<sup>48</sup> Esto plantea la petición de principio acerca de qué debe considerarse una sociedad justa y democrática, en el sentido de que existen diversas nociones rivales de la justicia y la democracia, amén de la libertad y de la igualdad.

Parece falso presuponer que pueda existir un consenso del tipo previsto por Rawls.<sup>49</sup> ¿De qué modo comparten personas que sostienen teorías tan divisivas como son las de Rawls y Nozick el consenso suficiente para justificar la explicación de Rawls? Basta con tener en cuenta la variedad de criterios que mantienen los diferentes miembros del Congreso Norteamericano sobre el sistema tributario, la discriminación afirmativa o la asistencia social, para dudar de la existencia de un consenso dominante o de un consenso solapado, del tipo mencionado por Rawls. Resulta imposible suponer que se pueda llegar a un consenso moral general respecto a cualquiera de las cuestiones bioéticas de mayor envergadura, ya que en una sociedad libre y abierta siempre habrá minorías que se sentirán ofendidas por cualquiera que pretenda el consenso. Esto es cierto respecto a cuestiones que van desde el aborto hasta el derecho a recibir asistencia sanitaria. Con frecuencia creemos erróneamente haber llegado a un consenso porque utilizamos palabras iguales o debido a características que comparten un «parecido de familia».<sup>50</sup> Si imaginamos una discusión ecuménica entre paganos grecorromanos, judíos ortodoxos, católicos romanos y episcopalianos, los moderadores nos dirán que todos están de acuerdo en la importancia del sacerdocio. Sin embargo, el papel y la significación de los sacerdotes en estos grupos religiosos es bastante diferente. Tal vez, los ecumenistas piensen durante el transcurso de la discusión que las cosas podrían avanzar si los paganos discutieran con los judíos, ya que en ambos grupos el sacerdocio es hereditario. También podrían discutir los católicos romanos con los judíos.

dado que ambos grupos exigen que los sacerdotes sean hombres, y los episcopalianos con los paganos grecorromanos, ya que ambos grupos permiten la existencia de sacerdotisas. ¿Qué cuantía de acuerdo hay que lograr y en qué ámbitos debe tener lugar para que exista el consenso o un consenso solapado?

Podemos imaginar, también, una discusión sobre la propiedad privada y las consecuencias que se derivan de su existencia para la asistencia social, incluida la prestación de asistencia sanitaria. Tanto los partidarios de Rawls como los de Nozick estarán de acuerdo en que la propiedad privada debe existir, pero diferirán acerca del sentido de ésta. Para los partidarios de Nozick, el derecho a la propiedad privada se basa en principios de justa adquisición y de transferencia justa. «De cada uno tal como ellos elijan, a cada uno tal como ellos sean elegidos.»<sup>51</sup> Para los partidarios de Rawls, la propiedad privada debe entenderse en virtud de la función que desarrolla en el seno de instituciones justas definidas en función de los dos principios de justicia. Éstas son nociones muy diferentes de la propiedad, de las que se infieren derechos individuales distintos para usar la fuerza letal con el fin de proteger la propiedad. ¿Pueden los partidarios de Rawls y Nozick llegar a un consenso o a un consenso solapado con respecto a la propiedad privada?

Si pensamos en el problema del aborto, veremos que los que afirman que el Estado tiene poder limitado para obligar al cumplimiento de ciertas obligaciones morales y para proteger ciertos derechos, concluyen que el Estado no tiene autoridad moral secular para prohibir de forma coercitiva el aborto, aunque afirmen también que abortar es un mal moral grave. ¿Pueden alcanzar un consenso o un consenso solapado con los que sostienen que hay que proporcionar el aborto solicitado? ¿Qué sucede si ambos lados están dispuestos a llegar a ciertos compromisos para evitar lo que cada uno de los lados considera el mal mayor? ¿Puede considerarse el resultado como consenso? ¿Cómo distinguir el consenso de a) la coincidencia fortuita de pareceres con respecto a una cuestión o política concreta, b) ámbitos en los que se produce una cooperación limitada poco problemática moralmente, y c) áreas en las que las partes han llegado a un acuerdo porque lo consideran el mal menor?

¿Cuál es la razón de que tantas personas sostengan la opinión de que las teorías de justicia o las teorías bioéticas se justifican en función de un consenso social o de un conjunto de consensos sola-

pados? Esto puede deberse en parte a que los políticos buscan la apariencia de consenso para poder gobernar. Si se establece una comisión gubernamental para respaldar una política concreta, y no se quiere que reine el disenso, hay que estructurar el proceso de modo que no se produzcan interminables debates sobre visiones morales o políticas fundamentales. Así, no se nombrará a William Buckley, Angela Davis, Jesse Jackson, Bella Abzug, Ron Paul y a la Madre Teresa de Calcuta miembros de una comisión para determinar el plan de estudios sobre el sexo seguro de los colegios públicos de la ciudad de Nueva York,<sup>52</sup> porque si se hiciera nos enfrentaríamos a distancias insalvables entre visiones morales. Se intenta, por el contrario, nombrar a personas que tengan mucho en común. Hay que controlar los asuntos a tratar en las reuniones para que las discusiones no fracasen por cuestiones de profundo desacuerdo. Dirigir las discusiones y crear la apariencia de consenso es una de las sabias estrategias de una *Realpolitik* pacífica.

La apelación al consenso o al consenso solapado parece funcionar en gran parte de la misma forma que lo hace la ideología en una explicación marxista. «Las ideas de la clase gobernante son en cada época las ideas gobernantes: esto es, la clase que es la fuerza material gobernante de una sociedad es al mismo tiempo su fuerza intelectual gobernante.»<sup>53</sup> En efecto, el consenso al que se apela parece ser la ideología social. Esta interpretación es aplicable tanto al consenso e ideología de sociedades socialistas como de sociedades burguesas.

«Después de todo, lo esencial de una teoría de la ideología es que indique la distancia existente entre la realidad y la apariencia en la sociedad y también que demuestre que esta distancia cumple una función al permitir que ciertos intereses prevalezcan. La ideología facilita que la dominación y la explotación sigan siendo relaciones sociales. El pensamiento socialista, tanto en el bloque soviético como en las sociedades occidentales, invita a utilizar el análisis ideológico como instrumento en la lucha social, en la que se enfrentan grupos rivales por acceder al poder estatal y obtener así los recursos que exige el moderno Estado intervencionista.»<sup>54</sup> Como señala John Gray, la circunstancia de que no se haya desplegado la crítica ideológica ni contra la ideología comunista ni contra la ideología socialista parece depender de «la suposición infundada de que los objetivos socialistas no necesitan ser desmitificados ideológicamente ...».<sup>55</sup> La fuerza de este argumento general reside en que incluso concepciones democráticas levemente



socialistas como la de Rawls se consideran meras ideologías, si no son capaces de proporcionar una justificación fundamental que autorice su contenido. Apelar a un consenso carente de argumentos fundamentales equivale a apelar a la ortodoxia de una elite gobernante con el fin de legitimizar su dominancia y conseguir, de este modo, que la crítica de sus presunciones básicas parezca irracional. Si buscamos justificar la existencia de un consenso nacional examinando tales fenómenos, estaremos confundiendo estrategias maquiavélicas y compromisos sutiles con el consenso, e incluso con el consenso solapado.

Después de haber dicho todo esto, la pregunta crucial de principio permanece sin respuesta: ¿Por qué posee la mayoría la visión verdadera o autoritativa de la imparcialidad y de la justicia, si es que existe tal mayoría? ¿Por qué conlleva el consenso preponderante autoridad moral? Además, ¿cuánto consenso se necesita para obtener autoridad moral? Tal vez, la fuerza de la apelación al consenso saque ventaja de la ambigüedad inherente al término. En latín la palabra *consensus* significa tanto unanimidad como acuerdo, al igual que en inglés. El término «consenso» denota, por tanto, un sentimiento común al mismo tiempo que un acuerdo. Pero como demostrábamos en las páginas precedentes, puede haber un cierto acuerdo aun cuando las opiniones morales básicas estén en conflicto, de tal modo que de la decisión de colaborar en un caso concreto no se infiere un acuerdo general de colaborar en muchos y, todavía menos, en la mayoría de los casos. Además, puede llegarse a un acuerdo, no como resultado de la coincidencia de pareceres en los juicios morales, sino como un compromiso prudente ante presiones políticas coercitivas, situación en la que otra decisión podría ser todavía más perjudicial. El consenso ejerce fuerza moral cuando identifica la unanimidad de sentimiento moral, ya que entonces, las reconstrucciones de ese sentimiento moral prometen ser en gran parte coincidentes. El consenso también puede poseer fuerza moral cuando existe un verdadero acuerdo, pero cuando el consenso describe un equilibrio de poder político, en el que individuos de distinta opinión moral se ven obligados a colaborar y a dar su consentimiento a muchas cosas que consideran perturbadoras moralmente, con el fin de evitar resultados morales todavía peores, habrá que establecer algo más para obtener autoridad o legitimidad moral.<sup>56</sup>

Richard Rorty presenta entre los escombros que han quedado de estos intentos fundamentales una solución pragmática.<sup>57</sup> La fi-

losofía no debe proporcionar un fundamento conceptual de las instituciones políticas democráticas, sino que debe estar al servicio de éstas. La filosofía pasa de ser una tarea intelectual por propio derecho, a ser una fuerza ideológica. Si se cree firmemente en las instituciones de una variedad concreta de la democracia liberal, se podrá, tal vez, resistir la tentación de reconocer que los creyentes son simplemente «nosotros, los liberales del siglo xx» o «nosotros, los herederos de contingencias históricas que hemos creado instituciones políticas cada vez más cosmopolitas y democráticas».<sup>58</sup> Sin embargo, ya que las opiniones contingentes que enmarcan a una democracia liberal no pueden justificarse o fundamentarse de forma secular general, no es más o menos noble, buena o bella, en términos seculares generales, que una sociedad construida sobre la base de la ética samurai o sobre el capitalismo autoritario. La sugerencia de Rorty sólo funciona, si se opina que la democracia liberal es preferible, digamos, al capitalismo autoritario (esto es, se prefiere Cambridge, Massachussetts, a Singapur) y esta elección sólo es verosímil si se parte de una determinada clasificación de la libertad y de la seguridad. Las personas que de noche pasean sin temor, sintiéndose seguros en el seno de un capitalismo autoritario próspero y disponen de un sistema sanitario más eficiente,<sup>59</sup> se compadecerán de los que viven en circunstancias más peligrosas y relativamente exiguas en democracias sociales liberales. Las personas que viven en países en vías de desarrollo considerarán una u otra elección como más o menos plausible conforme a sus clasificaciones de los bienes y perjuicios.

¿Quién tiene la razón? ¿Cómo determinarlo? Igualmente importante, ¿cómo justificar ante extraños morales el hecho de preferir imponer una democracia social liberal antes que una democracia capitalista *laissez-faire*, que una democracia autoritaria, que una dictadura comunista, etc.? Cualquier juicio que emitamos sobre los resultados dependerá de una clasificación determinada de ventajas e inconvenientes, de una visión concreta de lo bueno y lo correcto. En términos seculares generales no podemos justificar una moralidad dotada de contenido y canónica o una bioética dotada de contenido. Tampoco será la solución canonizar el fracaso del intento de justificar las exigencias morales proclamando diferentes enfoques no fundamentales de la moralidad y de la bioética. A menos que podamos ofrecer otra forma de justificación verosímil de la autoridad moral de tales propuestas no fundamentales, justificando, por ejemplo, un enfoque casuístico o de nivel medio



(táctica, que no parece prometedora, después de lo ya expuesto), estaremos simplemente proclamando nuestros prejuicios morales. La aserción de que poseemos una visión no fundamental, que debe ser la dominante, aunque los demás no estén de acuerdo, significa admitir que hemos decidido, desesperadamente, imponer coercitivamente a los demás nuestra propia ideología o visión moral.

### *Al borde del nihilismo*

Este problema hay que valorarlo en toda su importancia. Esto es válido contra las teorías sobre la justicia y también contra las explicaciones de la moralidad. Pone en tela de juicio la bioética secular en general. Si no disponemos de argumentos racionales para desenmascarar algunas líneas de conducta como canónicamente inmorales, habrá que concluir que el enfoque médico del hospital de Albert Schweitzer y los campos de concentración de los nazis serían igualmente defendibles o indefendibles. Los actos del opresor y del santo serán igualmente justificables o carentes de justificación, al menos en términos seculares generales. Estamos al borde mismo del nihilismo. No es posible establecer un método objetivo para decidir cuándo lo moralmente desviado ha de ser considerado también moralmente equivocado. No existe una forma secular general de descubrir el carácter concreto de la vida buena.

Esta conclusión es especialmente inquietante si tenemos en cuenta que la cultura occidental ha supuesto la existencia de un cuerpo de leyes naturales a partir de las cuales es posible emitir un juicio acerca de la rectitud o la incorrección de acciones realizadas en diversas culturas y épocas históricas. Tales premisas han guiado la ley en Occidente desde la época del Imperio Romano hasta los tiempos modernos y los juicios de Nüremberg.<sup>60</sup> Gayo habla de «la ley que la razón natural establece en toda la Humanidad [y que] siguen todos los pueblos de manera parecida, y es llamada *ius gentium* [derecho de las naciones o derecho del mundo], por ser la ley observada por toda la Humanidad».<sup>61</sup> Esta misma idea reaparece en las *Instituciones* de Justiniano<sup>62</sup> y en los *Commentaries on the Laws of England* de Blackstone.<sup>63</sup> El hecho de no disponer de una perspectiva a partir de la cual sea posible escoger racionalmente entre visiones contrapuestas de la ley natural pone en tela de juicio todo el conjunto de los cánones morales tradicionales.

Nos encontramos en el profundo abismo que supone el nihilis-

mo. La tendencia a hacer de la bioética algo más que la exégesis de una tradición o visión moral particular se convierte en una tentación de voluntad de poder. Imponer una bioética concreta a una sociedad que carece de autoridad moral equivale a utilizar la propia voluntad para crear el consenso por la fuerza. Significa concluir que no existen imperativos morales generales, si Dios está muerto en el ámbito público —en el sentido de que no todos le escuchan—, y ya que en el seno de una moralidad dotada de contenido canónica y revelable por medio de la razón no se dispone de un sustituto laico de Dios. Cada persona podrá elegir una versión diferente de un supuesto consenso bioético e intentar que sea autoritativa *de facto*, aunque no *de jure morale*. Cuando no existen imperativos morales seculares generales se enfrentan las voluntades individuales.

La justificación de la resolución de una controversia moral se ha buscado a menudo en un criterio moral compartido por la generalidad, un criterio al que, en un sentido u otro, todos en la comunidad se han convertido. La apelación al consenso realizada por Rawls y Rorty son ejemplos de tales apelaciones a la conversión. La llamada a la «conversión» lleva aneja una de las esperanzas tradicionales para la resolución de controversias morales. El Occidente cristiano, especialmente con anterioridad a la Reforma, concebía un solo criterio moral autoritativo, alcanzable no sólo por medio de la gracia divina, sino mediante la argumentación racional, e interpretado por la exclusiva autoridad de la Iglesia católico-romana, y más en particular por la del papa de Roma.<sup>64</sup> Dicho criterio moral y autoridad completaban y llevaban a su plenitud lo que se suponía que la razón descubría acerca del *ius gentium*.<sup>65</sup> La fragmentación del cristianismo y el desarrollo de un espíritu más secular en Occidente,<sup>66</sup> puso este ideal en tela de juicio como posibilidad histórica. Por otra parte, la apelación a un Dios trascendente y a su gracia no puede resolver las controversias que se plantean en una sociedad laica. Por definición, en semejante contexto sólo pueden alcanzarse las premisas decisivas por medio de la revelación divina y por la gracia<sup>67</sup> y serán accesibles a quienes carezcan de tales bendiciones. En determinados casos puede ser necesario recurrir a la fuerza para doblegar a estos menos agraciados, y esa fuerza no se podrá justificar desde un punto de vista secular general. Esas acciones irán, por tanto, en contra de la posibilidad de una moralidad pacífica, general, defendible desde un punto de vista moral. En efecto, los Estados cristianos medievales

occidentales carecieron de autoridad moral en muchas de sus empresas, como lo demuestra la historia de la persecución de los judíos y los herejes.<sup>68</sup> El fracaso de la esperanza de la cristiandad occidental de encontrar una justificación racional de la moralidad dotada de contenido revela una crisis fundamental en la justificación de esta última.<sup>69</sup>

Desde la Revolución Francesa hasta la Revolución de Octubre, la razón no ha conseguido establecer una visión particular de la vida buena como moralmente autoritativa.<sup>70</sup> El problema ya se ha resumido anteriormente: para poder establecer racionalmente una concepción concreta particular de la vida buena como moralmente autoritativa, será necesario apelar a un sentido moral particular o a su análogo. Sin embargo, para justificar ese sentido moral, será necesario apelar a otro sentido moral superior, y así *ad infinitum*. Si fracasan los medios esperados para establecer la corrección de todo criterio moral concreto, se pierde entonces una fuente de dirección autoritativa para una bioética secular. Además, si no se encuentra un nuevo enfoque, resultará imposible establecer corporaciones de política pública o individuos que tengan la autoridad moral para imponer cualquier tipo de política particular por la fuerza. La política pública, incluida la política sanitaria, carecerá de autoridad moral y podrá a lo sumo tener autoridad otorgada por un cetro siniestro, una autoridad basada en la fuerza.

#### *La superación del nihilismo: rescatar la legitimidad moral de la bioética secular*

Las disputas admiten diversas vías de solución: a) la fuerza, b) la conversión de una de las partes al punto de vista de la otra, c) la argumentación racional fundada, y d) el consenso.<sup>71</sup> Particularmente, se debe distinguir entre las resoluciones que recurren a lo que podríamos llamar *clausura* —o *cierre*— (fuerza principal) y las resoluciones que tienen autoridad moral. El recurso a la fuerza responderá a la cuestión ética como una cuestión intelectual en torno a los motivos que justifican el que una controversia tenga que resolverse de una determinada manera, incluso si implica la imposición de un consenso falsamente difundido. La tentativa de forzar dicho consenso carecerá de autoridad moral secular generalizada. Usar la fuerza, incluso cuando se trata de una fuerza legalmente autorizada, para cerrar las clínicas de abortos o para prohibir la

venta privada de asistencia sanitaria básica de mayor calidad será considerado simplemente como un acto de fuerza por todos los que no compartan la visión moral que legitima el uso de la fuerza. La fuerza bruta es simplemente eso, fuerza bruta. Uno de los objetivos éticos es determinar cuándo puede justificarse el recurso a la fuerza.

La ética puede recuperar buena parte del terreno perdido recordando qué es lo que, de hecho, se espera de ella. Plantear una cuestión ética es buscar un fundamento distinto a la fuerza para resolver una controversia. Como mínimo, la ética y la bioética son un medio para solucionar disputas concernientes a la conducta conveniente que descarta el recurso a la fuerza como base fundamental para una resolución. Si resulta imposible establecer claramente por medio de la sólida argumentación racional un punto de vista moral concreto como canónicamente decisivo (y, de hecho, ésta es una tarea imposible, ya que el establecimiento de tal punto de vista presupone por sí mismo un punto de vista moral, y esto es justamente lo que está en discusión), entonces la única fuente de autoridad secular general para el contenido moral y la dirección moral será el consenso. Para expresar este punto con otras palabras, ya que, de hecho, no parece que existan argumentos seculares decisivos para establecer que una visión concreta de la vida moral sea mejor que sus rivales (o al menos, más allá de ciertas limitaciones generales) y, teniendo en cuenta que no todos se han convertido a un único punto de vista moral, la autoridad moral secular es la autoridad del consentimiento. Esta base de la moralidad se encuentra en la noción de ética como medio para obtener autoridad moral a través del consentimiento ante las insolubles controversias morales dotadas de contenido. Si alguien está interesado en resolver las controversias morales sin recurrir a la fuerza, pero con la autoridad moral reconocida por todos como base del consenso, tendrá que aceptar el acuerdo entre las distintas partes en discordia o la negociación pacífica como los medios para alcanzar la resolución de controversias morales concretas.

Esta explicación de la ética y la bioética requiere un mínimo de supuestos previos. Exige tan sólo decidir que las disputas morales no se resolverán mediante la fuerza. No compromete a nadie con una visión moral concreta de la vida buena (por ejemplo, la importancia de la asistencia sanitaria con respecto a otras empresas humanas). Toda visión concreta requiere o bien argumentos que no son muy eficaces (esto es, establecer una visión particular de la

vida buena como canónica basándose en sólidos argumentos racionales) o bien premisas especiales obtenibles únicamente en el seno de comunidades concretas que prestan su apoyo a supuestos ideológicos, religiosos o metafísicos concretos. Es una condición mínima al depender de lo que es resolver disputas entre extraños morales con autoridad moral: el consentimiento. Establece una autoridad reconocible de forma secular para sus conclusiones: el acuerdo. Al apelar a la ética como medio para negociar pacíficamente disputas morales se puede deducir como condición necesaria y suficiente (suficiente cuando se combina con la decisión de colaborar) para la ética secular la exigencia de respetar la libertad de los participantes en una controversia moral (esto es, en el sentido de obtener su permiso para usarlos) como base de la autoridad moral común (esto es, del permiso de los participantes). Si tenemos en cuenta que las controversias morales pueden afectar en principio a todos los agentes morales (y, como veremos más adelante, *sólo* a agentes morales), tenemos aquí un medio para caracterizar la comunidad moral secular como el posible lugar de encuentro intelectual de personas interesadas en resolver las controversias morales por medios que fundamentalmente no se basan en la fuerza.

La autoridad moral secular no es más ni es menos que la autoridad de quienes acuerdan colaborar. No hablamos de autoridad moral proveniente de Dios, de la razón, o de una tradición o ideología moral particular. Se puede configurar el mundo moral por medio del libre albedrío, aunque no sobre la base de una argumentación racional sólida de contenido moral. Incluso si no se alcanza la racionalidad superior, se obtiene un fundamento trascendental<sup>72</sup> e inmanente para esta decisión de la voluntad: un juego al que no se puede renunciar, que posee reglas ineludibles, pero carentes de contenido. Si se resuelven las controversias morales mediante el acuerdo mutuo se puede justificar la autoridad moral de la empresa común: el consentimiento mutuo. Si se actúa contra este medio de resolver controversias morales seculares entre extraños morales se pierde todo fundamento moral secular general para protestar cuando se sea atacado por la fuerza defensiva o punitiva. Quienes apoyan la práctica encuentran un mundo moral que puede ser compartido por extraños morales, quienes la rechazan pierden motivos seculares para protestar cuando son castigados. Frente a la posmodernidad, aún es comprensible actuar con autoridad moral. Todavía son posibles la coherencia y la colaboración moral in-

tersubjetiva sin tener que presuponer la objetividad de la moralidad secular en el sentido de que tenga que corresponder a verdades morales dotadas de contenido<sup>73</sup> y sin requerir el acuerdo moral dotado de contenido.

Si alguien se niega a participar en una negociación porque, en su opinión, sería preferible resolver dicha disputa apelando a la fuerza, aunque supuestamente se trate de un recurso moralmente justificado (por ejemplo: «Dios me dice que dos niveles diferentes de asistencia sanitaria son algo malo, por lo tanto creo que habría que prohibirlos legalmente»), otros le pueden replicar: «Si tú utilizas la fuerza contra el inocente basándote en afirmaciones morales que no se pueden justificar de forma general, o con las que no se muestran de acuerdo todas las partes implicadas, no podrás protestar racionalmente cuando nosotros empleemos la fuerza para protegernos a nosotros mismos contra ti y rechazar tu pretendida autoridad. Lo que se afirma sin prueba se puede negar, con la misma facilidad, con una afirmación contraria. Es más, los seres racionales, en cualquier lugar del universo, que están interesados en resolver las controversias morales con autoridad moral, renunciando a la fuerza como base primaria para la resolución de disputas, verían en ti a un enemigo de la moralidad secular, y, por lo tanto, censurable y considerarían que nosotros actuamos correctamente».

Por otra parte, cuando alguien se niega a participar en un acuerdo concreto, en la medida en que tal rechazo no implica el uso de la fuerza contra el inocente<sup>74</sup> (por ejemplo, faltando a una promesa), simplemente ha descubierto un límite que afecta a una comunidad particular o a un área de acuerdo, y no una garantía para forzar la cooperación. Es justamente aquí donde se descubre también una igualdad fundamental entre todas las personas.<sup>75</sup> Si no es posible establecer ninguna jerarquía de valores como canónica, tampoco los individuos pueden naturalmente ser subordinados unos a otros fuera de los deseos o acciones de la persona subordinada (es decir, como parte de un justo castigo). Es más, el derecho de todas las personas a negarse a participar en toda comunidad concreta equipara a todos y cada uno en el derecho a ser dejado solo y a tratar de dar forma a una comunidad con otras personas bien dispuestas.

Esta visión de la ética y la bioética no debería considerarse fundamentada en un interés por la predilección otorgada a la paz. No se basa simplemente en el interés por establecer una comunidad

pacífica. No se puede demostrar, en términos seculares generales, que esta visión sea buena, loable o deseable racionalmente. Por el contrario, debería verse en ella el descubrimiento —para decirlo con un concepto kantiano— de una condición trascendental, una condición necesaria para la posibilidad misma de un ámbito general de vida humana y, hablando más en general, de la vida de las personas. Es el descubrimiento de la gramática mínima implicada en hablar de censura y alabanza con extraños morales, y en el establecimiento de un conjunto dado de responsabilidades morales por medios distintos a la fuerza.<sup>76</sup> Esta explicación podría considerarse un argumento trascendental en favor del principio de Robert Nozick de la libertad como coacción lateral o secundaria.<sup>77</sup> La autoridad de la libertad como coacción secundaria, el principio de que no podemos utilizar a otras personas sin su permiso, tiene su origen en que es una condición necesaria para hacer posible una importante empresa de las personas: una estructura moral secular que pueda justificarse ante, y puede vincular a, extraños morales. De la misma manera que se han de presuponer ciertas condiciones para la posibilidad misma del razonamiento científico, aquí nos tomamos con un supuesto básico mínimo de la ética secular.<sup>78</sup>

Este análisis pretende poner al descubierto una tautología. Este razonamiento circular (esto es, que parte del concepto de la ética como tarea centrada en la resolución de las controversias morales sin recurrir fundamentalmente a la fuerza, sino con autoridad moral) es aceptable si sirve para desvelar la naturaleza de uno de los elementos primordiales en la vida de las personas.<sup>79</sup> Él nos ofrece una intuición intelectual. Nos muestra que aunque no se puedan descubrir las peculiaridades dotadas de contenido de la conducta al margen de una visión concreta adecuada de la vida buena, aún podemos encontrar la base que nos permita configurar una estructura moral secular.

Resumiré, esperando que ello contribuya a aclararlos ulteriormente, los puntos relativos a la resolución con autoridad de las controversias morales expuestos hasta este punto. La resolución basada en la fuerza carece de autoridad intelectual, tanto a) para señalar qué punto de vista es correcto, como b) para decidir si se puede imponer por la fuerza el punto de vista correcto. En tales casos, la autoridad no significa otra cosa que fuerza para obligar. Tampoco las llamadas a la conversión son suficientes para una sociedad pluralista secular, aunque puedan bastar para quienes forman una comunidad de creyentes o ideólogos que experimentan la

fuerza de la gracia de la conversión común o que están comprometidos con un sentido moral particular o con un conjunto de premisas morales. La gracia de la conversión o el especial compromiso carecen de autoridad moral secular general. Los argumentos racionales sólidos tendrían autoridad, si fuesen capaces de justificar un punto de vista moral concreto. Ya que la argumentación racional sólida fracasa en principio al intentar establecer una noción moral dotada de contenido, sólo nos queda el acuerdo. A pesar de la llegada de la Reforma (que constituye la metáfora histórica de la improbabilidad de una conversión común) y del colapso de la esperanza suscitada por la Ilustración de proporcionar una justificación racional secular de la autoridad de una interpretación concreta de la vida buena (lo que constituye la metáfora histórica del fracaso de la razón en su esfuerzo por establecer una visión concreta particular de la vida buena), todavía se dispone de un proceso por medio del cual crear de forma pacífica una autoridad moral común.

Esta teoría de la moralidad que vincula a extraños morales, el único componente de la esperanza suscitada por la Ilustración que permanece vigente, es suficiente para justificar una amplia gama de prácticas humanas y de políticas sanitarias. Puede justificar, de hecho, toda práctica que obtiene su autoridad del consentimiento explícito o de la renuncia necesaria a utilizar a las personas sin su consentimiento, que es la base de toda posibilidad de una moralidad secular general. Así, se puede dar una explicación para justificar prácticas tales como el consentimiento libre e informado, el libre mercado y la democracia limitada. Cuando se intente conseguir el permiso, consentimiento o acuerdo, lo único a lo que se deberá renunciar será a que quien busca el acuerdo utilice la fuerza coercitiva. No se podrá en principio tener en cuenta la posición moral de las diferentes fuerzas coercitivas naturales en la medida en que quienes realizan el acuerdo no son responsables de esas fuerzas. Podrán emplearse incentivos o manipulaciones pacíficas para conseguir el permiso, el acuerdo o el consentimiento. El uso de la persuasión, de incentivos y de las fuerzas de mercado se racionaliza como medio de convencer a las personas individuales a que se decidan a participar en determinadas empresas comunes. Tales manipulaciones, en la medida en que son de naturaleza pacífica y no implican amenazas de fuerza o intervenciones forzadas que imposibilitan la libre elección (esto no excluye, en términos seculares generales, la posibilidad de que alguien induzca de forma

pacífica a otros a que den su consentimiento para hacer imposible una elección, por ejemplo, emborrachándose con ellos, etc.) forman parte de la estructura propia de una sociedad secular de personas que actúan con autoridad común.

*La autoridad moral en la posmodernidad:  
la legitimación de la política sanitaria*

La posmodernidad pone de manifiesto la imposibilidad de obtener mediante argumentos lógicos una interpretación normativa dotada de contenido de la moralidad y de la bioética que pueda proporcionar autoridad moral a la política pública en general y a la sanitaria en particular. La Ilustración confiaba poder demostrar, por medio de la argumentación racional, lo que se debe hacer y la autoridad que se debe aceptar. Si se hubiera podido establecer tal guía moral dotada de contenido sobre el fundamento de argumentos racionales lógicos, entonces: a) se hubiese podido tachar a todos los que estaban en desacuerdo de irracionales, b) se hubiese podido utilizar la fuerza coercitiva, basada en la autoridad de la racionalidad, contra ellos (y no hubiesen podido argumentar racionalmente contra ello, en tanto ocurriese conforme a la noción dotada de contenido justificada por argumentos racionales sólidos), y c) esa fuerza coercitiva no hubiese alienado a los individuos, sino que, por el contrario, les hubiese devuelto a la conducta moral racional que les correspondía en cuanto seres racionales.

Estas reflexiones nos llevan a un nuevo examen de la autoridad moral de la democracia y de la mayoría democrática. A menos que el consentimiento sea unánime, hay que demostrar cuántas personas tienen que constituir esa mayoría para que sea normativa y por qué. Si no podemos declarar como canónica una concepción particular de la democracia o de la autoridad de la mayoría democrática basándonos en argumentos racionales y razonables, entonces la categoría moral secular de la democracia habrá sido «desconstruida» y se fragmentará en ideologías contrarias y rivales para así evitar la deslegitimación de toda política pública, incluida la política sanitaria. Hay que demostrar qué puede realizar una democracia limitada cuando todavía obtiene su autoridad moral de sus ciudadanos. Para ilustrar la naturaleza de esta tarea imaginemos que los lectores de este libro suponen que mueren todas las demás personas, excepto ellos. Si tuviesen que crear un gobierno y establecer

una política sanitaria, no es probable que compartiesen una concepción común de la vida buena y de la autoridad moral adecuada. Seguramente defenderían opiniones divergentes sobre el aborto, la eutanasia y el apoyo gubernamental de la sanidad. Con todo, podrían crear un gobierno capaz de emplear la fuerza punitiva y defensiva contra todos los que utilizasen a los inocentes sin su consentimiento (por ejemplo, utilizar a las personas como sujetos de experimentos sin su consentimiento), así como obligar a cumplir contratos registrados (por ejemplo, acuerdos entre médicos y pacientes). Si produjesen recursos colectivos, tendrían que crear reglas para distribuirlos. Podrían, por ejemplo, confiar en una mayoría de dos tercios en un plebiscito. Podrían crear una junta directiva que decidiese por voto mayoritario simple, así como una comisión que formulara por mayoría simple una lista de las diez tareas más importantes susceptibles de ser financiadas, y elegir entre ellas echándolo a suerte. Incluso se podría establecer el derecho a recibir asistencia social, concretamente, derechos financiados gubernamentalmente a recibir asistencia sanitaria.

Aunque gran parte de la política pública contemporánea puede ser reinterpretada y justificada, otra parte no puede serlo, concretamente, el mito secular moderno de la autoridad de la mayoría. Cuando se configura la política pública, para que no sea interpretada como la *Realpolitik* de respetar las fuerzas sociales predominantes, la legitimidad de la autoridad moral secular debe derivar del consentimiento de individuos reales. En lugar de intentar justificar con argumentos inútiles la autoridad moral secular del gobierno en función de su organización, del control de un territorio particular o de sus aspiraciones a una forma determinada de rectitud moral, será necesario investigar en qué medida puede la autoridad moral de la política pública (y, más concretamente, de la política relativa a la asistencia sanitaria) derivar del mutuo acuerdo de las personas implicadas.

El intento de establecer tal autoridad revela al mismo tiempo los límites de la misma. Los límites morales seculares que pesan sobre la autoridad pública se pueden expresar por medio de una lista de derechos individuales o «naturales», es decir, de derechos que, en principio, no es presumible que los individuos cedan a una organización social sin que medie la amenaza de la fuerza.<sup>80</sup> Estos derechos (derivados de la circunstancia de que un universo moral secular se constituye a partir de la colaboración de personas individuales) son indeterminados e incluyen, por ejemplo, el derecho a

utilizar medios anticonceptivos, a la existencia de un nivel privado de asistencia sanitaria, no porque sean cosas que se deban hacer (el suicidio, por ejemplo, es según la interpretación del autor un grave mal moral), sino porque su proscripción está fuera del ámbito de la autoridad moral secular del Estado secular.<sup>81</sup> Estos derechos están garantizados frente a las decisiones mayoritarias. Incluso el voto de todos menos uno en favor de su abolición no afecta al estatuto moral secular de los mismos. Tales derechos nos recuerdan que la autoridad moral secular de una comunidad sobre un individuo, en sus acciones consigo mismo o con el consentimiento de otros, es radicalmente limitada. Desde una perspectiva moral secular tales acciones son un asunto privado, a no ser que dichos individuos o bien violen las condiciones para la acción autorizada moralmente entre extraños morales o bien consientan en someter su vida privada a la regulación de una comunidad particular. Por ejemplo, las personas tiene el derecho moral básico secular a vender sus órganos para su utilización en trasplantes.

La autoridad en el ámbito de la política sanitaria se obtiene del permiso e incluso, cuando se trata de empresas que exigen una colaboración compleja, ésta es consensuada o contractual. Las controversias morales en el campo biomédico son disputas de política pública que se deben resolver pacíficamente por medio del acuerdo acerca del procedimiento que se debe utilizar para crear reglas morales basadas en el principio que dice que no hay que emplear la fuerza contra el inocente sin su consentimiento. Teniendo en cuenta que el entramado del consentimiento explícito e implícito es generalmente complejo, a menudo será difícil determinar con exactitud cuándo éste ha tenido lugar. No estará claro frecuentemente qué se debe hacer, o dónde y cuándo se tienen obligaciones morales. Sin embargo, debemos hacer todo lo que esté en nuestras manos en las actuales circunstancias. Si éstas nos impiden alcanzar una mayor perfección, cualquier cosa que merezca la pena hacer, merecerá ser mal hecha.

Esta visión del Estado y de la política pública puede parecer exótica, ya que la noción tanto del Estado como de la teoría política se han visto enormemente influenciadas por el ideal aristotélico según el cual el Estado forma un todo moralmente unido. Aristóteles se inspiró en el modelo de la ciudad-Estado, que en su opinión no debería ser de un tamaño mayor que el que se puede abarcar con un golpe de vista (*Política* 7.4.1326b), lo que aproximadamente equivaldría a una población que no superase los cien mil ciuda-

danos (*Ética a Nicómaco* 9.10.1170b). Es hasta cierto punto irónico que Aristóteles, que fue contratado como tutor de Alejandro Magno por Filipo de Macedonia, creador de uno de los primeros Estados en gran escala importantes, concibiese la política basándose en la *polis*. El desafío consiste en cómo dar forma a un Estado de amplias dimensiones con autoridad moral secular y una política sanitaria que cobije numerosas comunidades morales que tienen cierta analogía con las ciudades-Estado aristotélicas, pero no están vinculadas a ninguna localización geográfica particular. Un Estado de amplias dimensiones debe actuar como vehículo neutral para poder dar cobijo a numerosas comunidades que a menudo hacen gala de visiones muy diferentes de la adecuada bioética dotada de contenido.

*Moralidad y bioética para amigos;  
moralidad y bioética para extraños*

Es dentro de las comunidades, no dentro de las grandes sociedades, donde nos encontramos insertos en una matriz de contenido y estructura moral.<sup>82</sup> Es en el interior de comunidades morales concretas donde se vive y se encuentra pleno sentido a la vida y guía moral concreta. Es en el seno de comunidades morales concretas donde se posee una bioética dotada de contenido. Ahí se es católico romano, judío ortodoxo o comunista maoísta. Sólo dentro de tales comunidades pueden adquirir pleno significado la vida, sus gozos y sus sufrimientos. Tan sólo en función de los valores por los que se guían tales comunidades se aprende qué bienes morales y qué bienes no morales se deben perseguir y a qué precio. En ellas se aprende qué promesas se deberían hacer. En el plano secular general se puede descubrir que quebrantar las promesas hechas a un paciente es normalmente una forma de utilización violenta de la fuerza contra el inocente. En el interior de una comunidad particular también se puede aprender si es mejor sufrir los dolores de una larga enfermedad incurable o simplemente evitar esta dura experiencia mediante el suicidio; si es mejor educar amorosamente a un hijo deficiente o impedir su nacimiento por medio del diagnóstico prenatal y el aborto; si es mejor aceptar la esterilidad o alquilar una madre sustitutiva. Tales opciones adquieren esencia a partir de una concreta comprensión de los valores.

Con respecto a valores y virtudes concretos, los jóvenes médi-

cos y enfermeras aprenden a través de modelos de conducta, ya que éstos encarnan las virtudes de un punto de vista moral particular y muestran con ello las diferentes posibilidades de interpretar la bondad, la maldad y el sentido de la vida. Enseñan a valorar la buena asistencia sanitaria a través de la acción, el compromiso y el comportamiento adecuado. Desde una perspectiva secular general podemos considerar las diversas comunidades morales como ensayos o experimentos en la construcción de mundos morales, como esfuerzos creativos para crear criterios de la vida buena y bioéticas alternativas dotadas de contenido. Nos instruyen, en su diversidad, acerca de los diferentes caminos que pueden seguir los individuos para experimentar el bien, para comprender los bienes derivados de la asistencia sanitaria, así como para ejercer la medicina y otras profesiones sanitarias. También reflejan el anhelo del espíritu humano por encontrar un sentido a la sexualidad, al nacimiento, al crecimiento, a la salud, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte de los seres humanos.

La mejor manera de contemplar, apreciar y experimentar las diferentes composiciones de bienes morales incluidas en las diferentes visiones morales opuestas es de forma concreta. El modo óptimo de aprender cuál es el mejor carácter moral dotado de contenido es a través de la vida de los héroes y los santos, de las novelas, poemas y obras de teatro. Pero incluso en el seno de una comunidad moral tenemos diversas posibilidades. Podemos imaginar el caso de un niño que busca en un compendio de la vida de los santos un modelo que le indique cómo seguir la vida buena, y que durante su lectura se encuentra con referencias al monje san Herman de Alaska y al rey guerrero san Olaf de Noruega. ¿Qué ha de hacer para escoger entre imitar las virtudes de san Herman (1757-1837) en su actitud amorosa y delicada hacia todos los animales,<sup>83</sup> humanos y no humanos, o las virtudes del guerrero san Olaf Haraldsson (995-1030), que murió en Stiklestad, el viernes 29 de julio de 1030, tratando de derrotar a los aliados del rey Canuto?<sup>84</sup> Los argumentos seculares generales no proporcionarán una orientación concluyente para decidirse en favor de un punto de vista moral particular si se parte del supuesto de que Olaf no recurrió a un uso indiscriminado de la fuerza contra el inocente. Para valorar con pleno contenido el sentido de la virtud, debe contemplarse ésta encarnada en la vida de una persona concreta.<sup>85</sup>

Dado que no existen argumentos seculares, defendibles de forma general, para establecer una visión particular de la vida buena

como canónica, y siempre que los tipos de vida considerados respeten la libertad del inocente, entonces desde fuera, cualquier elección de una comunidad moral particular entre ellos parecerá ser una decisión basada en motivos estéticos. Se ha de contar con una serie de criterios morales no eliminables a partir de argumentos morales seculares, es decir, no implicarán utilizar al inocente sin su consentimiento. Según cuál de ellos nos parezca ser el más bello o de mejor composición, podremos elegir entre diferentes estilos de moralidad o de orientación moral dentro del área delimitada por esta limitación. Por ejemplo, ¿es mejor ser un piadoso baptista sureño, un deísta tejano o un ateo homosexual de San Francisco? Cada una de estas opciones entraña probablemente especiales riesgos y ventajas con respecto a la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida en el futuro. Cada una de ellas también conlleva una concepción particular del bien.

¿Es mejor ejercer la medicina como ginecólogo abortista o como internista? ¿Es mejor, desde el punto de vista moral, ejercer la medicina sobre todo por el lucro que comporta o, por el contrario, en el contexto de una clínica de la Iglesia sin ánimo de lucro? En esta y muchas otras circunstancias, los argumentos morales seculares darán escasa o nula orientación. Desde fuera, para el no convertido a la comunidad moral dotada de contenido y canónica no se tratará de una opción moral en el sentido estricto de una opción que se pueda generalizar o justificar en función de principios dotados de contenido que esperaríamos universalizar. En cambio, hay que interpretar la elección como una elección entre visiones opuestas de la vida buena, realizada conforme a sentimientos particulares, conforme a la alternativa que promete ser la más rica, amplia y atractiva. Como señalábamos anteriormente, no podemos fundamentar esa elección en términos seculares generales como moralmente autoritativa basándonos en argumentos sólidos, sin haber sostenido previamente un sentido o punto de vista moral concreto.

Seguramente existirá un fuerte contraste entre la comprensión dotada de contenido de una comunidad moral concreta desde dentro de dicha comunidad y la comprensión que de la misma se tiene desde fuera. Desde dentro de un grupo religioso particular puede parecer obviamente erróneo, en virtud de la desaprobación divina, el hecho de cometer suicidio, incluso cuando se trata de enfermos que se enfrentan a la fase terminal de su vida debilitados por un cáncer. Quienes viven dentro de esa comunidad moral considera-



rán que su postura *debe* ser moralmente compartida por todos, pero carecerán de argumentos morales seculares generales para demostrárselo a extraños morales. A lo sumo, pueden esperar convertir por medio de la persuasión o del testimonio. Si tenemos en cuenta que el respeto a la libertad forma parte del núcleo de la gramática de la ética secular, los individuos tendrían un derecho general, defendible racionalmente, a cometer suicidio, en el sentido estricto de que, en términos seculares generales, no se puede demostrar que el Estado tenga autoridad moral secular para prohibir el suicidio. Así pues, visto desde fuera, un individuo que considera la instrucción moral ofrecida por una comunidad que prohíbe el suicidio, tratará propiamente de analizar de qué forma convergen todos los compromisos de dicha comunidad en una vida moral coherente y plena. En último término el observador exterior puede concluir que ese estilo de vida particular ofrece la mejor de las vidas y dota del sentido más completo a la propia muerte, de forma que está claro que no se debe cometer suicidio. Sin embargo, un juicio como éste no representará el consentimiento del verdadero creyente, impulsado por la gracia de la convicción religiosa, ni tampoco representará la conclusión de un argumento moral secular determinante. En cambio, sería el tipo de juicio de un individuo instalado en una sociedad pluralista secular, pero que se esfuerza por alcanzar una comprensión de la vida que ofrezca sentido y comunidad.

Tales elecciones son frecuentes en individuos cosmopolitas que tienen la oportunidad de «ir de compras» en busca de convicciones intelectuales y morales a diversas «tradiciones» religiosas y culturales. Se podría pensar aquí en cómo los protestantes, los católicos romanos, los judíos y los musulmanes de ciudades como Atlanta, Buenos Aires, Londres, Nueva York, París y Sydney han terminado apartándose de sus criterios ortodoxos «tradicionales» sobre la anticoncepción, el aborto y la inseminación artificial con semen procedente de un donante, al asimilar criterios morales que tienen sus raíces en el paganismo clásico y en la filosofía contemporánea. Más claramente aún, cabría pensar en cómo las personas que son creyentes religiosos sólo a medias se inspiran en diversas fuentes para dar un sentido al dolor, al sufrimiento y a la enfermedad. Para el verdadero creyente, tal eclecticismo no es solamente fútil y superficial, sino carente de todo compromiso y significación auténticos. Tal es el precio de la comunidad tolerante y pacífica.<sup>86</sup>

Los que verdaderamente creen, conocen la moralidad y saben correctamente lo que deben hacer, no eligen el contenido moral de

forma arbitraria, ni contemplan esta elección sólo desde el punto de vista estético, sino que la consideran como algo intrínsecamente verdadero. Pensemos, por ejemplo, en la explicación que se expone a continuación de cómo se obtiene contenido moral a través de la participación en la liturgia. Ofrece una invitación prolija a un encuentro místico.

«No estás aislado ni separado de otras personas y objetos. No estás encerrado en la prisión del espacio. No te ahogas en la condena de tener que vivir en el tiempo. Tu vida no es un vaso de agua que no sacia tu sed cuando lo bebes y se estropea si no lo haces. No eres una parte de un todo ilimitado que funciona mecánicamente, ni eres un individuo en una multitud anónima. El Autor de la vida ha roto la cadena de la existencia puramente mecánica. Tu formas parte orgánica de un misterio teantrópico.»<sup>87</sup>

En un contexto de este tipo poseemos implícitamente una bioética. Un padre espiritual crea una casuística a nuestra medida. En un contexto así aprendemos a comprender las diferencias y la unidad que subyace a las hagiografías de Herman de Alaska y de Olaf de Noruega y a utilizarlas para el ulterior desarrollo de la propia vida moral. Pero este contenido, a pesar de su riqueza, no entrará en contacto con ninguno de los elementos de una ética secular. Vivirá en los intersticios, en los enclaves de la estructura de la moralidad secular. No proporcionará una moralidad ni una bioética para extraños morales.

Nos resta entonces una comprensión dialéctica de la naturaleza de la ética y de la bioética. Mientras por una parte se reconoce la existencia de una gramática absoluta —aunque carente de contenido— de la ética y de la bioética, por la otra, hay que reconocer la pluralidad de criterios morales concretos y de bioéticas dotadas de contenido. Aunque, desde la perspectiva de la moralidad secular, gran parte de la ética y de la bioética es irremediamente subjetiva y relativa, existe también un núcleo conceptual secularmente objetivo y absoluto. Existe una estructura intersubjetiva para la ética secular, en virtud de la comprensión misma de la ética como alternativa autoritativa a la resolución de disputas por medio de la fuerza. Por ejemplo, ya que no existe una base justificable de forma general para prohibir que las personas acadauladas adquieran un tipo de asistencia sanitaria a la que no tienen acceso las personas pobres, la adquisición de dicha asistencia será un derecho defendible en la ética secular general, aunque dentro de determinadas comunidades morales se considere un error ejercer tal derecho.



*Comunidades, secularidad y bioética: proporcionar asistencia sanitaria en un mundo moralmente fragmentado*

La vida moral se vive en dos niveles o dimensiones: a) El de una ética secular que se esfuerza en ser pobre de contenido, pero que es capaz de abarcar numerosas comunidades morales divergentes, y b) las comunidades morales particulares dentro de las cuales es posible alcanzar una comprensión dotada de contenido de la vida buena. El primero se puede defender por medio de argumentos morales seculares generales en torno a la naturaleza de la ética. Esta dimensión ofrece algunas conclusiones morales seculares absolutas y universales, aunque de pobre contenido. Teniendo en cuenta que representa un intento de asegurar la autoridad y el propósito moral de la acción común más allá de las comunidades morales, presupone la existencia de una serie de puntos de vista morales contrapuestos y la riqueza de la vida moral en ellos contenida. Tomada en sí misma, la bioética sería un marco vacío. La segunda dimensión ofrece visiones dotadas de contenido rivales de la vida buena, incluyendo explicaciones concretas de las virtudes y de los vicios. Es la primera dimensión la que fundamenta los derechos seculares de los pacientes a rechazar incluso el tratamiento que les puede salvar la vida. La segunda dimensión es la que indica cuándo se debe ejercer ese derecho. Puede haber tensión entre la ética secular general que ofrece un procedimiento, y la ética y bioética de comunidades morales concretas que ofrecen contenido; entre la ética que en su núcleo conceptual gira en torno al respeto a la libertad de los agentes morales y la ética y bioética que en su carácter concreto implica la búsqueda de bienes particulares. Por consiguiente, se podrá afirmar razonablemente: «El paciente tiene derecho a hacer esto, pero está equivocado».

El contraste no será a menudo tan fuerte como el que generalmente encontramos cuando las personas ideológica o religiosamente comprometidas comparan sus compromisos morales con los de la moralidad secular carente de contenido. Cada vez más individuos viven una vida más estética que moral, están poco dispuestos a reconocer que muchos elementos de su moralidad constituyen exigencias absolutas. Con mayor probabilidad dirán «esta exigencia bioética es válida para mí, puede que también sea aplicable a ti». Son tolerantes, son cosmopolitas ecuménicos que han construido una moralidad de contenido cambiante y de obligaciones poco onerosas, pero que todavía posee un contenido que la moralidad de ex-

traños morales no puede proporcionar, aunque éste no sea el contenido tradicionalmente asociado al fervor moral de las personas verdaderamente comprometidas con una ideología o religión particular. Por consiguiente, cuando se contrasta la moralidad carente de contenido de los extraños morales con la moralidad dotada de contenido de los amigos morales, hay que admitir que la moralidad de los amigos morales no está hecha de una sola pieza. Además, hay que reconocer que las moralidades dotadas de contenido no generan exigencias de la misma naturaleza ni intensidad.

Esto explica la razón de que a muchos cosmopolitas ecuménicos les resulte difícil reconocer los abismos morales que separan a las personas que viven en sólidas comunidades morales.<sup>88</sup> Se comunican con facilidad con individuos de diferentes razas, religiones y proveniencias, sin darse cuenta de que las personas con las que generalmente colaboran como amigos, raramente son cristianos, judíos o musulmanes comprometidos, o libertarios o igualitarios dedicados. Sus compañeros de discusión son, más bien, personas de compromiso moral atenuado, que evitan el fervor o la creencia. Los cosmopolitas ecuménicos evitan incluso el contacto con las personas que tienen fervor religioso o ideológico, ya que las consideran fanáticas y las tachan de moralmente deformadas. Por consiguiente, los extraños con los que se encuentran y a los que reconocen, no les son nunca del todo extraños. Partiendo de su visión y concepción moral concreta, tratan al creyente o al ideólogo comprometido como a un fanático y no como a un extraño, y así reducen las diferencias que, de hecho, les dividen y que señalan la diversidad de compromisos morales. Esto tiene importantes consecuencias para el modo de entender las diferentes bioéticas. Ingenualmente podríamos prever que la bioética de un católico romano diferirá marcadamente de la de un presbiteriano, de un judío o de un budista. Sin embargo, cuando se proporcionan cuidados sanitarios, nos damos cuenta de que la moralidad realmente vivida de muchas personas se aleja del compromiso proclamado, o antiguamente declarado, por aquél grupo religioso o ideológico determinado. Para muchas personas, los contrastes, y la fuerza de las exigencias han disminuido; por este motivo resulta útil distinguir entre las bioéticas dotadas de contenido según se apoyen en una moralidad a) que exige un compromiso último, b) que simplemente ofrece una interpretación dotada de contenido de la vida, del sufrimiento y de la sanidad, por poco exigente que sea.

*Extrañeza de los extraños morales*

Muchas personas, de hecho, dudan que los extraños morales se presenten con frecuencia, ya que la división que separa a los extraños morales se ve a menudo ocultada por a) la utilidad política que puede ignorar las diferencias, b) el manejo del consenso y la promoción de su existencia por medio de procesos políticos, incluidas comisiones biomédicas, y c) la existencia de muchas personas asaz comprometidas. Sin embargo, la extrañeza moral no es algo que el otro sea incomprendiblemente diferente, sino tan sólo que se considere al otro como alguien diferente porque tiene distintos compromisos morales o metafísicos. El interno que no es un seguidor de Jehová considerará que el testigo de Jehová que prefiere sangrarse antes que aceptar una transfusión sanguínea actúa de una forma extraña, que actúa partiendo de compromisos que son extraños en el sentido de que son evitados por el interno. El interno que vive en un mundo moral ajeno al del creyente que soporta la enfermedad como sumisión a la voluntad de Dios con la plegaria: «Señor, sé que merezco cualquier castigo que Tú me inflijas por tantas veces Te he ofendido y he pecado contra Ti». Muchas personas consideran que no sólo es obstinado, sino también ofensivo interpretar la enfermedad como un castigo divino. Además, tal interpretación puede estar en conflicto con la moralidad de una cultura democrática ilustrada. Del mismo modo, también se puede considerar a la mujer que se niega a abortar después de haber sido violada como una valiente testigo de convicciones morales ejemplares, sino como una mujer explotada por una concepción de valores masculina y patriarcal. De modo similar, un médico holandés ateo considerará extraña la decisión de un creyente de soportar un sufrimiento prolongado antes que elegir la eutanasia.

La extrañeza de los extraños morales no se demuestra tan sólo cuando se encuentran ateos y creyentes. Consideremos dos grupos de ateos: uno mantiene que la prostitución y la venta de órganos representan una explotación, mientras que el segundo afirma que es la descripción de la prostitución y de la venta de órganos la que representa una explotación. En opinión del primer grupo hay un desequilibrio de poder inadecuado entre el comprador y el vendedor de servicios sexuales o de órganos. Para el segundo el equilibrio de poder inadecuado reside entre el Estado y los vendedores y compradores de servicios sexuales y órganos. El primer grupo considera en términos seculares, que la sexualidad y el cuerpo ocupan una

posición especial. Para el segundo, no hay diferencia entre la venta de servicios sexuales y la de servicios como cantante o bailarina de *ballet*, así como no la hay entre vender órganos y consentir al trabajo físico. Podemos pensar también en la concepción opuesta de aquellos para quienes una sociedad justa es la que ofrece igualdad de oportunidades a todos de triunfar o fracasar según su talento, así como según su fortuna en la lotería natural y social (*laissez faire, laissez passer*), contra quienes consideran que una sociedad justa es la que garantiza, en la medida de lo posible, igualdad de resultados. Un grupo no verá nada injusto en la circunstancia de que los ricos puedan tener acceso a un tratamiento médico que los pobres no se pueden permitir, mientras que el otro grupo considerará esta circunstancia descaradamente injusta.

Las diferencias entre las visiones morales son reales, fundamentan concepciones sustancialmente diferentes de la bioética, y tienen su origen en que los participantes en las controversias morales disponen de premisas y de reglas de evidencia diferentes, de tal modo que las controversias no se pueden resolver por medio de argumentos racionales lógicos, ni mediante la apelación a una autoridad moral reconocida por todos. Sólo la moralidad secular general carente de contenido puede salvar este abismo y permitir la colaboración cuando no se alcanza la concurrencia de pareceres morales dotada de contenido.

*El profesional de la sanidad como burócrata y geógrafo de valores*

Los médicos, las enfermeras y otros trabajadores sanitarios desempeñan complicados roles morales, debido al carácter abigarrado de la moralidad. En primer lugar, han de vivir su vida moral dentro de dos mundos morales o dentro, al menos, de dos dimensiones morales. El primero es el de la comunidad moral de la que han extraído su significado y dentro de la cual pueden desarrollar sus tareas morales dotadas de contenido. En función de ese mundo moral conocen los profesionales sanitarios a qué promesas se vinculan, y las cosas por las que merece la pena vivir y morir (por ejemplo, hasta qué punto se debe correr el riesgo de ser infectado por el virus del sida cuando se trata a pacientes). Dentro de este contexto moral se aprende lo referente a virtudes y vicios concretos y se reciben impulsos para la formación de un buen carácter. Sin embargo, en la medida en que ellos mismos reconocen que los pre-

supuestos morales que estructuran su propio mundo moral no se pueden justificar en términos seculares generales con una autoridad moral secular general y canónica para todos, han de apelar a la posibilidad de una *lingua franca* neutral para una sociedad pluralista secular.

Aunque ejerzan la medicina o la enfermería en una comunidad y hospital de adventistas del séptimo día, o en una comunidad y hospital de piadosos católicos romanos, han de reconocer que ellos han creado y, de hecho, están sosteniendo un enclave moral especial. Cuanto más intenso es su contacto con quienes no comparten sus supuestos morales, más a menudo se verán repetidamente forzados a reconocer que ellos mismos no viven únicamente en el seno de su propia comunidad, sino también dentro de una estructura moral pluralista secular que abarca diversas comunidades y vincula a individuos de comunidades morales diferentes en torno a supuestos morales comunes. Por ejemplo, un ginecólogo católico romano, opuesto a la anticoncepción y al aborto, necesitará adaptarse al hecho de que las mujeres tendrán un derecho moral pluralista secular al aborto, aunque el aborto sea un acto moralmente equivocado. Tales médicos necesitarán desarrollar los medios para advertir a sus pacientes acerca de la gama de los servicios que los pacientes esperan de ellos, pero que ellos no van a ofrecer.

En el desempeño de esta tarea de advertir a los pacientes, los profesionales sanitarios actúan prácticamente como burócratas que les recuerdan a los pacientes sus derechos y las circunstancias en que sus exigencias pueden quedar limitadas. Esta metáfora del trabajador sanitario como burócrata seguramente iluminará el papel que médicos y enfermeras están llamados a desempeñar cuando se encuentran con pacientes que son extraños morales. Cuando de hecho no se comparten los supuestos morales de aquellos con quienes se trabaja, se deben buscar formas para protegerse contra los malentendidos. Las normas y las formulaciones burocráticas son inevitables en tales circunstancias, ya que ofrecen una orientación formal donde no cabe presumir acuerdos informales. Constituyen intentos de atender al objetivo de proteger los derechos cuando los individuos se encuentran como extraños morales, como sucede de hecho típicamente en las sociedades pluralistas seculares en gran escala. Se podría pensar aquí en las diversas normativas utilizadas para obtener el consentimiento libre e informado (por ejemplo, los Consejos Institucionales de Revisión y los formularios de consentimiento). Todo esto se hace necesario

cuando existen dudas razonables de que las personas implicadas compartan los mismos supuestos acerca de los intereses óptimos que se deben garantizar por medio de las intervenciones médicas y la investigación.

Los médicos y las enfermeras están llamados a desempeñar también el papel de geógrafos de valores y de derechos. A través de su experiencia, llegarán a conocer lo que significa estar enfermo con dolencias particulares o morir de determinadas maneras. Conocen las consecuencias de diferentes tipos de tratamiento, así como acerca del resultado probable de adoptar formas de enfermedad o de morir particulares. Para llevar a cabo esta tarea de geógrafos, necesitarán también conocer la delicada estructura moral, no sólo del marco moral pluralista secular, sino también de comunidades morales concretas de pacientes concretos.

Como mostraremos en el próximo capítulo, tales geografías de dilemas bioéticos revelan puntos importantes de tensión en el seno de la vida moral, no simplemente entre la moralidad dotada de contenido y la moralidad secular de extraños morales, sino también entre los principios fundamentales de la moralidad: a) sólo se debe utilizar a las personas anuentes (el principio de permiso), y b) hay que actuar para alcanzar el bien (el principio de beneficencia). Médicos y enfermeras están permanentemente enfrentados con el conflicto que se puede plantear entre el deber de respetar la libertad de los pacientes y el deber de hacer lo que mejor responda a los intereses de esos mismos pacientes. Como geógrafos de valores y derechos, los trabajadores sanitarios necesitarán adquirir experiencia en la tarea de iniciar a los pacientes en el conocimiento de la naturaleza de esas tensiones y de las consecuencias morales de las mismas. Sobre este tipo de conflictos volveremos a insistir en el próximo capítulo.

#### *La bioética frente a la diversidad moral: un resumen*

Partiendo del fracaso del proyecto ilustrado, comenzábamos este capítulo enfrentándonos a las amenazas que suponen el nihilismo y el relativismo, en apariencia desenfrenados. La moralidad occidental y la autoridad para realizar una política pública se fundamentaban en el supuesto de que la razón puede justificar una moralidad y una bioética dotadas de contenido y canónicas para extraños morales, pero se ha demostrado que este supuesto es in-

sostenible. Con todo, aunque la razón no otorga autoridad moral, se puede obtener, del permiso de los que eligen colaborar, una autoridad moral que vincula a los extraños morales, es decir, se puede realizar una pequeña parte de lo que confiaba poder llevar a cabo la Ilustración. También se puede limitar la amenaza del nihilismo: se pueden articular cánones generales de moralidad secular. Del mismo modo se puede limitar el relativismo, aparentemente no restringido: los cánones de la moralidad secular, aunque carecen de contenido, permiten la colaboración moralmente autoritativa. Pero los límites impuestos al nihilismo y al relativismo sirven de base, a su vez, para limitar la autoridad moral de la política pública secular, incluida la política sanitaria.

Ya que el colapso del proyecto ilustrado se debió al fracaso de la exigencia epistemológica que dice que la razón puede permitir saber lo que hay que hacer, nada se deduce acerca de la existencia de una verdad última o de la capacidad de conocer la verdad a través de la gracia. Por consiguiente, ante la moralidad y la bioética carentes de contenido que vinculan a extraños morales permanecen numerosas comunidades morales que poseen bioéticas dotadas de contenido. Debido a la distancia que separa a la moralidad secular de la moralidad de los amigos morales, y debido a los límites de la autoridad moral secular, deberemos decir frecuentemente, «X tiene el derecho moral a hacer A, pero está equivocado». Mayor importancia tiene el hecho de que todavía hay comunidades vigorosas que imponen sólidas exigencias a los individuos. Tan sólo hemos descubierto que las sociedades en gran escala, creadas por extraños morales, no proporcionan ese tipo de comunidad, en que los individuos pueden encontrar la estructura completa de la vida moral, comprender la verdadera solidaridad, o trascender la anomia que genera el individualismo carente de contenido.

## CAPÍTULO IV

### LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

En la raíz misma de la ética y de la bioética anidan profundas tensiones. La ética no es una única forma de actuar, sino que abarca diferentes formas de actuar, entre las que existe un «parecido de familia» y que a menudo chocan entre sí. Como veíamos en el capítulo anterior, la moralidad y la bioética que vinculan a extraños morales se diferencian notablemente de la moralidad y la bioética que vinculan a amigos morales. La moralidad que vincula a estos últimos depende de la autoridad que los individuos otorgan a través del permiso y tiene una estructura negativa: revela derechos y deberes de tolerancia; el requisito de utilizar a los individuos sólo con su consentimiento previo impone límites. Por otra parte, la moralidad que vincula a extraños morales justifica moralmente tareas conjuntas dotadas de contenido por medio de los acuerdos de colaboración. Este libro fija su atención en la moralidad de los extraños morales.

Tan importante, de hecho más importante que la moralidad de los extraños morales, es la que une a amigos morales, ya que otorga contenido. Sin embargo, diferentes visiones morales sirven de marco para distintas comunidades morales, crean una bioética dotada de contenido y ofrecen considerable orientación acerca de la correcta actuación del paciente, del médico, de la enfermera o del ciudadano encargado de planear una política sanitaria. Este libro no aborda estas moralidades ni la bioética que sostienen, así como tampoco estudia la moralidad dotada de contenido concreta que debe modelar la bioética y guiar la política sanitaria por medio de las cuales colaboran los amigos morales.

La moralidad de los extraños morales demuestra hasta qué punto pueden colaborar individuos pertenecientes a diferentes comunidades morales, así como las limitaciones a las que se ve sometida su autoridad cuando actúan de forma conjunta. La moralidad de los amigos morales demuestra lo que realmente tiene importancia, pero sólo puede utilizar su poder de conversión y no

la fuerza, no puede imponer su aceptación. Por consiguiente, a menudo se comprende la equivocación que reside en una acción o situación ajenas, pero no se tiene la autoridad secular de obligar a que se corrija. La observación, «X tiene derecho a hacer A, pero A es un acto totalmente equivocado», expresa con frecuencia una tensión, ya que la moralidad de los extraños morales carece de contenido, pero restringe la autoridad de las personas para actuar sobre otras personas que no dan su consentimiento.

Una segunda tensión fundamental tiene su origen en la diferencia existente entre respetar la libertad y garantizar los intereses más legítimos de las personas. Esta tensión se refleja periódicamente en la asistencia sanitaria. A menudo, los pacientes eligen conductas que tanto médicos como enfermeras saben que son peligrosas, posiblemente incapacitantes, y en último término letales. Movidos por el respeto que les merecen esas personas, los médicos y las enfermeras deben a menudo, incluso habitualmente, tolerar estilos de vida nocivos o fallos en el cumplimiento del tratamiento. Sin embargo, al escoger la profesión sanitaria, médicos y enfermeras se han comprometido personalmente a hacer realidad los intereses más legítimos de los pacientes. Podemos considerar esta tensión como un conflicto entre dos principios éticos: el principio de permiso y el de beneficencia. En función del contraste entre estos dos principios resulta comprensible la tensión moral experimentada en muchas decisiones relativas al aborto, a la aceptación del tratamiento o al rechazo de la asistencia sanitaria.

Permiso y beneficencia son principios en un doble sentido. Estos principios pueden funcionar como encabezamientos de capítulo o como índices que apuntan en dirección de grupos de cuestiones. En tales casos, los principios funcionan como reglas, tal vez como reglas generales que guían al investigador hacia un enfoque particular de la solución de un problema. Como tales, los principios son, si no fundamentales, por lo menos útiles. Los principios también pueden servir para indicar las fuentes de áreas concretas de derechos y obligaciones morales. Los principios pueden igualmente cumplir una función de justificación; en este sentido son *principia*: principios, comienzos u orígenes de determinadas áreas de la vida moral. Ambos son también principios en el sentido de que señalan dos raíces diferentes capaces de justificar el interés moral por la asistencia sanitaria.

*Permiso y beneficencia: el conflicto en la raíz de la bioética*

La voluntad de moralidad y el problema de la intersubjetividad

Como ya hemos demostrado en el capítulo anterior, en las sociedades pluralistas seculares nos encontramos con graves problemas para alcanzar una solución racionalmente justificada de los dilemas bioéticos presentes en las mismas. Cuando las premisas compartidas por todos son insuficientes para servir de marco a una determinada interpretación de la vida moral, y si los argumentos racionales no pueden por sí solos establecer definitivamente tales premisas, los hombres y las mujeres no disponen de otro medio que el mutuo acuerdo para elaborar una estructura moral común. La estructura moral concreta debe basarse, pues, en una decisión de la voluntad de elegir un punto de vista moral, y no en las conclusiones de un argumento racional. En su sentido más general y comprensivo, el punto de vista moral secular será aquella posición intelectual a partir de la cual se comprende que los conflictos concernientes a la corrección o incorrección de una acción particular pueden resolverse intersubjetivamente por mutuo acuerdo; dicho punto de vista se abraza, pues, con el fin de que resulte posible el ejercicio intersubjetivamente fundado de la alabanza y la censura, del respeto mutuo y de la autoridad moral. La estructura moral en que descansan las diversas formas de la vida moral es, pues, una práctica general que se hace tan inevitable como el interés por resolver las disputas morales.

Es posible establecer un parangón con la práctica de fundar intersubjetivamente exigencias del conocimiento empírico. Aunque no estemos en condiciones de garantizar que los principios del método inductivo vayan a tener éxito en el futuro, si alguien está interesado en la fundamentación intersubjetiva de determinadas exigencias de conocimiento, es que en términos generales puede ofrecer los cánones que justifiquen determinadas exigencias del conocimiento empírico, siempre que éstas sean posibles.<sup>1</sup> En la medida en que tales enunciados de conocimiento puedan fundarse intersubjetivamente, van a presuponer enfoques que hemos de calificar de inductivos. Sin ningún tipo de suposiciones o seguridades metafísicas se pueden señalar las condiciones necesarias para una costumbre muy general y humana: la elaboración de generalizaciones empíricas.<sup>2</sup> En este sentido tampoco se necesita tener la seguridad de que en algún momento se va a formar una comunidad

moral concreta. Sin embargo, es posible esbozar las condiciones necesarias de la misma, al tiempo que se reconoce el carácter imprescindible de los intereses reales en la conformación intersubjetiva de un mundo moral, a fin de que de ese modo se satisfagan tanto las condiciones necesarias como las suficientes de moralidad.

Para que la voluntad en favor de un punto de vista moral sea algo más que una inclinación hacia un punto de vista moral particular, tendrá que ser una voluntad en favor de una estructura moral tan general como el concepto mismo de moralidad. Con todo, una vida ética real requerirá un sentido moral concreto particular. Al aparecer vinculado al concepto mismo de moralidad, el proceso de fundar una moralidad concreta por mutuo acuerdo se hace acreedor a una justificación racional general, en el sentido de que ésta es coextensiva con una explicación razonada disponible de manera general que forma parte integrante del cometido mismo de resolver las disputas morales sin recurrir a la fuerza. Si el ejercicio de la ética secular ha de implicar, como mínimo, el esfuerzo por establecer la corrección de acciones por otro camino que la fuerza, y si, por otra parte, los sentidos morales de los individuos son divergentes, lógicamente el principio moral fundamental será el del respeto mutuo en la negociación común y la creación de un mundo moral concreto.

Si tenemos en cuenta que la estructura moral adquiere una mayor particularidad por la dedicación a una ordenación particular de los bienes de la vida humana, la caracterización de *la* estructura moral no puede ofrecernos la especificación para dicha ordenación particular. Si lo hiciese, perdería su generalidad. Por otra parte, cuanto más vinculada aparece la caracterización de *la* estructura moral a la tarea misma de ser una persona, más firmemente puede dicha caracterización obtener una justificación de alcance general. En efecto, al plantear un problema en torno a la moral en forma de una cuestión filosófica, se busca una respuesta racional que, en la medida de lo posible, es ineludible. Se busca un argumento que resuelva la disputa concerniente a cuál de los diversos caminos posibles se *debe* elegir para vivir la vida o ejercer la medicina, donde la sanción por violar ese «deber» no sea una amenaza de fuerza o un sentimiento de culpa, sino más bien irracionalidad, censurabilidad o el fracaso en la tarea de hacer realidad los bienes que se desea alcanzar. Al buscar una caracterización de la estructura de la moralidad y de la bioética que está vinculada a la estructura de la racionalidad, es poco probable que se pueda obtener un contenido para caracterizar la naturaleza concreta de la vida moral.

Llegados a este punto, se puede entender por qué los médicos no deben tratar, experimentar con o manipular a un paciente que esté en su sano juicio sin contar previamente con el consentimiento del mismo. Se ha establecido así la base para la afirmación de obligaciones estrictas de respeto mutuo en la sanidad. Sin embargo, con ello no se ha establecido ninguna obligación de beneficencia. No se conocen de hecho los bienes a perseguir, sino únicamente el lugar exacto donde termina la propia autoridad. Por ejemplo, ¿se debe ofrecer asistencia sanitaria a quienes no la pueden pagar? ¿Cuáles son las obligaciones no contractuales que pesan sobre los individuos y las sociedades de hacer el bien y no limitarse a evitar las acciones prohibidas que afecten a otros? ¿En qué consiste el bien que hay que hacer? La obligación de actuar con beneficencia es más difícil de justificar en las diversas comunidades morales que el principio de abstenerse del uso de toda fuerza no autorizada, al ser posible resolver coherentemente las disputas morales por mutuo acuerdo, sin que se dé por descontado el principio de beneficencia. Este último no es necesario para la estricta coherencia del mundo moral, incluida la bioética. En este sentido, el principio de beneficencia no es tan básico como aquel otro que yo denominaré «principio de permiso». El principio de beneficencia no resulta tan ineludible. Se puede actuar de manera poco caritativa sin que por ello se entre en conflicto con la noción mínima de moralidad.

*Cómo Kant introdujo clandestinamente la noción de lo concreto en el ámbito de los principios morales*

La dificultad de encontrar una justificación general de la beneficencia se puede apreciar examinando el intento de Kant de justificar la moralidad. Kant se esfuerza por mostrar que actuar moralmente es actuar racionalmente, en el sentido de actuar de manera no contradictoria.<sup>3</sup> De esta suerte, Kant está en condiciones de afirmar que no es posible hablar coherentemente de la dignidad y de uno mismo como merecedor de censura o de alabanza (es decir, merecedor de felicidad o indigno de felicidad) sin considerar con idéntico respeto a entidades similares. Kant elabora una ética de respeto hacia las personas. Sin embargo, el simple hecho de apelar a la contradicción no proporciona una justificación del principio de beneficencia. De hecho, como han mostrado Hegel<sup>4</sup> y tras él

Alasdair MacIntyre,<sup>5</sup> Kant no aporta un sólo argumento que pueda dotar de contenido a la ética. Kant trata de dar contenido a su ética recurriendo a argumentos que, para resultar convincentes, dependen de a) no distinguir entre la libertad como valor y la libertad como limitación secundaria o lateral (garantizando el respeto hacia las personas, Kant cree haber garantizado la obligación de valorar la autonomía), y b) la apelación a una forma de contradicción, que podríamos calificar de contradicción de la voluntad. Bajo esta última, Kant incluye las acciones que se pueden afirmar sin incurrir en contradicción conceptual (afirmar la idea de la comunidad pacífica, en el sentido de una comunidad cuya autoridad no está basada en la fuerza, y, al mismo tiempo, decidir utilizar la fuerza contra el inocente que no da su consentimiento, implicaría una contradicción conceptual), pero que, en opinión de Kant, no se podrían querer de hecho para los demás sin que más tarde se quisiese lo contrario para sí mismo (por ejemplo, negarse a ser caritativo con los demás, aunque en el futuro se pueda desear que esa misma beneficencia se le ofrezca a uno mismo).

Por lo que al primer punto se refiere, el principio de Kant de respeto por su ley moral no es simplemente una limitación de actuar contra las personas sin el consentimiento de éstas, sino que afirma la libertad como valor fundamental y, de esta manera, va más allá del apoyo de los argumentos concretos de Kant. El argumento exigiría apelar a una sensibilidad moral particular. Puesto que los argumentos kantianos utilizan una apelación de este tipo, Kant no admite el suicidio, aunque en el caso de una persona competente existe seguramente consentimiento.<sup>6</sup> Como demostramos en el capítulo anterior, convertir un valor cualquiera, incluida la libertad, en un valor fundamental, equivale a aprobar una ética *particular*. Al valorar la libertad, se está haciendo algo más que elaborar y justificar la estructura misma de la moralidad. Se puede tratar coherentemente a todas las personas como fines en sí mismas y, al mismo tiempo, afirmar como máxima moral el que los individuos pueden decidir voluntariamente cuándo han de cesar de ser libres escogiendo el suicidio o recurriendo a la Legión Extranjera. El respeto por la libertad como condición necesaria para la posibilidad misma del respeto mutuo y del lenguaje de alabanza y censura no depende de ningún valor particular, o clasificación de bienes, sino que únicamente exige el interés por la resolución de los problemas sin recurrir a la fuerza. Cuando se ha distinguido entre libertad como condición de la moralidad y libertad como valor,

se pierde la base de las obligaciones para con uno mismo, si es que tales obligaciones seculares existen.<sup>7</sup> Al no otorgar un gran valor a la propia libertad, se actúa en el contexto delimitado por la obligación de no usar la fuerza contra el inocente que no ha dado su previo consentimiento. Por el contrario, una bioética basada en las aseveraciones de Kant conduciría a no respetar las decisiones de los pacientes, a menos que dichas decisiones afirmasen un principio de autonomía dotado de contenido. Los pacientes no serían libres de tomar las decisiones que no afirmasen la libertad como un valor (por ejemplo, cometiendo suicidio).

Por lo que al segundo punto se refiere, al afirmar que no se puede querer abandonar sin contradicción —no en virtud de una contradicción formal, sino debido a una contradicción de la propia voluntad— lo que nosotros denominamos el «principio de beneficencia», Kant busca también ulterior contenido para la ética.<sup>8</sup> En efecto, Kant reconoce que los argumentos en favor de la obligación de beneficencia no se basan en la imposibilidad de imaginar su opuesto, sino que afirma, en cambio, que nadie puede coherentemente querer no respetar el principio de beneficencia. Conviene subrayar que Kant señala aquí una contradicción de la voluntad, no en la lógica. Esta diferencia determina que la obligación de beneficencia, como él mismo reconoce, no se debe considerar una obligación estricta, sino meritoria. Kant describe los sentimientos de alguien que estaría dispuesto a adoptar esta posición de la siguiente manera: «¿En qué me afecta a mí todo esto? Que cada uno sea tan feliz como el cielo lo quiera o como él mismo sea capaz de conseguir; por mi parte, no me apropiaré de nada que sea suyo, y mi siquiera le envidiaré, pero no deseo contribuir en modo alguno a su bienestar o a su ayuda en momentos de necesidad».<sup>9</sup> En su respuesta, Kant arguye que aunque se pueda concebir de forma coherente que esa actitud refleja una ley natural, sería no obstante imposible *querer* que el principio en cuestión tuviera vigencia por doquier como una ley natural. «Y es que una voluntad que tomase esa resolución entraría en conflicto consigo misma, pues a menudo se pueden presentar situaciones en las que necesitaría el amor y la compasión de los demás, y en las que habría alejado de sí, en virtud de la mencionada ley natural que brota de su propia voluntad, toda esperanza de recibir la ayuda que desea.»<sup>10</sup> En este sentido, Kant confía en una contradicción de la voluntad, más bien que en una contradicción conceptual, para poder fundamentar el principio de beneficencia.



Esta sugerencia de Kant tiene valor heurístico. El mundo moral puede dividirse en una dimensión que admite una justificación estricta por estar vinculada a la idea de vida racional, y una segunda dimensión vinculada a la noción de solidaridad. Si quisiéramos reformular el pensamiento de Kant, las cosas quedarían así: se puede contemplar la desgracia de los demás y defender consecuentemente que el principio de beneficencia, fundamentado en el concepto de ética que abarca a diversas comunidades morales, no origina obligaciones morales estrictas, sino sólo un ideal moral razonable. Además, no proporciona un ideal canónico. En este caso, las acciones no caritativas no entran en conflicto con la idea de la comunidad pacífica, sino únicamente con la idea de la comunidad benéfica, y existen numerosas interpretaciones dotadas de contenido de la beneficencia. Por consiguiente, el uso de la fuerza contra individuos pacíficos no caritativos carece de autoridad porque va en contra de la comunidad pacífica, la cual constituye el núcleo de la ética secular. De hecho, el recurso a la fuerza convertiría a quienes lo utilizasen en personas censurables en función del núcleo de la moralidad secular. El principio de beneficencia es exhortativo e indeterminado, mientras que el principio de permiso es constitutivo. Consecuentemente, resulta más fácil fijar normas internacionales para el consentimiento libre e informado en función del respeto hacia las personas, pero más ardua la tarea de establecer un criterio para un nivel decoroso o básico de la asistencia sanitaria.

Al menos, el principio de beneficencia sugiere que sería recomendable beneficiar a las personas necesitadas, aunque el principio no pueda justificar el uso de la fuerza para obligar a la beneficencia o para especificar el contenido de la beneficencia. De esta manera, es algo bueno el que los médicos presten cuidados sanitarios gratuitos a pacientes indigentes que, por ejemplo, carecen de seguro médico o no se benefician del *Medicaid*. Su violación puede justificar al menos la negación de un acto de beneficencia no debida basada en un contrato o un acuerdo. El principio de beneficencia nos recuerda lo que puede ser la vida moral: una forma de dar vida a redes de solidaridad a través de la dedicación a proporcionar bienes a nuestros prójimos más necesitados. Sin embargo, las necesidades capaces de generar exigencias morales sólo pueden determinar en un contexto particular y a menudo por un acuerdo multilateral. Las obligaciones de los facultativos se hacen más apremiantes desde el momento en que todos los miembros de una

asociación médica acuerdan que los médicos deben tratar de ofrecer, siempre que sea factible, una serie de servicios gratuitos a las personas necesitadas.

Podríamos sentir la tentación de interpretar que Kant, de manera inconsciente, defiende con prudencia su principio de beneficencia.<sup>11</sup> Sin embargo, el tema se ha de comprender de forma más coherente como un recordatorio de la condición necesaria para la posibilidad de interpretar la moralidad como una red recíproca de solidaridad. La vida moral no se agota con una explicación de la misma como la estructura de la comunidad pacífica. También es la estructura de la solidaridad mutua. La cuestión que se plantea es la siguiente: ¿en qué medida es ineludible esta segunda interpretación y cuál es su contenido?

#### *Las sanciones por inmoralidad*

Consideremos en este punto el tema de las sanciones por mala conducta. La moralidad secular carece de sanciones legales y religiosas. Por sí misma no puede ejecutar, encarcelar, multar o condenar al infierno. La moralidad secular puede demostrar que determinadas formas de actuar justifican la censurabilidad o representan un obstáculo para la consecución de los objetivos de quienes así actúan. La moralidad secular puede mostrar también en qué casos es justificable el uso defensivo o punitivo de la fuerza.<sup>12</sup> Pero la moralidad carece de por sí de fuerza física. Las sanciones de la moralidad están vinculadas a su justificación. El uso de la fuerza no permitida contra el inocente es incompatible con la opinión que sostiene que los otros están equivocados al usar esa misma fuerza contra uno mismo, o con la pretensión de que al catalogar a otra persona como equivocada o censurable se puede ir más allá de señalar que nos disgusta tal conducta y que, consiguientemente, deseáramos que tanto el interesado como los demás se abstudiesen de practicarla.<sup>13</sup> Dicho brevemente, el concepto de la comunidad pacífica modelado según el principio de permiso constituye un elemento esencial en la vida de las personas. Lo abrazamos tan pronto como intentamos hablar acerca de la moralidad en diferentes comunidades morales. No aceptarlo significa perder la base para un discurso moral congruente en una sociedad secular y pluralista. El principio de permiso fundamenta la moralidad del respeto mutuo, ya que exige que sólo se utilice a



otras personas si éstas dan previamente su consentimiento. Las sanciones son de orden intelectual. Plantear una cuestión ética equivale a plantear una cuestión intelectual referente a las justificaciones para actuar.

El argumento en favor de la beneficencia no depende de la coherencia de la moralidad, sino de la necesidad que esta última tiene de contenido. Al contrario que el principio de permiso, que justifica el proceso por el que se genera el contenido, el principio de beneficencia identifica el contenido del ejercicio de la moralidad. El principio de permiso muestra que no se debe utilizar a los pacientes como simples medios para un fin; el principio de beneficencia apoya los objetivos morales concretos por los que debe guiarse el ejercicio de la medicina. Sin embargo, sentidos morales particulares establecen clasificaciones rivales de los bienes de la vida. En su forma más general, el principio de beneficencia apunta simplemente que los argumentos morales giran en torno a la cuestión de lo que es bueno o apropiado hacer. La dificultad en relación con el principio de beneficencia reside en la circunstancia de que toda clasificación específica de bienes depende de un sentido moral particular y, por lo tanto, no es capaz de alcanzar a diferentes comunidades morales. Su contenido está vinculado a un acuerdo, a una visión moral o a una comunidad en concreto. Aquí reside verdaderamente el núcleo de la dificultad. Por ejemplo, ¿en qué circunstancias y en qué medida supera en importancia la obligación de ayudar a los demás al bien de disponer de tiempo libre para tratar de alcanzar las propias metas? Dicho de forma más concreta, ¿cuánto tiempo de la propia consulta profesional se debe consagrar a prestar asistencia gratuita al indigente? El desacuerdo ético con respecto a la beneficencia distingue a las comunidades de diferente compromiso moral porque no existen argumentos racionales seculares concluyentes para justificar un sentido moral particular. El problema de justificar cada una de las visiones particulares de la beneficencia resulta insoluble en tales circunstancias.

En la medida en que es posible una descripción de la ética secular general, que en su generalidad se puede caracterizar como parte esencial de los esfuerzos de las personas, tal explicación de la ética se justifica por el hecho de ser un elemento ineludible de la vida. De esta forma se ha justificado el principio de permiso: es la condición necesaria para poder resolver con autoridad moral las controversias morales entre extraños morales sin recurrir a la fuerza y para mantener un lenguaje ético secular mínimo destinado a ala-

bar y censurar. En este sentido es un lenguaje formal, ya que proporciona el proceso vacío para generar autoridad moral en una sociedad pluralista secular por medio del consenso mutuo. El principio de permiso está en condiciones de demostrar que el aborto, la anticoncepción y el suicidio no se pueden prohibir con autoridad moral, pero no puede demostrar que sea bueno pagar por el aborto y la anticoncepción para el indigente o ayudar a individuos racionales que tratan de cometer suicidio y necesitan ayuda. Se puede defender que la vida racional está además dedicada a la búsqueda común del bien. Pero, al contrario que la apelación al respeto mutuo a través del principio de permiso, el principio de beneficencia necesita ser especificado dentro del ámbito de una comunidad moral *particular* para que se pueda aplicar en la práctica.

En consecuencia, el principio de beneficencia se tiene que aceptar con más reservas que el principio de permiso por una razón ulterior. Si alguien pregunta: «¿por qué debo yo hacer el bien a los demás?», no se podrá responder: «porque si no se hace, se negará la posibilidad misma de la autoridad moral, por la sencilla razón de que se habrá negado el principio de respeto hacia las personas en general, incluida su misma persona». En su lugar, a lo sumo, podremos responder: «Si no hacemos el bien a los demás, no habremos afirmado la posibilidad de lo que podríamos llamar el reinado de la beneficencia o la comunidad caritativa». El principio de beneficencia refleja un interés en la búsqueda común de la vida buena y de la mutua solidaridad humana. En él hay que ver el fundamento de lo que se podría calificar como moralidad de la asistencia y de la solidaridad social.

Los seres humanos son animales sociales y, consiguientemente, tienden a concebir socialmente los bienes. Sin embargo, si algunos no lo hacen, ¿qué se puede decir de ellos aparte del hecho obvio de que tales personas no cultivan precisamente los sentimientos de solidaridad y compasión?<sup>14</sup> ¿Cuál es, en términos morales, la sanción por la falta de solidaridad o beneficencia? En caso de violación del principio de permiso, la sanción es la censurabilidad hasta el punto de perder la base para oponerse a las represalias. El individuo que viola el principio de permiso se sitúa fuera de la comunidad pacífica. Cualquiera que utilice la fuerza defensiva contra la persona culpable en cuestión no viola la autoridad moral secular porque para condenar a quienes recurren a esta fuerza de carácter defensivo, los culpables no pueden apelar de forma coherente a un

principio que ellos mismos han rechazado. Así, la sanción se debe contar entre las más importantes, pero si alguien no se muestra caritativo, a lo sumo se ha apartado por su cuenta de la comunidad caritativa. Es verdad que no se puede ser poco compasivo y reclamar coherentemente la compasión y el apoyo de personas caritativas, a no ser que éstas se hayan comprometido previamente a proporcionar ese apoyo. En este último caso, el apoyo que prestan estas personas se basaría en realidad en el principio de permiso y no en el principio de beneficencia. Rechazar la beneficencia por principio conduce a un empobrecimiento esencial de la vida moral, aunque no al rechazo total de la misma. Por otra parte, la mayoría de las personas no pretenden rechazar el principio de beneficencia de manera absoluta, sino que más bien se limitan a desear sustituir su *propio* principio por el de otra persona.

Sin embargo, cuando un individuo no sólo se niega a desear o a hacer el bien, sino que además desea perjudicar a otra persona, entonces el individuo malevolente renuncia a pertenecer a la comunidad moral, incluso si actúa autorizadamente. Existen dos importantes variaciones. En la primera, el individuo malevolente desea hacer lo que otro considera benéfico y a lo que da su consentimiento, pero que el individuo malevolente considera un acto pernicioso. Considérese, por ejemplo, el caso de un médico que sabe que el aborto es un acto incorrecto, pero que a pesar de ello realiza el aborto de una mujer que da su previo consentimiento y que considera este acto correcto. Imagínese también que el médico lo realiza motivado por un deseo vengativo de arrastrar a la mujer al mal. El médico actúa de forma malevolente, aunque desde el punto de vista de la mujer actúe de un modo benévolo y, en este caso, de forma autorizada. En el segundo ejemplo, el individuo malevolente desea hacer el bien a otra persona, a través de un acto que ésta considera un mal, pero al que a pesar de todo da su consentimiento. Imaginemos que en este caso el hermano del médico del ejemplo anterior hace una transfusión sanguínea a un testigo de Jehová a quien odia. El médico, no siendo un testigo de Jehová, mantiene que la transfusión sanguínea constituye un bien para el testigo de Jehová, y éste acepta la transfusión debido a un debilitamiento de su fe causado por los esfuerzos del médico para convencerle. La esperanza del médico es que el testigo de Jehová viva, a partir de ese momento, con remordimientos de conciencia.

¿Qué podemos decir de esa malevolencia? En primer lugar, la obligación de no hacer el mal supera a la obligación de beneficencia.

En caso de no ser benéfico no se alcanza la meta primordial de la moralidad, es decir, no se alcanza el bien, pero en el caso de la malevolencia se actúa claramente contra esa meta. Esta afirmación parece digna de credibilidad, incluso sin apelar a una concepción dotada de contenido del bien o del mal. El principio de no hacer el mal es el elemento más vinculante de la preocupación moral por la beneficencia, por alcanzar el bien, ya que la malevolencia es el rechazo del bien. ¿Queremos decir con esto que se puede utilizar la fuerza contra la persona malevolente? Si la persona que es objeto de la malevolencia da su consentimiento al acto malevolente, entonces se realiza un acto inicuo autorizado, y se triunfa sobre cualquier base secular general para utilizar la fuerza defensiva o punitiva, ya que el núcleo de la legitimidad moral secular es la autorización. Con todo, actos malevolentes cometidos contra futuras personas que no pueden dar su consentimiento legitiman el uso de la fuerza defensiva. La defensa contra la malevolencia no requiere que se tenga que presuponer una visión moral concreta. Además, cualquier persona que actúa de forma malevolente, y de forma no autorizada, carece de motivos para protestar cuando sea, a su vez, agredido por la fuerza defensiva.

A partir de estas reflexiones, estamos en condiciones de reconsiderar las sanciones por inmoralidad. En primer lugar, como ya hemos observado, los argumentos filosóficos no proporcionan las sanciones disponibles mediante argumentos religiosos. Los filósofos no están en condiciones de demostrar que determinadas formas de inmoralidad conducirán al castigo eterno. La filosofía tampoco dispone de sanciones legales: no puede multar, ni encarcelar, ni dar latigazos. Los argumentos que examinábamos anteriormente muestran que el hecho de actuar en contra de la noción misma de la comunidad pacífica nos convierte en culpables a los ojos de los seres humanos en cualquier lugar del universo. En consecuencia, quien se comporta de esa manera pierde todo fundamento para protestar contra la fuerza defensiva, punitiva o de represalia que contra él use la comunidad agraviada. Tan pronto como alguien se muestra interesado en la ética como vía alternativa a la fuerza para la resolución de las disputas morales, se ha comprometido al respeto mutuo. Y, si alguien rechaza el principio del respeto mutuo, no puede protestar razonablemente cuando los demás respondan con la fuerza. Teniendo en cuenta que las cuestiones referentes a las sanciones por inmoralidad son intelectuales, también las sanciones lo son. Declaran proscrito al infractor, una acu-

sación contra la cual éste no puede protestar coherentemente mientras continúe afirmando la acción inmoral. Las reflexiones sobre el permiso desembocan en la justificación de la moralidad del respeto mutuo, cuyas sanciones son la pérdida de la base para el respeto y la protesta contra acciones defensivas y punitivas que pueden emprender otras personas. En cambio, las reflexiones sobre la moralidad de la beneficencia se centran en la moralidad del bienestar común. Afirmer la moralidad de la beneficencia equivale a afirmar la empresa del bien común, de la estructura de la solidaridad mutua, que configura la moralidad del bienestar. Rechazar la beneficencia de forma absoluta significa perder todo derecho a reclamar la compasión ajena. Sin embargo, rechazar un principio particular de beneficencia sólo entraña la pérdida del derecho a la compasión ajena dentro de un contexto o comunidad particular. En resumen, la violación del principio de permiso justifica la restricción de la autonomía del infractor. La violación del principio de beneficencia priva al infractor del derecho a reivindicar aquel tipo de beneficencia que él ha negado a los demás.

#### *Dotar de autoridad y contenido al principio de beneficencia*

Así, pues, ¿qué podemos decir del principio de beneficencia? ¿Ha actuado correctamente el propietario de este libro al gastar dinero en su adquisición en lugar de haber ayudado a los indigentes hambrientos? ¿Qué hubiese sucedido si hubiese tenido que elegir entre adquirir este libro, contribuir a salvar especies en peligro de extinción, alimentar a los hambrientos del Tercer Mundo o dar dinero a una fundación para ayudar a que un niño en Australia reciba un costoso tratamiento médico, cuya probabilidad de salvar la vida del paciente no alcanza el 50%? ¿En qué principio debemos basarnos para determinar la cuantía de beneficencia exigida y en qué forma debe ésta llevarse a cabo? La dificultad reside en determinar cuándo la beneficencia se convierte en algo obligatorio, y no simplemente una forma de actuar loable. En abstracto, no parece que exista una respuesta clara. El abanico de bienes que los seres humanos —y otros animales— pueden alcanzar, así como de los daños a evitar, es amplio y complejo. Se discute cuál debe ser la ordenación correcta y cuál el punto concreto en que las necesidades y los deseos imponen obligaciones concretas. Es importante señalar que eso nos lleva a considerar dos grandes dificultades en el

campo de los deberes y los derechos de beneficencia: se ha de fijar a) su contenido (que dependerá de la visión particular de la vida buena de cada uno), y b) su autoridad (esto es, la autoridad para exigir una visión de la beneficencia con preferencia a otra, incluyendo el alcance de las circunstancias en las que inconvenientes o inclinaciones contrarias excusan a uno convenientemente de cumplir con un deber de beneficencia).

Los vínculos de beneficencia, si se han de establecer, hay que articularlos a partir de acuerdos mutuos, implícitos y explícitos, los cuales determinan tanto el contenido como la autoridad. Sólo en contextos sociales concretos, dentro del radio de acción de comunidades morales particulares, se puede descubrir cuáles son en concreto los vínculos que impone la beneficencia. Los vínculos de beneficencia que unen a los individuos en el desempeño de roles especiales —amigo, colega, esposo, padre, hijo, paciente y médico— son *en parte* contractuales. Con esto no queremos sugerir que se trate de un contrato explícito, sino de una red de acuerdos mutuos habitualmente implícitos. No faltan quienes ven en estos acuerdos una categoría especial, reservándoles el término de «alianza», entendido sin duda en un sentido muy cercano al religioso; sin embargo, el sentido mismo bíblico de la alianza se deriva de la idea de un tratado, firmado generalmente con una potencia victoriosa.<sup>15</sup> En cualquier caso, todos formamos una red o trama de compromisos y acuerdos, tanto explícitos como implícitos, que sustentan una estructura de interpretaciones morales. Estos acuerdos normalmente están sujetos a revisión.

En muchas circunstancias se pueden escoger otros amigos, colegas, pacientes, médicos u otra *Health Maintenance Organization* (Organización para el Mantenimiento de la Salud). Se puede incluso repudiar a los propios padres o hijos, o adoptar otros niños. Se puede emigrar o integrarse en un nuevo grupo social con el que uno se sienta más sustancialmente de acuerdo. Se puede cambiar de partido o convertirse a otra religión. Aunque la historia, la cultura y las circunstancias condicionan todas estas elecciones, la vida en un mundo donde conviven numerosas comunidades morales en estrecho contacto demuestra diariamente la posibilidad de establecer y remodelar tales vínculos sociales. Sin embargo, el principio de beneficencia que aquí se discute no es único ni se apoya en una comunidad moral particular. En el interior de una comunidad de BaMbutis, de Iks, de patricios romanos de la época de la República, de judíos ortodoxos contemporáneos o de cristianos

mennonitas, existe una red de interpretaciones morales que sirve de fundamento a determinados principios concretos, aunque a menudo complejos, de beneficencia. En función de tales principios, cada uno está en condiciones de trazar detalladamente las obligaciones de beneficencia de los médicos para con los pacientes. Sin embargo, un principio de beneficencia que quisiera abarcar toda la diversidad de comunidades no podría servir de fundamento para una ordenación concreta de bienes, sino que únicamente proporcionaría algunos bienes en general a personas también en general. En el mejor de los casos, el principio puede señalar que tales relaciones deberían caracterizarse por roles especiales de beneficencia. En general, el principio de beneficencia es simplemente el principio de hacer el bien.

Debido a que existen formas divergentes de interpretar en qué debería consistir «hacer el bien», no podemos identificar en la moralidad secular el principio de beneficencia con la regla de oro. Si nos comportamos con los demás de la misma forma que deseamos que otros se comporten con nosotros, podemos estar imponiendo a los demás nuestra visión concreta de la vida buena. De esta manera, la regla de oro puede servir de base (y de hecho así ha sucedido en algunas ocasiones) para la imposición tiránica de determinadas visiones particulares de la vida buena. Para evitar semejante tiranía, se debería formular el principio de beneficencia en los siguientes términos positivos: haz el bien a los demás. Sin embargo, en la medida en que se intenta hacer a los demás lo que ellos consideran que sería su bien —y no lo que nosotros mismos o nuestra comunidad moral consideramos que es su bien— el sentido de la obligación se debilita. En primer lugar, la propia interpretación de la beneficencia en el ámbito de la propia comunidad moral señalará pautas para cuando tengamos que asumir la responsabilidad de hacer el bien a los demás. En segundo lugar, si pretendemos hacer el bien a un individuo de otra comunidad moral, con una visión diferente de la jerarquía de beneficios y perjuicios y del límite entre acciones obligatorias y acciones supererogatorias, tendremos que adaptar a la nueva situación nuestra propia visión de lo que es el intercambio adecuado de cargas en favor de los demás.

Considérese el caso de un médico en la comunidad A, que sostiene que es importante salvar vidas, incluso cuando la probabilidad de éxito sea reducida y los costes muy elevados. En esta comunidad se destina más del 3% del Producto Nacional Bruto (PNB) sólo a la asistencia crítica, y más del 18% del BNP a la asistencia

sanitaria. El médico se escandaliza cuando visita la comunidad B, que sólo invierte el 4% de su Producto Nacional Bruto en sanidad, y el 3% en cuidados intensivos, al tiempo que invierte el 5% del PNB en filosofía y las bellas artes. ¿Cometen las personas de la comunidad B un error? ¿Tienen una concepción equivocada de la beneficencia médica?, o, ¿tienen por el contrario una concepción correcta de cómo ser caritativo con los demás al proporcionarles fácil acceso al buen arte así como a una erudición de mayor calidad en el área de las Humanidades (suponiendo que tal excelencia se pueda alcanzar mediante una mayor inversión).

El hecho de expresar el principio de beneficencia con la máxima «Haz el bien a los demás» lleva implícito el reconocimiento de que todo discurso acerca de lo que más conviene a los demás presupone un juicio particular sobre qué constituye lo que más conviene a los demás. Cuando el discurso en cuestión abarca a varias comunidades morales, debemos presuponer la existencia de diferentes jueces de lo que es lo más conveniente y que poseen distintos sentidos morales. Es más, la moralidad basada en el respeto mutuo otorga a los individuos el derecho de oponerse a la provisión de un bien que ellos no desean. Cuanto mayor sea la distancia moral entre los individuos, tanto más los actos caritativos serán supererogatorios, en lugar de obligatorios. Cuanto más compartan los individuos una comunidad moral y un único sentido moral, más claramente quedarán definidas las obligaciones morales de beneficencia y tanto más amplio será el consenso entre dadores y receptores con respecto a la naturaleza del bien.

Un individuo puede también exigir debidamente que no se le obligue a mostrarse caritativo con otro porque eso podría perjudicar a terceros o porque de hecho podría resultar contraproducente para el individuo que busca ayuda. Este segundo caso implica un ejemplo del principio de no hacer el mal; se trata de una aplicación especial del principio de beneficencia que subraya el hecho de que nadie puede ser obligado a ofrecer a otros un servicio que él mismo considera clara e inequívocamente una violación del principio de beneficencia. Aquí utilizamos el principio de no hacer el mal en el sentido de no infligir a otro un daño al que el individuo no se opone (y al que podemos suponer que otorga su consentimiento). Considérese el caso de un joven universitario que, al final de un apasionado enamoramiento, lee *Die Leiden des jungen Werthers* (*Los sufrimientos del joven Werther*) de Goethe y le pide a un amigo que le preste su revólver para suicidarse. Aunque el principio de

permiso no prohíbe la entrega del arma a quien la solicita libremente, sí se opone a esta acción el principio de no hacer el mal. Los ejemplos médicos podrían incluir aquí la petición de procedimientos quirúrgicos injustificados, de drogas o de otros tratamientos. Hacer a otros algo que ellos consideran su bien será obligatorio o supererogatorio en la medida en que, de acuerdo con el propio sentido moral del agente, dicha acción no sea un perjuicio para el destinatario.

Considérese, por ejemplo, un médico que está convencido de que el único tratamiento adecuado del cáncer de pecho es la mastectomía radical. Si este facultativo se encuentra con una paciente que, además de la extirpación quirúrgica del carcinoma, desea que se le apliquen radiación y quimioterapia, ¿ha de mostrarse sin más complaciente con los deseos de la paciente, aunque él mismo esté convencido de que tales tratamientos adicionales no mejoran en nada sus posibilidades de supervivencia? La respuesta puede ser aquí positiva, ya que el cirujano también reconoce la preocupación de la paciente por la función y la apariencia estética, y puede suponer que la paciente tiene simplemente una jerarquía de valores diferente, según la cual sopesa la máxima expectativa de vida, la mejor apariencia estética, el uso óptimo del brazo y la máxima libertad personal. Dado este contexto, el médico puede considerar que resultará beneficioso para la paciente el hecho de ofrecerle el tratamiento que ella pide. Lo mismo cabe decir en el caso de una muchacha de quince años que recurre en busca de información sobre métodos anticonceptivos a un médico, quien personalmente considera que la actividad sexual no es adecuada para los jóvenes de esa edad. El médico puede incluso considerar que el hecho de ofrecerle la información a la muchacha puede aumentar la probabilidad de actividad sexual adolescente. A pesar de todo, el médico puede decidir correctamente que las consecuencias de un embarazo no deseado son suficientes para equilibrar y hacer beneficioso el hecho de ofrecerle información y materiales anticonceptivos.

Una vez más hemos de recordar aquí el contexto en que tiene lugar la discusión de estos principios morales: el intento de abarcar diferentes comunidades morales concretas. De la misma manera que se ha de buscar un fundamento de la autoridad moral que abarque a diversas comunidades morales, también se ha de buscar una caracterización del contenido moral que abarque a esas comunidades. Así, por ejemplo, el principio de permiso señala la necesidad de contar con el consentimiento. De manera parecida, se

ha de esperar que el principio de beneficencia pueda indicar en diversas comunidades morales las acciones que resulten apropiadas para los pacientes, tales como ofrecer un «paquete» sanitario mínimo a las personas necesitadas. Pero, de hecho, parece que no se ve la forma concreta de realizarlo. Nos quedamos simplemente con los principios de permiso y de beneficencia, que se contraponen como un principio general de autoridad y un principio general del bien. Como principios que abarcan a comunidades morales particulares, el contenido de uno y otro es mínimo. Esta circunstancia convierte al principio de beneficencia en una inquietud general por ofrecer a los demás determinados bienes vitales. Aunque sea algo vacío, el principio de beneficencia es fundamental. Los dilemas morales no constituyen solamente dilemas acerca de quién posee la autoridad para resolver disputas morales, sino que afectan por igual al carácter de los bienes que se deben perseguir. A decir verdad, una interpretación concreta de la buena vida presupone una clasificación de los beneficios y perjuicios, de la misma manera que toda comunidad moral pacífica presupone la autoridad de sus miembros. Por consiguiente, la moralidad en una sociedad pluralista secular es el ejercicio de hacer el bien dentro de los límites impuestos por la autoridad moral en comunidades que defienden visiones morales opuestas.

Las condiciones necesarias para la posibilidad de una comunidad moral *particular* son, pues, a) interés en perseguir el bien y evitar el mal manteniéndose dentro de b) las limitaciones que impone la autoridad moral, esto es, el permiso. Los perjuicios y los beneficios adquieren su relieve moral concreto dentro del contexto de una comunidad que posee una visión moral concreta. El principio de permiso señala la verdadera frontera de todas las comunidades morales. Violarlo significa convertirse en enemigo de las comunidades morales en general. Sin embargo, respetarlo no equivale sin más a ser miembro de una comunidad moral, y ello porque, en parte, el principio de permiso es únicamente un principio de tolerancia. Es un principio negativo. El principio de permiso no es algo posterior, sino previo, a cualquier beneficio o perjuicio concreto. Sólo por medio del principio positivo de beneficencia adquiere contenido la vida moral. De esta manera, el hecho de no ser caritativo no es sinónimo de ser enemigo de la comunidad moral, pero tampoco equivale a ser miembro de una comunidad moral. Un individuo que persigue su propio bien solitario, pero sin violar los derechos de los demás, penetra en una especie de limbo moral. Sólo

afirmando el principio de beneficencia nos podemos embarcar en la empresa de vertebrar una comunidad moral y de dotar de contenido a la beneficencia.

Esto significa para la bioética que una comprensión de las limitaciones debidas a la exigencia de obtener autoridad a través del permiso es un elemento fundamental, aunque insuficiente, de toda explicación de la correcta asistencia sanitaria. Se ha de conseguir el consentimiento, se ha de renunciar a impedir el acceso al aborto y a la anticoncepción, y se ha de respetar el derecho de los individuos a mantener un nivel privado de servicios sanitarios. Sin embargo, esta red necesaria de deberes de tolerancia será insuficiente para dibujar un cuadro completo de la vida moral. Será necesario, además, determinar las obligaciones que tienen los médicos y la sociedad de ofrecer asistencia sanitaria y apoyo a los pacientes.

#### *Justificación de los principios morales*

Las justificaciones ofrecidas de este principio moral no son simplemente exigencias psicológicas concernientes a la disposición a mostrarse respetuoso o solidario. Se trata de puntos de vista conceptuales que pretenden definir lo que significa pensar coherentemente sobre nosotros mismos dentro de marcos conceptuales ineludibles concretos. Por ejemplo, preguntar cómo determinar las causas del cáncer o si una determinada baya es venenosa, supone plantear una cuestión que presupone puntos relativamente estables, cambios que obedecen a determinadas pautas o reglas, y una cierta reciprocidad entre los puntos que permanecen y los que cambian. Tendríamos que recordar aquí los argumentos de Kant relativos a las condiciones necesarias para que se dé la experiencia.<sup>16</sup> Al preguntar (o pensar) acerca de la naturaleza de la realidad empírica (o incluso simplemente al experimentar algo como coherente) quedamos a merced del conjunto de suposiciones referentes a la coherencia empírica. Tales principios resultan tan inevitables que rechazarlos sería lo mismo que refrendar una psicosis con un caso de verdadero autismo.<sup>17</sup> La experiencia posee un conjunto de suposiciones que se pueden formular de modo conceptual por tratarse de la experiencia de un ser racional.<sup>18</sup>

De la misma manera, también la reflexión sobre la censura y la alabanza justificada presupone un marco en virtud del cual se puede disponer de un criterio o autoridad para la evaluación. La con-

dición mínima para esta posibilidad es el respeto mutuo, que utiliza el principio de permiso como fundamento, tanto del sentido de autoridad moral como de la justificación de la censura y la alabanza. Para establecer un sentido moral más concreto se necesitan premisas, que resulta imposible obtener en términos seculares generales. Tales premisas exigirían comprometerse con una comunidad particular, con sus suposiciones metafísicas, religiosas e ideológicas ya aceptadas. El respeto mutuo, en el sentido de la exigencia de permiso, apenas es suficiente, pero basta, en cualquier caso, para la mínima gramática necesaria para la estructura secular de la autoridad moral. Como síntesis del núcleo de la moralidad basada en el respeto mutuo, se debe abrazar el principio de permiso en la medida en que uno mismo piensa coherentemente que está exigiendo respeto para sí, o que considera a las demás personas en función de lo loables o censurables que son, o que es capaz de reconocer la autoridad moral en un contexto pluralista secular, esto es, en un contexto en que no se dan por sentadas especiales premisas religiosas, metafísicas o ideológicas. Si no se participa en este mundo del respeto mutuo, sólo queda recurrir al uso de la fuerza que, o bien no ofrece ninguna justificación general secular o se ampara en pretextos (esto es, razones que están en función de supuestos religiosos, metafísicos o ideológicos especiales) que no se pueden obtener en términos seculares generales. De ahí que personas en cualquier lugar del universo que están interesadas en ofrecer justificaciones generales del respeto, la censurabilidad o la alabanza y la autoridad moral tengan motivos para tachar de inmorales a quienes recurren a la fuerza injustificada. A través del principio de permiso, la moralidad del respeto mutuo traza las fronteras de la moralidad en general. Dicho principio de permiso pone al descubierto a quienes viven al margen de dicha moralidad y, por lo tanto, no pueden protestar contra el uso defensivo y punitivo de la fuerza. Como tal, es un principio restrictivo.

La moralidad del bienestar y de la solidaridad social, sintetizada bajo la rúbrica del principio de beneficencia, pone de manifiesto el impulso moral, la preocupación por garantizar el bien de las personas y de los seres sensibles en general. Comprender la moralidad es comprender que la misma gira en torno a la consecución del bien de las personas. 1. Los límites generales de la capacidad de la razón para poner al descubierto una visión concreta justificada del bien y 2. las limitaciones debidas a la moralidad del respeto

mutuo (expresadas en un principio negativo de autonomía) fijan los límites de las acciones justificadas moralmente en nombre de la beneficencia. Sin embargo, si únicamente se comprendiera la bioética a la luz de estas limitaciones, se habría olvidado por qué hemos decidido dedicarnos a la asistencia sanitaria en un principio, a saber, para lograr una serie de bienes importantes para los pacientes actuales y potenciales.

El principio de beneficencia es tan ineludible como la cuestión acerca de lo que está bien o mal hacer. Interesarse por una respuesta intersubjetiva a esta pregunta presupone una inquietud por el bien de las personas y de los seres sensibles en general. Plantear de esta manera la cuestión de lo bueno y lo malo supone adoptar una perspectiva razonada y anónima, que pertenece por igual a todas las personas y a cada una de ellas en particular. Ello implica dejar de lado intereses y ventajas personales particulares, de forma que se esté en condiciones de juzgar qué líneas de conducta habría que aprobar racionalmente como buenas y qué otras habría que censurar como malas. Después de todo, responder a esta pregunta racional no equivale a determinar qué es cierto para uno mismo, sino qué es cierto para todos los seres racionales que se hacen esa misma pregunta. La perspectiva racional se caracteriza por tratar de dejar de lado parcialidades, prejuicios y deformaciones personales, orientándose hacia una valoración anónima, que es intersubjetiva.

Dada la improbabilidad de que se alcance un consenso general acerca de lo que significa la interpretación concreta correcta de la buena vida, la pregunta acerca de qué es bueno o malo hacer no puede recibir una respuesta concreta o de pleno contenido. Se trata de una pregunta heurística: orienta a los individuos hacia la búsqueda de una explicación de las consecuencias buenas y malas, que sea justificable de forma racional en la medida de lo posible. Sin embargo, tal explicación variará, en la medida en que diferentes individuos aceptan distintas jerarquías de beneficios y perjuicios. También variará dependiendo de si el bien se considera independiente del agente moral o relativo a éste, y dependiendo de qué importancia se otorga al hecho de que las personas puedan actuar según su propia visión del bien, etc. Lo mejor que se puede hacer es articular el principio de beneficencia «Haz el bien a los demás» en comunidades morales concretas. Las interpretaciones particulares de lo que es bueno y malo constituyen objetivos dignos de ser perseguidos, aunque sin olvidar el carácter absoluto de la preocu-

pación general por hacer el bien y evitar el mal. En este sentido, el principio de beneficencia es dialéctico. Nos habla de una meta que no se puede expresar directamente en términos seculares generales: una interpretación cierta y definitiva de lo que es bueno y malo hacer. Este principio nos recuerda que, aun careciendo de respuestas absolutas, las respuestas relativas seguirán siendo importantes para quienes vivan dentro de una comunidad moral particular. La contradicción queda superada al tomar conciencia de la seriedad de la tarea de vivir una interpretación concreta de la vida buena. Pero esta interpretación sólo se puede llevar a cabo en el ámbito de una comunidad moral concreta, y sólo en el seno de la comunidad adecuada.

Los principios de permiso y de beneficencia fundamentan y a la vez resumen dos puntos de vista morales esenciales: a) aquel en función del cual se considera qué significa actuar con autoridad, dentro de los propios derechos, y b) aquel otro en función del cual se considera qué significa hacer el bien y evitar el mal. Cada uno de ellos se justifica por su vinculación a un elemento ineludible de significado. El principio de permiso resulta ineludible en la medida en que nos preguntamos si nosotros (o cualquier otra persona) hemos actuado rectamente, es decir, con autoridad moral. Por su parte, el principio de beneficencia resulta ineludible en la medida en que se pregunta acerca del bien que se ha de hacer a los demás o del mal que se les ha de evitar. Dichos principios expresan la circunstancia de que el punto de vista moral es un criterio de beneficencia, dentro de las limitaciones determinadas por el respeto hacia las personas.

#### *La tensión entre los principios*

Ni el principio de permiso ni el de beneficencia se justifican en virtud de sus consecuencias. Se trata más bien de sumarios de áreas ineludibles de conducta personal. En este sentido, son principios deontológicos: su rectitud no está definida en función de sus consecuencias. Sin embargo, las reglas concretas de beneficencia son probablemente teleológicas, al estar justificadas en función de sus consecuencias. Por el contrario, las aplicaciones concretas del principio de permiso son vinculantes, aunque puedan tener consecuencias negativas para la libertad. El principio de permiso, que se justifica en función de la moralidad del respeto mutuo, no gira en



torno a la libertad como valor, sino en torno al respeto por la libertad como fuente de autoridad moral secular general. No está orientado hacia los objetivos o las consecuencias (esto es, no es teleológico). El acuerdo entre un médico y su paciente (esto es, el acuerdo de un médico de mantener las revelaciones del paciente dentro del ámbito de lo confidencial) vinculan en la moralidad secular general en función del principio de permiso, independientemente de las consecuencias de dicho acuerdo. Por el contrario, una regla para distribuir fondos destinados a la asistencia sanitaria que esté basada en motivos de beneficencia quedaría anulada si no consiguiese ofrecer mayores beneficios que las reglas alternativas.

Así, los dos principios conducen a esferas opuestas del discurso moral: una de orientación deontológica y otra de orientación teleológica.<sup>19</sup> Este contraste puede producir tensiones morales y conflictos irresolubles. Se puede justificar un acto dentro de una de las dimensiones de moralidad, pero no dentro de la otra. De esta manera se plantean conflictos del tipo general: «X tiene el derecho (o la obligación) de hacer A, pero comete un error». Por ejemplo, «Los médicos tienen derecho a hacer lo que quieran con su tiempo libre, aunque podrían dedicar fácilmente una pequeña porción del mismo a ayudar a pacientes indigentes, incluso aunque otros afirmasen que es un error no utilizar algo de ese tiempo para ayudar a dichos pacientes». Se plantea así un conflicto entre la moralidad del respeto mutuo y la moralidad del bienestar. Es injusto que no se pueda especificar la moralidad del bienestar sin apelar al acuerdo mutuo y, consiguientemente, a la moralidad del respeto mutuo (esto es, puede que para los médicos su tiempo libre sea de gran importancia). No ejercer la beneficencia no justifica la utilización de la fuerza defensiva o punitiva.

En primer lugar, los beneficios y los perjuicios se convierten en beneficios y perjuicios morales en el contexto de una comunidad que posee una visión moral. Sin embargo, esa comunidad únicamente puede tener autoridad moral mediante el respeto que muestra por el principio de la autonomía moral. En cualquier caso, el principio de permiso exige aceptar las elecciones que realizan los demás de ciertos actos perjudiciales, y que pueden estar en desacuerdo con los criterios de la comunidad moral. Pensemos, por ejemplo, en el caso de un joven que decide suicidarse después de sufrir quemaduras que, aunque no mortales, lo han desfigurado, o en el caso de los individuos que, dentro de las reglas de un sistema

de seguro médico, toman ciertas decisiones, que en último término acabarán echando por tierra ese mismo sistema de seguros haciendo aumentar los costes. El respeto por la libertad y la preocupación por hacer el bien están en conflicto.

Dado que los criterios acerca de lo que constituye el bien son divergentes, y no se puede establecer ninguno de esos criterios como moralmente canónico, no se podrá impedir con autoridad moral que las personas persigan pacíficamente, en solitario o en unión con otras personas que dan su consentimiento, su propio ideal de la vida buena. Imagínese que las personas que componen una comunidad intentan alcanzar un nivel más elevado de salud y al mismo tiempo reducir los gastos sanitarios dejando de fumar y haciendo ejercicio físico. ¿Qué sucederá con los fumadores sedentarios que consideran que estos objetivos no merecen la pena, y aducen que un mejor estado de salud no compensará los gastos que causará el hecho de que un mayor número de personas viva durante más tiempo? Con frecuencia, la capacidad de libre elección de los individuos impide que se alcance el criterio público de buena voluntad. Las personas que difieren de la visión ortodoxa consideran que la libertad tiene mayor importancia que cualquier otro bien, o bien, adoptan un criterio diferente de la buena vida, que confiere un valor relativo diferente a los gastos y beneficios. Ellos nos recuerdan que la comunidad carece de autoridad para prohibir que los individuos se aparten de la norma, y subrayan la tensión existente entre el respeto por la libertad y la actuación caritativa, especialmente a nivel social.

### *El principio de justicia*

La mayor parte de las apelaciones que se hacen al principio de justicia pueden entenderse, en su raíz, como una inquietud por la beneficencia. El principio de justicia que apoya la distribución de bienes bajo una visión moral particular es un caso especial del intento de hacer el bien. En sus *Instituta*, Justiniano caracterizó la justicia como «el deseo constante y perenne de entregarle a cada uno lo que le es debido».<sup>20</sup> El problema, naturalmente, reside en determinar qué se debe a quién y por qué. Por otra parte, determinadas interpretaciones de la justicia basadas en la autonomía —por ejemplo, la propuesta por Robert Nozick— entienden por distribuciones justas las que se producen sin violencia contra la li-



bre elección de los propietarios.<sup>21</sup> Por el contrario, otras visiones de la justicia se basan en la apelación a la distribución ideal de bienes y presuponen visiones particulares de la buena vida. Como comprobaremos más adelante, fundamentos tan dispares de la reivindicación de la justicia están situadas en la base de los más importantes conflictos morales relacionados con la distribución de los bienes de propiedad tanto pública como privada.

La disparidad del fundamento es la base de exigencias tan complejas como las contenidas en la siguiente afirmación: «Tiene usted derecho a utilizar sus propios medios privados en la asistencia sanitaria de las personas que usted elija, y no de otras, pero ello es un error, en el sentido que, de esa manera, no se reconocen las necesidades de otros». La primera cláusula, en la que se apela a los derechos, señala los límites de la autoridad pública. En ella se invoca el principio de permiso. Con su concepto del error, la segunda cláusula apela a una visión moral particular de la buena vida y de la distribución justa. Se apela aquí a un principio particular de hacer el bien, de mostrarse caritativo. El mismo conflicto puede presentarse en la asignación de bienes de propiedad colectiva: «Sé que hemos votado, siguiendo procedimientos a los que llegamos por común acuerdo, la forma en que invertiríamos nuestros recursos colectivos. Sin embargo, invertirlos de la forma convenida, principalmente en el desarrollo de buenos viñedos más bien que en la investigación sanitaria y la sanidad misma, es un error». La primera cláusula apela a una visión del bien formulada en virtud de un acuerdo común. La segunda cláusula apela a una visión particular, que no está autorizada del mismo modo que la primera, de lo que es una utilización correcta de los recursos. En resumen, el análisis del principio de justicia pone de manifiesto la presencia de los principios de permiso y de beneficencia en su raíz y que cada uno de ellos fundamenta su propia esfera de exigencias.

### *Los principios de la bioética*

Al abordar el problema del enjuiciamiento moral en materia bioética contamos, pues, con dos principios morales de primer orden. Su carácter refleja la circunstancia de que ambos son principios utilizados para resolver disputas morales entre individuos que no comparten una visión moral común. La posición que ocupan se deriva de la función que ejercen de sostén de la estructura ética del

pluralismo secular. Ellos garantizan la posibilidad de un discurso moral en las sociedades pluralistas seculares en las que resulta imposible establecer cualquier sentido moral. También funcionan como guía para trazar la extensión de la hipotética autoridad moral secular en materia de política pública. Ésta carece de fuerza moral si no está refrendada por una autoridad justificada moralmente. Podríamos pensar aquí en las leyes que prohíben proporcionar un servicio comercial de suicidio a las personas competentes.<sup>22</sup> Tales leyes carecen de autoridad secular moral (en este punto volvemos a experimentar el angustioso abismo existente entre la moralidad dotada de contenido y lo que puede establecerse en términos seculares generales). Al menos, mientras dichos individuos no hayan renunciado explícitamente a su derecho a suicidarse (por ejemplo, podríamos imaginar que se les pidiese a los oficiales del ejército que renunciasen a ese derecho en situaciones especiales como condición previa para su nombramiento). Por otra parte, las leyes que amparan a los sujetos que participan en investigaciones realizadas con seres humanos del peligro de verse sometidos a experimentos sin su consentimiento conllevan verdadera autoridad moral, ya que están basadas en el concepto mismo de proteger la comunidad pacífica. Tales leyes brotan de la noción de la moralidad del respeto mutuo.

Otras áreas de la política pública gozan de una autoridad moral menos segura. Está claro que se deben utilizar los recursos públicos de manera que apoyen el bien común. La prestación de una mezcla de asistencia sanitaria preventiva y primaria financiada públicamente parecería razonable. Sin embargo, se pueden proponer razonablemente argumentos en favor de diferentes mezclas, incluyendo una especial preponderancia de la prevención o, por el contrario, de la asistencia sanitaria primaria. Por consiguiente, se debe crear el carácter real de la política sanitaria de mutuo acuerdo, ya que no es posible descubrirlo a partir de un análisis aislado del principio de beneficencia. Será necesario apelar al principio de permiso como base para la creación en común de programas particulares de beneficencia. En la mayor parte de los casos, ambos principios se encuentran entrelazados. Ambos principios son principios en el sentido de que son *principia*. Son el fundamento de los principales elementos de la vida moral. (En el capítulo V introduciremos ulteriores principios que se derivan de ellos.)

### Principio I. El principio de permiso

La autoridad de las acciones que implican a otros en una sociedad pluralista secular tiene su origen en el permiso de éstos. Como consecuencia,

1. Sin este consentimiento o permiso no existe autoridad.
2. Las acciones en contra de esta autoridad son censurables, en el sentido de que sitúan al infractor fuera de la comunidad moral en general y, por otra parte, hacen lícito (aunque no obligatorio) el recurso a la fuerza con fines defensivos, punitivos o de represalia.

A. Consentimiento implícito: individuos, grupos y Estados están autorizados para proteger al inocente cuando éste es amenazado por la fuerza a la que no ha dado su consentimiento.

B. Consentimiento explícito: individuos, grupos y Estados pueden decidir hacer cumplir los contratos o crear el derecho a recibir asistencia social.

C. Justificación del principio: el principio de permiso expresa la circunstancia de que para resolver disputas morales en una sociedad pluralista, la autoridad no puede partir ni de argumentos racionales ni de creencias comunes, sino únicamente del acuerdo de los participantes. Consiguientemente, el permiso o el consentimiento constituyen el origen de la autoridad, y el respeto hacia el derecho de los participantes al consentimiento es la condición necesaria para la posibilidad de una comunidad moral. El principio de permiso proporciona la gramática mínima para un discurso moral secular y, al mismo tiempo, es tan ineludible como la inquietud de las personas por censurar y alabar justificadamente y por resolver los problemas con autoridad moral.

D. La motivación para prestar obediencia al principio está ligada al interés por actuar de una manera a) que sea justificable para las personas pacíficas en general, y b) que no justifique el uso de la fuerza defensiva o punitiva contra la propia persona.

E. Consecuencias que se derivan para la política pública: el principio de permiso proporciona una fundamentación moral de la política pública que tiene como fin la defensa del inocente.

F. Máxima: No hagas a otros lo que ellos no se harían a sí mismos, y haz por ellos lo que te has comprometido a hacer.

G. El principio de permiso sirve de fundamento a lo que se puede calificar de moralidad de autonomía entendida como respeto mutuo.

### Principio II. El principio de beneficencia

La meta de la acción moral es lograr beneficios y evitar los perjuicios. En una sociedad pluralista secular, sin embargo, resulta imposible establecer ninguna explicación ni clasificación particular de los perjuicios y beneficios como canónica. Como consecuencia, dentro de los límites del respeto a la autonomía no podemos establecer ninguna visión moral concreta dotada de contenido por encima de los sentidos opuestos (al menos, en el seno de una sociedad pluralista secular y pacífica). Con todo, un cierto compromiso en favor de la beneficencia caracteriza la empresa de la moralidad, porque sin dicho compromiso la vida moral carece de contenido. Consiguientemente,

1. Por una parte, no existe ningún principio general de beneficencia dotado de contenido al que se pueda apelar.
2. Por otra parte, las acciones que no respetan la preocupación por la beneficencia son censurables, en el sentido de que sitúan a los infractores fuera del contexto de toda comunidad moral particular dotada de contenido. Tales acciones sitúan a los individuos fuera de las exigencias de beneficencia. La malevolencia, en particular, es el rechazo de los vínculos de beneficencia. En la medida en que se rechacen sólo reglas particulares de beneficencia, basadas en una visión concreta de la buena vida, únicamente se perderá el propio derecho a exigir beneficencia dentro de esa comunidad moral particular; en cualquiera de los casos, la petición de clemencia (caridad) puede seguir teniendo validez. Las acciones contra la beneficencia constituyen incorrección moral. Dichas acciones van en contra del contenido propio de la vida moral.

A. Contrato implícito: el principio de beneficencia adquiere contenido cuando se modela una comunidad por medio de una visión común de la explicación o clasificación adecuada de los beneficios y perjuicios.

B. Contrato explícito: el contenido de los deberes de beneficencia puede proceder también de acuerdos explícitos. En este caso, lo mismo que en el anterior, el contenido de una obligación de beneficencia se basa en el principio de permiso.

C. Justificación del principio: el principio de beneficencia refleja la circunstancia de que las inquietudes morales implican la búsqueda de beneficios y la evitación de perjuicios. Teniendo en cuenta que este tipo de disputas sólo se pueden resolver en las sociedades pluralistas seculares apelando al principio de permiso, éste es conceptualmente previo al principio de beneficencia. Se puede saber cuándo se viola la moralidad del respeto mutuo, incluso en los casos en que, debido a la carencia de contenido del principio de beneficencia, resulta imposible saber si se

está violando este último principio. De cualquier modo, el reconocimiento del principio de beneficencia proporciona la caracterización mínima del contenido exigido para que se pueda hablar de inquietudes morales.

D. La motivación para prestar obediencia al principio está ligada al interés por actuar de un modo: a) que sea justificable para las personas caritativas en general, y b) que no justifique el que nadie sea caracterizado como un individuo poco solidario que merezca verse excluido de los actos caritativos de otro individuo o de una comunidad.

E. Consecuencias que se derivan para la política pública: el principio de beneficencia proporciona el fundamento para derechos supererogatorios a recibir asistencia social, que proceden de propiedades comunes.

F. Máxima: Haz el bien a los demás.

G. El principio de beneficencia sirve de fundamento a lo que podríamos llamar la moralidad del bienestar y la solidaridad social

### *La tensión moral y la importancia fundamental de los derechos de tolerancia*

A la luz de estos dos principios se puede apreciar mejor el carácter de los conflictos que se plantean en el ámbito de la asistencia sanitaria. A menudo son conflictos serios, si no insolubles, porque reflejan profundas tensiones dentro del proyecto mismo de moralidad. Las preocupaciones centradas en el respeto mutuo y las que giran en torno al bienestar común aparecen lo suficientemente diferenciadas como para que no exista posibilidad de mediación cuando se producen tensiones entre ellas.<sup>23</sup> En el mejor de los casos, se estará habitualmente en condiciones de llegar a un acuerdo en comunidades particulares sobre la forma concreta de interpretar las exigencias de beneficencia. Con todo, incluso en circunstancias óptimas, tales acuerdos no serán lo suficientemente completos o detallados como para evitar tensiones entre los derechos y las obligaciones de los individuos dentro de la moralidad del respeto mutuo frente a lo que parece correcto o equivocado hacer dentro de la moralidad del bienestar común.

El universo de las exigencias morales es complejo y heterogéneo. Se pueden generar numerosas exigencias con respecto a los derechos y las obligaciones, y con respecto a la rectitud o al error de las acciones, a partir de diferentes elementos de la moralidad secular (esto es, la moralidad centrada en el permiso frente a la moralidad centrada en la beneficencia), así como en función de los

conflictos que se plantean entre éticas filosóficas seculares y moralidades basadas en determinados criterios religiosos o morales. Además, las mismas consideraciones sobre la beneficencia son complejas. Existen al parecer varias explicaciones razonables contrapuestas de lo que significa ser caritativo, actuar en apoyo de una red de solidaridad o apoyar el bienestar común.

Las diferentes maneras de articular el interés por realizar el bien o evitar el mal desembocan en diferentes afirmaciones acerca de lo que hay que hacer. Esto incluye la circunstancia de que diferentes ordenaciones léxicas de los bienes producen distintas visiones de lo que significa actuar de forma caritativa. ¿Qué es más importante, controlar totalmente el dolor, pero con riesgo de adicción o evitar todo riesgo real de adicción, aunque a costa de gran dolor? Pensemos en los conflictos que se plantean entre los intereses económicos y la preocupación por conseguir un estado de salud óptimo o posibilidades óptimas de curar la enfermedad y restablecer la función. Tales conflictos se plantean tanto a nivel social como individual. Como ya hemos observado, existen conflictos entre el interés por apurar al máximo las posibilidades de cura y prolongar las expectativas de vida, frente a los riesgos de dolor y sufrimiento a que se enfrenta un paciente al escoger entre diversos medios para tratar un cáncer. ¿Cómo se puede comparar una posibilidad baja de una curación de cinco años de un cáncer de garganta con la posibilidad más elevada de conservar intacta la función vocal? Cuando se analiza el principio de beneficencia, éste aparece fragmentado en toda una serie de sentidos de beneficencia. No existe un sentido secular canónico único de lo que es hacer el bien, ya que los bienes al alcance de las personas son múltiples y a menudo incompatibles. Consiguientemente, las diferentes reglas para actuar de forma caritativa entrarán en conflicto.

Considérese la posibilidad de comparar las preocupaciones centradas en la preferencia otorgada a la salud y la longevidad con el interés por vivir una existencia relativamente despreocupada y libre. Se podría hablar aquí del dilema del alpinista. ¿En qué momento empieza a ser algo irracional el hecho de arriesgar la propia vida para conseguir ser el primero en escalar una pared determinada en una determinada estación del año? Parecidas cuestiones se plantean al individuo con afección pulmonar crónica que desea continuar fumando ocasionalmente o al individuo hipertenso o diabético que no quiere aceptar plenamente las sugerencias de su médico cuando éste le propone un tratamiento óptimo. Todos es-

tos casos presentan un conflicto entre los diversos valores que podríamos ver resumidos en la libertad y los valores representados por la salud y la longevidad.

También se plantean conflictos entre los intereses en la salud y las preocupaciones más inmediatas por evitar la ansiedad que surge cuando los pacientes se empeñan en negar que padecen una enfermedad, pretendiendo que se encuentran bien. Tales opciones llevan a que determinados pacientes no acepten su hipertensión y otras enfermedades. Seguramente cada uno podría alargar indefinidamente la lista de conflictos. La medicina es un campo para los conflictos de valores, muchos de los cuales presentan a menudo, incluso para un gran número de personas racionales y prudentes, el carácter de lo inconmensurable. No parece que sea posible dar con una ordenación léxica, al menos en términos seculares generales. Tampoco estamos en condiciones de descubrir una jerarquía racional general de todos estos beneficios y perjuicios que nos permita precisar en general cuáles son las elecciones que harían los individuos racionales y prudentes.

Esto no significa que se deba desdeñar el análisis crítico minucioso de las elecciones y sus consecuencias. Cuanto mayores sean las posibilidades de mostrar a los individuos las consecuencias de sus elecciones, mejor se les capacitará para elegir racionalmente. En la medida de lo posible, deberíamos actuar como geógrafos de valores, cartografiando las diversas consecuencias de ubicarnos a nosotros mismos en un lugar particular en el terreno de los posibles resultados. Obviamente, una geografía de este tipo ha de resultar complicada. Será necesario trazar el mapa de un mundo multidimensional de diversos resultados posibles vinculados entre sí por diferentes probabilidades. En medicina, la mayor parte de las elecciones no desembocan en un resultado particular con la probabilidad de uno. Esto mismo plantea ya algunas cuestiones en la teoría del valor. ¿Cómo se puede comparar una probabilidad muy alta de un resultado especialmente desastroso con una probabilidad baja de un resultado también muy desastroso? En la medida en que están en juego valores importantes como la vida o un daño grave, la valoración de lo que habitualmente se considera apuestas prudentes parece cambiar. Así, un individuo puede decirse a aceptar una probabilidad de uno entre mil de morir con el fin de ganar cincuenta mil dólares, pero no una probabilidad prácticamente del cien por cien de morir para ganar cincuenta millones de dólares. Sin embargo, ambas «apuestas» son comparables des-

de el punto de vista de los cálculos absolutos. El hecho de que esto no le parezca verosímil a muchos individuos hace que aún sea más difícil un cálculo general de lo que más conviene a los demás.

Para encontrar el propio camino en el mundo moral definido en función del interés por respetar la libertad de elección y por conseguir los bienes de las personas, será necesario prestar mucha atención a todos estos matices y complejidades. Por otra parte, se habrá de reconocer que el conflicto entre las preocupaciones derivadas del respeto hacia las libres elecciones de los individuos y las preocupaciones por hacer realidad lo que más conviene a esos mismos individuos se ve complicado no sólo por los numerosos sentidos en que puede entenderse la idea de intereses preferentes sino también por el hecho de que las preocupaciones morales se encuentran dentro de una dimensión secular, y al mismo tiempo dentro de numerosas comunidades religiosas particulares y otras comunidades morales. El mundo moral aparece fragmentado en numerosos niveles y dimensiones. Para encontrar el propio camino en un universo moral con múltiples planos y dimensiones se habrán de formular, de la mejor manera posible, explicaciones o geografías del terreno de los derechos y obligaciones morales, de las condiciones que determinan la rectitud o la incorrección de las acciones. Médicos y pacientes entienden el equilibrio adecuado entre control del dolor y peligro de adicción de una manera que dependerá de sus particulares visiones del carácter de la vida buena y de la elección racional. Aunque resultará imposible dar forma a geografías indiscutibles generales de las relaciones morales en muchos casos, cierta orientación siempre será mejor que ninguna.

Por esta razón, resulta a menudo útil señalar la base de afirmaciones concernientes a derechos y obligaciones o concernientes a la rectitud o a la incorrección de las acciones, haciendo referencia a la moralidad del respeto mutuo y a la moralidad del bienestar. Esta misma distinción resulta complicada, debido a que nuestros conceptos de bienestar y de intereses máximos encierran diversos sentidos de satisfacción. Por otra parte, la elaboración del principio de permiso y del principio de beneficencia sitúa la preocupación por la libertad bajo la rúbrica de beneficencia. El principio de permiso se refiere a los derechos de los individuos a elegir libremente incluso cuando esa libertad está orientada a intercambiar libertades por otros bienes, más bien que a valorar la libertad. Finalmente, como ya se ha expuesto, en parte vivimos nuestra vida moral con referencia a un conjunto de razonamientos que trata-

mos de elaborar para salvar las distancias que se interponen entre distintas comunidades morales. Esto es lo que yo he denominado el plano o nivel secular del discurso moral. Contrasta con los contextos sociales en donde nosotros vivimos nuestra vida moral concreta informados por determinadas interpretaciones religiosas, metafísicas o ideológicas que nos proporcionan una imagen precisa de la buena vida (por ejemplo, como un metodista liberal en materia política).

Una vez establecidas estas consideraciones es posible darse cuenta de por qué el principio de permiso siempre desbanca al principio de beneficencia. La obligación de hacer el bien a los demás es un deber fundamental. Sin embargo, esta obligación como tal es abstracta. Sólo en contextos concretos se puede determinar el alcance de la misma y la forma de clasificar u ordenar los diversos bienes que tal vez estén en juego. La obligación general de no recurrir a la fuerza sin autoridad posee un carácter más concreto, en el sentido de que se puede descubrir claramente en situaciones particulares sin apelar a otra cosa que a la comprensión del individuo que sería sometido a dicha fuerza. De esta manera, el derecho a no ser sometido a tratamiento sin el propio consentimiento se concretiza inmediatamente a partir de los deseos del posible paciente. Es suficiente que dicho individuo exprese su rechazo para que de hecho la autoridad del médico deje de afectar a ese paciente. Por el contrario, la afirmación de que, por razones de beneficencia, se debería ayudar a alguien a sufragar los gastos de la asistencia sanitaria, antes que entregar el dinero a unos amigos para que viajen a Nevada para jugar, comer bien y beber, requiere un razonamiento acerca de la importancia relativa de esos bienes. Una respuesta última a esta cuestión necesitará apelar a una visión particular de la vida buena.

El derecho a hacer con la propia persona, o con otros que dan su consentimiento, lo que uno mismo decida, no sólo es fundamental, sino que funciona sin necesidad de apelar a una interpretación social particular. Y eso porque tal derecho se justifica en función de la perspectiva de los agentes morales en general, es decir, de las personas interesadas en resolver las disputas autoritariamente, sin recurrir a la fuerza. Esta perspectiva es la que justifica la moralidad del respeto mutuo. No se presupone ninguna visión particular de la buena vida.

Las obligaciones relacionadas con la tolerancia no requieren el acuerdo de una comunidad, sino únicamente que los individuos di-

sientan del hecho de ser sometidos a la fuerza. El rechazo del individuo es suficiente para dotarlas de un carácter concreto. Naturalmente, las cosas no son nunca sencillas: particulares conceptos de límites concretos sirven para apoyar derechos especiales a la abstención y a menudo exigirán la comprensión particular de comunidades concretas. Con todo, siempre quedará un abanico general de acciones donde razonablemente se habrá de presumir que a la persona que esté a punto de ser sometida a la fuerza se le debe pedir antes permiso, porque no hay que presumir que tales personas hayan dado ya su consentimiento (por ejemplo, prestar ayuda inmediata para evitar pérdida de la vida, mutilación o peligro para el funcionamiento corporal o psicológico). Ideas bien arraigadas en una comunidad pueden en ocasiones echar por tierra estas suposiciones racionales generales. Adelantarse en una fila de personas que se están vacunando y presentar el brazo puede bastar para expresar el consentimiento del interesado, pero no será suficiente para crear un derecho a la vacuna. En pocas palabras, una diferencia entre los deberes de tolerancia y de beneficencia se deriva del hecho de que el rechazo por parte de otra persona es suficiente para crear una obligación de tolerancia, mientras que se requiere el mutuo acuerdo para que se dé una obligación concreta de beneficencia. En consecuencia, los derechos y las obligaciones a la tolerancia poseen un mayor carácter absoluto y una mayor capacidad para mantenerse vigentes de un modo transcultural que los derechos y obligaciones de beneficencia. La afirmación de que las mujeres tienen derecho a rechazar el aborto es más fácil de justificar que la afirmación de que las mujeres tienen derecho a que otros paguen por ese aborto, en el caso de que ellas no puedan hacerlo.

En este sentido, los derechos y los deberes negativos son más fuertes que los positivos. Así, por ejemplo, el deber de no matar y el derecho a no ser matado contra la propia voluntad son más fuertes que el deber de proporcionar recursos para salvar una vida o que el derecho a tener acceso a los recursos necesarios para salvar la propia vida. Por ejemplo, el deber de los médicos de no matar a sus pacientes durante el transcurso de la experimentación con seres humanos tiene mayor generalidad secular que el deber de esos mismos médicos de proporcionar suficientes cuidados y recursos para salvar vidas, al menos cuando se trata de personas que aparecen como extraños morales. No es necesario conocer nada sobre otra persona para saber que nadie está autorizado a matarla sin su consentimiento. Sin embargo, cuando uno se encuentra con una

persona extraña necesitada de costosos cuidados sanitarios y con la que uno mismo no ha contraído responsabilidades anteriores, la cuestión no está tan clara. (¿Cuánto debemos molestarnos?) Los deberes negativos generales basados en el respeto mutuo imponen su vigencia sin necesidad de recurrir a acuerdos o interpretaciones especiales. Así, se tiene la obligación *prima facie* de obtener el consentimiento de las personas llamadas a participar como sujetos de una investigación médica, cualesquiera sean los compromisos que ya se hayan adquirido en esas empresas. Las obligaciones contractuales de ofrecer un bien o un servicio (por ejemplo, un tratamiento médico costoso) pueden ser igual de fuertes, pero requieren una comprensión previa especial (una política pública, un compromiso por parte de las organizaciones responsables del mantenimiento de la salud de ofrecer determinados niveles de prestaciones sanitarias, etc.). Considérese la diferencia entre un médico que está pasando sus vacaciones en un elegante hotel de Calcuta y ese mismo médico de servicio en una *Health Maintenance Organization* (HMO). Es evidente que en el hotel nuestro médico tendrá unas obligaciones mucho menos definidas (si es que tiene alguna) con respecto a los pacientes necesitados de la ciudad de Calcuta que las que podrán exigirle sus pacientes en la HMO donde trabaja habitualmente. Las obligaciones de beneficencia parecen depender de acuerdos contractuales especiales o interpretaciones concretas del principio de beneficencia. Convendría insistir en el hecho de que el principio de beneficencia también genera deberes negativos, juntamente con la obligación de no perjudicar a otros, incluso con su permiso. En este sentido, el principio de no hacer el mal exige que los médicos no deben proponer tratamientos que, en su opinión, resulten perjudiciales, a menos que la libertad u otros intereses del paciente compensen el daño. Estos deberes negativos poseerán la misma imprecisión que los deberes positivos de beneficencia.

#### *Derechos y obligaciones en conflicto*

En muchas ocasiones no será posible decidir qué obligación o derecho se debe preferir. Si alguien trata de distribuir determinados bienes en el ámbito de la asistencia sanitaria con sentido caritativo, ¿cómo ha de clasificar las necesidades de individuos que padecen insuficiencia renal en fase terminal frente a las necesida-

des de quienes están expuestos al sarampión o la polio y no han sido vacunados? ¿Cómo se pueden equiparar las exigencias de la medicina preventiva y del cuidado especializado o las exigencias de quienes desean tratar el cáncer y las de aquellos que desean tratar la artritis y las dolencias y las penas cotidianas de la vida? Como ya hemos indicado anteriormente, la tarea de clasificar las obligaciones de beneficencia es sumamente difícil.

Por otra parte, ¿qué hay que hacer en aquellos casos en que se presentan conflictos de expectativas y contratos? Se ha de trazar, tan cuidadosamente como sea posible, la geografía y la genealogía de los derechos y obligaciones para ver qué precedencia probable le corresponde a cada uno de ellos. Piénsese en el caso de una pareja que busca asesoramiento acerca de la posibilidad de tener un segundo hijo con un defecto recesivo hereditario. Si las pruebas indican que el marido no puede haber sido el padre del primer hijo ¿qué obligación tiene el médico, frente a quién y por qué, de revelar los riesgos que corren los futuros hijos de la pareja de contraer esa enfermedad? ¿Puede el médico limitarse a asegurar a la pareja que no existe peligro alguno de que sus nuevos hijos nazcan con esa deficiencia, informando privadamente a la esposa de los riesgos que conllevaría la continuada reproducción con el amante, padre biológico del primer hijo? ¿Debe el médico informar al marido sobre el hecho de que él no es el padre del primer hijo, especialmente si la crianza del niño va a comportar especiales cargas económicas, psicológicas y sociales?

Una de las formas de enfocar una respuesta sería determinar si el médico mantiene la relación primaria entre paciente y médico con el marido o con la esposa. Esta prioridad tal vez se podría establecer teniendo en cuenta quién inició los contactos con el médico o quién paga los honorarios. ¿Cambia algo la cosa el hecho de que los honorarios del médico los pague un tercero? ¿Qué sucede si ese tercero es el gobierno? ¿O se han de tener más bien en cuenta los términos según los cuales el médico convino inicialmente en ayudar a la pareja? A veces puede suceder que el médico tenga la suerte de contar con una relación tan bien estructurada que sus obligaciones sean claras. Tal vez el médico sea el ginecólogo de la mujer, con obligaciones primarias hacia ella. En otros casos, la cuestión puede ser insoluble. En ocasiones, importantes problemas morales carecen de una solución secular clara.

*TEYKU: algunos problemas se resisten al razonamiento moral*

En los textos religiosos occidentales nos encontramos con ejemplos clásicos de dilemas morales. Piénsese, por ejemplo, en la solución de Judas Macabeo sobre la disposición de las piedras del altar del Segundo Templo, que había sido profanado por los sirios helénicos durante su ocupación. No sabiendo qué hacer con estas piedras sagradas, pero profanadas, ordenó colocarlas en un lugar de la colina del Templo, hasta que surgiera un profeta que decidiera dónde se debían colocar (I Macabeos 4: 44-46). El problema moral no resuelto en el razonamiento moral ha sido subrayado en el concepto talmúdico de *teyku*. Estos problemas implican disputas acerca de temas de la Ley que no admiten una solución porque los argumentos en favor de cada una de las partes se equilibran. Son problemas que se mantienen indefinidamente en un estado de insolubilidad. Como sugieren algunos representantes de la literatura mística, estos problemas únicamente los resolverá Elías cuando venga como heraldo del Mesías.<sup>24</sup> Es decir, en comunidades morales concretas puede haber una persona con autoridad que pueda resolver la falta de claridad; en caso contrario, sólo nos resta la idea de que, de hecho, algunos problemas morales importantes pueden resultar insolubles, ya sea debido a la falta de claridad de los datos de la situación, ya sea a causa de la oscuridad de los mismos principios morales.

Volviendo al caso del niño que había nacido con una enfermedad genética, en principio tal vez no esté muy claro si son más fuertes las obligaciones de beneficencia del médico con respecto al marido o con respecto a la mujer. En los conflictos morales en que las cuestiones que se debaten son verdaderamente *teyku* seguramente se es libre de echar una moneda al aire, seguir las propias inclinaciones o elegir guiado por un prudente egoísmo. Sin embargo, a menudo habrá que contar con diferencias en las consecuencias. En tales circunstancias se debe actuar de manera que se pierda el menor número posible de bienes y se violen cuantos menos derechos sea posible (la satisfacción de los derechos basados en el respeto mutuo merecerá una atención prioritaria). Si tenemos en cuenta que la medicina es una profesión que se ejerce en circunstancias más bien trágicas —todos los pacientes mueren y la mayoría de ellos sufre alguna enfermedad antes de la muerte—, los médicos se ven obligados a menudo a tomar decisiones que no pueden satisfacer todos los derechos, ni seguramente dar cumplimiento a todos

los bienes, y donde no se puede establecer una jerarquía definitiva y global de los derechos y los bienes que están en juego.

El concepto de *teyku* indica los límites de la razón en la solución de los problemas morales. En ocasiones pueden surgir serias dudas acerca de lo que uno mismo debe hacer. Esa falta de claridad puede obedecer a veces a la tensión que se produce dentro del ámbito de la misma moralidad: entre la preocupación por actuar autorizadamente y por hacer el bien. En la mayoría de los casos, resultará evidente que los individuos no están autorizados a recurrir a la fuerza para hacer realidad su criterio acerca de lo bueno contra las protestas de personas inocentes. Sin embargo, cabe preguntar: ¿Qué sucedería si estuviese en juego la existencia de una nación o de una empresa como IBM o Texaco? ¿O incluso de toda la Tierra o tal vez del universo? ¿Sería lícito esclavizar a un solo individuo a fin de conseguir un objetivo benéfico tan importante? ¿Sería lícito torturar a un individuo contra su voluntad para salvar el universo? ¿Cuándo adquiere el bien que está en juego tal importancia que es capaz de desbancar el concepto secular de comunidad moral pacífica? ¿Sería razonable, en términos seculares generales, disparar contra un inocente extraño para salvar la propia familia compuesta por tres personas? ¿Qué decir si la propia familia contase con doce miembros? ¿Y si lo que estuviese en juego fuese la vida de cien personas? ¿De diez millones? ¿De diez mil millones? ¿De cien trillones? Seguramente tales casos, más que *teyku*, son profundamente trágicos. Un individuo que violase la moralidad del permiso para conseguir un bien tan importante y beneficioso sería seguramente censurable. Si el bien que está en juego es tan abrumador, habría que mostrarse especialmente piadoso y comprensivo. No obstante, sería necesario reconocer que también aquí se habría producido una violación del orden moral. Estos casos límite ponen al descubierto los límites de la moralidad secular y de la orientación que ésta puede proporcionar.

Así, debido a los valores y moralidades contrapuestos, se pone de relieve la naturaleza trágica de la medicina. Ésta se ocupa de individuos que en su totalidad están destinados a morir, algunos de ellos después de sufrir grandes dolores, en circunstancias en que a menudo no se puede ni postergar la muerte ni aliviar notablemente el sufrimiento. La medicina es de tal naturaleza que obliga con frecuencia a elegir entre posibilidades alternativas de diferentes formas de sufrimiento y muerte sin conocer con certeza lo que sucederá. Puede suceder muy bien que se haya decidido realizar una



intervención quirúrgica con el fin de salvar una vida y que el paciente muera por efecto de la anestesia. Un médico puede prescribir antibióticos a un paciente que le produzcan una reacción alérgica que ponga en peligro su vida. La naturaleza de las decisiones que deben tomar los médicos lleva aparejada la posibilidad de desembocar inexorablemente en resultados penosos indeseados. Por otra parte, la naturaleza misma de la moralidad secular a través de la cual se han de tomar decisiones con respecto al enfoque del tratamiento contiene imperfecciones, en el sentido de que la obligación moral de respetar a las personas obligará a menudo a los médicos a asentir a las elecciones de los pacientes —elecciones que con gran probabilidad conducirán a la pérdida de bienes importantes. En medicina, uno se ve constantemente enfrentado a la pérdida de bienes.

## CAPÍTULO V

### EL CONTEXTO DE LA ASISTENCIA SANITARIA: LAS PERSONAS, LAS POSESIONES Y LOS ESTADOS

No todos los seres humanos son iguales. La asistencia sanitaria se enfrenta a individuos de capacidades en apariencia ampliamente divergentes: adultos competentes, adultos mentalmente retrasados, niños, criaturas y fetos. Estas diferencias constituyen la base de desigualdades moralmente relevantes. Los adultos competentes ocupan una posición moral que los fetos o las criaturas no poseen. Además, entre los adultos competentes existen desigualdades sociales que son consecuencia de la disparidad de riqueza. Las personas acaudaladas pueden comprar bienes y servicios que no están al alcance de los menos afortunados. Estas desigualdades alcanzan la estructura fundamental de las decisiones en materia sanitaria. Finalmente, la existencia del Estado plantea problemas especiales acerca de la igualdad o la desigualdad entre las personas, ya que el Estado frecuentemente reclama para sí mismo prerrogativas morales especiales para reglamentar la asistencia sanitaria, así como para distribuir los recursos sanitarios. Para llegar a un acuerdo en las cuestiones bioéticas que se plantean, tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios, en el marco fijado por el Estado, hay que saber hasta qué punto se deben tomar en serio las desigualdades morales y económicas existentes entre los seres humanos, así como las supuestas prerrogativas morales del Estado.

#### *La posición especial de las personas*

Las personas, no los seres humanos, son especiales —al menos si sólo se dispone de una moralidad secular general. Los seres humanos adultos competentes tienen una categoría intrínseca moral mucho más elevada que los fetos humanos o que incluso los niños pequeños. Es importante conocer la naturaleza de estas desigualdades con cierto detalle, ya que los médicos y los científicos dedi-

cados a la medicina intervienen de forma muy diferente en la vida de los seres humanos adultos, de los niños, de las criaturas, de los fetos y de los ratones de laboratorio. Es necesario comprender detalladamente por qué varían las obligaciones seculares de respeto y beneficencia de acuerdo con la posición moral de las entidades implicadas, así como también es esencial reconocer el abismo que separa la moralidad secular general de la moralidad canónica dotada de contenido.

Sólo las personas escriben o leen libros de filosofía; las personas constituyen la comunidad moral secular; las personas se preocupan por argumentos morales y son susceptibles de ser convencidas por éstos. La noción misma de una comunidad moral secular general presupone una comunidad de entidades que tienen conciencia de sí mismas, que son racionales, libres de elegir y poseen un sentido de preocupación moral. Una esfera de discurso moral, que podemos llamar la comunidad pacífica, solamente llega a crearse cuando estas entidades se interesan por saber cuándo ellas u otros actúan de forma censurable o loable. La comunidad pacífica existe a la par de forma actual y potencial. Existe potencialmente como un punto de vista moral en función del cual entidades que tienen conciencia de la propia identidad y son racionales pueden hablar de alabanza y censura, y darse cuenta de que, a través de la autorización y del acuerdo, están unidas por su mutua autoridad. Es un punto de vista intelectual en el sentido de que una vez comprendido qué significa alabar o culpar de forma justa, es posible darse cuenta de que dichas actividades presuponen la existencia de entidades censurables o loables, seres que podían haber obrado de acuerdo con las condiciones de posibilidad de una comunidad pacífica. En virtud de este posible punto de vista moral, las personas pueden, en cualquier momento y en cualquier parte, imaginar que pertenecen a una comunidad pacífica y que están obligados a obedecer sus reglas. El examen del lenguaje moral pone al descubierto un punto de vista intelectual muy importante: el *mundus intelligibilis* de Kant.<sup>1</sup> Médicos competentes y pacientes pertenecientes a cualquier especie racional de cualquier lugar del universo pueden tomar parte en este punto de vista moral, que comprende no sólo al personal y a los pacientes de hospitales terrestres, sino también a médicos navales y a sus pacientes de platillos volantes, en el caso de que estos últimos existan. Las personas pueden pensar que son libres en virtud de esta posibilidad o punto de vista intelectual;<sup>2</sup> como lo expresó Kant, «pensamos que somos libres, nos traslada-

mos al mundo inteligible como sus miembros y conocemos la autonomía de la voluntad junto con su consecuencia, la moralidad».<sup>3</sup> Cuando las personas realmente se comportan de acuerdo con la noción de la comunidad pacífica, pueden vivir en una comunidad moral secular general de límites reales, de forma que las personas que actúan contra la comunidad pacífica son, por propia elección, proscritos morales de todas y cada una de las comunidades morales. En resumen, todas las personas pueden imaginar *la noción de la comunidad (moral) pacífica* y, en la medida en que obran de acuerdo con este concepto, toman parte, junto con otros, en *la comunidad (moral) pacífica* (esto es, definida por una moral pluralista, secular y general). Tienen también la oportunidad de crear junto con otras personas anuentes una comunidad moral *concreta* (definida además por su visión concreta de la vida buena).

Al examinar el fundamento de la moral, Kant presentó lo que podríamos llamar la gramática de una de las dimensiones más importantes del pensamiento humano. Las entidades racionales y autorreflexivas sólo pueden interpretarse a sí mismas coherentemente como entidades morales y responsables. Protestar diciendo que debían haber sido tratadas de forma diferente, culparse a sí mismas o a otros por sus actos, significa penetrar en el terreno del discurso moral y, a la vez, situar todas las entidades que participan en dicho discurso en una luz especial. El carácter autorreflexivo de nuestro pensamiento nos obliga a considerarnos a nosotros mismos y a entidades similares de una cierta manera; no podemos observarnos a nosotros mismos coherentemente solamente como si estuviésemos motivados a realizar nuestros actos. Una entidad que afirmase que todas sus declaraciones eran simplemente causadas, no afirmadas racionalmente, abandonarían en ese momento cualquier pretensión de veracidad de esa aseveración con respecto al determinismo. Estaría sosteniendo, en cambio, que había sido motivada a hacer esa declaración (es decir, «Estoy determinado») con independencia de reflexiones meditadas o de bases racionales para el asentimiento. El campo moral en el cual nos creemos libres y responsables es ineludible. Por otra parte existe, como también reconoce Kant, el campo de las reflexiones científicas y empíricas, en el cual tratamos el mundo como si realmente estuviese determinado. Ésta es para Kant una segunda posición tan inevitable como el punto de vista moral.<sup>4</sup> Según Kant, las personas se encuentran en el peculiar dilema de imaginarse a sí mismas como seres determinados, causados a realizar sus actos, mientras que por otra parte se

imaginan a sí mismos, y a otras personas, como entidades morales loables o censurables y, por tanto, libres.<sup>5</sup> Es importante darse cuenta de que Kant no está sugiriendo una proposición metafísica (esto es, la exigencia de realidades trascendentales), sino que está indicando la existencia de dos campos importantes e ineludibles del razonamiento y de la experiencia humanos. Nuestro propio concepto de nosotros mismos como entidades autorreflexivas y racionales exige que nos consideremos como agentes morales, como personas y como sujetos cognoscentes.

Consiguientemente, las personas destacan como poseedoras de una importancia especial en las discusiones éticas, ya que son entidades que tienen derechos morales seculares de tolerancia y no pueden ser utilizadas sin su permiso. Hay que señalar que esta consideración moral se concentra en las personas y no en los seres humanos. El hecho de que una entidad pertenezca a una especie concreta no tiene importancia en términos morales seculares generales, a menos que esta pertenencia dé como resultado el hecho de que esta entidad sea en realidad un agente moral. Esto debe resultar evidente si se reflexiona sobre lo que significa ser un ser humano, perteneciente a una especie determinada. En primer lugar, hay que señalar que en el género *Homo* han existido varias especies humanas, y cuando se identifica una entidad como perteneciente a la especie *Homo sapiens* la situamos en un locus taxonómico concreto. El género *Homo* pertenece junto con los géneros *Ramapithecus* y *Australopithecus* a la familia de los *Hominidae* del suborden *Anthropoidea* del orden de los primates de la clase de los mamíferos. Al calificar a una entidad de humana se indica con ello que posee características propias de los primates, tales como miembros alargados y manos y pies pentadáctilos, junto con una mayor especialización del sistema nervioso. En la familia de los *Hominidae* destacaríamos el desarrollo de la capacidad de fabricar útiles, del lenguaje y de otros comportamientos relacionados con, o dependientes de, la capacidad simbólica. Si en un futuro poseyéramos un estudio galáctico de las especies racionales del universo, probablemente veríamos que varias bases, diferentes entre sí, conducen a la capacidad de utilizar útiles, el lenguaje y símbolos abstractos. Los seres humanos se distinguirían fundamentalmente por las peculiaridades biológicas típicas de los primates, pero en la medida en que se caracterizan las peculiares estructuras anatómicas y las capacidades fisiológicas de los seres humanos como típicas de los primates, se presenta un conjunto de características biológicas que adquieren

significado moral sólo en la medida en que apoyan las características especiales de las personas, esto es, su capacidad para desempeñar un papel en la comunidad moral. Ser un ser humano es tan significativo porque los miembros de la especie *Homo sapiens* son normalmente seres autorreflexivos, racionales, y poseen un sentido moral —al menos en términos morales seculares generales.

Como indican los ángeles, amén de la especulación actual cercana a la ciencia-ficción en cuanto a entidades autorreflexivas y racionales de otros planetas, no todas las personas tienen que ser necesariamente seres humanos. Lo que distingue a las personas es su capacidad de tener consciencia de sí mismas, de ser racionales y de preocuparse por ser alabadas o censuradas. La posibilidad de la existencia de tales entidades fundamenta la posibilidad de la existencia de la comunidad moral; nos ofrece un modo de reflexionar sobre la rectitud o la iniquidad de los actos, y sobre el mérito o demérito de los actores. Por otra parte, no todos los seres humanos son personas, no todos son autorreflexivos, racionales o capaces de formarse un concepto de la posibilidad de culpar o alabar. Los fetos, las criaturas, los retrasados mentales profundos y los que se encuentran en coma profundo son ejemplos de seres humanos que no son personas. Estas entidades pertenecen a la especie humana, pero no ocupan una posición en la comunidad moral secular en sí mismos, ni por sí mismos; no pueden culpar o alabar, ni son censurables ni loables; no toman parte principal en la empresa moral secular porque sólo las personas tienen esa posición.

El interés por la moralidad provoca la discusión sobre la cuestión de las personas como agentes morales. Se habla de personas con el fin de identificar las entidades que pueden ser culpadas o alabadas justificadamente y que pueden, a su vez, culpar o alabar y, como resultado, pueden representar un papel en el núcleo de la vida moral. Para poder participar en el discurso moral, dichas entidades tienen que reflexionar sobre sí mismas, tienen que ser autorreflexivas. Además, tienen que ser capaces de imaginar reglas de acción para sí mismas y para otros, con el fin de imaginar la posibilidad de una comunidad moral. Tienen que ser seres racionales. Dicha racionalidad debe incluir una comprensión del concepto de merecimiento de culpa o alabanza: un mínimo sentido moral. Los sociópatas únicamente dejarían de ser agentes morales (personas en sentido moral), si perdieran la capacidad de entender el concepto de censurabilidad hasta tal punto que no pudiesen culpar a quienes pudieran causarles daño. Estas tres características: auto-

rreflexión, racionalidad y sentido moral, identifican a las entidades capaces de discurso moral. Estas características otorgan a dichas entidades los derechos y las obligaciones de la moralidad de la dignidad. El principio de permiso, y su elaboración en forma de la moralidad secular del respecto mutuo, se aplican solamente a seres autónomos, sólo se refieren a las personas. La moralidad de la autonomía es la moralidad de las personas.

Por esta razón no tiene sentido hablar, en términos seculares generales, del respeto por la autonomía de los fetos, las criaturas o los adultos profundamente retrasados que nunca han sido racionales. En estos casos no hay ninguna autonomía a la que poder enfrentarse.<sup>6</sup> Tratar a estas entidades sin respetar lo que no poseen y nunca han poseído, no les despoja de nada que tenga importancia moral secular general, ya que se encuentran fuera del núcleo sagrado de la moralidad secular. Del mismo modo que la preocupación por respetar a los agentes morales excluye algunos seres humanos, podría incluir, por otro lado, personas no humanas. Aunque el hecho de no tratar a un feto o a una criatura como persona en sentido estricto no demuestre una falta de respeto por ese feto o esa criatura en términos seculares generales, el tratar a un pacífico agente moral extraterrestre sin respeto representaría actuar de un modo fundamentalmente inmoral. Demostraría que se ha actuado contra la posibilidad misma de la comunidad pacífica.

Lo que, en términos seculares generales, es importante acerca de nosotros mismos como seres humanos, es el hecho de que seamos personas y no nuestra pertenencia a la especie *Homo sapiens* como tal. La distinción entre personas y seres humanos tiene consecuencias importantes para el modo de tratar la vida personal humana en contraste con la mera vida biológica humana. Una vez delimitadas claramente estas distinciones se pueden poner al descubierto algunas de las confusiones conceptuales que han plagado los debates morales seculares sobre el aborto. En qué preciso momento empieza la vida humana no nos interesa, excepto en el caso de que se intente determinar cuándo empezó a desarrollarse la especie humana. Aparentemente, la vida es un *continuum* ininterrumpido de cuatro billones de años de duración y la vida humana es un fenómeno que tiene una antigüedad aproximada de dos millones de años. En el contexto de la moralidad secular general, la preocupación es, o debería ser, determinar en qué punto de la ontogenia humana se convierten los seres humanos en personas.<sup>7</sup>

Resumiendo hasta este punto: no todas las personas son nece-

sariamente humanas y no todos los seres humanos son personas. Con el fin de entender la geografía de las obligaciones morales seculares generales de la asistencia sanitaria en lo que respecta a fetos, criaturas, retrasados mentales profundos y a las personas que han sufrido graves lesiones cerebrales, se debe determinar la posición moral de las personas y de la mera vida biológica humana y, a partir de ahí, desarrollar criterios que permitan distinguir entre estas clases de entidades. Además, incluso si las criaturas no son personas en el sentido estricto en el que E.T., por ejemplo, lo es, aún existen razones seculares importantes que obligan a conceder derechos especiales a las criaturas. Con el fin de clasificar y distinguir las obligaciones debidas a adultos competentes, criaturas, fetos, y a personas con graves lesiones cerebrales, tenemos que enjuiciar la significación moral de las diferentes categorías de vida humana.

Estas reflexiones morales seculares generales acerca de la posición de las personas no niegan criterios tradicionales religiosos o metafísicos acerca de la existencia del alma o de su penetración en el cuerpo humano durante un momento particular de la ontogenia humana, así como tampoco niegan el valor especial de la vida que puede apreciarse desde la perspectiva religiosa, sino que revelan el doloroso abismo existente entre la moralidad secular general y la que está dotada de contenido.

### *¿Una predisposición a favor de las personas?*

Aunque este enfoque simplifique el asunto al excluir de la discusión los dilemas metafísicos, engendra, por otra parte, problemas especiales propios. En primer lugar, puede objetarse que esta forma de interpretar las cosas crea una concepción del universo moral indebidamente centrada en, u orientada hacia, las personas. ¿Qué sucede con los animales, los árboles y el medio ambiente? ¿No importa más el universo que las personas? Sin embargo, solamente las personas reflexionan sobre el mundo e intentan explicar su sentido. Todas estas explicaciones se elaboran en el lenguaje racional de las personas, de modo que los seres racionales y sus preocupaciones son constantemente el centro de las explicaciones morales. Solamente podemos explicar racionalmente la naturaleza de los objetos desde el punto de vista de los seres racionales: las personas. Únicamente las personas pueden autorizar y transmitir autoridad. Este enfoque caracteriza asimismo la moralidad del

bienestar y de la solidaridad social. Son las personas quienes mejor pueden definir lo que más les conviene; pueden situarse a sí mismas y a sus intereses en sus propios términos para todo cálculo que se realice según el principio de beneficencia, pero son otros quienes tienen que elegir en nombre de los organismos no personales, son otros los que tienen que determinar qué es lo que más conviene a esas entidades. Pacientes adultos competentes pueden definir lo que más les conviene en sus propios términos. Seguramente, los individuos racionales pueden cometer errores de cálculo, pero los juicios emitidos sobre sí mismos tienen una importancia fundamental, en el sentido de que las personas pueden decidir por sí mismas la clasificación de costes y beneficios que desean tomar en serio para el transcurso de su vida, incluido el riesgo que están dispuestos a correr. En este sentido, las personas se autolegislán, pero esto no es así en el caso de las criaturas, de los retrasados mentales profundos o de otros individuos que no pueden determinar por sí mismos su propia jerarquía de gastos y beneficios. Son las personas quienes tienen que elegir por ellos y, teniendo en cuenta que estas elecciones dependen del sentido moral del elector, y que no existe un sentido moral unívoco que proporcione una única jerarquía autorizada de costes y beneficios, las no-personas verán impuestas sobre su destino las elecciones concretas de personas o de comunidades de personas particulares. Tanto la moralidad del respeto mutuo como la moralidad del bienestar y de la simpatía mutua están inextricablemente orientadas hacia las personas.

Cuando las personas tienen que sopesar, en términos morales seculares generales, la importancia que deben recibir los intereses de las personas frente a los de las no-personas, la posición de las personas seguirá teniendo primordial importancia. Las personas pueden apreciar el daño y el bien, el placer y el dolor, de forma reflexiva y compleja. Es probable que después de una detenida reflexión, los seres racionales mantengan que es preferible probar primero los efectos de nuevas sustancias analgésicas en animales, incluso cuando esos experimentos signifiquen sufrimiento para éstos, antes que proceder directamente a experimentar con personas. Probablemente se considerará que el bien de las personas ocupa una posición superior en la jerarquía de bienes a la que ocupa el bien de los animales utilizados en la investigación, que serán sacrificados durante el transcurso de la experimentación e investigación médica. El cazador decidirá que la delectación en la caza, la refinada evocación de la muerte al compartir historias con otros

cazadores, son bienes que superan el valor de la vida del animal cazado y abatido. Éste será también el caso de los individuos que tengan la intención de criar animales para fines comerciales. Sólo existirán personas para adjudicar qué bienes deben tener mayor importancia. Incluso los animales que no son personas, y nunca lo serán, se sitúan ineludiblemente dentro de los límites de una moralidad centrada en las personas, y que está dominada por los intereses centrados en las personas.

Hay que señalar que el prejuicio a favor de las personas no equivale al prejuicio a favor de los seres humanos frente a otras posibles especies racionales. Si, por ejemplo, fuera alguna vez necesario hacer una comparación entre las exigencias contrapuestas de personas humanas y de personas extraterrestres, estas últimas nunca podrían ser utilizadas moralmente como meros medios, de la misma forma en que son utilizados los animales.

#### *Potencialidad y probabilidad*

¿Qué sucede, en términos seculares generales, con entidades tales como los embriones, los fetos, y las criaturas, que con gran probabilidad se convertirán en agentes morales?<sup>8</sup> Parecería que en esas circunstancias se pudiese apelar a la noción de potencialidad con el fin de argüir que, dado que fetos y niños son personas en potencia, se les deben acordar *eo ipso* los derechos y la categoría de las personas, pero este tipo de argumento no puede tener éxito. Tampoco fue el argumento más relevante para los teólogos del medioevo occidental, quienes enfocaron la cuestión del aborto desde la perspectiva aristotélica y su compromiso con la doctrina de la potencialidad. Santo Tomás de Aquino arguyó que la acción de acabar con la vida de un feto no implicaba la misma maldad que el asesinato, aun cuando el feto o embrión era una persona en potencia.<sup>9</sup> Este criterio se vio reflejado en la teología católico-romana y en la ley canónica desde la época de santo Tomás de Aquino hasta 1869, exceptuando un breve período entre 1588 y 1591.<sup>10</sup> Durante ese tiempo el matar a un feto o embrión se consideró un pecado mortal, en cierto modo análogo al pecado mortal de la anticoncepción,<sup>11</sup> pero a los ojos de los católicos romanos no equivalía al pecado del asesinato.<sup>12</sup> La Iglesia católico-romana consideraba que había una especie de vida humana que precedía a la vida humana de las personas.

Sin duda, el lenguaje de la potencialidad es en sí mismo engañoso, ya que frecuentemente induce a suponer que un *X*, que es un *Y* en potencia, posee ya de alguna forma misteriosa el ser y el significado de *Y*. Pero, si *X* es un *Y* en potencia, se sigue que *X* no es un *Y*. Si los fetos son personas en potencia, se sigue claramente de ello que los fetos no son personas. Consiguientemente, *X* no tiene los derechos actuales de *Y*, sino que solamente los tiene potencialmente. Si los fetos son solamente personas en potencia, no tienen los derechos de las personas. Tomando un ejemplo de S. I. Benn diremos que, si *X* es un presidente en potencia, sólo se sigue de ese hecho que *X* todavía no tiene los derechos ni las prerrogativas del presidente actual.<sup>13</sup> Tal vez por eso sea preferible decir que *X* tiene una cierta probabilidad de convertirse en *Y*, en lugar de decir que *X* es un *Y* en potencia. Podemos entonces asignar un valor de probabilidad a ese resultado.

De estas consideraciones se deduce que, aunque se esté moralmente obligado a respetar a las personas, en el sentido de abstenerse de cometer daños contra estas personas a los que ellas no han dado su consentimiento, y a ayudarlas a que alcancen su bien, no se sigue de ello que se esté obligado a aumentar el número de entidades con las cuales se tienen obligaciones. Se podría llegar a la conclusión razonable de que existen ya suficientes personas con las cuales se tienen obligaciones. Reflexiones acerca de las consecuencias de la superpoblación conducen a la conclusión racional de que sería mejor si no hubiera más personas a las que alimentar, cuidar y respetar. Además, se puede concluir que personas de un cierto tipo, como son las que padecen impedimentos físicos o mentales graves, crearían obligaciones morales particularmente gravosas, que sería mejor evitar. En esas circunstancias podría decidirse evitar la existencia de tales obligaciones por medio del aborto. El hecho de que los cigotos, embriones o fetos sean humanos en vez de simios o caninos sería de importancia en el contexto de la moralidad secular general en primer lugar, en función del propio interés en que haya más seres humanos en vez de más individuos de una especie diferente. De hecho, podríamos imaginar ciertas circunstancias en las cuales las personas se mostrarían satisfechas acerca de la alta probabilidad de que el embrión de una grulla pudiese llegar hasta el fin del embarazo, pero le restarían valor a la probabilidad de que un embrión humano (que conduciría, por ejemplo, al nacimiento de un niño deforme) lo hiciera. La moralidad secular general fija su atención en la importancia de las perso-

nas. No existe un modo en principio para apreciar el valor primordial de ser un ser humano.

Las personas deben determinar el valor de la vida animal, que no es la vida de una persona. Dado que en el caso de estos animales no existe una persona a quien deba respetarse, la cuestión que está en juego es el valor que se le debe imputar a la entidad, así como la consideración que debe otorgarse a los sufrimientos y placeres de ese animal. Cuanto más se caracteriza la vida de un organismo no sólo por sensaciones, sino por la consciencia de tener objetivos y metas, con mayor verosimilitud puede afirmarse que la vida del organismo tiene valor para él mismo. Cuanto más pueda dirigirse un organismo con aprecio y sutileza hacia ciertos objetos y apartarse de otros, tanto más creíble será que pueda tener una vida interior con algo de anticipación prerreflexiva de valores morales, tal como éstos son entendidos por los agentes libres y conscientes de sí mismos. Los mamíferos superiores adultos disfrutan su vida, persiguen su placer y evitan el sufrimiento de forma elaborada y compleja. Su vida posee, en este sencillo sentido, valor y carece de él al mismo tiempo, pero dado que no son personas no pueden exigir ser respetados. No pueden establecer, como lo hacen las personas, límites morales al alcance en que otros pueden usar su vida. No pueden renunciar con autoridad moral a participar en la comparación de resultados entre el hecho de mostrarse benévolo con ellos frente al hecho de mostrarse benévolo con otras entidades. No son miembros de la comunidad moral, sino más bien objeto de la beneficencia de ésta. De este modo, las personas determinan el valor de la calidad de vida de un animal en dos sentidos diferentes. En primer lugar, si el animal no tiene una vida consciente desarrollada, las personas considerarán que esa vida tiene poco valor intrínseco y el valor predominante será el valor que esa vida tenga como objeto de las personas. En segundo lugar, incluso si el animal tiene una vida interior que, en un sentido prerreflexivo, tiene valor para dicho organismo, las personas tendrán que comparar ese valor con otros valores opuestos.

Por esta razón, el valor de los cigotos, embriones y fetos está determinado en la moralidad secular general principalmente por el valor que representa para las personas actuales. Los cigotos, fetos y embriones carecen de la rica vida interior de los mamíferos adultos. Así, si el cigoto promete ser el hijo ansiado durante largo tiempo por una pareja que ha luchado durante años por tener otro hijo, será muy probable que tenga un elevado valor para la pareja y para

todos los que simpaticen con las esperanzas de los futuros padres. Por otra parte, si el cigoto se encuentra en el cuerpo de una estudiante soltera para la cual el embarazo suponga la interrupción de sus estudios, el cigoto tendrá poco valor para ella y para todos los que simpaticen con sus planes. En el caso de que el cigoto tenga una trisomía del cromosoma 21, no sólo los padres y sus allegados darán poco valor al cigoto, sino también lo harán igualmente muchos miembros de la sociedad que tendrán que contribuir a los costes de la crianza de un niño deficiente, en caso de que el embarazo siga su curso. Probablemente, también se le asignará cierto valor al cigoto simplemente por el hecho de ser humano. Sin embargo, hay que recordar que la sensibilidad de un cigoto, embrión o feto es muy inferior a la de un mamífero adulto. Podría existir cierta preocupación por el dolor que el feto pueda sufrir durante el aborto, pero tenemos que recordar que el nivel de obligaciones debidas al feto, *ceteris paribus*, en la moralidad secular general, es el mismo que se debe a un animal que tenga un nivel similar de integración y percepción sensoriomotora. Para que se produzca sufrimiento tienen que existir conexiones bien desarrolladas entre los lóbulos frontales para que así la entidad pueda no solamente experimentar el dolor, sino también reconocer el dolor en el transcurso del tiempo como una cualidad nociva que hay que evitar.<sup>14</sup> Ningún indicio nos sugiere que la capacidad de sufrimiento de los fetos se aproxime a la de los mamíferos adultos. Por consiguiente, las obligaciones morales seculares generales consistirán simplemente en asegurar que el bien perseguido, como es por ejemplo, evitar el nacimiento de un niño con síndrome de Down, supere al mal que representa el dolor que sufrirá el organismo animal al que se va a dar muerte.

#### *Una digresión sobre los animales*

Hay quien considera indebida esta valoración de la comparación entre la importancia de las personas y los animales. Robert Nozick critica la máxima «Utilitarismo para los animales, Kantismo para las personas».<sup>15</sup> Está en contra de la noción según la cual «los seres humanos no pueden ser usados o sacrificados para beneficiar a otros; los animales pueden ser usados o sacrificados en beneficio de otras personas o animales, *solamente si* esos beneficios superan a la pérdida causada».<sup>16</sup> Esta actitud tiene su origen

en el contraste moral kantiano entre personas y objetos. De hecho, la industria de investigación médica que estudia los efectos de los fármacos utilizando en primer lugar modelos animales presupone esta actitud moral. Las personas se utilizan solamente cuando la investigación con animales indica que se puede seguir ese camino con relativa seguridad. Este tipo de enfoque es kantiano. Según Kant las personas son sujetos cuyos hechos pueden ser imputados.<sup>17</sup> Algunas personas encontrarán motivos para sospechar que ciertos mamíferos no humanos no son tan sólo animales, sino personas como nosotros. Si son personas, les debemos respeto; sin embargo, el comportamiento de todos ellos, exceptuando posiblemente a los primates superiores, no demuestra una apreciación racional de la vida moral. Las personas son agentes morales, entidades que pueden ser justificadamente censuradas o alabadas. Son entidades que pueden considerarse miembros de la comunidad de fines. Por el contrario, las no-personas no son censurables ni loables. Por consiguiente, «Cada objeto del libre albedrío que carece de libertad se denomina objeto (*res corporalis*)».<sup>18</sup> Según Kant, se tienen deberes para con las personas, y para con las personas con respecto a los objetos, incluidos los animales.<sup>19</sup> El deber para con otras personas con respecto a los animales se basa en parte en la obligación de actuar de modo que se intensifique y proteja la sensibilidad moral. De esta forma Kant argumenta que «los sentimientos sensibles hacia los animales brutos desarrollan sentimientos humanos por la humanidad».<sup>20</sup> Ciertas reglas o prácticas de amabilidad y consideración con los animales pueden resultar generalmente ventajosas para las prácticas morales que se han establecido para asegurar el respeto por las personas.<sup>21</sup>

Tenemos que ir más allá de la perspectiva kantiana. Además de reconocer los derechos debidos a otras personas con respecto a los animales, se debería reconocer asimismo el deber de tener en consideración el dolor y el sufrimiento de los animales directamente. Se tiene un deber de beneficencia para con los animales, incluso si los más fuertes de dichos deberes son simplemente deberes negativos de beneficencia, es decir, deberes de no maleficencia. Aunque no se tengan deberes de respeto para con los animales porque están situados fuera de los límites de la moralidad del respeto mutuo, se tienen deberes para con ellos en función de la moralidad del bienestar y de la simpatía mutua. Llegados a este punto, sería útil que distinguiésemos entre las personas, que deben ser objeto de respeto, y los animales, que deben ser objeto de consideración benéfica.



Debemos a las personas tanto respeto como consideración benéfica. A los animales sólo les debemos esta última.

Podemos tener parcialmente en cuenta las inquietudes de Nozick e integrarlas en un punto de vista kantiano reformado, en el cual se reconoce que sólo las personas son capaces de enjuiciar el significado relativo de los perjuicios y beneficios, y sólo ellas son objeto de nuestro respeto y consideración benéfica, mientras que los animales son objeto de nuestra consideración benéfica. Cuando las personas tratan con entidades que no son personas, son las personas las que emiten un juicio sobre la significación de cualquier intercambio de perjuicios y beneficios. Son las personas quienes crean las comunidades morales reales con su sentido moral, historia y práctica concretos. Los animales no-personales no constituyen comunidades morales ni tienen historia. Además, no existe un límite del respeto que proteja a los organismos que no son personas. La protección de animales discurre más bien a través de un entramado de preocupaciones morales concernientes al bienestar y a la solidaridad, que también protege a las personas. El respeto por las personas tiene su origen en la preocupación por actuar de forma que las personas puedan ser justificadas como loables o censurables. Por el contrario, en la moralidad secular general, el cuidado de los animales tiene su origen en la preocupación por crear un mundo que maximice el bienestar y mantenga una red de solidaridad.

Esta red de solidaridad nos une más estrechamente a los animales con los que realmente compartimos una cierta simpatía —generalmente mamíferos y tal vez algunos pájaros. Estos lazos de simpatía son especialmente estrechos entre los seres humanos y los primates adultos, justifican un amplio abanico de acciones benéficas, y además apoyan con solidez prácticas de amabilidad y simpatía por los animales. Sin embargo, no impiden la crianza de animales para fines comerciales o para la caza, ni todavía menos para su uso en la investigación, se trate de investigación médica en sentido estricto o incluso de la investigación de nuevos cosméticos.

En resumen, la moralidad de la beneficencia protege a los animales. Teniendo en cuenta que la capacidad de sufrimiento de los animales, o de conseguir placer y satisfacción, abarca un amplio espectro que va desde la capacidad de los primates superiores a la de los animales unicelulares, la fuerza de las exigencias de beneficencia varían enormemente. Cuanto más capacidad tengan los animales de sentir, sufrir y sentir afecto por otros, mayor peso tendrá la preocupación por mostrarse benéfico hacia ellos. Por otra parte,

las consideraciones de beneficencia para con las cucarachas o las amebas son de menor importancia que las que se tienen para con los primates. Con todo, torturar a un paramecio por diversión, si es que un paramecio puede ser sujeto de tortura, constituiría un acto contra la moralidad de beneficencia (a menos que se mantenga que a través de esa tortura va a conseguirse un bien proporcionado) al considerarse una violación del subprincipio de no hacer el mal. En el contexto de la moralidad secular general se considera un acto más inicuo torturar malévolentamente a un paramecio que la caza de los grandes primates por diversión, en el caso de que se afirmase que el saldo de bienes es positivo. Tendríamos que clasificar a los animales en función de a) si son propiedad de individuos o grupos, o de b) si no tienen dueño, con el fin de que queden bien definidos los deberes que se tienen para con ellos.

*Los bebés, los retrasados profundos y las diferentes acepciones sociales del término «persona»*

Estas conclusiones plantean una tercera dificultad muy irritante. ¿Cómo hay que considerar, en términos seculares generales, la posición de los bebés, de los retrasados mentales profundos y de las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer en un estadio avanzado? Estas entidades no son personas en sentido estricto y, sin embargo, muchas personas les conceden gran parte de los derechos que poseen normalmente las personas adultas. En el caso de las reglas que prohíben mutilar o herir fetos, pero no en el caso de las que prohíben darles muerte, podemos justificar nuestras inquietudes morales en función del respeto por la persona en la que probablemente se convertirá ese feto o ese bebé en un futuro. Incluso si no se otorgan derechos morales especiales a las personas que son meramente posibles (por ejemplo, las personas que podrían ser concebidas, si los lectores de este libro estuvieran ocupados en fructífera unión sexual en lugar de en el estudio filosófico) o probables (por ejemplo, los cigotos que se convertirían en personas competentes si las mujeres gestantes no abortaran con el fin de finalizar sus estudios de teología moderna), todavía se puede comprender la posición de los fetos a la luz de su posición como personas reales futuras. Las futuras personas pueden tener la categoría de personas reales que sabemos existirán en el futuro. Si se coloca una bomba en el sótano de una escuela primaria provista de un

dispositivo de relojería, que hará explosión dentro de quince años, se tiene la intención de asesinar a personas reales que existirán en un futuro. Del mismo modo, si se hiere, pero no se mata, a un feto o a un bebé, se desencadena una serie de sucesos que, en efecto, dañarán a una futura persona real.<sup>22</sup> En estos términos se puede garantizar una cierta protección moral (y una base moral para la protección legal) de los bebés.

Las consideraciones de beneficencia protegen a los animales, que no son personas, contra la tortura inútil, sean o no sean humanos. El interés por los derechos contingentes de las futuras personas protege a las entidades que se convertirán en personas contra la mutilación, pero no a los bebés, a los retrasados mentales profundos, ni a quienes padecen la enfermedad de Alzheimer en un estadio avanzado, de ser asesinados de forma indolora por capricho. Una vez más nos enfrentamos al doloroso contraste existente entre la moralidad secular general y la moralidad canónica dotada de contenido. Cuando se buscan los motivos seculares generales que justifican las prácticas por medio de las cuales se asignan, en términos seculares generales, a los bebés, a los retrasados mentales profundos y a las personas que sufren debilidad senil una parte de los derechos que poseen las entidades que son personas en sentido estricto, y que incluyen la protección contra el ser asesinado por mero capricho, no quedamos muy satisfechos. Tal vez podamos en este punto reflexionar sobre una sugerencia realizada por Kant, que se refiere a la necesidad de apoyar prácticas que conducen, generalmente, a la protección de las personas. Para encontrar motivos que nos impulsen a proteger a dichos individuos tendremos que dirigir nuestra atención hacia la justificación de ciertas prácticas sociales en función de la importancia que tienen para las personas, con el fin de justificar, para una comunidad concreta, un rol social que podemos llamar «ser una persona para consideraciones sociales». Si tenemos en cuenta que esta acepción de persona no se puede justificar en función de la gramática básica de la moralidad (esto es, porque dichas entidades no tienen una categoría intrínsecamente moral por ser agentes morales), tendremos que justificar un sentido social de la persona, más bien, en función de la utilidad que tiene la práctica de tratar a ciertas entidades como si fueran personas. Si esta práctica se puede justificar, obtendremos, además de un sentido estricto de las personas como agentes morales, un sentido social de las personas justificado en función de consideraciones utilitaristas y consecuencialistas.

De hecho, la mayoría de las sociedades poseen dicho sentido social de la persona, que es asignado a los seres humanos al nacer o en un momento posterior al nacimiento. Según la antigua ley griega un bebé podía ser expuesto con impunidad a la intemperie hasta el momento en que era admitido como miembro de la familia a través de una ceremonia especial, llamada *amphidromia*. Después de este momento el bebé pasaba a ocupar una posición social y se le otorgaban algunos de los derechos principales de las personas.<sup>23</sup> En otras sociedades, la línea divisoria no está trazada tan claramente; por ejemplo, una corriente de interpretación judía postula que la muerte de un bebé durante los primeros treinta días de vida debe considerarse como un aborto espontáneo, ya que el bebé todavía no ha adquirido la categoría completa de los niños que sobreviven a este período.<sup>24</sup> Incluso en la sociedad norteamericana contemporánea se observa una mayor aceptación cuando se interrumpe el tratamiento de recién nacidos gravemente deficientes, que si esto ocurriera con niños pequeños que ya han sido plenamente socializados en su rol social de niño. Parece ser que la concesión de la personalidad social no sucede de forma inmediata para muchos neonatos.<sup>25</sup> Como veremos en el capítulo VII, se ha criticado duramente esta distinción informal realizada entre la forma de tratar a los neonatos frente a la forma de tratar a otros niños.<sup>26</sup> Interpretar que los embriones y los niños tengan una posición moral equivalente a la de las personas adultas y competentes, dependerá de una intuición moral que no puede darse en términos morales seculares generales.

Con todo, en términos seculares generales se puede justificar la asignación del rol social de persona a embriones, bebés y otros, en función de que a) el rol apoye virtudes importantes, como son la compasión y el cuidado por la vida humana, especialmente cuando esa vida humana es frágil e indefensa. Además, con respecto a niños y a otros humanos *ex utero* existe la ventaja de que b) el rol ofrece una protección contra la incertidumbre de cuándo exactamente los seres humanos se convierten en personas en sentido estricto, a la vez que protege a las personas durante diversas vicisitudes de competencia e incompetencia, al tiempo que c) garantiza además la crianza de los niños, mediante la cual los seres humanos se convierten en personas en sentido estricto.

Dado que la asignación de la posición de persona en sentido social basada en estas consideraciones debe justificarse en función de consideraciones utilitaristas y consecuencialistas, la justificación variará dependiendo de si la práctica se refiere a) a seres hu-

manos que fueron personas en sentido estricto en el pasado (por ejemplo, individuos que ahora padecen la enfermedad de Alzheimer); b) a seres humanos que probablemente se convertirán en personas y han sido introducidas en un rol social que les confiere una posición social especial (por ejemplo, los bebés); c) a los seres humanos que no son, ni nunca serán, personas en sentido estricto (por ejemplo, los retrasados mentales profundos). Probablemente se justificará la protección otorgada en cada caso de forma ligeramente diferente. En cada caso encontraremos en diferentes sociedades seculares diferentes roles sociales especiales, que estarán justificados en virtud de consideraciones también diferentes.

*Los recién nacidos gravemente deficientes:  
debilitamiento de la protección del rol social de persona*

En términos seculares generales, la práctica de asignar derechos a los seres humanos que no son personas no será absoluta. Se justificará tal excepción cuando una serie de consideraciones demuestren que suspendiendo esta práctica se consigue que los beneficios superen a los perjuicios. Se podría exigir que dichas excepciones sólo se generasen en función de reglas claramente definidas para sopesar los bienes en juego. Incluso se podría exigir lo que equivaldría a un conflicto entre prácticas. En cualquier caso, existen motivos para no imponer una carga financiera y psicológica indebida a las personas en sentido estricto. Primera y principalmente, las personas tienen el derecho moral secular general, a menos que hayan acordado algo diferente, de actuar libremente mientras no utilicen la fuerza no consentida contra personas inocentes, o mientras no impongan un sufrimiento injustificado a organismos inocentes. Los padres que deciden que se debe permitir morir de forma indolora a un recién nacido deficiente (o que incluso se le debe ayudar a morir sin dolor) no ofenden ninguna de estas dos obligaciones. Ocasionalmente, las prácticas de protección de los intereses de padres y tutores, que son personas en sentido estricto, estarán en pugna con las prácticas de imposición de deberes sobre padres y tutores a través de la configuración de un rol social de personas para los niños. Las obligaciones impuestas por otros en función del rol social de las personas serán, en la moralidad secular general, obligaciones *prima facie* que podrán ser eliminadas en circunstancias concretas.

Tenemos que encontrar el equilibrio entre los beneficios y los costes en que se incurrirá si se permite a los padres elegir las circunstancias en las cuales se convertirán en tutores de personas (esto es, de niños que son personas en sentido social y que pueden convertirse en personas en sentido estricto). Cuanto mayores sean las cargas económicas, sociales y psicológicas para los padres, menos se ofenderá la práctica de conceder personalidad a los niños, si se hacen excepciones en esas circunstancias. Tenemos que reconocer que los padres son personas en sentido estricto, mientras que la significación de los niños como personas sociales se acrecienta en función de lo que aporta la práctica de la paternidad a las personas en sentido estricto.

Los juicios que emiten las personas en sentido estricto de una comunidad particular, determinan la naturaleza concreta de la red de beneficencia que caracteriza las obligaciones de proporcionar asistencia social, incluyendo también el cuidado de recién nacidos gravemente deficientes. Probablemente existirán un serie de sentimientos diferentes en esta materia. Además, existe el problema de hasta qué punto se han comprometido las familias con las imposiciones sociales de la sociedad que les rodea, que les obligan a aceptar a los bebés en contra de las decisiones de sus familiares. Cuanto más se acepte el fracaso de la moralidad secular general para establecer un contenido dotado de contenido canónico, tanto más habrá que tomar en serio la categoría moral de la familia como una asociación libre de personas que tienen derecho a emitir juicios respecto a aquellos de sus miembros que no son personas en sentido estricto. Obligar a los padres a aceptar a un recién nacido gravemente deficiente puede considerarse una imposición forzada e injustificada de una visión particular de la beneficencia.

La geografía de las obligaciones cambia a medida que la familia acepta al bebé y le asigna el rol de niño, al tiempo que acepta diversos tipos de ayuda social para el cuidado y desarrollo del niño. De esta forma, el bebé adquiere una categoría moral dentro de la familia y de la sociedad, pero es en el período anterior a este punto donde el asunto está confuso. Por ejemplo, ¿en qué circunstancias pueden insistir los padres en que no van a cuidar de un bebé gravemente deficiente y que, además, a un bebé se le debe permitir morir o b) se le debe dar muerte? Volveremos sobre este punto en el capítulo VII, cuando discutamos el problema que plantean los recién nacidos gravemente deficientes. Aquí bastará con que indiquemos que los recién nacidos deficientes nos enfrentan a una de

las muchas consecuencias que resultan de una moralidad secular carente de contenido. Nos ofrecen un ejemplo de entidades que pueden tener una categoría especial atenuada como personas sociales, que contrasta con los bebés que han sido introducidos plenamente en el rol social de persona. Los bebés, los retrasados mentales profundos y las personas que padecen debilidad senil, pueden adquirir una categoría moral que les permita tener derechos, pero no deberes. En ciertas circunstancias podrá justificarse el hecho de retirar elementos de esa categoría moral. Para poner un ejemplo claro que discutiremos con mayor profundidad en el capítulo VII, a los individuos que padecen debilidad senil sin ninguna esperanza de recuperación, con frecuencia se les concede la categoría de personas sociales en un sentido atenuado muy similar a la que ocupan los recién nacidos gravemente deficientes, a los cuales igualmente sólo se les debe proporcionar moralmente asistencia básica. Finalmente, las personas que se encuentran en estado de coma sin esperanza de recuperación y los bebés anencefálicos, parecen ocupar una posición moral que impone aún menores obligaciones morales seculares y generales.

*Ser una persona: en sentido estricto y en varios sentidos sociales*

Resumamos a dónde nos conducen estas reflexiones con respecto a una serie de sentidos de persona relevantes para la moralidad secular general y para la bioética. Podemos hacer las siguientes distinciones de antemano. Existe una acepción de persona como agente moral, a la que nosotros hemos denominado ser una persona en sentido estricto (persona<sub>1</sub>), que contrasta con una acepción social de persona a la cual se le otorgan prácticamente todos los derechos de las personas en sentido estricto, como puede ser el caso de los niños (persona<sub>2</sub>). Se asigna también un sentido social de persona a los individuos que una vez fueron personas, pero ya no lo son, y que todavía son capaces de realizar una interacción mínima (persona<sub>3</sub>). También asignamos un sentido social de persona a las personas que nunca han sido ni nunca serán personas en sentido estricto (persona<sub>4</sub>), como es el caso de los retrasados mentales profundos y de las personas dementes. Hay quien incluso asignaría un sentido social de persona a ciertos seres humanos que sufren graves lesiones (esto es, personas que se encuentran en estado de coma grave o permanente) y que no son capaces ni siquie-

ra de actuar en relaciones sociales mínimas. El concepto aparentemente unitario del ser humano como persona o agente moral se resquebraja.

Hay que hacer inevitablemente una distinción importante entre personas que son agentes morales y personas a quienes se les imputan los derechos de agentes morales. Se puede culpar y alabar a pacientes adultos y competentes, ya que poseen derechos y deberes; son agentes morales. No se puede culpar o alabar a bebés, ya que son portadores de derechos, pero no de deberes. A lo sumo, se puede actuar para conseguir lo que más les conviene. Las personas que son agentes morales tienen derechos que son esenciales al carácter mismo de la moralidad secular general. Las comunidades concretas crean los derechos de las personas en sentido social. Además, existen distinciones reales entre la categoría moral de los seres humanos que, al menos, pueden representar un papel social y los que no pueden hacerlo (por ejemplo, las personas permanentemente comatosas o los niños anencefálicos). Estas distinciones reflejan una geografía de suposiciones morales bien establecida, y que además se aviene con lo que se puede justificar en términos seculares generales en este ámbito.

No presentamos estas conclusiones con la intención de debilitar la posición de los niños o de los bebés, sino todo lo contrario. Nuestro objetivo ha sido proporcionar las bases más sólidas posibles de la categoría moral del ser humano, justificadas en función de argumentos generales seculares. Ya que un examen detenido de la práctica de la moralidad secular revela la primordial importancia de las personas en sentido estricto, pero no de los seres humanos como tales, nos vemos forzados a elaborar sentidos sociales secundarios de la persona, con el fin de explicar la posición moral de los niños, de los retrasados mentales profundos y de las personas que padecen debilidad senil. Es inquietante que las exigencias más importantes de derechos que se pueden presentar en apoyo de los seres humanos que no son personas en sentido estricto se basen en consideraciones consecuencialistas, cuando no claramente utilitaristas. Estas conclusiones no significan un ataque frontal contra los que no son personas en sentido estricto. Las circunstancias reflejan los límites del razonamiento filosófico secular. Solamente algunas de nuestras convicciones morales se pueden justificar en el seno de la moralidad secular general. Debemos estar satisfechos (incluso *aliviados*) de que, al menos, los argumentos disponibles apoyen derechos deontológicos firmes de las personas

en sentido estricto, que exigen que tanto médicos, enfermeras como los pacientes competentes sean tratados como agentes morales libres.

### *Las personas dormidas y el problema de la encarnación*

Todavía tenemos que enfrentarnos a un problema importante. ¿Cómo debemos interpretar la posición moral de los individuos dormidos? Si el ser una persona depende de la existencia como agente moral y si no se dispone de una doctrina metafísica del alma que explique a dónde van las personas cuando duermen, ¿cuál es entonces la categoría moral secular de una persona dormida? ¿Desaparecen la personalidad (*personhood*) y sus derechos cuando se duerme? Podemos resolver este problema sin recurrir a asunciones metafísicas concernientes al alma o a sustancias similares, por medio de un análisis de lo que significa ser una persona, y de lo que significa tener el derecho moral a exigir algo a la comunidad pacífica de personas de forma general. Este análisis depende al menos de dos factores importantes, cuya satisfactoria resolución resolverá el problema lo suficientemente como para otorgar a las personas dormidas una posición que equivalga a la de las personas en sentido estricto.

El primer punto gira en torno al significado de ser una persona corpórea. Las personas no se perciben a sí mismas como entidades discontinuas. Unen sus diferentes fases de vigilia y presencia en una identidad única. Alfred Schutz ha investigado esta cuestión en su explicación fenomenológica del sueño y de la vigilia. El sentido mismo de la persona incluye su capacidad de unificar varios episodios temporalmente discontinuos en una sola vida.<sup>27</sup> Este intento puede, por supuesto, fallar. John Hughlings Jackson fue uno de los primeros en darse cuenta claramente de que nuestra integración como una persona continua es una tarea precaria y difícil.<sup>28</sup> Ser una persona finita, espaciotemporal y sensorialmente intuitiva implica la tarea de integrar constantemente como propias experiencias que son temporalmente diversas. Kant consideró este argumento cuando caracterizó a las personas o sujetos en función de la unidad trascendental de la apercepción, la capacidad de unir experiencias bajo un «Yo pienso», de convertir una serie de experiencias en propias. Las experiencias que pueden unirse en la propia unidad de apercepción bajo el propio «Yo pienso», el propio

«Yo experimento», se convierten en propias. Las personas, si no están exentas de una extensión espaciotemporal (por ejemplo, los ángeles), experimentan la dificultad de integrar diferentes experiencias como propias. El sueño constituye simplemente un ejemplo del problema que supone esta integración.

Podemos apreciar mejor este aspecto si lo formulamos en función de una interpretación de la relación existente entre la mente y el cerebro. Cuando hablamos de mentes finitas, espaciotemporales y sensiblemente perceptivas presuponemos que éstas abarcan la prolongación espacial y temporal como parte de su propio ser.<sup>29</sup> Su corporeización equivale a su posición prolongada, espacial y temporalmente, en este mundo. La función integradora del cerebro debe abarcar breves pulsaciones de atención, que son experimentadas como un acto único de conciencia de la propia identidad. Consiguientemente, a lo que podemos referirnos mínimamente como persona en dichas circunstancias, no puede ser una continuidad ininterrumpida y cuasidivina de la conciencia de la propia identidad. Más bien es una conciencia de la propia identidad, que es una integración repetida de una experiencia que abarca discontinuidades. Este análisis no requiere suposiciones metafísicas o una doctrina de potencialidad, como la exigida por los que mantienen que debe considerarse a los fetos como personas, ya que son personas potenciales. La cuestión no estriba en si se debe considerar una entidad, que nunca ha demostrado las capacidades de una persona, como si fuese una persona, sino más bien cómo considerar una entidad que muestra de forma intermitente las plenas capacidades propias de un agente moral. ¿Cómo considerar esa entidad durante un período de tiempo en el cual no demuestra esas capacidades, pero sabiendo que en el futuro volverá a demostrarlas?

Para empezar, la moralidad secular general hace una diferencia cualitativa entre el cuerpo que *es* el cuerpo de alguien, y el cuerpo que *puede convertirse* en el cuerpo de alguien. Respecto a un cigoto, feto o incluso un bebé, todavía no se conoce la persona que estará «en» (o tal vez sea mejor decir «en», «a través» y «con») ese cuerpo. Por lo que se refiere a una persona dormida, se sabe a quién pertenece el cuerpo; sabemos quién está ahí. La persona volverá a despertarse, a emitir juicios y a contestar preguntas. El cuerpo, que es la expresión física de la vida de una persona y que posee plena capacidad de integración sensomotora, es esa persona en el mundo. Las capacidades del cuerpo son también las capacidades

de la persona. Tenemos que distinguir entre la potencialidad *de convertirse* en una persona y la potencialidad *de* una persona. Existe una diferencia cualitativa entre saber quién está durmiendo, en el caso de un ser humano adulto competente, y saber en quién se convertirá un feto.

Lo importante es que el mismo significado de una persona prolongada espaciotemporalmente y sensiblemente perceptiva implica que hay que abarcar e integrar la extensión temporal. Por consiguiente, la existencia de tales personas no quedará eliminada por las discontinuidades temporales que, podemos suponer razonablemente, su identidad será capaz de abarcar. Hablar de las personas como entidades prolongadas espaciotemporalmente significará, por consiguiente, que hay que considerarlas equivalentes a su corporeización intacta, mientras esa corporeización sostenga las capacidades completas, que son el substrato físico de los agentes morales.

Podemos expresar este punto de otra manera. El lenguaje mismo de culpa y alabanza presupone que los agentes morales abarcan discontinuidades de la experiencia. Si las interrupciones de la atención y de la conciencia de la propia identidad destruyesen la identidad de las personas, quedaría eliminada la estructura moral mínima de la comunidad moral pacífica. Si se exigiese continuidad, la discontinuidad impediría la existencia de la comunidad moral, dada la naturaleza discontinua de los agentes morales finitos y espaciotemporales. Si se permitiera a los agentes morales exterminar a los agentes morales inocentes sin su autorización cuando su atención decayese temporalmente, cuando sus facultades disminuiran temporalmente o cuando estuviesen durmiendo, se les estaría permitiendo actuar contra la comunidad moral pacífica, en la medida en que ésta existe. Teniendo en cuenta que las personas espaciotemporales realizan actos morales a lo largo del tiempo, y tanto en momentos de vigilia como durante el sueño, son el tipo de entidades a las que hay que tratar, si llegan a existir, con respeto, incluso cuando estén desatentas o dormidas.

Estas consideraciones no nos conducen a aceptar la opinión de que se está moralmente obligado (esto es, en términos seculares generales) a crear agentes morales, con el fin de que la comunidad moral continúe existiendo como una comunidad real a lo largo de la historia, ya que un argumento de este tipo convertiría la comunidad moral en una meta a perseguir. Lo que hacemos más bien es pergeñar las condiciones conceptuales mínimas que debe poseer la

noción de una comunidad moral secular de personas espaciotemporales. En la medida en que nos consideramos agentes morales, tenemos que imaginar que actuamos a través de estas discontinuidades de la conciencia de la propia identidad que realmente ocurren, aunque nuestro cerebro, nuestra corporeización, permanecen intactos. Es una condición para nuestra propia comprensión en el ejercicio de la moralidad secular. No se puede respetar a otros agentes morales al tiempo que se desea destruir su lugar único en el mundo, su corporeización, ya que esto significaría desear actuar contra la moralidad misma del respeto mutuo. La noción en sí del respeto mutuo y de la autoridad moral tendría que ser rechazada. Debemos contrastar esta situación con el asesinato de fetos y bebés. En el caso de adultos competentes se sabe de quién está en juego la encarnación, pero si se permitiese dar muerte a personas dormidas, se haría imposible el retrato coherente de una comunidad de personas prolongadas espaciotemporalmente.

#### *La posesión de personas, animales y objetos*

John Locke señaló: «... para algunos parece suponer una gran dificultad imaginarse cómo alguien puede llegar a tener algo en propiedad ...»<sup>30</sup> La dificultad estriba en introducir los objetos dentro de un marco conceptual de posesiones y poseedores. Todo sistema creado para hablar de poseedores y posesiones es culturalmente relativo y puede ser puesto en duda por otras sociedades que tienen otras convenciones. Pensemos en el conflicto que tuvo lugar en Norteamérica entre los inmigrantes europeos y los indios con respecto a los derechos sobre la propiedad de la tierra y sobre su uso. Tiene primordial importancia resolver este tipo de problemas para poder entender la justificación moral de la asignación de recursos escasos, en particular de los escasos recursos sanitarios. Hay que entender quién posee qué y en qué forma, para dar una explicación de los derechos de los médicos, pacientes, así como de las autoridades políticas nacionales e internacionales cuando se encargan de asignar recursos médicos.

Algunas personas opinan que los derechos de propiedad (*property rights*) sólo existen en el ámbito de una sociedad civil particular. Otros, como Immanuel Kant, afirman que los plenos derechos de propiedad sólo son realizables en el seno de una sociedad civil.<sup>31</sup> Otros, como William Blackstone (1723-1780), al tiempo que



admiten el derecho a la propiedad privada, reconocen una diversidad de teorías concernientes al origen de los derechos de propiedad. Blackstone hace hincapié en la opinión de Hugo Grocio, según la cual los derechos de propiedad se basan en el tácito asentimiento por parte de la Humanidad del hecho de que el primer ocupante de un trozo de territorio debe ser su dueño.<sup>32</sup> Locke sostiene, por el contrario, que no existe tal consentimiento implícito, sino que la posesión se deriva del trabajo físico por el que un mero objeto se transforma en una posesión. Como más adelante veremos de forma más clara, el autor de este libro comparte la opinión de Locke, pero de una forma hegeliana. Mediante el trabajo físico, un objeto pasa de ser un mero objeto a transformarse en una entidad configurada por las ideas y por la voluntad de una persona. Al convertir el objeto en un producto, éste se introduce en la esfera de las personas y de sus derechos.

Hegel observa que tomamos posesión de los objetos a) al cogerlos físicamente, b) al formarlos y c) al señalarlos como nuestros. Su ejemplo paradigmático de posesión es nuestra posesión de nosotros mismos.<sup>33</sup> No existe nada sobre lo que ejerzamos mayor control o utilicemos más que a nosotros mismos. Nosotros convertimos las cosas en algo propio al comerlas y devorarlas, al incorporarlas en nosotros mismos y las hacemos, por consiguiente, parte de nosotros, de tal forma que una acción contra ellas supone una acción contra nosotros como personas y, por lo tanto, una violación de la moralidad del respeto mutuo. El propio cuerpo, el propio talento, las propias capacidades son, del mismo modo, fundamentalmente propios. Como arguye Locke: «Para cada hombre su cuerpo es su propiedad: sólo él ejerce un derecho sobre ese cuerpo».<sup>34</sup> El propio cuerpo debe ser respetado como la propia persona, ya que la moralidad del respeto mutuo asegura la propia posesión del propio yo, así como el derecho a estar en contra de que otros utilicen nuestro cuerpo o nuestro talento sin nuestra autorización. De nuevo, dado que las personas prolongadas espaciotemporalmente ocupan un espacio, actuar contra ese espacio o lugar significa actuar contra esas propias personas. Tal interferencia no autorizada será equivalente a un acto contra el concepto mismo del respeto mutuo y de la comunidad pacífica.

El problema reside en cómo dar cuenta de otras formas de propiedad, ya que la dificultad que supone justificar la propiedad es tanto un problema para la sociedad como para los individuos. ¿De qué forma posee uno mismo, o la sociedad, las herramientas o la

tierra? Justificar la posesión de personas parece ser más fácil que explicar la posesión de objetos. Si otros se poseen a sí mismos de la misma forma que nosotros nos poseemos a nosotros mismos, pueden entonces otorgar título de propiedad sobre sí mismos en general o en parte. Los derechos de propiedad sobre los servicios de otras personas se basan directamente en la autorización, es decir, en la moralidad del respeto mutuo. Respetar a otras personas incluye respetar su derecho de consentir en realizar ciertos servicios y de iniciar una relación especial de obediencia. Así se puede comprender el derecho del ejército a ordenar a sus miembros (o por lo menos a los que se alistaron voluntariamente) a someterse a ciertos procedimientos médicos. En efecto, varias formas de servidumbre contractual, que van desde alistarse a los *marines* o a la Legión Extranjera, a entrar en un monasterio, a casarse o, en ciertos casos, a convertirse en un interno en un hospital pueden entenderse como la transferencia general o parcial de los propios derechos sobre la propia persona a otras personas. Tal vez puedan interpretarse de este modo ciertas relaciones especiales en las que una persona se considera como un bien mueble de otra persona. Los niños, en la medida en que son dependientes y no salen al mundo para buscar su sustento, son en parte propiedad de sus padres al permanecer en su mano (o recordando la antigua costumbre romana, permanecen *in manu* o en *potestas* de los padres). A cambio de recibir el apoyo parental, se someten al control moral y a la posesión parcial por parte de los padres. Esto sólo es válido si los niños o tutelados son personas en sentido estricto y se puede considerar que han aceptado implícitamente intercambiar su obediencia por el apoyo paterno. Estas consideraciones son, por consiguiente, aplicables a los niños mayores y a los adolescentes, pero no a los bebés, ni a los niños muy pequeños.

En pocas palabras, la servidumbre contractual es el más claro ejemplo de un concepto transparente de propiedad. Podemos poseer a otros en la medida en que ellos se han transformado voluntariamente en propiedad. Su categoría como propiedad es claramente comprensible, ya que tanto el poseedor como el poseído son personas, son mentes. Lo poseído no necesita ser traducido a términos conceptuales para ser apreciado como propiedad. Más bien se trata de una mente que encuentra a otra mente para crear una textura de obligaciones, y de nuevo abundan los ejemplos de tal servidumbre contractual. Podemos pensar en el estudiante de medicina que se alista en el ejército a cambio de recibir ayuda económica mientras estudia la carrera de medicina.



También poseemos lo que producimos. Pensemos en los animales y en los niños pequeños que pueden ser posesiones en la medida en que son producto de la inventiva o de la energía de las personas. Sin embargo, existen obligaciones especiales para con los animales debido a la moralidad de beneficencia, que no existen con respecto a los objetos. Tales consideraciones, así como el hecho de que los niños se convertirán en personas, limitan los derechos que tienen los padres sobre sus niños pequeños, pero estos límites no están claramente definidos, al menos por lo que podemos distinguir en términos seculares generales con respecto a los derechos de propiedad sobre cigotos, embriones o fetos humanos a los que no se permitirá convertirse en personas, o con respecto a los vertebrados inferiores que tienen poca capacidad sensible. Por ejemplo, dentro de los límites impuestos por la moralidad secular general parecería algo verosímil que las plantas, los microbios y los cigotos humanos pudiesen ser creados como productos y posteriormente comprados y vendidos como si fueran meros objetos. Por el contrario, los derechos sólidos de propiedad cesarían de existir cuando los niños se convirtiesen en personas *sui juris*, es decir, adquieresen dominio sobre sí mismos. En el momento en que una entidad adquiere consciencia de sí misma, la moralidad de la autorización o del respeto mutuo enajenaría los derechos de propiedad de los padres sobre los niños y surgirían, entonces, nuevos derechos sobre los hijos cuando éstos se sometiesen al control paterno a cambio de recibir su ayuda.

Por lo que respecta a las cosas, no es necesario afirmar que se posee la materia en sí. En su lugar, solamente hay que exigir que la forma que ha sido impuesta como extensión del yo de la persona que la ha producido sea la posesión de esa persona *del* objeto. Hegel arguye que cuando se poseen objetos, el derecho que tenemos a exigir la tolerancia de los demás con respecto a nuestro propio cuerpo se extiende a los objetos que hemos creado. Tomar posesión de los objetos es un proceso por el que se los modela, se les da forma, se les transforma en imagen y semejanza de las propias ideas y conforme a la propia voluntad. Es una forma de incorporar los objetos a la propia voluntad. De esta forma aumentamos la esfera de nuestra corporeización y extendemos las fronteras de nuestro derecho a la tolerancia ajena. Los objetos que los demás dejan sin transformar, quedan disponibles para que los podamos transformar libremente conforme a nuestros propósitos. Los objetos sobre los que hemos estampado nuestras ideas se convierten en nuestra

propiedad. En la medida en que no los abandonamos, no pueden ser alterados o cambiados por otras personas sin nuestro permiso, excepto en el caso de que los demás tengan algún derecho preferente sobre esos objetos. En la medida en que los animales no tienen consciencia de sí mismos y no son capaces de considerar que están sometidos a la ley moral, son, en parte, objetos que se pueden usar, volver a modelar o sencillamente coger. Como señala Gayo en sus *Instituciones jurídicas*, «... si capturamos a un animal salvaje, el pájaro o el pez que hayamos capturado se convierte en nuestra propiedad y continúa siéndolo mientras lo mantengamos bajo nuestro control».<sup>35</sup>

Este enfoque ofrece una explicación de la propiedad. Lo que yo he sugerido es que en la medida en que un individuo remodela un objeto, le da nueva forma y, siguiendo la indicación de Locke, mezcla su trabajo con el objeto, éste pasa a ser su propiedad. Locke lo caracteriza así: «Sea lo que sea lo que él haya quitado del estado que la naturaleza había proporcionado y en que lo había dejado, él ha mezclado su trabajo con ello y le ha añadido algo propio y, de ese modo, lo ha convertido en su propiedad».<sup>36</sup> La posesión refleja sólo el resultado del propio trabajo, o del trabajo de otros recibido como regalo o a través de una transacción comercial. La posesión refleja la extensión del yo propio o del yo ajeno. Coger, alterar o cambiar sin permiso una extensión considerable de una persona significa actuar contra esa persona. La moralidad del permiso, es decir, del respeto mutuo, protege así no sólo la propia corporeización inmediata, sino también los objetos en que están encarnadas la propia voluntad y energía. La encarnación en este mundo no se limita al propio cuerpo, sino que se extiende a otros objetos a los que imprimimos nuestra propia voluntad. Los derechos de propiedad se derivan del derecho fundamental de que nadie puede actuar contra nosotros sin nuestro permiso. Una vez adquirido este derecho, puede ser vendido libremente o transferido a otros, del mismo modo que las personas pueden transferir los derechos que poseen sobre sí mismas.

Este enfoque justifica en gran parte la posesión de productos, pero persiste la dificultad acerca de qué podemos decir sobre la materia bruta en sí, sobre la materia a partir de la cual se hacen los productos. En el estado previo a la transformación parece imposible que la materia pueda ser poseída por alguna persona determinada. A lo sumo, sería posible hablar de los derechos de todas las personas a tener igual acceso a esa materia. Consideraciones pare-

cidas han llevado a autores como Thomas Paine,<sup>37</sup> W. Ogilvie,<sup>38</sup> y Baruch Brody<sup>39</sup> a afirmar que los impuestos se justifican como la recaudación de la renta sobre la materia usada en los productos, pero también se pueden recaudar impuestos basándose en la llamada estipulación de Locke. Locke restringe el derecho de los individuos a tomar posesión de los objetos materiales cuando mezclan su trabajo con ellos estipulando que «debe quedar lo suficiente, que sea de igual calidad, en común para los demás».<sup>40</sup> Los impuestos se pueden recaudar entonces como pago debido a los demás, ya que un individuo que reclama una propiedad particular mediante su trabajo reduce las oportunidades de los demás a reclamar una propiedad similar a través del trabajo.

Los impuestos se deberían recaudar a un nivel internacional, ya que ni los individuos ni los grupos particulares (sociedades o Estados concretos) pueden poseer plenamente los objetos. La materia en sí, la dimensión de los objetos que permanece después de la transformación de los objetos en productos, sigue siendo propiedad colectiva. Sin embargo, esa propiedad común no es la propiedad de una sociedad o de un Estado particular, sino de las personas en general y esto desemboca en otra dificultad: los impuestos no se deberían recaudar solamente en un nivel internacional, sino tal vez en un nivel intergaláctico; sin embargo los habitantes de otros planetas deberían pagar menos verosímelmente, ya que el uso terrestre les priva de poco —si es que les priva de algo— según la estipulación de Locke. Este tipo de impuesto debería reflejar que ese material produce una buena renta, aparte de otras consideraciones acerca de su categoría como producto; también incluiría los gastos especiales que tienen que sufragar los demás debido a la indisponibilidad de ese material para que ellos lo utilicen. Sin duda, habría mucho que aclarar y mucho que discutir acerca de los tipos impositivos. Las naciones no podrían pretender ser los recaudadores adecuados de esa renta general sobre la tierra. En este punto mi opinión se opone a la de Brody, quien ha argumentado que debería existir un impuesto negativo sobre la renta a distribuir a nivel nacional.<sup>41</sup> Habría que justificar por qué los Estados exigen tener el derecho a recaudar ese impuesto, dado que en éste están implicados los intereses que tienen todas las personas en la tierra. Teniendo en cuenta que el impuesto sobre la renta afecta a los derechos de todos sobre la tierra, la mejor solución sería recaudarlo y distribuirlo a nivel internacional.

No se producirán bienes públicos a través de la tributación de

la propiedad con el fin de reclamar para todos su parte de posesión en esa propiedad. Los impuestos sobre la renta de la propiedad conducirían, por el contrario, a que la autoridad tributaria tuviese que entregar a todos los individuos un pago que se asemejaría a un impuesto negativo sobre la renta. Una agencia tributaria general carecería de autoridad para destinar esos recursos a proyectos privados sin el permiso de los implicados. Apoyar cualquier proyecto concreto con las recaudaciones de ese impuesto sobre la renta equivaldría a respaldar una sensibilidad moral concreta. El derecho a recibir el pago de un impuesto negativo sobre la renta (y las preocupaciones expresadas en la estipulación de Locke) fundamentaría el derecho a recibir protección contra las familias que decidiesen reproducirse de forma agresiva para beneficiarse del impuesto negativo sobre la renta internacional (aunque tenemos que señalar que los individuos no tendrían derecho a recibir ese pago hasta que no fuesen personas en sentido estricto). Cuando la reproducción lleva a comprometer el acceso a los recursos y al medio ambiente, afecta a las oportunidades de los demás al crear nuevos individuos que tienen derecho a recibir el pago del impuesto negativo sobre la renta recaudado sobre la renta del material en general. Esa forma de reproducción constituiría, por tanto, un acto contra los derechos de los demás y podría, por consiguiente, imponerse un impuesto para cubrir esos gastos. En el momento en que las personas no pudiesen pagar ese impuesto, estaría permitido impedirles que se siguieran reproduciendo.

Los gobiernos pueden formarse y recibir rentas públicas en la medida en que su existencia se deba al esfuerzo colectivo y voluntario de los ciudadanos. Sin embargo, existe una dificultad importante. La mayoría, si no todos los gobiernos actuales, son coercitivos más allá del alcance que puede justificarse en términos seculares generales. Tal coerción no sólo afecta a lo que los individuos hacen consigo mismos o con otras personas anuentes, sino también a los resultados de sus talentos y de sus recursos privados. La cuestión estriba en decidir hasta qué punto podemos presuponer que el consentimiento voluntario es suficiente para justificar una amplia autoridad tributaria. Ya que esta autoridad no puede proceder de una concepción dotada de contenido canónica concreta de la justicia, del bien común, etc., tiene que estar justificada por el permiso. Volveremos sobre esta cuestión en breve. Aquí tenemos que señalar que resulta difícil entender cómo pueden justificar los gobiernos el obligar a sus ciudadanos a realizar ciertos es-

fuerzos, incluido el envío de fondos bajo la rúbrica de impuestos. Estos esfuerzos, más que la recaudación de la renta sobre el material terrestre, son generalmente redistributivos y, por consiguiente, requieren que se justifique la fuerte autoridad gubernamental. En efecto, la posesión de fondos colectivos por parte de sociedades anónimas multinacionales parecería ser moralmente mucho menos sospechosa que la posesión de fondos colectivos por parte de los gobiernos, ya que los gobiernos son mucho más coercitivos que la mayoría, si no todas las sociedades anónimas, sean éstas nacionales o multinacionales. Las sociedades anónimas no alistan a las personas a su servicio. Es mucho más fácil cambiar de trabajo de una sociedad anónima a otra que cambiar de nacionalidad. El permiso que dan los accionistas o los trabajadores, estén afiliados o no a un sindicato, parece estar menos amenazado por la fuerza en el caso de las sociedades anónimas que en el caso de los gobiernos.

En la medida en que se crean sociedades anónimas o gobiernos basados en el acuerdo de realizar empresas comunes concretas, se pueden producir recursos de propiedad colectiva que no tienen que ser devueltos a los propietarios ni a los participantes. También la venta de bienes y recursos por parte de las sociedades anónimas y de los gobiernos produce recursos colectivos. Los derechos colectivos de propiedad siempre serán más complejos y débiles que los privados, ya que el principio fundamental de la moralidad secular general es el permiso. Aunque los derechos privados sobre los bienes raíces son complicados, el derecho privado a exigir algo del talento, de la capacidad y de los servicios es sencillo y primordial. La opinión de que los derechos colectivos son primarios procede de confundir el fundamento de los derechos de propiedad con la necesidad de resolver, a menudo colectivamente, disputas acerca de los límites de propiedad, etc. Con todo, habrá recursos públicos que no tendrán que pagarse en forma de dividendos o devoluciones del impuesto negativo sobre la renta, sino que se utilizarán para tareas generales de asistencia social.

A falta de recursos estrictamente públicos sólo se podrá proporcionar el pago del impuesto negativo sobre la renta como devolución de la recaudación del impuesto sobre la renta. De hecho, como indicamos anteriormente, la mejor forma de recaudar y distribuir el impuesto sobre la renta de la tierra (incluida la cantidad recaudada debido a la estipulación de Locke) sería en un nivel internacional, dado que afecta a los intereses de todos los habitantes de la tierra. Esto significa que no sólo los individuos y las socieda-

des anónimas deberían pagar este impuesto, sino también los gobiernos. Sólo se dispondría de fondos especiales para financiar a grupos sociales particulares y a sus proyectos, si se pudiese trazar la línea que une las sociedades anónimas y los gobiernos con los acuerdos pacíficos que produjeron los recursos en cuestión, y de esta forma justificar la posesión colectiva y las decisiones colectivas acerca de su uso para proporcionar asistencia sanitaria, alimentos para los hombres, o arte para que sea disfrutado por todos.

Existen, por lo tanto, tres formas de propiedad: privada, comunitaria y general. Los objetos pueden estar en posesión privada o comunitaria en la medida en que han sido transformados en productos. Incluso el uso y el cuidado del terreno de pasto le pueden conferir a éste la naturaleza de producto, lo mismo que sucede si se encuentra una piedra preciosa. Su categoría es la de un producto del trabajo y de la voluntad de las personas. Sin embargo, dado que la transformación nunca es total, una parte residual queda en posesión de todas las personas individualmente. He designado esta última acepción de propiedad como propiedad general. La propiedad comunitaria surge cuando los individuos se unen en una empresa colectiva para crear fondos colectivos para financiar tareas que son también colectivas. Los derechos de propiedad privada y general proporcionan a los individuos fondos privados que les permitirán adquirir libremente asistencia sanitaria. Los derechos positivos a recibir asistencia sanitaria que tienen base social tan sólo existirán cuando se disponga de recursos colectivos y sólo si se toma la decisión común de invertirlos en la creación de tales derechos. Así, siempre se tendrá moralmente la oportunidad de adquirir asistencia sanitaria de forma privada o comunitaria. En la medida en que los individuos puedan poseer los objetos de forma privada, siempre existirá el derecho a adquirir servicios sanitarios intercambiando servicios por honorarios o a través del seguro privado, a menos que todos los médicos hayan renunciado a su derecho de vender sus servicios privadamente.

Podemos resumir estas reflexiones en lo que podríamos llamar el principio de propiedad. Este principio es de primordial importancia para comprender el papel que representan la financiación pública y privada de la asistencia sanitaria, así como el derecho de los médicos a estar exentos de la sumisión a obligaciones impuestas por los sistemas sanitarios nacionales. La posesión de propiedad privada —en la medida en que ésta existe— siempre permitirá a los

pacientes comprar al margen del sistema oficial, así como también el derecho a la posesión del propio talento permitirá a los médicos vender al margen de las obligaciones impuestas por dicho sistema oficial. Podemos resumir esta circunstancia tendenciosamente, denominándola el derecho básico de la persona al mercado negro.

### *Principio III. El principio de propiedad*

La propiedad procede del permiso y se constituye en el ámbito de la moralidad del respeto mutuo. Respetamos los derechos de propiedad en la medida en que la entidad poseída ha sido introducida en la esfera del propietario, de tal modo que violar la propiedad sería igual a violar la persona del propietario. Establecer los derechos de propiedad de las sociedades es tan difícil —de hecho, más difícil, ya que están más implicadas— que los de los individuos.

1. Los objetos se poseen en la medida en que son los productos de personas.
2. Los animales se poseen en la medida en que son alimentados o criados por personas, domesticados y convertidos de este modo en productos, o en la medida en que son capturados. El principio de beneficencia limita tales derechos de propiedad.
3. Los niños y los meros organismos biológicos humanos son propiedad de las personas que los producen. No sólo el principio de beneficencia, sino la circunstancia de que el niño (o el embrión) se convertirá en una persona, limitan los derechos de propiedad.
4. Las personas se poseen a sí mismas y a otras personas en la medida en que han accedido a ser poseídas. Dicha posesión incluye contratos para la prestación de servicios y de productos, así como relaciones especiales, tales como pertenecer al ejército.

A. Existen tres tipos de propiedad: individual, comunitaria y general.

B. Propiedad por contrato implícito: la posesión de uno mismo, los derechos de propiedad sobre los propios hijos y sobre los propios productos existen, al margen de cualquier norma explícita, en función de la moralidad del respeto mutuo. Este tipo de propiedad se asemeja a lo que se ha designado clásicamente como «modo natural de adquirir propiedad».<sup>42</sup>

C. Propiedad por contrato explícito o consentimiento: esta forma de propiedad tiene su origen en procedimientos formales, a menudo estili-

zados, para acceder a proporcionar servicios o un producto. Pensemos en las acciones de una sociedad anónima o en los futuros de mercadería. Aunque estas formas de propiedad presupongan modos naturales de propiedad, éstos se han transformado de forma drástica a través de concepciones sociales muy desarrolladas comunes a un grupo de individuos.

D. Justificación del principio: no se puede actuar contra personas inocentes sin su permiso, sin actuar al mismo tiempo contra la noción misma de la autoridad moral secular general y la noción de la comunidad pacífica secular. Una acción contra la propiedad ajena equivale a una acción contra el propietario y es una violación de la moralidad del permiso o del respeto mutuo, en la medida en que las personas se prolongan en sus posesiones. Es decir, en la medida en que las personas a) se prolongan en los objetos al hacer esos objetos *suyos* cuando los transforman en productos, b) adquieren derechos sobre la persona o cuerpo de otros por medio del consentimiento de esas personas, o c) les han transferido derechos sobre objetos o personas, tienen derechos de propiedad que se deben respetar como parte de la moralidad secular general.

E. Razones para respetar el principio: se estará motivado a respetar el principio de propiedad en la medida en que se esté interesado en la posibilidad de la existencia de la comunidad pacífica, de actividades comunes de colaboración que tienen autoridad moral secular general. Además, en la medida en que se abraza la moralidad de beneficencia y se desea el bien ajeno, también hay que desear que los demás posean lo que es suyo. Por consiguiente, la motivación para respetar los derechos de propiedad será la misma motivación que obliga a respetar los principios de permiso y de beneficencia. Sin embargo, en la medida en que hay personas que carecen de los medios necesarios para florecer, existirá un conflicto entre el deseo benéfico de que posean sus propios bienes y el deseo benéfico de que cada uno tenga bienes suficientes para lograr el florecimiento individual y colectivo. Teniendo en cuenta que el principio de permiso tiene preferencia, se debería estar dispuesto a respetar los derechos de propiedad incluso en condiciones de tensión en la esfera delimitada por el principio de beneficencia (por ejemplo, entre dar a los individuos su propia propiedad y dar a los demás los que necesitan para vivir).

F. Consecuencias que se derivan para la política pública:

1. La propiedad no puede ser totalmente comunitaria. Además de la propiedad privada individual, las cosas del mundo continúan siendo en parte posesión de todas las personas y, en la medida en que las personas de comunidades concretas se unen para realizar empresas comunes, se da la oportunidad de producir cursos colectivos.

2. Se pueden recaudar impuestos para distribuirlos entre todas las personas basándose en la posesión colectiva del material, y también en la estipulación de Locke, con el fin de compensar a todos, ya que la posesión de algunos impide que quede algo restante para ser poseído por otras personas. La mejor manera de recaudar dichos impuestos sería a nivel internacional y deberían ser pagados no sólo por individuos y sociedades anónimas, sino también por los gobiernos.
3. También se pueden recaudar impuestos en la medida en que la recaudación refleje el cobro por un servicio prestado por la comunidad al individuo, como puede ser la producción de propiedad privada para, y a petición de ese individuo.
4. Existe el derecho moral fundamental de participación en el mercado negro. Nadie tiene el derecho de prohibir a los individuos el libre intercambio de sus servicios o de su propiedad con otros individuos libres. Este derecho moral básico justifica que las consultas médicas privadas puedan coexistir con todo tipo de servicio sanitario gubernamental.

G. Máxima: Las personas se poseen a sí mismas, poseen lo que hacen, o lo que otras personas poseen y les transfieren; las comunidades son propietarias en la medida en que las personas crean tales comunidades y transfieren fondos a la propiedad colectiva, o en la medida en que los grupos crean riqueza común. Por tanto: entrega a todos aquello a lo que tienen derecho; abstente de coger lo que pertenece a varios o a uno solo.

### *El Estado y su autoridad*

El autor del texto hipocrático *La Ley* señala: «La medicina es el único arte que nuestros Estados únicamente penalizan con el deshonor». <sup>43</sup> Aunque en Grecia no hubiese sanciones penales, existían al menos algunos recursos civiles para castigar la negligencia médica. <sup>44</sup> Hoy en día es indudable que leyes y reglas controlan el ejercicio de la medicina de diversas formas. [Existen obligaciones legales respecto] a los fármacos que se permite prescribir a los médicos o adquirir a los pacientes. En el Reino Unido se puede utilizar la heroína para controlar el dolor, pero no así en los Estados Unidos, ni siquiera en la fase terminal del cáncer. <sup>45</sup> La capacidad de los médicos de proporcionar servicios de anticoncepción, esterilización o aborto varía según los países. Los pacientes pueden en-

tablar demanda contra los médicos a través de recursos civiles. Al contrario de lo que ocurría en la antigua Grecia, el ejercicio de la medicina está restringido hoy en día a personas autorizadas por el Estado. En efecto, incluso la adquisición por parte de hospitales de aparatos médicos de coste elevado, así como la decisión acerca del tratamiento de recién nacidos deficientes, se ha visto afectada en diversas formas por la ley y por la regulación estatal. La autoridad estatal es tan omnipresente y corriente que su justificación raramente, si es que alguna vez, se discute de otra manera que de modo poco sistemático.

Para comprender la situación de los médicos, de otros trabajadores sanitarios y de los pacientes que viven bajo la autoridad de gobiernos muy reguladores, tenemos que plantear preguntas filosóficas fundamentales con respecto a la autoridad moral del Estado. ¿Hasta qué punto tienen el Estado y sus representantes autoridad moral para reglamentar la naturaleza de la asistencia sanitaria? ¿Tiene la masiva regulación estatal de la asistencia sanitaria alguna fuerza moral secular? ¿O es la violación de la ley o de las regulaciones estatales a lo sumo imprudente, teniendo en cuenta el riesgo importante que supone el ser descubierto y castigado? Aparte de las obvias sanciones penales y civiles, ¿va unida la censurabilidad moral secular a la violación de la ley? ¿Pueden tacharse estas acciones de inmorales? Tan sólo podemos dar una apropiada respuesta intelectual a preguntas de esta envergadura tras un examen de la justificación de la autoridad estatal.

¿Posee el Estado una autoridad de la que carecen los individuos? Si la autoridad del Estado proviene directamente del fundamento de la ley moral, no tendrá ninguna autoridad que vaya más allá de la que posee cualquier individuo o grupo de individuos. En este caso, el Estado sólo podrá hacer lo mismo que cualquier individuo para garantizar el respeto mutuo entre las personas, para apoyar la ejecución de obligaciones de beneficencia, y para proteger los derechos de propiedad de los individuos y de las comunidades. Se puede definir, al menos en parte, la autoridad moral de cualquier reglamentación moral intentando encontrar su origen en los tres principios de la moralidad secular (esto es, permiso, beneficencia, propiedad). Si la reglamentación no demuestra proceder de estos principios, será prudente acatar la regla, pero no moralmente obligatorio, pero, ¿qué sucede con el amplio espectro de intervenciones estatales contemporáneas?

Estas cuestiones no son de importancia meramente académica

en el ámbito de la bioética y de la política sanitaria. El Estado reglamenta de forma drástica el carácter de la asistencia sanitaria. ¿Puede el Estado, por ejemplo, fijar los costes hospitalarios incluso en el caso de que los individuos y las compañías de seguros estén dispuestos a pagar más que la cantidad estatutaria, por, digamos, un grupo particular relacionado por su diagnóstico? ¿Sería inmoral aceptar fondos adicionales extraoficialmente, simplemente porque existe una ley contra esa forma de actuar? ¿Qué sucedería si el gobierno exigiera a los hospitales que impusiesen a los médicos como condición para aceptar privilegios que sólo admitiesen las retribuciones establecidas por la política estatal?

Estas preguntas nos llevan a examinar las formas en que se puede presentar una justificación intelectual de la autoridad del Estado. A continuación enumeraremos una lista de las siete principales maneras que se han utilizado para justificar la autoridad estatal, que, aunque algo arbitraria y forzada, permite apreciar las principales justificaciones de la autoridad estatal presentadas a lo largo de la historia, y la solidez de su base lógica, así como los límites de la justificación de la autoridad moral secular del Estado.

Consideremos en primer lugar el argumento que dice que la autoridad del soberano proviene de Dios. Esta opinión ha sido propuesta en el Occidente cristiano citando con frecuencia pasajes de san Pablo como «los poderes existentes son tal como Dios los ha dispuesto» (Romanos 13:1). Esta explicación se elaboró en el Occidente medieval en forma de la doctrina de las dos autoridades: la del papa de Roma y la del poder real. Esta última (en particular, la autoridad del emperador Occidental) procedía de Dios y llegaba al soberano a través del papa. Podemos pensar aquí en los famosos argumentos de Inocencio III en su «*Sicut universitatis conditor*» del 30 de octubre de 1198, en donde habla de las dos estrellas que iluminan el firmamento de la autoridad, la *pontificalis auctoritas* y la *regalis potestas*.<sup>46</sup> Este criterio de la posición de la autoridad secular fue articulada de una manera muy interesante en el Concilio de Constanza el 6 de julio de 1415. Jean Petit, *Magister* de la Universidad de París, defendió el 3 de marzo de 1408 una tesis que decía que el asesinato de un tirano era un acto admisible. El sujeto de esta aseveración era el duque de Borgoña, que había asesinado al duque de Orleans el 23 de noviembre de 1407. El consejo tachó de error la exigencia del derecho de matar a los tiranos.<sup>47</sup> Esta doctrina, según la cual los soberanos gobiernan *jure divino*, fue duramente atacada durante los siglos XVII y XVIII.<sup>48</sup> En cualquier caso,

la doctrina del derecho divino de los soberanos es, de hecho, insostenible en un contexto pluralista secular. Las premisas necesarias para asegurar el concepto del derecho divino dependen de suposiciones culturales y religiosas concretas, acerca de las que no existe un consenso general y que no admiten una justificación racional secular general.

Cabría confiar en establecer la autoridad del gobierno demostrando que éste actúa para alcanzar una concepción concreta y moralmente obligatoria de la vida buena. Este criterio de la vida buena podría entenderse, o podría intentar justificarse, apelando a intuiciones, a análisis canónicos de casos, a consecuencias, a la elección de observadores imparciales, a una noción de resolución de controversias a través de la elección racional o de la teoría del juego, a la naturaleza de la realidad, o al papel adecuado de los principios de nivel medio. Como veíamos en los capítulos III y IV, es imposible establecer una visión particular secular concreta canónica de la vida moral o de la moralidad. No podemos establecer una concepción suficientemente detallada de lo que se debe hacer moralmente con el fin de justificar el amplio abanico de reglas y reglamentos impuesto sobre los ciudadanos en general, y sobre los pacientes y los trabajadores sanitarios en particular.

Una cuarta opción sería intentar establecer una justificación de la autoridad gubernamental apelando a un contrato hipotético. Se podría imaginar una construcción intelectual parecida en parte a la posición original de John Rawls,<sup>49</sup> en la que nos invita a imaginarnos a nosotros mismos estableciendo reglas morales generales como si ignorásemos las ventajas concretas que ofrece la sociedad. Según Rawls, lo que eligiésemos racionalmente en esas circunstancias deberían considerarse las reglas básicas de la justicia social. Esas reglas fundamentales se podrían utilizar entonces para dirigir una verdadera asamblea constitucional y verdaderas asambleas legislativas en la elaboración de verdaderas leyes.<sup>50</sup> El problema aquí es el mismo al que nos enfrentamos anteriormente. Hay que imputar a unos contratantes hipotéticos un sentido moral particular con el fin de que ellos clasifiquen algunos bienes primarios sociales (por ejemplo, la libertad) en un nivel más elevado que otros. Por consiguiente, el recurso de apelar a contratantes hipotéticos no va a proporcionar de forma autoritativa una noción suficientemente concreta o universal de los principios de justicia y de otros principios morales, de forma que sea posible justificar el Estado moderno con su amplio abanico de leyes y reglas que dirigen

la asistencia sanitaria. Toda apelación a un consentimiento ahistórico o a contratos ahistóricos fracasa al exigir que se acepte uno de entre los muchos posibles criterios dotados de contenido sobre la verdadera naturaleza de dicho consentimiento o de dichos contratos.

Para encontrar el origen de la procedencia de la autoridad política, también se ha apelado al concepto de un verdadero acuerdo original realizado por todos para reunir una asamblea de gobierno en general o de una constitución particular. Pensemos en los argumentos políticos de Jean Jacques Rousseau, Thomas Hobbes, y John Locke. En efecto, estas consideraciones filosóficas tuvieron gran influencia sobre gran parte de las suposiciones de la ley constitucional norteamericana, que presume que las acciones de los individuos entre 1787 y 1790 cuando adoptaron la actual constitución norteamericana vincularon a todos los futuros norteamericanos a esa constitución y a sus procesos para promulgar, hacer cumplir e interpretar las leyes como medio de su enmienda.<sup>51</sup> Esta visión es al menos tan metafísica como la apelación al derecho divino de los soberanos. Podríamos estar de acuerdo con el hecho de que una vez que todos han suscrito una constitución concreta, todos los que dieron su consentimiento están vinculados por ella. Sin embargo, éste no fue ciertamente el caso de la constitución norteamericana de 1789 (que propocionaba medios para la adopción que violaban los Artículos de la Confederación) ni de ninguna constitución redactada para un Estado a gran escala. Además, un acuerdo de ese tipo, al que llegaron personas en el pasado, no es vinculante para generaciones actuales. Estas dudas parecen restarle autoridad moral y hacernos volver a la lucha de todos entre todos por hacer valer los propios derechos. Aquí podemos pensar en la caracterización que da Blackstone de la ley que vincula a las naciones, es decir, la ley de las armas, en la cual «el único tribunal al que pueden apelar las demandas, es al del Dios de las batallas».<sup>52</sup>

La perspectiva de que tales conflictos puedan desembocar en guerras civiles e intestinas, introduce la sexta justificación posible de la autoridad del gobierno, esto es, la de la prudencia. Consideremos que vivimos en un pueblo que es regularmente atacado por grupos de maleantes que merodean por los alrededores y asesinan, violan y saquean. Después de años de tal carnicería desenfrenada e incontrolable se aproxima un jefe militar al pueblo y acuerda proteger al pueblo de estos grupos errantes a cambio de que él y sus hombres reciban un décimo de las cosechas, que se le permita re-

crutar a una décima parte de las mujeres para ser sus concubinas durante dos años y a una décima parte de los hombres para su ejército, y se le permita también establecer un servicio sanitario en el pueblo, en el cual todos los médicos deban participar a cambio de un salario, a la vez que renuncian a todo ejercicio de la medicina por el que reciban honorarios. Además los hombres del caudillo ayudarán a proteger a los habitantes del pueblo contra quienes maten, violen o saqueen en el pueblo sin orden expresa del caudillo. Si la pérdida de vida, libertad y propiedad bajo el mandato del jefe militar es muy inferior a la pérdida sufrida bajo el gobierno local, entonces el acuerdo de aceptar la autoridad del jefe militar será un plan prudente. La prudencia justificará la autoridad del jefe militar y de sus hombres. Si falta el poder del caudillo y la uniformidad de su administración, habrá más pillaje que conllevará costes más elevados para todos. Aquí podemos pensar en la observación de Hobbes acerca del estado natural en el que «la vida del hombre [es] solitaria, pobre, mala, bruta, y corta».<sup>53</sup> Basándose en tales consideraciones, Hobbes afirma que los hombres y las mujeres configuran el dios mortal, el *leviathan*, un gobierno, una república (*commonwealth*), una *civitas*.<sup>54</sup>

Hobbes desea que la autoridad de la república esté basada en algo más que la simple prudencia. Piensa que la autoridad del gobierno procede del siguiente acuerdo explícito o implícito: «Yo autorizo y cedo mi derecho a gobernarme a mí mismo a este hombre o a esta asamblea de hombres, con esta condición, que tú le cedas tu derecho y autorices todas sus acciones del mismo modo».<sup>55</sup> Define la esencia de la república como «una persona, de cuyos actos una gran multitud, a través de convenios mutuos, cada una de las personas que la constituye se ha hecho autor, podrá utilizar hasta el final la fuerza y los medios de todos ellos, como el considere oportuno, para lograr su paz y su defensa».<sup>56</sup> La dificultad reside en que *no* todo el mundo está, de hecho, de acuerdo. No todos, como alega Hobbes, ingresan en la «congregación de los que estaban reunidos» habiendo acordado estar vinculados por todo lo que decida la mayoría.<sup>57</sup> Muchos responderán simplemente que la república debe seguir su camino pacíficamente del mismo modo que ellos siguen el suyo. Entre tales disidentes se incluirán tanto individuos que estuvieron presentes cuando se realizó tal pacto, como los descendientes de los que dieron su consentimiento original. A menos que se pueda desarrollar una doctrina metafísica del consentimiento hereditario (tal vez basándose en el modelo de las an-



tiguas doctrinas acerca de la esclavitud hereditaria),<sup>58</sup> los nacidos después del convenio no serán miembros de éste, a menos que también ellos estén de acuerdo. Quienes desafíen a los disidentes con la máxima «da tu consentimiento a la república o abandónala» tendrán que estar preparados a que los disidentes les respondan «¿Por qué no nos deja la república en paz a nosotros? ¿Por qué tenemos que ser nosotros los que estemos obligados a abandonarla?» La república no tendrá una respuesta eficaz a su disposición, ya que es imposible fundamentar la pretensión de la república de tener límites políticos sin enclaves.<sup>59</sup> La república podría ciertamente dejar de proporcionar a los disidentes asistencia social y dejar de proteger sus derechos civiles, pero los disidentes podrían exigir, a su vez, la devolución de los impuestos recaudados con medios coercitivos y proceder a contratar una fuerza de seguridad con estos fondos.

Los disidentes pueden afirmar que ciertos valores morales son para ellos más importantes, incluso, que ciertas formas de seguridad personal, y que no van a dar su consentimiento a la autoridad del *leviathan* ni en general, ni en ciertas áreas. Tales disidentes, individuos que no se han comprometido libremente a obedecer las leyes y reglas de la república, cuando pertenecen a una república pueden negarse, con justificación moral, a participar, no sólo en las empresas de la república que ellos consideran inmorales, sino también en las que ellos no desean entregar sus energías. Dichos intentos de justificar un Estado global fracasan debido a la pluralidad de visiones morales y a la diversidad de comunidades morales. Por consiguiente, los ciudadanos de Estados pluralistas en gran escala poseen autoridad moral limitada para imponer su voluntad o para establecer una política de asistencia sanitaria dotada de contenido. Así, los ciudadanos no tienen por qué, ni deben en términos seculares generales, ayudar a impedir a través de la fuerza estatal que otros ciudadanos compren o vendan asistencia sanitaria de lujo. Deben abstenerse, en efecto, de utilizar la fuerza estatal contra individuos «culpables» de cometer delitos sin víctimas, sin importar que ellos consideren que esos delitos sean inmorales (esto es, «delitos» en los que todos los implicados han decidido libremente participar: la venta de pornografía, la prostitución, o la venta de heroína y marihuana). Se deben tolerar los inextinguibles mercados de la pornografía, de la prostitución y de las drogas debido al derecho básico humano al mercado negro. Además, los datos sugieren, basándose en razones prudenciales, que los intentos

de prohibir estos mercados conducen a un nivel de corrupción y de violencia, cuyos males son tan significativos que probablemente superen cualquier tipo de bienes buscados ingenuamente con su proscripción. Lo mismo se puede decir respecto a la propuesta de controlar a través del seguro privado el ejercicio de la medicina a cambio de honorarios.

Estas consideraciones de prudencia se pueden abordar tanto individual como socialmente. Consideremos el caso de un médico que vive en un país en donde hay un sistema obligatorio de asistencia sanitaria global con acceso controlado a los servicios diagnósticos y terapéuticos, y donde están prohibidos los servicios privados de asistencia sanitaria. Un amigo le pide un examen médico para eliminar la posibilidad de que padezca cáncer porque quiere evitar la espera acostumbrada en el sistema universal controlado gubernamentalmente con el fin de no prolongar su ansiedad y poder decidir si debe viajar al extranjero para someterse a tratamiento. Si el médico puede realizar el examen médico después de su horario de trabajo y con material introducido de contrabando desde el extranjero, ¿está obligado a hacerlo? En términos morales seculares generales el médico sería moralmente libre, excepto por consideraciones de prudencia, de aplicar el tratamiento e incluso de aceptar tratamiento, a menos que hubiese consentido explícita, libremente y sin coerción a ceder ese derecho al Estado. Sin embargo, al médico, como individuo prudente, le preocupa ser descubierto y multado, así como el hecho de que si se acepta la práctica generalizada de desobedecer las leyes, la estructura de la sociedad se puede debilitar y desembocar en el perjuicio generalizado de todos. Pero si el médico piensa que puede actuar sin ser descubierto y, por tanto, sin sufrir tales consecuencias, no podemos afirmar, basándonos en razones seculares generales, que haya actuado in moralmente.

Estas conclusiones pueden inquietar a algunas personas porque indican que la posición moral de quienes intentan prohibir un nivel privado de asistencia sanitaria es considerablemente más dudosa que la posición moral de las prostitutas o de sus clientes, pero si reflexionamos, esto no debe resultarnos sorprendente. Como hemos demostrado en este capítulo, la moralidad del respeto mutuo es de primordial importancia para la posición intelectual de la misma ética. En la medida en que las prostitutas y sus clientes pueden demostrar que los implicados en la prostitución lo están libremente, la línea de autoridad de la acción está claramente demostrada.

Las prostitutas pueden explicar lo que están haciendo con sus clientes en función de un acuerdo mutuo. Los funcionarios que hipotéticamente prohibiesen la venta de un seguro privado de enfermedad y de asistencia sanitaria privada no tendrían esa ventaja, ya que deberían presuponer una visión de la autoridad gubernamental difícil de justificar en términos seculares generales. Deberían demostrar que la autoridad gubernamental alcanza tal grado de globalidad que no les está permitido a los individuos crear un sistema privado de asistencia sanitaria con los recursos que les quedan después de pagar sus impuestos. Esto exigiría una visión de que los bienes y los servicios de los individuos están totalmente a disposición o control de la comunidad. Cuanto más inverosímil parezca una pretensión de este tipo, tanto más débil será la autoridad moral secular general del Estado.

Llegamos entonces a la conclusión preliminar de que es prudente obedecer la mayoría de las reglas y reglamentos del gobierno. Sin embargo, la autoridad moral general del gobierno para formular tales reglas y reglamentos no es tan fuerte como la autoridad moral de las sociedades anónimas multinacionales, IBM, Dow Chemical, o Exxon, por ejemplo, para elaborar reglas para sus trabajadores, o la autoridad de los sindicatos para configurar reglas para sus miembros, suponiendo que los empleados y los miembros de los sindicatos se hayan afiliado voluntariamente. Todo gobierno es moralmente sospechoso, ya que tradicionalmente utiliza la fuerza para obligar a los habitantes de su territorio a aceptar su autoridad. Es difícil demostrar que los individuos hayan convenido aceptar la autoridad de la república en la cual residen sin haber sido coaccionados. (¿Quién por ejemplo de los lectores de este libro ha decidido libremente que su gobierno puede prohibirle comprar heroína para aliviar el dolor producido por un cáncer terminal, como sucede en los Estados Unidos?) Lo que nadie toleraría a multinacionales o a sindicatos, es aceptado como algo que no necesita explicación si viene de parte del gobierno. No existen pruebas, por ejemplo, de que Dow Chemical haya obligado en alguna ocasión a individuos a que se alistaran a sus fuerzas de seguridad.

Este corto análisis de las razones por las que fracasan los argumentos presentados para justificar la fuerte autoridad moral exigida por el Estado y por la política sanitaria gubernamental, no es sino una variación del examen realizado en el capítulo III acerca de las razones a las que se debe el fracaso de intentar establecer una bioética o una moralidad secular dotada de contenido y canónica.

Si no se puede fundamentar la autoridad gubernamental apelando a Dios, base de todo ser y de toda autoridad, entonces habrá que apelar a la argumentación racional como la autoridad que permita resolver controversias entre individuos racionales en lo que respecta a lo que se debe hacer y a cómo establecer el gobierno. Si no se convierten todos a la misma ideología o religión, habrá que apelar a la autoridad de la razón o del acuerdo. Como veíamos en el capítulo III, una bioética y una concepción moral secular dotada de contenido y canónica no se puede fundamentar apelando a la intuición, a la casuística, al cálculo de consecuencias, a la invocación del observador ideal o del contratante imparcial, al concepto de elección racional, a interpretaciones basadas en la teoría del juego, al carácter de la naturaleza, o al papel de los principios de nivel medio. Así como tampoco se podrá establecer la normatividad racional de una moralidad secular canónica concreta, de una bioética o de la autoridad gubernamental apelando a la existencia de un consenso solapado o de convicciones morales contingentes. Todos estos argumentos presuponen de forma crucial un sentido moral orientador concreto, una teoría poco coherente del bien, o una concepción moral, y cada uno de ellos presupone a su vez, en su origen lo que debe establecer.

De este modo llegamos a la séptima y última fuente de autoridad moral del gobierno, esto es, el consentimiento verdadero que otorgan los ciudadanos a las acciones del gobierno. Esta condición no es tan difícil de satisfacer como se podría sospechar en un principio. Dado que los individuos pacíficos pueden defender en cualquier momento a los inocentes contra el uso de la fuerza, el gobierno puede, del mismo modo, actuar para proteger a los inocentes contra delitos tales como el asesinato, la violación y el robo. Ya que el ayudar a los individuos a cumplir contratos a los que todos han dado su conformidad es un acto moralmente loable, se permite asimismo moralmente a los gobiernos obligar al cumplimiento de contratos que los ciudadanos consideran vinculantes. Todas estas acciones del gobierno tienen una indiscutible autoridad moral secular, ya que todos los individuos pacíficos implicados han dado su consentimiento. Más allá de esto, la propiedad colectiva se puede distribuir de cualquier modo estipulado por quienes la configuraron. De este modo, las constituciones originales obligan a los descendientes que toman parte en una república a distribuir dicha propiedad por medio del proceso democrático. En esas circunstancias, ser un ciudadano equivale a ser un accionista. Dicho bre-

vemente, dentro del campo delimitado por las limitaciones que impone el consentimiento concreto de todos los implicados, se puede aún crear un gobierno que disponga de un amplio abanico de considerables capacidades y autoridades. Partiendo de recursos colectivos se puede prohibir el uso de la fuerza no autorizada, se puede obligar a cumplir los contratos y se puede proporcionar asistencia sanitaria, pero la autoridad moral secular del Estado no es extensible al control de la acción consensuada de los individuos libres, que incluye el propio uso de su propiedad privada.

Todavía quedan cuestiones por solucionar que no se pueden resolver recurriendo a un pacto general. Hay que crear los límites de la propiedad, decidir las penas de los delitos, así como estipular la autoridad de los tribunales de justicia, y una serie de decisiones en áreas que no están claramente definidas. No existen suficientes premisas morales que permitan que los argumentos racionales sólidos sean concluyentes cuando se encuentran extraños morales para discutir acerca de estos aspectos, ni tampoco comparten todos las mismas concepciones, de modo que no es posible resolver estos asuntos por medio de un explícito acuerdo de todos. En estos casos, habrá que hacer todo lo que esté en nuestras manos y resolver las disputas con medios que impliquen la menor coerción y el mayor consentimiento posible. Los mecanismos de mercado son el procedimiento que mejor se ajusta a esta tarea, ya que muestran los resultados de diversos actos de consentimiento y no introducen una visión moral determinada, sino que son el resultado de la interacción de individuos que tienen concepciones morales divergentes. Cuando éstos no resulten suficientes, habrá que utilizar mecanismos democráticos fuertemente limitados, en el sentido de que se debe evitar cualquier objetivo que no sea la estipulación de los puntos que no están claros. Estos mecanismos democráticos estarán limitados por la clara autoridad de los individuos de actuar libremente con ellos mismos, con su propiedad, y con otras personas anuentes. Una forma justificable de gobierno se caracteriza más por su limitada autoridad, que por su carácter democrático. La pluralidad de moralidades, bioéticas y políticas sanitarias exige un gobierno que pueda abarcar al máximo la diversidad pacífica. Así, la autoridad social dotada de contenido podrá pasar de forma natural a estar en manos de las asociaciones voluntarias, mientras el gobierno permanece en un nivel internacional, limitado fundamentalmente, y sin objetivos morales dotados de contenido. Cualquier gobierno ubicado geográficamente paga el precio de incluir

una pluralidad de comunidades morales, mientras que el gobierno de comunidades consensuadas y carentes de ubicación geográfica puede obtener autoridad para realizar compromisos dotados de contenido de quienes se unen a la tarea.

Estas consideraciones indican que la autoridad del gobierno (esto es, de gobiernos ubicados geográficamente) para reglamentar el ejercicio de la asistencia sanitaria fuera de los recintos de propiedad gubernamental es muy limitada. Como prueba moral, podemos preguntarnos en qué circunstancias se les permitiría a las fuerzas de seguridad de Exxon o Dow Chemical controlar la asistencia sanitaria con autoridad moral, para así poner al descubierto los límites morales de la fuerza estatal en la reglamentación de la asistencia sanitaria. Estará justificada la protección gubernamental de los pacientes y de los trabajadores sanitarios contra la coerción, el fraude y la infracción de contrato. Además, se podrán imponer reglas sobre el uso de fondos y de propiedades gubernamentales a través del voto mayoritario, pero los individuos continuarán poseyendo el derecho moral de hacer consigo mismo y con otras personas anuentes, así como con sus recursos, lo que ellos y las otras personas anuentes decidan. En caso de duda siempre hay que abstenerse de utilizar sin su autorización a las personas y a su propiedad, especialmente su talento y sus servicios. Aunque la propiedad y los servicios colectivos sean considerables, la existencia de algunos recursos privados (por ejemplo, derecho a los propios servicios y talentos) y el derecho a firmar contratos con otras personas que estén dispuestas a ello, limitan fundamentalmente la autoridad gubernamental y la autoridad moral secular de la política sanitaria estatal.

Si estas concepciones configuraran la política pública, conducirían a algunos cambios radicales de las leyes tributarias, del modo de controlar los actos consensuados voluntarios de los individuos, así como del papel representado por el Estado en la reglamentación de la asistencia sanitaria. No voy a extenderme aquí en examinar las consecuencias radicales de estas reflexiones, basta con indicar que las cosas cambiarían drásticamente. Con el advenimiento de una autoridad general encargada de garantizar la paz a nivel mundial y limitada por la moralidad del respeto mutuo (es decir, con el advenimiento del milenio secular), se podría asegurar la posibilidad de que las personas pudiesen afiliarse libremente a diversas asociaciones, que no tuviesen que estar limitadas a ningún área geográfica particular. Podemos imaginar que individuos de confesiones diferentes podrían obtener el divorcio en Israel, basándose en las nor-

mas vigentes en sus grupos religiosos particulares. En este tipo de asociaciones los individuos podrían perseguir su propia visión de la vida buena. Cada asociación podría, a su modo, proporcionar un nivel y un tipo de asistencia sanitaria concordante con su visión de la vida buena. El resultado sería probablemente un mundo en el que los individuos pertenecerían de diferentes modos a diversas asociaciones y por consiguiente, tendrían complejos derechos a recibir asistencia sanitaria y otro tipo de ayudas.

Si éste fuese un libro que tratase fundamentalmente cuestiones de teoría política en vez de problemas bioéticos, habría que investigar con detenimiento, hasta qué punto puede el Estado continuar realizando debidamente las funciones que ha venido desempeñando hasta ahora. El monopolio estatal de velar por el cumplimiento de la justicia, por ejemplo, puede no estar justificado. En efecto, hay argumentos que apoyan la eficiencia de hacer cumplir la justicia de un modo privado, como es el ejemplo histórico de Islandia, en donde esta tarea fue un asunto privado entre los siglos X y XIII.<sup>60</sup> Con todo, se puede concebir la necesidad de que la policía de la sociedad pacífica pluralista secular y general tuviese que controlar la actividad de los cuerpos de policía privados, actuando como inspector en última instancia. La reacción a esta propuesta será alegar que los mecanismos de mercado pueden producir probablemente cuerpos policiales capaces de realizar esta función tan bien o mejor, dentro del campo delimitado por las obligaciones impuestas por los tribunales de justicia nacionales o internacionales. También será necesario considerar el equilibrio de poder entre los cuerpos policiales privados y públicos, así como la creación de tribunales para los juicios de delitos públicos. En un mundo verdaderamente tolerante con la diversidad de creencias morales y con la diversidad de comunidades humanas que probablemente se formarán, habrá numerosos sistemas legales especiales, elaborados para regir derechos y obligaciones en el ámbito de sociedades anónimas, asociaciones y comunidades concretas. Previsiblemente será una relación parecida a la que existe entre la ley civil y la ley canónica, exceptuando el hecho de que habrá numerosos tipos de ley canónica. Se planteará el problema acerca de la posibilidad de establecer un único tipo de tribunales de derecho civil. Tal vez el Estado pluralista secular general pueda, a lo sumo, imponer un modo de arbitraje a los individuos en el transcurso del proceso de selección de un tipo especial de tribunales civiles. Tanto el proceso de arbitraje como los tribunales deberán estar de acuerdo con el

principio de permiso. Éstas son cuestiones complejas e importantes, que no tienen cabida en este libro.

En este momento, la realización de estas posibilidades es tan sólo un sueño, una esperanza: la fascinación de una posible utopía de individuos libres unidos en asociaciones libres. Esta visión realiza dos de los objetivos que, con frecuencia, se piden a un gobierno. En primer lugar, ofrece la protección imparcial de los ciudadanos. La policía internacional protegería a las personas de modo desapasionado contra el asesinato, el robo y otras aproximaciones desautorizadas contra ellas mismas o su propiedad. Protegería los contratos registrados y distribuiría a todos su parte igual de los ingresos procedentes del impuesto general sobre la renta de la tierra o del material. Sin embargo, no se dispondría de una visión de la vida buena, no se obligaría a cumplir ningún sentido concreto de la moralidad, no se proporcionarían derechos a recibir asistencia social, como es el derecho a la asistencia sanitaria. Para conseguir derechos especiales de asistencia social, que constituyen el segundo objetivo de todo gobierno, habría que apelar a entidades corporativas particulares, tales como un Estado individual, asociaciones como la AFL-CIO (*American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations*) o sociedades anónimas como IBM o Exxon. Éstas podrían tener propiedad colectiva para sus miembros y podrían decidir, mediante procedimientos establecidos de antemano, cómo utilizarla y cómo utilizar los ingresos de esa propiedad. Finalmente, los individuos podrían pertenecer a comunidades particulares estrechamente unidas que compartan criterios concretos claramente articulados de la vida buena, comunidades que no deberán estar restringidas a áreas geográficas concretas. En esas circunstancias existirían muchos objetos a los que dedicarse con devoción patriótica. La metáfora politeísta se podría ver expresada de forma secular en la vida política.

Aunque estas visiones sean fantasías, son instructivas al recordarnos que el Estado no ocupa una posición moral secular especial. El Estado no tiene mayor legitimación para crear reglas que las sociedades anónimas multinacionales, los sindicatos u otras grandes organizaciones. En efecto, como ya hemos señalado anteriormente, su legitimidad moral secular es incluso más insegura. Se podría apuntar que la idea del Estado soberano que ostenta fuerte autoridad sobre las personas y la propiedad de sus ciudadanos, debería pasar a la historia, ya que el Estado que pretende una soberanía global, supone un mayor peligro para los individuos, y

para el mundo en general, que las sociedades anónimas, sindicatos, religiones u organismos similares constituidos de forma voluntaria. Estas visiones deberían ayudarnos a recordar la necesidad de estudiar con detenimiento las pretensiones de autoridad moral que presentan grupos concretos que crean reglas. La falta de legitimidad moral secular no debería necesariamente inspirar a un médico o enfermera a violar las reglas (incluyendo las leyes locales, estatales y nacionales). Será prudente que no sólo las enfermeras y los médicos, sino sus respectivas profesiones en general y los pacientes que están a su cargo obedezcan las reglas. Con todo, existe una cierta satisfacción moral cuando se sabe si el orden en el cual se ejerce está decretado por la moral o es, más bien, aceptado por conveniencia.

Teniendo en cuenta que no podemos utilizar la razón como fundamento de las exigencias dotadas de contenido de moralidad y de autoridad política, hemos tenido que hacer una nueva valoración del Estado, que en ningún modo le despoja de significado ni de trascendencia. El Estado es precisamente la estructura social dentro de la cual se puede comprender que una autoridad moral vincule a personas y comunidades que poseen visiones morales diferentes, y mediante la cual se pueden garantizar y asegurar derechos generales de tolerancia. El Estado es una forma de alcanzar una organización social que no sea simplemente una comunidad más. Uno de los muchos errores de la Ilustración fue considerar a la razón como base canónica de las comunidades seculares en gran escala y autoritativas, pero se ha demostrado que esta esperanza fue vana, ya que el Estado es, más bien, una estructura social que abarca a una diversidad de comunidades y, al mismo tiempo, protege tanto los derechos de esas comunidades como los de las personas que las componen. Cuando imaginamos el Estado como comunidad, estamos tentados a imponer una particular rectitud ideológica, «corrección política», o concepción canónica dotada de contenido de la vida moral. El Estado es precisamente la estructura que abarca numerosas comunidades de moralidades diversas y diferentes interpretaciones de la vida buena. El Estado puede obligar a cumplir contratos registrados y puede proporcionar ciertos derechos a recibir asistencia social, pero lo hace de un modo trans-moral. Obtiene su autoridad del permiso que emiten las personas que lo integran y que practican moralidades diferentes, no de sus propias acciones.

El fracaso en el intento de descubrir una visión moral dotada de contenido y canónica basada en argumentos racionales bien funda-

mentados, la persistencia de la diversidad de comunidades morales y la capacidad de abarcar de forma pacífica dichas comunidades en el marco de una estructura social en gran escala y autoritativa, ponen de manifiesto la limitación del Estado, el cual tiene que dejar espacios libres que se caracterizan por el derecho a la intimidad, con el fin de mantener la autoridad o legitimidad moral secular para realizar acciones individuales o colectivas. Estos espacios libres son el medio social en el que las diferentes comunidades pueden actuar según sus diferentes concepciones del bien, y son ámbitos en los que el Estado no puede entrometerse, ya que carece de autoridad y de la visión canónica que legitimen dicha intervención. En estos espacios, que provienen del fracasado intento de establecer un contenido canónico basado en el razonamiento racional secular, pueden configurarse y desarrollarse diversas políticas de asistencia sanitaria.

---

#### *Principio IV. El principio de autoridad política*

La autoridad política, moralmente justificada, se deriva del consentimiento otorgado por los gobernados y no de un criterio acerca de lo que constituye la vida buena, incluida la obligación de beneficencia, ya que el significado de ese criterio y de esa obligación se elabora por medio del mutuo acuerdo. La naturaleza del consentimiento otorgado a la autoridad de una organización será diferente, por ejemplo, si se compara un Estado territorial como Tejas con una sociedad anónima mutinacional como IBM.

Las entidades corporativas o políticas poseen autoridad para:

1. Proteger a los inocentes contra el uso de la fuerza a la que éstos no consienten (por ejemplo, contra ser sometidos a experimentación médica sin dar su previo consentimiento, o de que se les impida el libre acceso a la asistencia sanitaria privada proporcionada por médicos abortistas);
2. Hacer cumplir los contratos (por ejemplo, la obligación de sigilo por parte de los médicos);
3. Crear derechos a recibir asistencia social mediante la utilización de recursos colectivos (por ejemplo, el derecho a la asistencia sanitaria);
4. Aclarar los límites y resolver disputas cuando los mecanismos de mercado no puedan realizar estas funciones, pero sólo si se renuncia a toda concepción dotada de contenido de la moralidad.

A. Autoridad derivada del consentimiento implícito: el principio de permiso y la noción de la comunidad pacífica, presumen la conformidad con la protección de los inocentes contra el uso no autorizado de la fuerza (por ejemplo, utilizar a los pacientes para conseguir ciertos objetivos sin obtener su previo consentimiento).

B. Autoridad derivada del consentimiento explícito: los individuos concretos, al formar parte de una comunidad, pueden crear una red de acuerdos explícitos que permitan transferir autoridad a una entidad política con el fin de que esta administre y organice las empresas y recursos colectivos. De este modo, los Estados y las sociedades anónimas crean para sus miembros derechos específicos a recibir asistencia sanitaria.

C. Justificación del principio: la autoridad política recibe su principal justificación moral en virtud del principio de permiso, de la moralidad del respeto mutuo, así como del principio de beneficencia. Sin embargo, siempre hay que situar dicha autoridad en el ámbito delimitado por las obligaciones que se derivan del principio de permiso, ya que el principio de beneficencia se especifica a través del consentimiento mutuo.

D. Razones para respetar la autoridad política: actuar contra la autoridad política legítima significa perder toda base de protesta contra el uso de la fuerza punitiva y defensiva. Así, los motivos para respetar la autoridad política se derivan parcialmente de las consideraciones que subyacen al principio de permiso, a la moralidad del respeto mutuo. Además, las entidades corporativas proporcionan la base para que los individuos persigan colectivamente bienes que no conseguirían si actuaran individualmente. Podríamos recordar que Platón señaló que una ciudad amplia es requisito indispensable para conseguir una vida suntuosa (*La República*, 11.373). Las cuestiones de beneficencia, de alcanzar una visión concreta del bien, motivarán así de forma adicional a los individuos a crear empresas colectivas especiales. Finalmente, también consideraciones de conveniencia y prudencia conducen al acatamiento de las leyes y reglas gubernamentales.

E. Consecuencias que se derivan para la política pública: la autoridad de los gobiernos es sospechosa en la medida en que éstos

1. Restringen la posibilidad de elección de los individuos libres sin su consentimiento (por ejemplo, intento de prohibir la venta de órganos humanos o de un seguro médico privado);
2. Regulan el libre intercambio de bienes y servicios, más allá de la protección contra el fraude, la coerción o la infracción de contratos; sin embargo,
3. La autoridad política se ejerce debidamente sobre la propiedad colectiva de la tierra y otras posesiones, con arreglo a las normas establecidas por los participantes en la empresa colectiva.

F. Máxima: aunque respetar las normas y leyes gubernamentales concernientes a la asistencia sanitaria sea prudente, sólo se es moralmente censurable, en términos seculares generales, si se actúa contra la legítima autoridad moral. Por consiguiente: obedece las leyes cuando tengas que hacerlo; siéntete culpable de las infracciones cuando debas.

---

*Una reflexión posmoderna sobre la propiedad, el Estado, y la política de asistencia sanitaria*

Nos resta una concepción de la propiedad, de la autoridad del Estado, de la autoridad de la política pública y de la legitimidad de la política sanitaria, bastante diferente de la que nació de las presunciones racionalistas de la Edad Moderna, de la Ilustración. Sin una moralidad dotada de contenido canónica o de una narrativa moral universal, es tan difícil, si no más difícil, justificar las pretensiones colectivas de propiedad como las pretensiones individuales. Además, no se puede demostrar, en términos seculares generales, que las pretensiones individuales o colectivas sean exhaustivas. Todas las personas tienen el derecho general a utilizar la tierra y los recursos materiales. Este derecho residual es la base de un impuesto internacional sobre la tierra, que todos, tanto individuos como sociedades anónimas y Estados, deben pagar, y (cuyos) ingresos se pagarán en forma de la devolución de un impuesto negativo sobre la renta. No apoyamos esta situación porque sea deseable, útil o estimable, sino porque es lo máximo a lo que podemos llegar en el seno de la moralidad secular general.

De modo similar, frente a las muchas moralidades y narrativas morales existentes, se deben reconsiderar radicalmente tanto el Estado como su autoridad. Concretamente, al contrario que las sociedades anónimas, las asociaciones religiosas, los sindicatos u otras comunidades voluntarias, los Estados ubicados geográficamente no pueden justificar su autoridad para imponer una moralidad particular. Teniendo en cuenta el colapso del proyecto Ilustrado, y ante la diversidad de visiones morales, la autoridad de gobernar de las instituciones sociales en gran escala depende de la credibilidad de la pretensión de que actúan con la autorización de sus súbditos. Ante el colapso del proyecto de la Ilustración y la diversidad de visiones morales se puede defender contra, y castigar

el uso no autorizado de otras personas. El Estado puede hacer cumplir contratos registrados y crear derechos supererogatorios a la asistencia social, pero permanecerán zonas poco definidas, límites ambiguos, y problemas inevitables. En la medida en que los mecanismos de mercado los puedan resolver, ésta será la solución preferible, ya que la autorización de todos los participantes otorga autoridad a estos procedimientos. En los casos en que esta solución no sea factible, habrá que aclarar los límites, establecer tribunales, y aclarar los castigos democráticamente. La elección democrática es el equivalente secular del servicio de Elías ante las controversias TEYKU. Cuando se tenga que tomar una decisión y el orden espontáneo del mercado no seleccione concluyentemente entre las diferentes posibilidades, se deberá intentar reclutar el mayor número posible de personas para elegir una entre las diversas alternativas «lanzando una moneda al aire».

Frente al prolongado papel que representa el proceso de tomar decisiones democráticamente, el derecho a la intimidad, tanto pública como individual, es de gran importancia, y la autoridad secular general del Estado en gran escala se ve radicalmente limitada. Teniendo en cuenta los límites de la autoridad moral secular general, las comunidades concretas que no están ubicadas geográficamente podrán organizar estructuras sociales y ser portadoras de derechos civiles y de asistencia social especiales, incluido el derecho a recibir asistencia sanitaria. La inevitable diversidad de visiones morales se podrá organizar y adquirir un carácter público. No aprobamos esta posibilidad porque sea buena, estimable o deseable, sino que buscamos todo lo que se puede salvar frente a la diversidad, el relativismo y la amenaza que supone el nihilismo. Se pueden realizar algunas de las esperanzas de la Ilustración, pero lo que se salva carece de contenido y es limitado, aunque es esta misma limitación la que otorga oportunidad y campo de acción.

## CAPÍTULO VI

### LOS LENGUAJES DE LA MEDICALIZACIÓN

#### *La configuración de la realidad*

La medicina medicaliza la realidad, crea un mundo peculiar y traduce conjuntos de problemas a su propia terminología. La medicina moldea las formas en que se materializa el mundo de la experiencia y acomoda la realidad a nosotros. Así, las dificultades de las personas se consideran enfermedades, padecimientos, deformidades, anormalidades médicas y no inocentes molestias, aflicciones normales o posesiones demoníacas. Los problemas médicos están constituidos por conjuntos de fenómenos susceptibles de valoración médica, de explicación y, hasta cierto punto, de mejoría o curación. Nos encontramos con un conjunto de problemas a los que denominamos por lo general enfermedades, dolencias, padecimientos, deformidades, incapacidades y desfiguraciones, que escapan al control directo de los individuos afectados y suponemos tienen su origen en matrices causales de carácter fisiológico, anatómico y psicológico. Su sentido, importancia y realidad varían en función de las distintas instituciones sociales e intelectuales de la medicina. Al considerarlos problemas médicos, los caracterizamos, por lo general, como circunstancias que se desvían de los ideales fisiológicos o psicológicos en lo que respecta a los niveles adecuados de función, de liberación del dolor y de logro de las pretendidas forma y gracia humanas, de tal modo que el dolor o una simple molestia se convierte en trastorno médico. Además, dado que la medicina es una institución social, el dolor, la deformidad y la disfunción adquieren una valoración social.

Pensemos en la transformación de la realidad experimentada que provoca el diagnóstico de una enfermedad coronaria. Una leve dificultad respiratoria o la hinchazón de tobillos después de un largo día de trabajo se convierten en signos de enfermedad. Dormir echado sobre dos cojines deja de ser una ocurrencia inocente para convertirse en el posible estigma de una enfermedad mortal. La



visión individual de la vida queda alterada por un conjunto de expectativas respecto a la peligrosidad de las enfermedades del corazón y a la posibilidad de una muerte temprana, y también es probable que dé lugar a nuevas relaciones con médicos y otros profesionales de la sanidad, para acabar imponiendo una serie de nuevos rituales con fuerza y carácter comparables a los de la religión. Hoy ingerimos medicamentos de modo regular, y nos sometemos a dietas rigurosas para reducir el consumo de sal y colesterol. Lo que antes no eran más que actividades inocentes, como el ejercicio físico, comer o solazarse, actualmente se convierte en grandes problemas de salud, cuando no de vida o muerte. Fumar cigarrillos es ahora claramente peligroso. Algunas personas llegan a temer que las relaciones sexuales lleven a la muerte. Las expectativas de los demás, cuando se enteran del diagnóstico, transforman las circunstancias sociales del individuo. Los amigos se preguntan si Juan está ya en condiciones de acompañarles a esquiar: ¿No será demasiado para él? Si por casualidad es piloto de una línea aérea, quizá no pueda continuar en activo. Las compañías de seguros probablemente le obliguen a pagar una cuota más elevada. En resumen, se habrá producido una substancial transformación de la realidad experimentada.

Pero no es algo inesperado. El mundo en que vivimos se construye a partir de hechos interpretables. Vemos lo que nos rodea en función de expectativas sociales y teóricas porque se nos ha enseñado desde temprana edad a interpretar lo que sucede a nuestro alrededor. En el seno de la visión científica del mundo, damos por supuesto que un conjunto de complejas fuerzas etiológicas induce la aparición de las enfermedades y los padecimientos, pero los individuos de otras culturas, o quienes nos precedieron en la nuestra, ajenos a nuestra actual visión científica del mundo, no ven, o no veían, la enfermedad como resultado de agentes infecciosos, de fallos genéticos o de anomalías endocrinológicas. Nosotros sí lo hacemos. Nuestro mundo lo conforman una serie de supuestos sobre el carácter normativizado de nuestra experiencia. Tales supuestos científicos y metafísicos moldean nuestras expectativas cotidianas y conforman nuestro mundo vital. Además, el singular carácter de nuestras instituciones sociales llena de significación social todo lo que nos sucede. El consenso que reina actualmente entre dentistas, cirujanos, médicos y psiquiatras, es el resultado de un conjunto de fuerzas históricas, características en gran parte de nuestra cultura, pero que contribuyen al incremento de la importancia de un dolor

de muelas, una apendicitis, una enfermedad coronaria o de la esquizofrenia.

Contemplamos el mundo a través de nuestras expectativas sociales, científicas y valorativas. Los hechos médicos de que trata la bioética no son verdades eternas, sino datos influenciados por las expectativas formativas de nuestra historia y nuestra cultura. El proceso por el cual se reconoce una situación como enfermedad coronaria, cáncer, depresión, homosexualidad o tuberculosis es rico y complejo. Todo conocimiento está condicionado histórica y culturalmente y, como veremos más adelante, la influencia histórica y cultural es particularmente acusada en el caso de la medicina. Esto no significa que los investigadores no pretendan saber, liberados eternamente de cualquier fuerza social o cultural. En nuestro empeño por conocer fidedignamente, pretendemos entender el mundo como si lo escrutáramos con los ojos de Dios, desde la perspectiva de unos observadores o investigadores científicos desapasionados, y de tal manera que cualesquiera otros investigadores, incluso los ajenos a nuestra cultura y, en principio, hasta investigadores de planetas que giran alrededor de estrellas lejanas, pudieran compartir nuestras conclusiones.

Pero la meta del conocimiento no distorsionado es una heurística. Nos proyecta como conocedores, como científicos, hacia la verdad. Como afirmara Charles Peirce (1839-1914) fundador del pragmatismo, «a la postre, todo es lo que finalmente se puede llegar a conocer en un estado ideal de información total, de tal modo que la realidad depende en último extremo de la decisión de la comunidad, y el pensamiento es lo que es, solamente en virtud de que haga referencia a un pensamiento futuro que en su valor como pensamiento le sea idéntico, sólo que más desarrollado». <sup>1</sup> Con ello, Peirce sugiere que es imposible hablar de la realidad separándola de sus posibles conocedores. Cualquier concepto que tengamos de la realidad será el de una realidad experimentada, aunque sea experimentada por observadores ideales. Hablar de la naturaleza de una realidad o de hechos médicos no distorsionados por contextos históricos y culturales es hablar de la visión que poseerían unos conocedores libres de prejuicios, en absoluta posesión de toda la información y que no estuviesen motivados por suposiciones que no están basadas en la realidad. El interés por penetrar la realidad tal como se observaría si no se contemplase desde ninguna perspectiva concreta, sitúa al conocedor en un trayecto que va desde sus suposiciones no admitidas hasta la más completa superación de és-

tas, mediante su reconocimiento, y a través del esfuerzo por contrarrestarlas para lograr una mayor capacidad de descripción de la realidad, que no se vea condicionada por las idiosincrasias del propio contexto cultural. Se busca una perspectiva de la realidad que pueda ser compartida por extraños morales y metafísicos. En la búsqueda del ideal pierciano de una comunidad de científicos perfectamente avezados, podemos distinguir mejores o peores descripciones de la realidad, tomando como referencia un ideal que tampoco hemos de pretender que sea realmente alcanzable. El ideal es un componente del mismo ejercicio de la ciencia, del esfuerzo de la ciencia como empresa cultural orientada hacia la intersubjetividad de las exigencias de conocimiento, que esté avalada por una realidad exterior y referida a ella. Al denominar, clasificar, graduar, representar y explicar enfermedades, confiamos en hacerlo como lo haría una comunidad de investigadores ideales que reaccionan ante la realidad exterior, meta que ciertamente nunca se alcanza, ya que todas las descripciones de la realidad se realizan desde una perspectiva concreta.

Aunque recientemente se haya prestado mucha atención al carácter condicionado histórica y culturalmente del conocimiento, las raíces de esta valoración son profundas. Desde Giambattista Vico (1668-1744), pasando por G. W. F. Hegel (1770-1831) y Wilhelm Dilthey (1833-1911), hasta el momento presente, se ha producido una creciente valoración del grado en que nuestras interpretaciones de la realidad existen en el ámbito de expectativas culturales. El reciente impulso que han dado a estas ideas Ludwig Fleck (1896-1961)<sup>2</sup> y Thomas Kuhn<sup>3</sup> propicia una mejor comprensión del papel que desempeñan las fuerzas históricas y culturales en la ciencia en general y en la medicina en particular; pero aquí no abordaremos esta cuestión desde la perspectiva de ciencias como la física o la química, en las que centraba su interés Thomas Kuhn. Nosotros nos ceñiremos a la medicina, que fue la que atrajo la atención de Ludwig Fleck, autor que ejerció notable influencia sobre la obra de Kuhn, quien a su vez ha influido decisivamente en la reciente reinterpretación de la interacción entre la historia y la filosofía de la ciencia.<sup>4</sup> La medicina es un campo ideal para explorar el papel que los valores y los objetivos desempeñan en el conocimiento científico, ya que en ella se entrelazan el empeño por conocer fehacientemente y la preocupación por intervenir eficazmente. El papel que desempeñan en ella los valores sociales es a veces escandalosamente destacado.

Observemos, por ejemplo, el siguiente historial clínico estudiado por Isaac Baker Brown, en su libro *On the Curability of Certain Forms of Insanity, Epilepsy, Catalepsy and Hysteria in Females*,<sup>5</sup> de un caso tomado de un libro clásico de la bibliografía médica que, durante los siglos XVII y XVIII, se centró en el estudio de la «enfermedad» de la masturbación.<sup>6</sup> En aquella época se creía que algunas personas morían a causa de la masturbación<sup>7</sup> porque las autopsias parecían confirmar los perniciosos efectos de este auto-abuso sobre la médula espinal,<sup>8</sup> razón por la cual el Dr. Brown recomendaba como tratamiento de las mujeres masturbantes la ablación del clítoris para acabar con «la prolongada excitación periférica que provoca crecientes y frecuentes pérdidas de vigor nervioso».<sup>9</sup> Comprobó experimentalmente que el mejor procedimiento consistía en situar a la paciente «totalmente bajo la influencia del cloroformo y extirparle el clítoris con unas tijeras o un cuchillo (yo siempre prefiero las tijeras)».<sup>10</sup> En función de tales supuestos, el Dr. Brown publicó algunos casos que avalaban el éxito de sus intervenciones terapéuticas. Veamos como ejemplo el caso número 31 de los 48 casos recogidos en su obra.

Caso XXXI. Ataques catalépticos — Dos años de enfermedad — Operación — Curación.

M.N. Edad 17. — Ingresada en el *London Surgical Home* el cuatro de septiembre de 1861.

*Historial.* Se había desarrollado perfectamente hasta los quince años, edad a la que ingresó en un internado situado en la parte oeste de Inglaterra. En el transcurso de tres o cuatro meses hicieron presa en ella todos los síntomas de la histeria, empeorando desde entonces de manera gradual; sufría ataques, al principio de carácter suave y poco frecuente, pero que se hicieron gradualmente más graves y frecuentes, hasta convertirla en una verdadera cataléptica. Los meses anteriores a su ingreso sufría hasta cuatro o cinco ataques diarios. Durante el viaje desde el norte de Inglaterra hasta Londres permaneció inconsciente y en estado de catalepsia rígida. Fue sometida a observación tan pronto llegó al centro, sin que existiese la menor duda de que se trataba de un caso típico de esta enfermedad. Estaba tan sensibilizada, que si alguien meramente tocaba su cama o caminaba por la habitación, inmediatamente se sumía en estado cataléptico.

Antes de examinarla personalmente, el Dr. Brown supo por la madre y por la misma paciente, que había realizado durante largo

tiempo la autoexcitación del clítoris, práctica en la que la inició una compañera de internado. El comienzo de su enfermedad correspondía exactamente al de sus causas; de hecho, causa y efecto aparecían tan claramente concatenadas que bastó el historial para llegar a un diagnóstico acertado, aún cuando también mostraba claramente los restantes síntomas propios del caso.

Fue operada el día siguiente a su ingreso y desde entonces no volvió a sufrir ataques. Permaneció en el centro varias semanas. Treinta y cinco días después de la intervención, era capaz de dar la vuelta a la Abadía de Westminster, siendo así que durante año y medio previo al tratamiento había sido incapaz de realizar el menor esfuerzo.<sup>11</sup> Esta joven había sido diagnosticada y tratada con éxito. Expectativas sociales y culturales habían configurado el proceso de observación; habían estructurado la psicología del descubrimiento.

Pero no es necesario retroceder al siglo XIX para constatar una evidente intrusión de valores sociales. La reciente historia de la homosexualidad nos demuestra que ha evolucionado desde ser considerada como un estado de perturbación de la personalidad sociopática en el primer *Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association* (DSM-I) [Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación norteamericana de Psiquiatría],<sup>12</sup> pasando por ser un trastorno de la personalidad en DSM-II,<sup>13</sup> para venir a ser un caso de disfunción psicosocial en DSM-III, denominada «homosexualidad ego-distónica»<sup>14</sup> y finalmente a un caso de disfunción sexual denominado «trastorno sexual» sin más especificación, de tal forma que puede incluir la «inquietud persistente y señalada acerca de su orientación sexual» del heterosexual.<sup>15</sup> Resumiendo, actualmente se considera un trastorno mental únicamente si la persona muestra un interés persistente en cambiar su tendencia sexual. Este giro en el concepto médico de la homosexualidad estuvo ligado a cambios en las ideas sobre la sexualidad, sobre el concepto de perversión y a determinados puntos de vista sobre los verdaderos límites del lenguaje clínico. Controversias similares se han centrado en la clasificación de ciertos trastornos como el Trastorno disfórico de la fase lútea tardía (llamado comúnmente Síndrome de Tensión Premenstrual), Trastorno de la Personalidad Sádica, y Trastorno de la Personalidad Autodestructiva.<sup>16</sup> La clasificación de los trastornos psiquiátricos pone al descubierto la manera en que determinadas clasificaciones de las enfermedades legitiman los valores y las expectativas.<sup>17</sup> No sólo están en juego las diferentes formas en que las expectativas previas in-

fuyen sobre la psicología del descubrimiento, sino también el papel que representan la interpretación moral y metafísica, y cómo éstas están apoyadas y dirigidas por diferentes comunidades.

Las dificultades que entraña determinar lo que se debe considerar enfermedad no quedan circunscritas a la psiquiatría o a la sexualidad. Pensemos, por ejemplo, en la clorosis, enfermedad de moda en el siglo XIX, descrita como «empobrecimiento de la sangre, estreñimiento, dispepsia, palpitaciones y trastornos e irregularidades menstruales».<sup>18</sup> Médicos de renombre, desde Thomas Sydenham (1624-1689) en el siglo XVII, hasta un gran número en el siglo XIX, describieron, de hecho, que las mujeres adquirían un «color verdoso» a causa de esta enfermedad. En el pasado abundaron puntos de vista y experiencias sobre las enfermedades, que extrañan a nuestro modo de entender las cosas. Entre otros ejemplos podemos incluir el hecho de que en el siglo XVIII la fiebre se considerara enfermedad y no un simple síntoma.<sup>19</sup> Cuanto más se ahonda en el pasado, más se aleja el concepto de enfermedad de aquello a lo que estamos acostumbrados.

Lo cierto es que cuanto más se retrocede en el tiempo, más difícil nos resulta reconocer las enfermedades que hoy nos son familiares. Los médicos no tenían entonces las mismas preocupaciones que nosotros y, consiguientemente, describían las enfermedades de manera algo diferente. Sus criterios sobre la línea que separa un simple ruido de una información estaban en función de supuestos frecuentemente divergentes de los nuestros. Por eso, muchas veces nos resulta difícil entender qué enfermedades describían. Veamos un caso incluido en el *corpus* hipocrático.

«En la ciudad de Meliboea un joven tuvo que meterse en cama después de haberse dado largo tiempo a la bebida y a los excesos carnales. Sufría de escalofríos, náuseas, insomnio, pero no de sed.

*Primer día.* Las deposiciones sólidas y abundantes dieron paso al exceso de fluido. En los días siguientes los excrementos fueron abundantes, acuosos y de color amarillo verdoso. La orina clara, escasa e incolora; la respiración dificultosa y a grandes intervalos; tirantez bajo el hipocondrio, que se extendía a ambos costados. Punzadas en todo el epigastrio, orina aceitosa.

*Décimo día.* Delirante, aunque tranquilo, ya que se mantenía sosegado y en silencio; la piel seca y tensa; las deposiciones unas veces abundantes y flojas, otras biliosas y grasientas.

*Decimocuarto día.* Estado de excitación generalizado. Delirio con profusión de palabras inconexas.

*Vigésimo día.* Violentamente fuera de sí. Agitación y convulsiones, retención de orina; retención de pequeñas cantidades de bebida.

*Vigesimocuarto día.* Defunción.»<sup>20</sup>

Aunque podríamos avanzar varias hipótesis sobre la naturaleza de la enfermedad descrita, es difícil dar un diagnóstico concreto con seguridad, no sólo porque Hipócrates no nos facilita datos de laboratorio, sino porque tampoco nos ofrece la clase de examen físico que nosotros hubiésemos realizado enfrentados al mismo caso y teniendo que elaborar un diagnóstico sin contar con análisis de laboratorio. Nosotros hubiésemos ofrecido un historial clínico más completo, rellenado en función de nuestras hipótesis sobre la mortal enfermedad del joven.

Pero también hemos de reconocer un amplio abanico de conclusiones en las descripciones de los antiguos médicos. Pensemos al respecto en la famosa descripción hipocrática de las paperas con orquitis.

«Muchos presentan hinchazón junto a uno de los oídos, o junto a ambos; en la mayoría de los casos sin presencia de fiebre, lo que hacía innecesaria la permanencia en cama. En algunos casos aparecía una ligera calentura, pero todas las hinchazones cedían sin dejar secuela. En ningún caso hubo supuración, como es habitual en hinchazones de origen diferente. Ésta se caracterizaba por su flaccidez, grosor y extensión; sin inflamación ni dolor. En todos los casos desaparecen sin dejar rastro. Los afectados eran adolescentes, hombres jóvenes o en los mejores años y, por lo general, todos frecuentaban la escuela de lucha y el gimnasio. Afectó a pocas mujeres. Muchos presentaban tos seca sin esputos, pero con ronquera. Inmediatamente después —aunque en algunos casos, transcurrido algún tiempo— aparecían inflamaciones dolorosas en uno o en ambos testículos, unas veces acompañadas de fiebre, otras no. Solían causar grandes dolores. Por lo demás, los afectados no sufrían otras indisposiciones que requiriesen asistencia médica.»<sup>21</sup>

¿Son las paperas más un hecho fuera de contexto, un hecho simple y llanamente, que la enfermedad que mató al joven de Meliboea? ¿Cómo determinar qué es lo más importante en medicina? ¿Cómo protegerse de errores de médicos como Baker Brown y construir una ciencia médica basada en datos tales como la descripción hipocrática de las paperas?

Éstas no son preguntas meramente teóricas, sino prácticas, ya

que las teorías médicas desembocan en intervenciones reales, como ocurrió con las clitoridectomías del siglo XIX. En realidad el simple hecho de contemplar un fenómeno como problema médico puede alterar el carácter de las expectativas sociales. Por ejemplo, considerar que el proceso de dar a luz conlleva riesgos médicos que requieren intervenciones médicas, desde episiotomías hasta cesáreas, equivale a alterar el significado del alumbramiento y también de los derechos, socialmente respaldados, de los futuros padres y madres frente a los médicos. Como argumentaba Ivan Illich, la medicalización de la vida es omnipresente y puede ser devastadora.<sup>22</sup> Considerar un elemento vital como problema médico es algo que trasciende al mero problema de medicina científica, ya que la medicalización de la realidad plantea problemas de política pública y problemas éticos. Qué se clasifica como enfermedad, y cómo se clasifica, tiene un impacto inmediato sobre la vida de las personas y sobre la sociedad en general, cosa que no ocurre, pongamos por caso, con la clasificación de las estrellas. Al examinar una mancha en un pezón, habrá que decidir cuántas células mutantes y de qué carácter deben aparecer antes de asegurar que la mancha indica cáncer. Un exceso de liberalidad al clasificar células como cancerosas dará lugar a operaciones innecesarias, pero un exceso de conservadurismo en el mismo caso, dará lugar a que la mujer reciba tratamiento demasiado tarde para que sea posible su curación. El modo de descubrir, y en parte establecer, una línea divisoria entre descubrimientos cancerosos, no cancerosos y precancerosos, es de considerable importancia para quienes están interesados en mantener intacto su cuerpo al tiempo que evitar el cáncer, y para una sociedad interesada en contener los gastos médicos y en maximizar los beneficios para sus miembros.<sup>23</sup> El modo de realizar estas clasificaciones repercutirá en la morbilidad, en la mortalidad y en los costes financieros.

Tanto en sentido estricto como en términos generales, la medicina crea una realidad socialmente aceptada. El simple hecho de clasificar un problema como problema médico, crea expectativas e influye en el destino de las personas. Obviamente, en el caso de las clasificaciones que están insertas en criterios médicos puestos en vigor legalmente, se trata de un sentido acusado de la configuración de la realidad. Pensemos, por ejemplo, en cómo se votó en la Asociación Americana de Psiquiatría a la hora de clasificar la homosexualidad como enfermedad.<sup>24</sup> La consideración médica de la homosexualidad como enfermedad se integró en la proscripción

legal de las actividades homosexuales. Menos fuerza social tienen en cierto modo, las particulares graduaciones del cáncer, que conducen a niveles de tratamiento concretos.<sup>25</sup> Estos sistemas de graduación reflejan decisiones adoptadas por colectivos médicos sobre las maneras más sutiles y adecuadas de caracterizar una determinada área de la realidad. La aceptación de un sistema gradualista concreto implica contemplar la realidad y reaccionar frente a ella de una manera disciplinada y coordinada. La diferencia entre un cáncer de grado I y un cáncer de grado II tiene su reflejo en la que existe entre un procedimiento quirúrgico limitado e intervenciones más amplias, con quimioterapia o radiaciones, a la vez que en un pronóstico menos optimista. Retomaremos esta cuestión después de examinar las características del concepto médico de la realidad.

La realidad médica es el resultado de una compleja interacción de esfuerzos descriptivos, de evaluación, explicativos y socialmente clasificativos, que conforman y orientan nuestra manera de hablar, experimentar y reaccionar ante la realidad médica. A estos cuatro aspectos los llamaremos los cuatro lenguajes de la medicina, aunque sean algo más que lenguajes, ya que representan cuatro dimensiones conceptuales por medio de las cuales juzgamos los problemas clínicos. Son ciertamente modos de medicalización, pero el término «lenguaje» nos brinda una útil metáfora al sugerir que cada modo dispone de su propia gramática o de reglas propias para construir sus significados. Existen, por tanto, cuatro grupos diferentes de restricciones «sintácticas» y «semánticas» que configuran los diferentes modos de expresar, entender y experimentar la realidad médica.

#### *Los cuatro lenguajes de la medicina*

La realidad experimentada de la que se ocupa la medicina está configurada por a) supuestos de evaluación sobre qué funciones, dolencias y deformidades son normales, en el sentido de ser adecuadas y aceptables; b) opiniones sobre cómo realizar las descripciones; c) modelos explicativos causales, y d) expectativas sociales respecto a males individuales o de formas particulares de enfermedad. Cuantos más suposiciones compartamos con los médicos, tanto más fácil será reconocer la enfermedad que describen y estar de acuerdo con las caracterizaciones que ofrecen de la realidad

médica. Cuanto más difieran dichas suposiciones, tanto menos intersubjetivas serán las explicaciones.

Pensemos en las diferencias que existen entre las clasificaciones actuales del dolor y las que se hacían en el siglo XVIII. En nuestro siglo el dolor se considera mayormente un síntoma de enfermedad, y no una enfermedad por derecho propio. El dolor no aparece entre las principales clases de enfermedad incluidas en la última Clasificación Internacional de Enfermedades,<sup>26</sup> pero la clasificación de enfermedades *Genera morborum* (1763) de Carl von Linné (Carolus Linnaeus) (1707-1778), lo catalogaba como una de las once clases principales de enfermedad.<sup>27</sup> La prestigiosa clasificación del médico François Boissier de Sauvages (1701-1767) también incluía destacadamente el dolor entre sus diez clases de enfermedades.<sup>28</sup> Las diferentes formas de clasificar dependen de diferentes suposiciones sobre la realidad de las enfermedades; orientan sutilmente a los médicos a la hora de valorar los dolores de sus enfermos. Actualmente, dado que el dolor no se considera ya enfermedad por derecho propio, se tiende a minusvalorarlo, excepto si se demuestra que tiene un origen anatomicopatológico o fisiopatológico. Hoy se indaga el verdadero valor anatomicopatológico o fisiopatológico de una dolencia antes de reconocerla como algo totalmente auténtico.<sup>29</sup>

La interacción de los lenguajes descriptivo, de evaluación, explicativo y socialmente clasificativo en la asistencia sanitaria es la que configura nuestra valoración de un problema médico y, aunque los cuatro lenguajes se encuentren indisolublemente enlazados, es posible diferenciarlos y, al hacerlo, valorar el origen de las diferentes interpretaciones que se dan de la enfermedad en contextos culturales distintos, diferenciación que también nos ayuda a ver cómo los «hechos médicos» que aceptamos están moldeados por juicios ocultos de valor y de política. Si no acertamos a reconocer el papel que desempeñan dichos juicios de valor y de política, probablemente aceptemos acríticamente todo lo que se nos presente como «hechos científicos». Lo que se nos muestra como un hecho, especialmente como un hecho científico, frecuentemente tiene una impronta que lo asemeja al modo en que se manifiesta una revelación divina a una comunidad de creyentes, por lo que se tiende a contemplarlo como realidad eterna, exenta de valoraciones. Esto plantea dificultades. Si la homosexualidad es realmente una enfermedad ¿para qué votar si debemos o no debemos aceptarla como un trastorno mental? ¿No sería mejor reservar a la

investigación científica la determinación de su entidad? Para responder a estos interrogantes examinaremos con detenimiento los lenguajes de la medicina.

### *El lenguaje de evaluación de la enfermedad*

Contemplar un fenómeno como enfermedad, deformidad o incapacidad significa considerar que algo no funciona correctamente. Las enfermedades, los padecimientos y las desfiguraciones se experimentan como fracasos en la consecución del estado esperado, de ese estado que se consideraba correcto para la persona afectada. Puede ser un fracaso a la hora de lograr el nivel esperado de liberación del dolor o de la ansiedad. Puede consistir en no conseguir realizar la forma y gracia humanas esperadas; o bien en no alcanzar la duración de vida esperada. Este género de opiniones caracteriza una determinada situación como de sufrimiento, patológica o como un problema que necesita solución. Pueden emitir las personas afectadas u otras en referencia a ellas. Al caracterizarlas como pervertidas, enfermas o deformes se hace un juicio adverso, y esto ocurre incluso en el caso de una nariz deformada cuyo portador desea someterse a una operación de cirugía estética, o bien de una mujer que, con un embarazo no deseado, trata de abortar.

### *La búsqueda de valores en la naturaleza*

¿Cómo abordamos los fenómenos médicos como problemas? ¿Será en función de valores condicionados socialmente? ¿O bien existen valores integrados en los procesos naturales que se revelan como principio orientador a la hora de determinar qué debe considerarse como norma biológica o psicológica? Hasta hace poco, especialmente en el pensamiento occidental, prevalecía la creencia en esto último. Se suponía que la naturaleza contenía metas y propósitos como componentes esenciales a partir de los cuales se podía juzgar objetivamente toda disfunción, malformación o incapacidad. Este lenguaje ha logrado su mayor desarrollo en el terreno de la perversión sexual. Observemos la siguiente definición legal de los actos antinaturales y de la perversión:

Toda persona a quien se declare culpable de poner en su boca el órgano sexual de otra persona o de un animal, o que sea declarada culpable de poner su órgano sexual en la boca de cualquier otra persona o animal, o bien de realizar cualquier otra práctica sexual antinatural o pervertida con otra persona o animal, será multada en cuantía no superior a mil dólares (1.000) o internada en prisión, en un correccional o en una penitenciaría por un período no superior a diez años, o bien será multada y encarcelada dentro de los límites antes establecidos y a juicio del tribunal.<sup>30</sup>

Pero, ¿cómo sabemos que tales actos son antinaturales? ¿Cómo descubrir la norma de la que se desvían esos actos? ¿Recurriremos a estadísticas sobre lo que las personas hacen habitualmente o por costumbre en una sociedad determinada? Y en caso afirmativo ¿qué fuerza moral tendrán tales deducciones? ¿Cómo podrán revelarnos un ideal biológico o fisiológico? ¿Acaso el hecho de que el pene o la vagina evolucionaran para maximizar la capacidad reproductora nos indica algo respecto a la utilización del ano o la boca para procurar placer sexual? ¿Y si este placer reforzase los lazos de una pareja reproductora maximizando su interés por el buen desarrollo de su prole?, es decir, ¿y si el sexo oral y anal contribuyese indirectamente a maximizar el éxito reproductor?

En Occidente se respondía tradicionalmente en función de una visión del hombre y de la naturaleza en su conjunto como criaturas de Dios, y por tanto destinados a hacer realidad su designio. Afirmer que la naturaleza se pervierte por actividades sexuales o de otra clase presupone la existencia de una norma inmanente y divina en la naturaleza desde el momento de la creación. La Edad Media occidental fue así capaz de sintetizar por medio de un lenguaje aristotélico de esencias y causas finales un conjunto de suposiciones sobre el Dios Creador y sus designios sobre la naturaleza. En el esquema aristotélico se presumía la posibilidad de descubrir la esencia de las cosas, y que un examen de estas esencias revelaría una finalidad inmanente. Estos supuestos aristotélicos, fortalecidos por la idea estoica, según la cual el destino de cada uno se potencia al máximo siguiendo las leyes de la naturaleza, fueron terreno abonado para completar la síntesis cristiana occidental en virtud de la cual se supone que podemos descubrir lo que es natural y lo que es antinatural.

Ciertos criterios acerca de un Dios creador y diseñador hacen creíble el convencimiento de que se puede descubrir lo que cierta y objetivamente son enfermedades apelando al modelo de la natura-

leza. Únicamente tendremos que atenernos a la función de los órganos en cuestión para concluir si un estado determinado se debe considerar una enfermedad. Esto es verosímil mientras se continúe dentro del ámbito de la interpretación cristiana occidental, en particular la católico-romana, que intentó combinar las exigencias de la moralidad y la teoría metafísica en un todo, con el fin de dar una explicación de la naturaleza. Contemplada desde una perspectiva neodarwinista la cuestión presenta otro aspecto bien diferente. Pensemos en la acromatopsia o ceguera para los colores, que ciertamente es una desventaja en muchos ambientes, pero ventajosa si se tienen que descubrir camuflajes. En aquellos ambientes en los que reconocer el camuflaje aumenta el éxito reproductor, la acromatopsia dará ventaja a los individuos portadores de esta característica,<sup>31</sup> pese a lo cual, desde una perspectiva creacionista, persistiríamos en considerarla como un defecto. Pero lo cierto es que en un medio ambiente determinado, que se aparta de la norma, un defecto puede producir una ventaja. Lo mismo ocurre con la homosexualidad, que también en ciertos ambientes puede conferir ventajas. Quienes piensan que Dios ha diseñado la naturaleza humana, aunque haya sido a través de la evolución, tienen como punto canónico de referencia la naturaleza ideal del hombre adaptada al ambiente ideal, presumiblemente el Edén antes de la caída.

En función de tales supuestos sobre designios ideales, se pueden elaborar juicios morales, fisioestéticos y anatómico-estéticos acerca de las formas humanas idóneas, de sus funciones y de la liberación del dolor. Estas suposiciones sirven de soporte a opiniones como la de santo Tomás de Aquino, en el sentido de que, *ceteris paribus*, la masturbación es un pecado más grave que una violación realizada de forma natural, ya que la masturbación es en sí misma una violación de la ley natural.<sup>32</sup> Sin embargo, si nos apartamos de una visión que reconoce la existencia de designios ¿cómo apelar a un canon de normalidad que nos sirva de fundamento para nuestros juicios de valor? No podemos recurrir a un designio o al ambiente ideal. Tampoco el recurso a lo que es estadísticamente normal decide por sí mismo cuál debería ser el caso. No podemos deducir del hecho de que la mayoría de las personas mienten o engañan hasta un cierto punto, que dicho comportamiento sea loable, adecuado o ideal. Esto es aplicable a enfermedades ampliamente extendidas, casi universales, como la caries o la arteriosclerosis en las personas mayores, pero no negamos con esto que los problemas acaban aceptándose cuando son lo sufi-

cientemente frecuentes. Las personas pueden, en efecto, aceptar enfermedades muy extendidas, pero cuando surge la posibilidad de tratarlas, dichas circunstancias se reconocen como problemas clínicos, como enfermedades. ¿En qué se basa esta opinión?

Los problemas se definen como problemas dentro de un contexto particular de expectativas. Por ejemplo, si nos apartamos de tradiciones morales que poseen nociones seguras de los actos incorrectos, resulta difícil calificar actos consensuados como perversos o antinaturales. Consideremos el ejemplo de un hermano y una hermana que son competentes, estériles y solteros y que deciden a la edad de cincuenta años tener relaciones sexuales. ¿Es un acto antinatural? ¿Es perverso? ¿Es inicuo? En términos seculares generales, poco se puede decir en su contra, si ambas partes son anuentes y ninguna resulta perjudicada. Sin embargo, tanto el judaísmo como el cristianismo tradicional consideran que el incesto es un acto incorrecto, incluso sin basarse en la existencia de las suposiciones metafísicas del catolicismo romano. Al tiempo que reconoce la naturaleza de perdición moral omnipresente en el mundo, y el papel representado por la evolución en la historia de la biología, el cristianismo tradicional puede tachar de perversos o antinaturales los actos e inclinaciones que violen la naturaleza de la vida moral. En efecto, todo acto sexual realizado fuera del matrimonio entre hombre y mujer será considerado perverso y antinatural —algunos peores que otros—, pero dicha concepción no se puede compartir con extraños morales. La visión feminista, católico-romana o judío-ortodoxa de la realidad en general, y de la realidad médica en particular, nos recuerdan, en su diversidad, el carácter opuesto de las diferentes concepciones, no sólo de la explotación y de los actos correctos, sino de aquello que se considera normal o perverso.

*La enfermedad como atipicidad de la especie, o la pretensión de encontrar un designio en los productos de la evolución*

Siguiendo a Christopher Boorse, podemos intentar describir la enfermedad recurriendo a niveles típicos de la especie de funciones típicas de la especie establecidos a lo largo de la evolución. En sus primeras obras, Boorse intentó distinguir entre el concepto de enfermedad (*illness*), que es un valor cerrado, y el de dolencia (*disease*), que es un valor abierto. Boorse caracterizaba las enferme-



dades como situaciones en las que se sufre de una dolencia lo suficientemente grave como para incapacitar, y «a) no es deseada por quien la padece, b) justifica un tratamiento especial, y c) es excusa válida para un comportamiento normalmente criticable». <sup>33</sup> Opuestamente, intentó crear un concepto de dolencia al margen de cualquier deseo y de roles sociales, enmarcando su concepto en los siguientes términos:

1. La *clase referencial* es una clase natural de organismos de diseño funcional uniforme; específicamente un grupo de edades de un sexo y de una especie.
2. Una *función normal* de una parte o proceso entre los miembros de la clase referencial es una contribución estadísticamente típica para su supervivencia y su reproducción individual ...
3. Una *dolencia* es un tipo de estado interno que, o bien consiste en un deterioro de la capacidad funcional normal, es decir, en una caída de una o más capacidades funcionales por debajo del nivel de eficiencia típico, o bien es una limitación de la capacidad funcional, producida por agentes ambientales.
4. *Salud* es la ausencia de dolencias. <sup>34</sup>

De este modo, Boorse intentó identificar las desviaciones de la norma, con el fin de descubrir qué hay que entender por dolencia y confiaba vislumbrar la línea divisoria entre salud y dolencia sin recurrir a valores sociales ni supuestos creacionistas.

Pero el enfoque de Boorse entraña muchas dificultades. En primer lugar, porque al poner el acento sobre la aptitud reproductora individual, descuida la noción más aceptada generalmente de la aptitud inclusiva. Lo verdaderamente importante en la evolución no es que un individuo en particular se reproduzca, sino que maximalice las posibilidades de que sus genes se extiendan por la reserva genética (*gene pool*). Así, si una persona no se casa y permanece en familia como un solterón o solterona, puede maximizar la capacidad reproductora de los hermanos con quien vive, maximizando las posibilidades de transmitir genes iguales a los propios.

Pero Boorse no sólo olvida el papel que desempeña la aptitud inclusiva en las explicaciones evolucionistas del «diseño biológico», sino que muestra escasa comprensión por el hecho de que la especie puede estar, de hecho, bien adaptada gracias al equilibrio entre varias características opuestas. Quizá no exista un solo diseño, sino varios, en cuyo caso no podremos hablar resueltamente de diseño de la especie, o de tipicidad de la especie. Por el contrario,

el enfoque de Boorse refleja una perspectiva, en cierto modo platónica, que propugna un único modo típico de alcanzar la excelencia humana. <sup>35</sup> Si ignoramos este problema, aún nos queda la posibilidad de compensar la homosexualidad con la heterosexualidad, ya que tal equilibrio, por lo menos en épocas pasadas, condujo a la maximización de la aptitud inclusiva. Es indudable que existe un cierto número de rasgos en equilibrio, ya que el equilibrio mismo maximiza la aptitud inclusiva. Pensemos en el caso, hasta cierto punto clásico, de la anemia drepanocítica. Si esta enfermedad se desarrolló, como parece ser, para proteger a la mujer embarazada de la *malaria falciparum*, estamos entonces ante un producto positivo de la evolución, <sup>36</sup> en cuyo caso, ¿cuál sería el tipo de sangre típico de la especie?: ¿Un tipo concreto de sangre o un equilibrio de varios tipos, que pueden incluir células falciformes? El «diseño típico de la especie humana» parece ser un equilibrio entre varios diseños o características diferentes.

Ésta es la razón de que Boorse afirme decididamente que la homosexualidad se debe considerar una enfermedad. <sup>37</sup> Al faltar esta noción de tipicidad, ni siquiera quedará clara la posibilidad de determinar, en términos seculares generales, qué se debe considerar como homosexualidad. ¿Basta un simple acto homosexual? Ignoramos si Boorse tenía en mente individuos que alcanzan el nivel cinco o seis en la escala de Kinsey, escala que va desde un Kinsey 0 (quien nunca ha tenido una experiencia homosexual), pasando por el Kinsey 5 (aquellos cuyas experiencias homosexuales dominan su vida) hasta el Kinsey 6 (los ajenos a cualquier actividad heterosexual). Pero, ¿dónde situar el Kinsey 4, quien, aún manteniendo predominantemente contactos homosexuales, todavía tiene experiencias heterosexuales y es capaz de alcanzar el mismo nivel de reproducción que el Kinsey 0? En resumen, cuanto más nos demos cuenta de que los fenómenos biológicos y de conducta se expresan a menudo en un *continuum*, más difícil será hablar de tipicidad de la especie sin apelar explícitamente a un criterio normativo concreto.

El problema radica en la dificultad de dilucidar lo que es y lo que no es un problema médico, si no especificamos un ambiente concreto y un conjunto de objetivos. Pero un problema que hay que someter a tratamiento médico no se puede resolver apelando a la evolución, a la aptitud reproductora ni a la aptitud inclusiva. Tampoco estamos en condiciones de decidir si la anemia drepanocítica (es decir, ser homocigótico para la característica de la célula

falciforme) es de hecho una enfermedad, a menos que sepamos si nuestra perspectiva se orienta hacia la especie o hacia el individuo. Si nos preocupan el dolor y el sufrimiento individual, así como la disminución de las esperanzas de vida, ser homocigótico para la célula falciforme constituirá una enfermedad. Por otra parte, si lo que nos preocupa es potenciar al máximo la supervivencia de la especie, entonces esperaremos que la célula falciforme siga en la reserva genética para el caso de que hipotéticamente, a causa de alguna catástrofe mundial, la *malaria falciparum* se extendiese sin posibilidad de poder controlarla con fármacos. Entonces, a la célula falciforme no la denominaríamos una enfermedad, sino un elemento de una ventaja evolutiva.

Antes de decidir qué es un problema para la medicina, hemos de hacer previa referencia a un medio ambiente concreto y a un determinado conjunto de objetivos, para ver si el individuo está bien adaptado porque los requisitos para alcanzar objetivos determinados difieren de un ambiente a otro. Si una persona es negra y vive en Trondheim sin disponer de vitamina D exógena, el tener una piel muy pigmentada le situará en desventaja a la hora de sobrevivir, ya que correrá un mayor riesgo, por ejemplo, de contraer raquitismo. Pero si el ambiente incluye leche enriquecida con vitamina D, como es el caso en la actualidad, este individuo acabará adaptándose bien. Por el contrario, si trasladamos a un noruego a los trópicos, con su piel escasamente pigmentada y sin ropa adecuada que le proteja del sol, correrá un riesgo notablemente incrementado de desarrollar un carcinoma de la piel. El concepto de adaptación con éxito depende del contexto y viene determinado por lo que se desea lograr en un determinado contexto.

No basta con dirigir la atención a los resultados de la evolución para deducir qué es una enfermedad. Desde una perspectiva secular general, somos el producto de fuerzas ciegas y selectivas que, si han tenido éxito, nos han adaptado a un medio ambiente en el que quizá ya no vivamos. Habida cuenta de que lo que es típico de la especie representa una adaptación a un medio ambiente en el que ya no vivimos, puede no procurarnos el mismo grado de adaptación que el que nos brinda alguna característica atípica de la especie. Además, a la evolución no le conciernen directamente el bienestar y el placer de los seres humanos, ni sus objetivos. Por todas estas razones, no es suficiente invocar las condiciones biológicas o los resultados de la evolución para dilucidar lo que se debería o no se debería contemplar como problema médico. Las afecciones desta-

can como problemas porque frustran los objetivos de individuos o grupos de individuos concretos o porque dificultan la realización de concepciones concretas de la vida buena o virtuosa.

Quizá a los zoólogos les interese determinar qué situaciones representan una desviación atípica de la especie de niveles de función típicos de la especie, pero ignoramos si son desviaciones buenas o malas hasta contemplarlas en el contexto de objetivos y valores humanos concretos en un ambiente determinado. Dado que la evolución no persigue la realización de objetivos individuales o sociales, sus resultados quizá no estén en consonancia con ellos ni con sus valores. La anemia drepanocítica nos ofrece un ejemplo de esta distonía. Los individuos que mueren de esta enfermedad, si hablamos metafóricamente, son —desde una «perspectiva evolucionista»— sacrificados al proceso de maximización de la aptitud de los individuos heterocigóticos. Sin embargo, las personas quieren que sus médicos les traten, no para maximizar el potencial de supervivencia de sus genes o de su especie, sino para aliviar su sufrimiento y evitar la incapacidad. Éstos son los objetivos que los pacientes consideran adecuados. Los individuos crearán instituciones dedicadas a aliviar el dolor, evitar la incapacidad y recuperar las aptitudes, pero tales finalidades individuales o sociales son extrañas a la evolución que, como tal, carece de perspectivas. Evolución es, después de todo, un término general para calificar un proceso en el que mutaciones aleatorias producen, y las fuerzas ciegas de la naturaleza seleccionan, las características específicas.

Tenemos que destacar, consiguientemente, otra dificultad al invocar los estados naturales o los resultados de la evolución, ya que dicha invocación hace que los propios juicios acerca de lo que se debe o no se debe considerar como enfermedad dependan del pasado.<sup>38</sup> Lo que hoy en día consideramos niveles típicos de la especie de funciones típicas de la especie son el resultado de presiones selectivas del pasado, que bien pueden haber generado capacidades biológicas mal adaptadas a las circunstancias actuales. Pensemos, por ejemplo, en la menopausia, que es, con gran probabilidad, el resultado de pasadas fuerzas evolutivas en unas circunstancias en las que pocas mujeres vivían hasta llegar a ella, por lo que la evolución de este fenómeno puede no haber generado ventajas ni inconvenientes. En cualquier caso, el carácter típico de la especie del metabolismo cálcico en la mujer postmenopáusicas es un equilibrio cálcico negativo. Se absorbe más calcio del que se deposita, provocando la osteoporosis y penosas debilitaciones como el arqueado de

posición al riesgo de fracturas, fenómeno de la especie como la misma menopausia. Nos vemos que la osteoporosis en la mujer es una enfermedad; sería más adecuado admitir que las alteraciones de la naturaleza son a veces beneficiosas y a otras veces minan nuestros objetivos y consecuencias; un médico nunca podrá justificar la enfermedad por el mero hecho de que los niveles atípicos de la especie son los niveles atípicos de la especie.

Se nos plantea pensar que proyectos como el de Boorse en un nivel atípico de la especie de una especie en correlación con una tasa de reproducción en condición suficiente para reconocer la enfermedad. Incluso en el caso de que dentro de una población de personas con un coeficiente de fecundidad de 140 no se reproducen tan eficazmente que las personas con un coeficiente de fecundidad de 140 no se reproducen tan eficazmente como las personas con un coeficiente de fecundidad de 140. Si intentamos caracterizar la inteligencia superior a la normal como una desviación estándar de la inteligencia superior a la normal, como sugiere el ejemplo de tener un nivel atípico de la especie en una especie, no es una condición atípica de la especie, si se identifican las personas con una enfermedad, si se identifican las personas con una enfermedad en circunstancias tales como la osteoporosis en

Christopher Boorse no aporta una reconstrucción del modo en que pacientes y médicos han usado los términos tales como «normal» y «anormal» anteriormente que por natural o normal, lo que es designio del Creador o lo que está en la naturaleza apropiadas de la vida moral o bien que es frecuente, pero, además, por normal o anormal. Tener en mente algo parecido al concepto de la especie. Ninguno de estos conceptos que en medicina se pueda caracterizar como una enfermedad. Primeramente, porque la enfermedad, no puede invocar la primera norma; hasta el mismo Boorse lo corroboran las normas médicas como máximo sugieren, pero que la medicina debe entender como en-

fermedad. La tercera noción, que se aproxima a la de Boorse, es de interés preferente sólo para biólogos inmersos en investigaciones científicas sin aplicación práctica.<sup>39</sup> Los zoólogos pueden estar interesados en determinar los niveles de función que caracterizan a una especie concreta; también puede interesarles descubrir los procesos evolutivos que condujeron a dichas circunstancias, pero éstos no son los intereses de los médicos o pacientes con objetivos neopositivistas como puedan ser el alivio del dolor, la preservación de funciones, el logro de la forma y gracia humanas y la postergación de la muerte. Si Christopher Boorse acertó en algo, no fue ciertamente en la reconstrucción de un concepto clínico de enfermedad, sino, tal vez, en configurar la noción de enfermedad que emplearía un investigador en ciencias no aplicadas. Boorse falla en su empeño porque la medicina se aplica al logro de objetivos individuales y sociales. Habría que preguntarse, puesto que Boorse no toma en consideración la noción de aptitud inclusiva, si su enfoque sería adecuado para un zoólogo. En cualquier caso, Boorse nos ha prestado, involuntariamente, el inapreciable servicio de destacar el carácter especial de los intereses médicos, al contrastarlos con los de las ciencias biológicas no aplicadas.<sup>40</sup>

### *Enfermedades y juicios de valor*

Un problema destaca como problema médico porque se desvaloriza,<sup>41</sup> porque se considera patológico, asociándolo al *pathos* o sufrimiento y, en condiciones normales, el sufrimiento se juzga un desvalor. La misma valoración de un problema como problema médico se vincula al hecho de que nos parezca un fracaso en la consecución de un estado deseado, ya sea a la hora de lograr un nivel deseado o esperado de liberación del dolor o de la ansiedad, o bien en el logro de un nivel funcional esperado. También puede ser un fracaso en la realización esperada de la forma y gracia humana, o incluso un fracaso en la posibilidad de alcanzar unas expectativas de vida. Es esta clase de juicios, sujetos a una determinada familia de valores, la que caracteriza una circunstancia como de sufrimiento, como patológica o como problema en busca de solución. Más adelante veremos que existe la suposición adicional de que el problema sea de los que no se pueden eliminar voluntariamente de forma inmediata y se engarzan en un entramado de fuerzas causales de tipo anatómico, fisiológico o psicológico, abierto a la explica-

ción y manipulación médica. Esta clasificación es necesaria para distinguir estas circunstancias desvalorizadas, que consideramos causalmente determinadas y que se adjudican a la medicina, de aquellas otras que se creen fruto de la elección humana y que se adjudican a la responsabilidad de la ley. Son juicios negativos que puede emitir la persona afectada o terceras personas respecto de ella. En realidad, se emite un juicio adverso a una persona al caracterizarla como enferma o deforme, y tal es el caso, tanto si nos preocupamos por la tuberculosis, como si lo hacemos por quien tiene una nariz deforme y desea hacerse cirugía estética.

Nos enfrentamos a una amplia gama de problemas que se extienden a lo largo de un *continuum*, en uno de cuyos extremos se sitúan las circunstancias que probablemente se desvaloricen con independencia de la cultura en que viva una persona y en función de los objetivos que se hayan marcado los individuos o las sociedades, cualesquiera que sean. No es necesario suponer la existencia de valoraciones transculturales respecto al alcance apropiado de la función o de la forma humana, basta con admitir que ciertas circunstancias son impedimentos probables para la consecución de objetivos en prácticamente todo ambiente previsible y en función de cualquier conjunto de objetivos humanos. Así, por una parte, un dolor opresivo en el pecho, que irradie al brazo izquierdo, acompañado de debilidad, colapso y una sensación de muerte inminente, probablemente hagan del infarto de miocardio una circunstancia desvalorizada en todas las culturas, aunque sean notablemente diferentes las valoraciones culturales de la función humana. Por el contrario, la acromatopsia, la incapacidad para levantar los lados de la lengua o la incapacidad para gustar la feniltiocarbamida, pueden considerarse o no como defectos o enfermedades genéticas, dependiendo del ambiente en que viva la persona y de los objetivos que persigan esa persona y su cultura.<sup>42</sup> La noción de la forma y gracia humana apropiada está muy influenciada por valores y expectativas culturales.<sup>43</sup> Puede reconocerse la existencia de una compleja interacción entre medio ambiente, expectativas culturales, objetivos individuales y las distintas maneras en las que los problemas destacan como enfermedades, mientras que todavía se está a la espera de alcanzar un acuerdo transcultural acerca de qué hay que entender como enfermedad. Se puede admitir que las culturas no sólo influyen en los objetivos, sino que moldean el ambiente en el que se alcanzan dichos objetivos, mientras se sigue justificando la intersubjetividad de las pretensiones de enfermedad en función de

los múltiples estados que frustran objetivos en todo ambiente y cultura, cualesquiera sean esos objetivos. Al ser el tratamiento de las enfermedades una tarea social, se aceptarán más fácilmente como tales las aflicciones reconocidas por lo general como problemas dignos de tratamiento. Así, se admite abiertamente que la tuberculosis, la esquizofrenia, el infarto de miocardio y el sarcoma osteogénico son enfermedades sin necesidad de denominarlas tuberculosis egodistónica, esquizofrenia egodistónica o infarto de miocardio egodistónico. Como veremos más adelante, las personas tienen derecho a rechazar un tratamiento si son competentes y pueden hacerlo sin daño directo o significativo a terceros. En tal sentido se pueden rechazar hasta las categorías más «objetivas» de enfermedad.

Sin embargo, surgen problemas cuando las condiciones no impiden de forma general valoraciones interculturales o intergrupales. Pensemos en que la caracterización de la menopausia como enfermedad provocaría una mayor controversia que la calificación de los conceptos de la tuberculosis o del infarto de miocardio como enfermedad. No basta con hacer hincapié en que se puede rechazar todo tratamiento contra la menopausia. La opinión de que un cierto estado es una enfermedad tiene una valencia negativa, por lo que a algunas personas no les bastaría con rechazar el tratamiento, sino que querrían rechazar la categorización misma como enfermedad de un estado universal (al menos, para todas las mujeres que vivan el tiempo suficiente). El término «enfermedad» puede funcionar satisfactoriamente para identificar la tuberculosis o la esquizofrenia y, no obstante, ser inadecuado para circunstancias como la menopausia que únicamente algunas personas, en determinadas circunstancias, consideran un problema clínico susceptible de tratamiento.

Al hilo de estas reflexiones, podríamos incluso desear eliminar o modificar seriamente el término «enfermedad» en las situaciones proclives a generar malentendidos y sustituirlo por la expresión «problema clínico» para identificar los problemas que se revelan como condiciones susceptibles de ser abordadas y resueltas médicamente.<sup>44</sup> Este término nos indicaría con mayor precisión cómo un conjunto de juicios de valor hacen de un determinado estado un problema que necesita tratamiento. También contribuiría a arrojar luz sobre la larga historia de disputas sobre la naturaleza de las enfermedades. Pensemos, por ejemplo, en las controversias entre ontólogos y fisiólogos de la enfermedad, entre quienes sostienen que las enfermedades son en cierto sentido cosas o entida-

des, y quienes defienden que son caracterizaciones artificiales de fenómenos fisiológicos y anatómicos.<sup>45</sup> Si lo que convierte un conjunto de conclusiones en una enfermedad es el hecho de que incomoda a las personas de una manera que la medicina puede explicar o curar, sería más exacto considerar la enfermedad no como entidad permanente, sino como un conjunto de conclusiones agrupadas por su utilidad para hacer pronósticos y guiar el tratamiento. La «entidad-enfermedad» clínica, etiológica o anatomopatológica sirve como justificación del tratamiento.<sup>46</sup> Trazamos una línea divisoria entre inocuos hallazgos fisiológicos o psicológicos de un lado, y hallazgos patológicos de otro, debido a valores humanos implícitos en determinadas circunstancias, pero no porque hayamos descubierto una diferencia esencial al margen de expectativas humanas concretas. Los enfoques más nominalistas o instrumentalistas de la enfermedad están mejor justificados al evitar toda indagación ontológica sobre su esencia.

La expresión «problema clínico» evidencia el fracaso de todo intento por encontrar una explicación neutra, puramente descriptiva, de la enfermedad. En igualdad de circunstancias, la enfermedad destaca como un problema en busca de solución, aunque, por supuesto, las circunstancias concomitantes puedan hacer que las circunstancias no sean tan iguales. Padecer la enfermedad adecuada en el momento adecuado, puede eximirnos de cumplir el servicio militar o proporcionarnos una sustanciosa pensión por incapacidad, pero la enfermedad es enfermedad porque desvaloriza de un modo concreto, porque es un problema clínico. Incluso podríamos esbozar una distinción parecida a la que hizo Boorse entre enfermedad (*illness*) y dolencia (*disease*) para distinguir las circunstancias que tienen una base fisiológica, anatómica o psicológica que son causas actuales de sufrimiento, de las que cierta o probablemente conduzcan a la persona al sufrimiento, o de las que habitualmente hacen sufrir a seres humanos o a animales de la clase X (aquí habría que insistir en lo especialmente problemático que es referirse a las enfermedades de animales no humanos). Pero esto no nos indicaría la realidad de la enfermedad fuera de contexto, sino que reconoce que un individuo determinado tiene una dolencia (*disease*), un problema clínico, pero todavía no está— o por el momento no está —enfermo. Emitir el juicio de enfermedad (*illness*) conllevaría las evaluaciones especialmente negativas que se asocian al sufrimiento actual.

La clave está en que nos enfrentamos a las enfermedades, do-

lencias, incapacidades y sufrimiento a través de un importante entramado de valores no morales. Valores distintos de los que nos llevan a afirmar que un individuo es malo porque viola los derechos ajenos o porque no es caritativo o benevolente. Los valores no morales que estructuran la medicina también se pueden diferenciar de los valores no morales aplicados a opiniones tales como «éste es un atardecer hermoso», «ésta es una pintura fea» o «ésta es una persona atractiva», aunque todos coincidan en poseer características estéticas. Son valores que se invocan al juzgar la función, la forma y la gracia humanas. Reflejan ideales de liberación del dolor, de capacitación humana, y de forma y movimiento corporales. Son estéticos en cuanto que la deformidad y la disfunción son feas. Poseen un sentido especial en cuanto dependen de ideales de consecución anatómica, fisiológica y psicológica.

Afirmar que John está enfermo, es deforme o incapaz, es emitir un juicio de valor negativo. La fuerza de esta clase de juicios va desde los relativamente suaves, como «María está levemente desfigurada», hasta los bastante duros, como «Juan es un perverso»: Frecuentemente los valores están ocultos en la misma denominación de la enfermedad, como ocurre en «Jorge es un esquizofrénico». La esquizofrenia no se valora; ser juzgado de esquizofrénico significa tener que cargar con una desvalorización. Trátese del pie de atleta, de una tuberculosis o de una nariz deforme, las enfermedades o los problemas clínicos son algo que no es bueno tener. Son algo que es bueno prevenir, tratar o curar. Del mismo modo, el concepto de salud recuerda a las personas lo que deben conseguir.

El concepto de salud tiene a la vez connotaciones negativas y positivas. Por un parte indica las circunstancias a evitar y significa, en este sentido, la ausencia de enfermedad o de un trastorno determinado. Estar sano en este sentido, equivale a no estar enfermo. El concepto de salud funciona en la práctica, por lo general, de modo contrario al propuesto por la Organización Mundial de la Salud en su declaración de 1958, en la que se afirmaba que «la salud es un estado de total bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad».<sup>47</sup> En este, así como en otros sentidos, no sólo hay muchas enfermedades, sino también muchas formas de salud.<sup>48</sup> Existen tanto acepciones negativas (salud entendida como ausencia de determinadas enfermedades, deformidades o disfunciones) como positivas de salud.<sup>49</sup> En su sentido más amplio, el concepto de salud nos informa del significado del bienestar y del florecimiento humano.<sup>50</sup> Ya que el concepto de salud y el de enfer-

medad están configurados por la interacción de muchos valores, no nos será posible trazar una clara línea divisoria entre las intervenciones que se realizan para corregir anormalidades y las que tienen como objetivo intensificar potenciales. Por ejemplo, ¿tendríamos que considerar la curación de la menopausia como corrección de una anormalidad o como mero aumento del bienestar humano? Para distinguir entre la curación de una enfermedad y el realce de la naturaleza se necesita una noción de lo que es típico de la especie, normativo o natural. Tenemos que encontrar el diseño conductor en el polimorfismo de características de las especies actuales para poder distinguir entre el restablecimiento del estado normal y la intensificación de la función. Pero no podemos distinguir ni discernir, si no poseemos una concepción concreta de la naturaleza humana, de sus fines y sus valores. Volveremos a tratar esta cuestión detalladamente en el capítulo X cuando examinemos la fascinación —similar a la ejercida por la ciencia ficción— que se desprende de la ingeniería genética. Solamente dando su justo valor a este entramado de juicios no morales de valor por los que se guían nuestros juicios bioéticos, llegaremos a comprender totalmente las auténticas transacciones sociales que tienen lugar en el ámbito de la asistencia sanitaria.<sup>51</sup> No sólo nos interesamos por la asistencia sanitaria para mantener la propia integridad moral o para alcanzar la virtud moral, la asistencia sanitaria busca la realización de un amplio espectro de valores no morales relativos a las funciones mentales y corporales, a la forma y a la liberación de la aflicción. La asistencia sanitaria está propiciada, limitada y dirigida por valores morales que desempeñan un papel suplementario al de los valores no morales.

### *El lenguaje descriptivo de la enfermedad*

Las enfermedades no surgen exclusivamente de una red de valores, sino que también se las valora, comprende y contempla a través de un conjunto de supuestos descriptivos. El lenguaje es una tarea intersubjetiva, por lo que requiere una estandarización de los términos y, a resultas de ello, una estandarización de los conceptos. Cuanto más precisión se exija, más formal será esa estandarización. Pensemos en la *Systematized Nomenclature of Pathology* [Nomenclatura sistematizada de patología] que nos ofrece tres formas alternativas de describir casos médicos. La enfermedad de

Wilson, por ejemplo, se describe como «trastorno del cobre», «trastorno de la ceruloplasmina» o «degeneración hepatolenticular».<sup>52</sup> Disponemos de términos descriptivos etiológicos, anatómicos o clínicos, según sea el contexto, pero su elección nunca es inocente, puesto que influye en los modos de valorar el caso que tengamos entre manos. Recordemos la crítica que realiza Alvan Feinstein de *The Standard Nomenclature of Diseases and Operations* y de *The International Classification of Diseases*,<sup>53</sup> cuando dice que tales clasificaciones pueden forzar a un facultativo a ser más preciso de lo que justificarían los datos de que dispone, razón por la que Feinstein defiende la categoría clínica de apoplejía frente a otros términos más precisos, como *arteriosclerosis cerebral* o *encefalopatía*.<sup>54</sup>

En la descripción de la realidad siempre se infiltran expectativas de evaluación y explicativas. Vemos en función de las interpretaciones que tenemos en mente, y por ello la medicina ofrece ejemplos excelentes de los pasos en falso que se producen en la psicología del descubrimiento. El hecho mismo de ver la realidad en función de las propias expectativas, es algo que la ciencia en general ha analizado con detenimiento.<sup>55</sup> Pero en medicina tiene una importancia práctica recurrente, como argumenta Henrik Wulff en relación con el impacto de las interpretaciones del diagnóstico. La misma descripción de los hallazgos como hallazgos médicos los plantea en términos explicativos, introduciendo inadvertidamente la influencia de valores y teorías. Estas transformaciones de los datos diagnósticos se producen cuando interpretamos como neumonía una mancha en el pulmón, pero también cuando llamamos «disnea» o «respiración entrecortada» a las dificultades respiratorias. Hasta el hecho de traducir el problema a la terminología médica constituye ya una apreciación del hallazgo no como inocua respiración rápida, sino como una probable dificultad que necesita una posterior diagnosis y posible tratamiento.<sup>56</sup>

Veamos el caso de las manchas de Koplik que son patognómicas del sarampión. Siempre que las veamos, podremos diagnosticar sarampión con una probabilidad del cien por cien de acertar porque las manchas de Koplik son por definición un elemento substancial con la aparición del sarampión, pero se producirá una transformación de los datos diagnósticos si interpretamos pequeñas e irregulares manchas de color rojo brillante en la mucosa lingual y bucal, como manchas de Koplik. Podemos ver pequeñas e irregulares manchas de un rojo brillante con motas azul claro en el centro y, sin embargo, no estar seguros de que sean manchas de

Koplik. Lo que veamos dependerá en parte de nuestras expectativas según sean las circunstancias.

Podemos intentar describir los hallazgos médicos apartándonos lo más posible de valores y teorías, como aconsejaba Lawrence Weed,<sup>57</sup> pero el simple hecho de contemplar un problema como problema médico equivale a introducirlo en un contexto rico en expectativas y suposiciones. Toda descripción exige una estandarización de los términos, estandarización que es configurada por discusiones cuasi-políticas o sociales, y sobre un trasfondo de supuestos sobre lo que será útil para alcanzar unos objetivos y propósitos determinados. Esas suposiciones están a su vez estructuradas por criterios explicativos.

### *El lenguaje explicativo de la enfermedad*

El lenguaje de la medicina se estructura en torno a sus supuestos explicativos. Consideramos que un problema es un problema médico porque lo suponemos inserto en una red fisiopatológica, anatomicopatológica o psicopatológica y porque no se experimenta como eliminable a voluntad de quienes lo sufren. No es, como tal, un problema legal o religioso, sino un problema que hay que solucionar manipulando los diversos elementos de un entramado causal especial. El modo de entender este entramado tiene consecuencias importantes; lo que aceptemos como fuerzas causales subyacentes influirá en nuestro punto de vista sobre el marco descriptivo y sobre lo que juzgamos signos de pronóstico buenos o malos. Como vimos anteriormente, los modelos explicativos aportan coherencia a la multiplicidad de acontecimientos a los que debe hacer frente la medicina. Dan sentido a las historias que contamos sobre padecimientos y enfermedades. Como hacíamos notar al exponer las explicaciones clínicas de Hipócrates, estas historias difieren en función de lo que el narrador considere pertinente a una explicación coherente. Los modelos explicativos estructuran el sentido mismo de lo que vemos y experimentamos.

Incluso el reconocimiento y la designación de un conjunto de síntomas y signos constituye por sí mismo una forma de explicación. Nos proporciona un ejemplo reciente, drástico y doloroso la evolución de la forma de entender el sida que, como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, empezó simplemente como un conjunto de descubrimientos que, paulatinamente, fueron adquiriendo

un carácter de pronóstico. Inicialmente, se cometieron errores al medir el significado de los signos. Por ejemplo, el período usual de infección previo a la enfermedad se infravaloró exageradamente; transcurrió cierto tiempo entre la identificación del síndrome y la comprensión inicial de la causa subyacente, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). A medida que aumentaba nuestra comprensión de la enfermedad se hicieron posibles numerosas transformaciones de los datos diagnósticos. Además, como ocurre con todas las enfermedades, se situó al sida en un ámbito concreto de consideraciones morales y sociales. Por ejemplo, no podemos entender la plena importancia del diagnóstico si no comprendemos también los valores morales, y de otra índole, que se aplican a la valoración de las enfermedades venéreas y de la homosexualidad, pero las inquietudes que conforman la experiencia del sida no son sólo valores morales, sino que también giran, como ocurre con todas las enfermedades, en torno a valores no epistémicos y a concepciones concretas acerca de cómo debe ser una explicación correcta.

Antes de seguir adelante, debemos tener en cuenta que la misma naturaleza de la explicación es un enigma para los filósofos. Pero a nosotros nos basta distinguir entre las cuestiones que plantea la estructura de la explicación y las que suscitan sus objetivos. Toda explicación ofrece —utilizando el lenguaje hegeliano— una estructura para la reflexión, relaciona diferentes clases de elementos: apariencias y leyes, observaciones y regularidades; y esta relación es tal, que los aglutina formando una textura en función de sus correlaciones. Así, entendemos la fiebre, el dolor, los sarpullidos, los sudores, la diarrea, etc. de un enfermo, en función de leyes subyacentes, modelos inteligibles, conocimientos anatómicos o mecanismos fisiológicos. Leyes y regularidades cobran sentido a través de aquello a lo que prestan regularidad y coherencia. Las fuerzas patológicas ocultas y los mecanismos de la enfermedad tienen contenido en sus mismas expresiones. Las diversas expresiones de la enfermedad obtienen significado y coherencia a través de los mecanismos que presuponen y expresan.

El ejemplo fundamental en medicina de este entramado de hallazgos e interpretaciones es la relación existente entre los datos de los clínicos y los de los anatomopatólogos y fisiopatólogos que proporcionan las leyes de la anatomicopatología y de la fisiopatología. Son dos mundos de observación interrelacionados. Los hallazgos clínicos están ligados a las observaciones de anatomopatólogos y fisiopatólogos, y adquieren nuevos significados a través de estas



observaciones anatómicas y patológicas, a la vez que las observaciones de anatomopatólogos y fisiopatólogos adquieren significación clínica al vincularse al mundo de los clínicos. Este intercambio de significados se produce a través de una red de mecanismos, leyes y regularidades. La explicación aporta coherencia entre los grupos de observaciones y de hallazgos.<sup>58</sup> Como veremos más adelante, la evolución de las correlaciones clínico-patológicas y patológico-clínicas ofrece una expansión de las facultades explicativas de la medicina al permitir que esquemas organizativos de amplio espectro correlacionen y reinterpreten dos campos diferentes de observación (por ejemplo, a través de las leyes de la patología y de la anatomía). Así, las explicaciones novedosas de las enfermedades pueden someterse a diferentes pruebas mediante observaciones realizadas tanto en el terreno propio del clínico, como en el del científico de base.

En medicina se efectúa esta correlación de observaciones basadas en mecanismos, leyes y regularidades, no sólo para ganar perspectiva, sino primordialmente para manipular la realidad, es decir, para someter a tratamiento los padecimientos, los dolores, las deformaciones, las incapacidades, etc. y para predecir el curso de las enfermedades, o lo que es igual, hacer pronósticos. Lo que en términos generales interesa a la ciencia es dar explicaciones, hacer predicciones y facilitar la manipulación de la naturaleza. Sin embargo, en el ámbito sanitario el interés por las predicciones y las manipulaciones tiene un carácter destacadamente neoepistémico. No nos dedicamos a hacer predicciones con un interés primordial por conocer, ni manipulamos primordialmente para entender mejor, sino que elaboramos explicaciones para conseguir adaptarnos a las penalidades, ansiedades, incapacidades y deformidades humanas asociadas a los problemas clínicos. Como tendremos ocasión de ver más adelante, estos objetivos explicativos hicieron que ciencias aplicadas como la medicina moldeasen el carácter de la explicación para facilitar el logro de tales objetivos neoepistémicos. Hacemos resaltar las explicaciones que resultan más útiles para curar enfermedades, reducir el dolor y facilitar la clase de pronósticos que interesan generalmente al paciente.<sup>59</sup>

Los hallazgos médicos se contemplan en el marco de las teorías etiológicas, patológicas y psicopatológicas imperantes. La contribución de las teorías a nuestros diversos modos de experimentar la realidad médica se pone de relieve si comparamos cómo varía la descripción de los problemas médicos con arreglo a las diferentes

explicaciones. Dado nuestro actual modelo etiológico, los diferentes problemas relacionados con la tuberculosis —en su tiempo dispersos en las diferentes taxonomías de nosologías tradicionales— pueden englobarse ya bajo una sola rúbrica. Ahora consideramos que la tisis, el mal de King, la enfermedad de Pott son manifestaciones de *una sola* enfermedad y distinguimos claramente entre fiebres tifoideas y tifus, consideradas ambas en su momento como una única enfermedad. Existe una interacción dialéctica entre la descripción de las enfermedades y los modelos explicativos utilizados para explicarlas. Por consiguiente, si nos trasladásemos al mundo de un clínico del siglo XVII o XVIII, no encontraríamos la misma interpretación que hoy poseemos del significado de la tuberculosis, del tifus, de la gonorrea o de la sífilis. Los hallazgos que hoy asociamos a estas enfermedades estaban antiguamente agrupados bajo rúbricas diferentes.

Veamos cómo describe Thomas Sydenham las enfermedades venéreas, mezclando de una forma que no haríamos nosotros los síntomas de la sífilis y la gonorrea, que él consideraba una sola enfermedad:

Esta enfermedad evoluciona de la siguiente manera: tarde o temprano (según que la mujer con la que se haya yacido estuviera más o menos infectada, y según que la propia constitución haga a uno más o menos vulnerable a la infección) se apodera del enfermo primeramente un dolor fuera de lo común en las partes genitales y una especie de retorcimiento de los testículos; más tarde, y a menos que el paciente esté circunciso, una mancha que recuerda por su forma y color a las del sarampión, se extiende por parte del glande, del que poco tiempo después empieza a fluir un líquido parecido al semen, diferente cada día que pasa, tanto en color como en espesor, que termina siendo amarillo, aunque no un amarillo tan intenso como el de la yema de un huevo...<sup>60</sup>

Probablemente observemos cambios parecidos de clasificación cuando desarrollemos explicaciones etimológicamente mejores de ese conjunto de enfermedades que denominamos cáncer. Probablemente descubramos que lo que creíamos una forma particular de cáncer sea consecuencia de más de un conjunto de factores etiológicos, lo cual nos conducirá en el futuro a reformular nuestras descripciones en consonancia con nuestros supuestos explicativos. Supuestos que son expresión del modo en que pacientes y facultativos experimentan la medicina.

Veamos una de las clasificaciones de enfermedades, o nosologías, más conocidas del siglo XVIII, la de François Boissier de Sauvages, quien expuso su clasificación final en un trabajo denominado *Nosologia methodica sistens morborum classes juxta Sydenhami mentem et botanicorum ordinem*.<sup>61</sup> Como indica el título, se trata de una clasificación sistemática de las enfermedades siguiendo las sugerencias de Thomas Sydenham y relacionadas por orden botánico. Thomas Sydenham estuvo muy influenciado tanto por las obras de Sir Francis Bacon (1561-1626) como por los éxitos de la botánica en el siglo XVII. De hecho, las influencias de Bacon y Sydenham marcaron profundamente la medicina a lo largo de todo el siglo XVIII, produciendo impacto no sólo en Sauvages, sino también en William Cullen (1710-1790) entre otros. Además, la botánica siguió ofreciendo un ejemplo paradigmático de una acertada clasificación de la realidad. Su influencia sobre la medicina se percibe de muchas maneras, incluido el hecho de que Linneo, el célebre naturalista y botánico, también hiciera su clasificación de las enfermedades.<sup>62</sup> Por otra parte, Sauvages y Linneo mantuvieron correspondencia sobre sus respectivas clasificaciones.<sup>63</sup>

El resultado fue una visión de las enfermedades y de la realidad de los padecimientos notablemente diferente de la nuestra. Consideremos las diez clases principales, en las que Sauvages reunió cuarenta y dos órdenes, unos trescientos quince géneros y dos mil cuatrocientas especies de enfermedad (dependiendo de la edición que se consulte).<sup>64</sup>

- I. Vitia (defectos, manchas y síntomas tratables quirúrgicamente —esta clase incluye desde el vitiligo y el exoftalmo hasta fracturas y herpes).
- II. Febres (fiebres).
- III. Phlegmasiae (inflamaciones).
- IV. Spasmi (espasmos).
- V. Anhelationes (dificultades respiratorias).
- VI. Debilitates (debilidades)
- VII. Dolores
- VIII. Vesaniae (demenciae).
- IX. Fluxus (flujos).
- X. Cachexiae (trastornos constitucionales y deformidades en el volumen, simetría, peso y color —esta clase incluye, «privaciones» tales como la despigmentación y «deformidades» como el embarazo).

Como se desprende de esta clasificación, para Sauvages y otros coetáneos la fiebre y el dolor eran enfermedades por derecho propio. Agrupaban además los fenómenos de un modo que parecería extraño a muchos de nuestros contemporáneos. Incluían, por ejemplo, la diarrea y las hemorragias entre los flujos. Eran clasificaciones más clínicas que etiológicas o anatómicas, aunque Sauvages también se ocupara de estas últimas.

Sauvages elaboró su clasificación basándose en razones muy semejantes a las que influyeron sobre la Asociación Psiquiátrica Norteamericana cuando confeccionó su *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III): proporcionar una descripción de las enfermedades independiente de toda teoría.<sup>65</sup> Por lo general, la medicina ignoraba en tiempos de Sauvages las causas de las enfermedades y se encontraba tan abrumada por teorías en conflicto como lo está la psiquiatría hoy en día. Sauvages y quienes elaboraron clasificaciones similares a la suya, pretendían una descripción de la realidad tan imparcial como fuera posible. En esto siguieron los pasos de Sydenham quien, con Bacon, suponía que a) el mundo tiene una estructura general racional, b) puede ser revelado mediante una cuidadosa observación, si fuese posible c) liberarse uno mismo de prejuicios distorsionantes. Sydenham compartía las ideas de Bacon sobre la racionalidad intrínseca de la realidad y sobre la capacidad de la mente humana para conocer su estructura. Consideremos a este respecto las advertencias de Sydenham en el prólogo a la tercera edición de sus *Observationes medicae* (1676):

Al escribir, por lo tanto, una historia de las enfermedades hay que evitar toda hipótesis filosófica que haya predisposto al autor en su favor, y así, se deberán anotar con la máxima precisión todos los fenómenos manifiestos y naturales de las enfermedades, por insignificantes que parezcan, imitando en ello la gran exactitud de los pintores, que trasladan a sus cuadros las más pequeñas manchas o lunares del original. Es difícil detallar los numerosos errores que se derivan de las hipótesis, mientras que los tratadistas, engañados por las falsas apariencias, juzgan ciertos fenómenos como enfermedades que nunca existieron, a no ser en sus cabezas...<sup>66</sup>

Sauvages y los demás autores del siglo XVIII, influenciados por Sydenham, heredaron de él estos supuestos junto con su influyente dedicación por entender la historia natural de la enfermedad. También heredaron de Sydenham la presunción de que al describir

la realidad de las enfermedades se revelarían otros tipos de enfermedades.

Una desconfianza casi paradójica de la teoría, junto con su fe en la razón que inquiere de forma empírica, guió a Sydenham, Sauvages, Linneo, Cullen y a otros. No percibieron que su intento de ver el mundo al margen de toda teoría era en sí mismo rico en supuestos teóricos sobre la naturaleza del conocimiento y de la realidad. Una de las notas explicativas a pie de página en las *Observaciones* de Sydenham nos permite comprobarlo:

Las hipótesis tienen su origen en la vanidad ostentosa y en la frívola curiosidad, por lo que es fácil conocer cuánto obstruyen los progresos de la física, ciencia que principalmente depende de experimentos hechos a conciencia y de observaciones fidedignas y minuciosas, mientras que las hipótesis se construyen siempre y principalmente sobre principios aparentes, precarios y a menudo oscuros.<sup>67</sup>

Los esfuerzos de Sydenham, Sauvages y Cullen, y las nosologías que elaboraron —que nos parecen productos muy elaborados de una teoría impuesta a la realidad—, eran para sus autores intentos de liberar la mente de las pesadas teorizaciones que caracterizaron a gran parte de la medicina de los siglos XVII y XVIII.

Esfuerzos parecidos a los de Sydenham y Sauvages se producen todavía hoy en áreas médicas en las que la teoría ha tenido escaso éxito a la hora de explicar satisfactoriamente una serie de fenómenos, y de ello tenemos un claro ejemplo en la nosología elaborada por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales], en cuya introducción Spitzer advertía:

Desconocemos la etiología de la mayoría de los trastornos DSM-III. Se han esbozado varias teorías —apoyadas en pruebas no siempre convincentes— para explicar cómo ocurren estos trastornos. El enfoque o la manera de abordar el DSM-III es ateórico con respecto a la etiología o al proceso fisiopatológico, excepto en los trastornos en los que esto aparece claramente establecido y, por consiguiente, incluido en su propia definición.<sup>68</sup>

Siete años más tarde, en su introducción conjunta con Janet Williams al DSM-III, mantiene la misma opinión.<sup>69</sup> Aunque la pretensión sea que estas clasificaciones son «ateóricas» con respecto a

ciertas teorías, no están, ciertamente, más libres de supuestos teóricos de lo que lo estuvieron las de Sauvages o Linneo. Se ha intentado más bien elaborar clasificaciones con muy poca dependencia de suposiciones etiológicas y patogenéticas.

Al entrar la medicina en el siglo XIX se reelaboraron los modos en que pacientes y médicos experimentaban la enfermedad gracias al éxito de la anatomía y de la fisiología en proporcionar explicaciones etiológicas y patogenéticas de los fenómenos médicos. Aunque en el *Sepulchretum* (1689) de Theophile Bonet (1620-1689)<sup>70</sup> y en *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (1761) de Morgagni (1682-1771)<sup>71</sup> se vislumbrase ya el papel de las correlaciones anatomicopatológicas con los hallazgos clínicos, fue a principios del siglo XIX cuando el mundo clínico se reestructuró en función del trabajo realizado en laboratorios y en salas de disección anatómica. El mundo de la enfermedad, abierto a la experiencia por pacientes y clínicos al unísono, se correlacionó y fue reinterpretado en función de los hallazgos de anatomopatólogos y fisiólogos. Foucault hizo de este cambio el eje de su *The Birth of the Clinic*,<sup>72</sup> documentando que esta tendencia se hizo introspectiva como consecuencia de los trabajos de Xavier Bichat (1771-1802) y François-Joseph-Victor Broussais (1772-1838) entre otros. La verdadera enfermedad ya no es la que experimentan clínicos o pacientes, la verdadera enfermedad es la lesión. Como lo expresa Broussais «la auténtica observación médica es la de los órganos y sus modificantes, o más exactamente, la observación del cuerpo mismo ...».<sup>73</sup> En el siglo XIX las enfermedades se convierten —como dice Rudolf Virchow (1821-1902)— «en estado(s) vital(es) alterado(s) de un mayor o menor número de células o de territorios celulares».<sup>74</sup> Todo esto supuso un giro muy notable que no podemos minusvalorar ya que alteró todo el lenguaje médico. La fiebre había dejado de ser una enfermedad de propio derecho para convertirse en mero síntoma. La ictericia pasó a ser un síntoma de la hepatitis, y todo esto requería un replanteamiento a fondo de la realidad médica y un abandono de las nosologías que se daban por supuestas, como la de Sauvages. Veamos, por ejemplo, cómo experimentó Bichat este giro:

Es bien sabido que hemos cometido muchos errores por habernos limitado a la simple observación de síntomas. Pongamos por ejemplo la tisis. Se consideraba una *enfermedad esencial* cuanto todavía no se podía recurrir al examen postmortem; a partir de entonces se ha vis-

to que el marasmo es una enfermedad sintomática consecuencia de la afección de un órgano. Los clínicos consideraron durante mucho tiempo a la ictericia como *enfermedad esencial*, pero el examen post-mortem ha demostrado también que esta afección, aunque primaria, es en realidad consecuencia de varias alteraciones del hígado, de las que siempre es un síntoma. Lo mismo ha sucedido con la hidropesía, considerada también durante mucho tiempo una afección esencial, no siendo más que el resultado de alguna enfermedad orgánica. Es, pues, la ignorancia de las afecciones orgánicas, consecuencia de un completo olvido de los exámenes post-mortem, lo que desorientó a los antiguos facultativos respecto a la mayoría de las enfermedades, y por lo que Cullen y Sauvages erraron en sus clasificaciones.<sup>75</sup>

Lo que se creían enfermedades se tornaron síntomas, y ahora encontramos su realidad en los cambios orgánicos, pero quedan algunos vestigios del lenguaje utilizado en las clasificaciones del siglo XVIII. El término «hipertensión esencial», por ejemplo, nos recuerda la época en que un conjunto de síntomas sin base causal conocida se consideraba enfermedad por derecho propio.

Este cambio ofrecía la posibilidad de explicar bajo una misma rúbrica fenómenos hasta entonces dispersos en los marcos nosológicos del siglo XVIII. En resumen, estos cambios hicieron posible unificar todas las observaciones en un nuevo modelo explicativo. El giro experimentado ofrecía posibilidades hasta entonces no disponibles, de indagar en los mecanismos de la enfermedad, y lo que es todavía más importante, ofrecía un programa de investigación que permitía examinar, someter a crítica y organizar los descubrimientos y pretensiones desconcertantemente dispares de la medicina en función de concepciones, entonces emergentes, de la anatomía y la fisiología. Logró también encauzar las energías médicas por caminos que condujeron a importantes avances en la comprensión médica durante la primera mitad del siglo XIX y a avances trascendentales en el terreno terapéutico durante su segunda mitad y a lo largo del siglo XX.

En el siglo XIX observamos una correlación entre dos campos de la descripción médica. El primero, el tradicional de los descubrimientos clínicos, que había sido el centro de atención de Sydenham, Sauvages y Cullen. El segundo, el relativamente novedoso campo de las descripciones aportadas por anatomistas, fisiólogos, patólogos y microbiólogos. Ambos campos se fundieron gracias a nuevas concepciones de la enfermedad que permitieron la interac-

ción de descripciones. Los descubrimientos clínicos, y los de laboratorio, podían falsificar las presunciones teóricas y el resultado fue un conjunto de complejas oportunidades de estudiar la naturaleza de la realidad médica. Los hallazgos clínicos invitaban a la elaboración de modelos teóricos, que a su vez propiciaban descubrimientos de laboratorio que confirmasen dichos hallazgos clínicos, los cuales se volvían a describir ya en función de emergentes modelos científicos básicos. Por otro lado, los descubrimientos de laboratorio invitaban a los clínicos a buscar fenómenos previsibles en función de esos modelos científicos básicos.

Se estableció una interacción dialéctica, redescubriéndose los hallazgos clínicos en función de modelos teóricos. La realidad redescrita podía conducir entonces a enigmas que generarían posteriores cambios en los modelos teóricos y así *ad infinitum*. Los descubrimientos de laboratorio adquirirían su verdadero sentido como parte integrante del mecanismo utilizado para explicar los hallazgos clínicos. Por otra parte, los modelos teóricos y los descubrimientos de laboratorio dieron color a los hallazgos clínicos. Se produjo así una interacción dinámica entre el *explanans* y el *explanandum*, entre lo que explicaba y lo que había que explicar, cada uno confiriéndole al otro parte de su propia significación.

Los viejos modos de entender la medicina parecían ya inverosímiles. Veamos a este respecto las reflexiones de Broussais sobre las antiguas investigaciones médicas:

Hemos llenado el marco nosográfico con los más arbitrarios grupos de síntomas... que no representan las afecciones de órganos diferentes, es decir, enfermedades reales. Estos grupos de síntomas derivan de entidades o entes abstractos, que son de la más completa artificialidad [*οὔτοι*]; tales entidades son falsas y el tratado resultante es ontológico.<sup>76</sup>

Sin embargo, ni Broussais ni Foucault supieron valorar en su totalidad la importancia de estos cambios. Entendieron que el mundo de los síntomas había sido replanteado en función de las presunciones de un nuevo y potente problema de investigación. No supieron valorar que esta reestructuración llevaba consigo una ideología que restaba importancia a las quejas del enfermo. Los problemas del paciente se entendían como auténticos problemas únicamente si tenían verdadero valor anatomicopatológico o fisiopatológico. En ausencia de lesión o desarreglo fisiológico que avalara la queja, muy probablemente ésta no se consideraría genuina. Actitud creí-

ble porque en un importante sentido ontológico, las ciencias de laboratorio se habían convertido en las ciencias médicas básicas. Se pensó que revelaban la realidad subyacente a los hallazgos clínicos. Por otra parte, las observaciones clínicas, que para Sydenham y Sauvages eran parte integrante de la ciencia médica básica, o medicina clínica, se convirtieron en secundarias. La medicina clínica se convirtió en manifestación de una realidad más profunda, lo que en sentido muy restringido era correcto en relación con el desarrollo de los modelos explicativos. Las explicaciones de la enfermedad se formulaban en función de los mecanismos fisiopatológicos y anatomicopatológicos subyacentes. El error estaba en no acentuar también los objetivos y propósitos de la medicina, que como ciencia aplicada sigue centrada en curar el sufrimiento humano. La medicina clínica tiene su inicio y su fin en los problemas del enfermo. Sin embargo, los cambios producidos en las suposiciones explicativas junto con la evolución de las ciencias básicas, provocaron ciertos cambios desafortunados en la ideología de los síntomas.

Para comprobarlo, destacaremos que las nosologías clínicas ponían su acento en los problemas experimentados por el paciente, y que, como hemos dicho, el dolor era una de las diez clases de enfermedad recogidas en la nosología de Sauvages, y la cuarta (*dolorosi*) en las once clases de Linneo.<sup>77</sup> Veamos, como ejemplo, la categoría de Sauvages «dolores vagi, qui nomen a side fixa non habent» (dolores vagos que carecen de nombre de una localización fija), que es el primero de sus cinco órdenes de dolores.<sup>78</sup> La clasificación de Sauvages le permitía contemplar las ansiedades y el agotamiento como problemas graves con entidad propia, siendo en realidad simples síntomas que se sobrevaloraban considerablemente al considerarse enfermedades.

Al legitimar tales quejas, Sauvages legitimaba el papel social de quienes se lamentaban de un amplio abanico de dolores y sufrimientos. Al decidir si un síntoma es auténtico o, por el contrario, no lo es, la medicina autentifica la exigencia de una persona a recibir una forma concreta de tratamiento y un rol social determinado. El interés de la medicina por los esfuerzos de evaluación, descriptivos y explicativos se encuentra así estrechamente ligado al papel interpretativo del lenguaje, a través del cual se configura la realidad social

### *El lenguaje médico como moldeador de la realidad social*

Además de descubrir y evaluar problemas como problemas médicos, y explicarlos, los médicos y los restantes trabajadores sanitarios los insertan en las prácticas sociales. Son, por tanto, los guardianes de los roles terapéuticos o, usando el término más restrictivo de Talcott Parsons, del «rol de enfermo».<sup>79</sup> Caracterizar un paciente como enfermo no consiste únicamente en decir que tiene un problema que debería resolverse y que es explicable en términos médicos, sino que significa también adjudicarle un papel social para el que se espera una determinada respuesta social. Si le adjudicamos un papel, un «papel de enfermo», con todas las de la ley, normalmente no se considerará a la persona enferma responsable de desempeñarlo, se le disculpará de no realizar los deberes sociales afectados por su enfermedad, y se le aconsejará la búsqueda de un tratamiento entre un conjunto de individuos socialmente reconocidos como terapeutas apropiados.<sup>80</sup> Se establece así un imperativo terapéutico. Al afirmar que alguien está enfermo, aceptamos unas exigencias a primera vista sobre la manera de tratar a la persona en cuestión, puesto que su enfermedad es un estado que, *ceteris paribus*, no se valora, un estado en el que, en igualdad de condiciones, nadie quiere encontrarse. Existe, por tanto, la suposición resolutoria de que las personas enfermas quieren someterse a tratamiento. Además, un individuo enfermo puede perder prerrogativas y derechos sociales. El hecho de declararle enajenado mental suprimirá diversas prerrogativas sociales y, por otra parte, si se le considera total o parcialmente incapacitado, podrá recibir prestaciones sociales.

El lenguaje médico tiene, por tanto, un carácter interpretativo. Al igual que un *sheriff* no sólo describe, sino que altera la realidad legal cuando dice a un infractor de la ley «queda usted detenido», el médico también altera la realidad cuando dice a un paciente «usted tiene cáncer», «tiene sífilis», «tiene sida», «sufre una incapacidad del cincuenta por ciento», «padece una enfermedad terminal». El paciente queda ubicado en un contexto social, con un conjunto de expectativas sociales que se dan por sabidas. Estas expectativas rutinarias estabilizan el mundo social a través de un complejo entramado de roles estereotipados.<sup>81</sup> Como la medicina se centra primariamente en fenómenos «causados», más que en fenómenos elegidos, esos roles tienden a eliminar la culpa de *encontrarse* en una situación de enfermedad (aunque todavía pueda culparse el caer

enfermo o el seguir enfermo, si en ello ha influido la elección personal). Ciertas personas (como médicos, dentistas, etc.) destacan como las personas adecuadas para hacerse cargo de los problemas clínicos, ya que las situaciones se convierten en problemas de este tipo de cara a las instituciones sanitarias, que ofrecen esperanzas de curación o cuidados.

El conjunto de expectativas que típicamente definen el estar enfermo difiere según los diagnósticos. Pensemos en los diferentes modos en que, formal o informalmente, se producen las típicas reacciones sociales ante un diagnóstico de enfermedad coronaria, de cáncer, de sífilis, de sida o de acné; las compañías de seguros, los patrones, las instituciones de beneficencia, los amigos y los amantes reaccionan de modo diferente. El diagnóstico es un complejo medio de etiquetado social —como lo es el proceso de detención de un delincuente— etiquetado que adecua la realidad social a la realización de objetivos terapéuticos.

#### *La construcción social de la realidad médica y el reto de los juicios médicos*

Los síntomas, signos, dolores, deformidades, enfermedades, dolencias, incluso el cuerpo<sup>82</sup> y el bienestar aparecen en un conjunto de expectativas descriptivas, explicativas, sociales y de evaluación. Los valores que se presumen al contemplar determinadas circunstancias como enfermedades o problemas clínicos, están condicionadas por la sociedad, por sus criterios de la vida buena y por los roles sociales que defiende; por eso, los esfuerzos colectivos para describir la realidad presuponen la adopción de acuerdos informales, incluso formales, respecto a los términos descriptivos que se consideran canónicos. Finalmente, la historia de la medicina nos demuestra que sus objetivos explicativos los persiguen grupos concretos de científicos, que sostienen ideas concretas sobre las reglas adecuadas de prueba e inferencia, las cuales pueden entrar en conflicto con ideas profanas sobre la enfermedad y su tratamiento, o bien con las ideas de otros investigadores. Para solucionar estas discrepancias, los implicados tendrán que dilucidar las reglas de prueba que han de ser aceptadas y por qué. Este problema afecta al científico individual que se plantea si su explicación debe aceptarse como *la* explicación, incluso si no se produce una controversia concreta. Ya que las exigencias de conocimientos

se proponen suponiendo que deben ser aceptadas por otros investigadores, la explicación es siempre potencialmente colectiva. Las exigencias de conocimientos presumen siempre su intersubjetividad, es decir, que pueden encontrar una justificación generalizada, incluso cuando han sido articuladas por hombres y mujeres concretos pertenecientes a comunidades y culturas concretas.<sup>83</sup>

Existe, por consiguiente, una tensión entre las aspiraciones universalistas de los conocedores y el contexto concreto en el que individuos reales conocen y enmarcan sus explicaciones. Habida cuenta de las limitaciones de la razón humana, si nos basamos en experiencias pasadas y en lo que es previsible, hay que suponer que no se encontrarán soluciones a todas las controversias basadas exclusivamente en argumentos razonables. No siempre se estará en condiciones de afirmar decididamente cuáles son las reglas de prueba e inferencia correctas, o cuál el conjunto adecuado de conclusiones, por lo que es inevitable, incluso en la ciencia, apelar a la imparcialidad en el debate y en la resolución de disputas científicas. Necesitaremos establecer procedimientos que frecuentemente exigirán la constitución de comisiones con sus correspondientes votaciones. Habrá que abordar una serie de consideraciones neopositivistas para vincular pacíficamente a los conocedores en sus esfuerzos por alcanzar el verdadero conocimiento.

La ciencia, como empresa social, debe mediar en las pasiones, celos y disputas de los científicos individuales para lograr así objetivos que trasciendan al tiempo, a la cultura y a la controversia. Esta mediación es en gran parte informal. Los científicos tienden a ver ciertas clases de problemas con más interés que otras. Se elaboran terminologías comunes, e incentivos tales como la aprobación de los miembros de la *Royal Society* orientan los esfuerzos de los investigadores hasta en las empresas más abstractas. La misma existencia del premio Nobel, por ejemplo, estimula a los científicos de diversas naciones y contribuye a cohesionar el esfuerzo científico. Lo mismo puede afirmarse de las fundaciones o patronatos, que propenden a dar apoyo a las investigaciones «ortodoxas» y a distanciarse de toda iniciativa que parezca excéntrica.

Modos formales de estandarización complementan estas coacciones informales, cuanto más aplicada sea una ciencia. En medicina, esto se suele expresar con la frase «las pautas usuales y acostumbradas en el ejercicio de la medicina», que, aunque no tengan siempre articulación totalmente formal, suelen ser objeto de discusión pública y de intervenciones judiciales. Se han hecho además

esfuerzos colectivos, como el *American Joint Committee on Cancer* [Comisión mixta norteamericana sobre el cáncer] para reglamentar la utilización de términos descriptivos en el diagnóstico, y así permitir que los médicos evalúen la eficacia de distintas terapias. En tales circunstancias, la realidad social de las ciencias aplicadas se establece mediante votaciones en comisiones cuyas decisiones se adoptan no sólo en función del carácter de la realidad —como se supone realmente que es— sino también en función de los procedimientos de clasificación que se estiman más útiles a la hora de organizar el tratamiento y la curación.

Aquí parece oportuno recordar las distintas formas de enjuiciar el cáncer,<sup>84</sup> enfermedad que se clasifica y gradúa para

permitir al médico la elección del tratamiento más adecuado, una evaluación de resultados lo más fiable posible, y la comparación más segura de estadísticas aportadas por diversas instituciones de nivel local, regional y nacional.<sup>85</sup>

Estas clasificaciones y graduaciones tienen su origen en determinadas organizaciones sociales que equilibran los intereses de varios grupos. Tenemos como ejemplo las conclusiones de un grupo organizado el 9 de enero de 1959 como *American Joint Committee for Cancer Staging and End-Result Reporting* [Comisión mixta para la graduación del cáncer e informe de resultados finales]:

Cada organización patrocinadora designa tres miembros de la comisión. El Colegio Norteamericano de Cirujanos hace las veces de patrocinador administrativo. Se nombran varias subcomisiones, llamadas «grupos de trabajo», para estudiar neoplasmas malignos de una zona anatómica seleccionada, con objeto de elaborar clasificaciones. Cada grupo de trabajo está integrado por varios miembros de la comisión y otros profesionales elegidos al efecto, cuyos intereses y especialidades tengan relación con la zona sometida a estudio.<sup>86</sup>

Como dato histórico hay que decir que surgieron algunos problemas a la hora de coordinar las clasificaciones del *American Joint Committee on Cancer* (A.J.C.C.) con las recomendaciones del *T.N.M. Committee*, conocido originariamente como *Committee on Clinical Stage Classification and Applied Statistics of the Union internationale contre le cancer* y hubo que llegar finalmente a un compromiso: «En algunos casos, se han introducido cambios arbitra-

rios para compaginar las recomendaciones del A.J.C.C. con las del *T.N.M. Committee of the International Union Against Cancer*, por lo que hasta el momento presente no se ha alcanzado un acuerdo que incluya todas las zonas anatómicas».<sup>87</sup> El cuadro que se nos ofrece es el de una construcción social de la realidad a través de distintos procesos formales para llegar a un acuerdo con objeto de lograr un esfuerzo común.

Es evidente que la forma en que se decida describir fenómenos como el cáncer no es de interés tan sólo para los médicos, sino que los intereses de los pacientes también están implicados. La clasificación del cáncer no es igual que la clasificación de las estrellas. La elección entre diferentes clasificaciones establece las condiciones para el modo en que los médicos elegirán las intervenciones terapéuticas. El número de grados o fases elegido (la razón, por ejemplo, de utilizar tres, cuatro o cinco grados para un carcinoma determinado) presupone cálculos de costo-beneficio y la comprensión de iniciativas prudentes que repercuten directamente en el modo de tratar al paciente. Implican algo más que opiniones estrictamente científicas, ya que afectan al correcto equilibrio de beneficios y perjuicios en la organización de decisiones terapéuticas directamente vinculadas a un número determinado de grados del cáncer. La decisión de subdividir grados (por ejemplo, grados IA y B) indica que se considera pertinente una valoración más compleja de opciones terapéuticas, si bien el número de subdivisiones tiene un límite, si queremos que sean útiles. Los médicos, que son humanos, solamente pueden recordar y organizar con facilidad datos en función de un número limitado de clasificaciones, y como quiera que el tratamiento y su valoración son tareas colectivas, es obligado elegir entre las diversas posibilidades de división, subdivisión y clasificación, teniendo siempre en cuenta que en la realidad no existen líneas naturales únicas que correspondan a las clasificaciones, sino que las categorías se crean tanto como se descubren al otorgar importancia a determinados hallazgos.

Después de decidir sobre clasificaciones y sistemas para graduar enfermedades y problemas clínicos, tenemos que asumir el hecho de que, a veces, las decisiones que tomemos serán erróneas, lo que implica una compleja serie de inquietudes morales y prudenciales que se han agrupado bajo la rúbrica de «adopción de juicios clínicos y decisiones médicas».<sup>88</sup> Al decidir si una persona sufre una enfermedad o un problema clínico determinado, tendremos que valorar las consecuencias de una equivocación, y tener en



cuenta esa probabilidad al establecer el umbral de certeza indispensable para llegar al diagnóstico. Será necesario, en resumen, preguntarse por el coste de considerar un determinado diagnóstico como cierto. Por ejemplo, si operamos para extirpar un pecho o una próstata basándonos en datos ambiguos sobre la existencia de un cáncer, quizá estemos imponiendo un coste excesivo a la persona tratada. Por el contrario, si retrasamos el tratamiento de ciertas enfermedades con objeto de obtener datos más completos, quizá agravemos la situación del enfermo. Hasta la misma adquisición de datos diagnósticos está estrechamente ligada a los costes, y no solamente económicos, sino que a veces incluyen riesgos de morbilidad y mortalidad. Pensemos en los peligros que conllevan la biopsia de hígado, el cateterismo del corazón y otras pruebas diagnósticas invasivas. Antes de recabar este tipo de informaciones hemos de juzgar si su conocimiento va a establecer suficientes diferencias en el tratamiento del enfermo como para justificar los riesgos y los costes a los que hay que exponerle. En medicina la adquisición y la demanda de conocimientos tienen repercusiones directas en el modo de tratar al paciente.<sup>89</sup>

Como es difícil dilucidar dónde está el equilibrio entre los riesgos de sobretratar e infratrar al paciente, muchas veces será difícil afirmar que ciertas intervenciones terapéuticas están justificadas. No será *simplemente* posible descubrir si los médicos han realizado histerectomías o amigdalotomías innecesarias, como tampoco lo será *simplemente* descubrir, recurriendo únicamente a cuestiones factuales, qué tratamientos son los indicados, cuáles los más apropiados, cuáles los ordinarios y cuáles los extraordinarios. Parte esencial de tales dictámenes será el recurso a jerarquías concretas de valores y a procesos pacíficos para resolver las discrepancias en estas materias. Tales juicios no serán meramente epistémicos, ya que incluirán una estimación de la importancia de evitar los problemas que resuelve la cirugía frente a la estimación de la importancia de evitar los problemas causados por ésta (incluidos los honorarios del cirujano). Como las intervenciones quirúrgicas dependen con frecuencia de la disponibilidad de fondos aportados por terceras personas, la definición de intervención necesaria frente a la de intervención innecesaria es de importancia para todos los que participen, por ejemplo, en una planificación de seguros de enfermedad (incluida la política gubernamental de asistencia social). Es necesario encontrar los mecanismos adecuados para lograr una selección equitativa de criterios, y como todo ello

afecta a una comunidad de individuos, los problemas de imparcialidad y proceder democrático cobran especial relieve.

La mayoría de los términos cruciales en el discurso bioético comparten complejidades de este tipo. La determinación de la muerte se realiza sobre un trasfondo de juicios acerca del grado de seguridad aceptable para evitar cifras significativas de determinaciones de muerte erróneamente positivas y erróneamente negativas. Y lo que entendamos por *significativas* no es a su vez una cuestión puramente factual. Como veremos más adelante, tampoco es una cuestión meramente factual en la controversia sobre el aborto lo que se entiende por feto viable. En las discusiones científicas con una gran carga ética y política, o en los debates éticos con un enfoque considerablemente científico, encontraremos que la inquietud por los valores morales y el interés por los hechos están claramente interrelacionados, con lo que no pretendemos sugerir que la distinción entre hechos y valores no sea adecuada en muchos contextos, sino que los componentes factuales y de evaluación, que son plenamente diferenciables, aparecen indisolublemente unidos en las controversias cotidianas.

#### *Contemplación de un problema como problema médico y no como problema legal, religioso o educativo*

El mundo de los hallazgos médicos es solamente uno entre un número finito de esferas de significado que están controladas por las grandes instituciones sociales. La capacidad del médico para crear roles sociales («usted está enfermo», «usted es un perverso») se debe comparar con la capacidad de un obispo de excomulgar o reconciliar, o con la de un juez de declarar culpables o inocentes a las personas. No se trata, por consiguiente, de cómo interpretar las circunstancias en la medicina, sino de si realmente se deben interpretar en la medicina y no en otra institución social colindante y rival, como la ley o la religión. Todas las instituciones sociales importantes identifican los problemas que les atañen en función de conjuntos de valores que hacen que situaciones problemáticas destaquen como invitaciones a la intervención, como incapaces de alcanzar un determinado nivel o como dificultades que hay que eliminar. La educación, la moral, la ley y la medicina, caracterizan de modo diferente circunstancias como la ignorancia, la maldad, la censurabilidad, la criminalidad, la responsabilidad civil

o la enfermedad. Contemplar una circunstancia como maldad, criminalidad o enfermedad, equivale a situarla en el terreno de una de las instituciones sociales más importantes, con sus modelos peculiares de explicación y sus objetivos específicos.

Los hechos englobados en las esferas de la religión, la ley, la moral y la medicina se contemplan como problemas de una clase específica en función de diversos entramados de valores, convenciones descriptivas, modelos explicativos y roles sociales. La explicación religiosa de la realidad incluye modelos causales sobrenaturales subordinados a conceptos o nociones sobre el destino final del hombre y del universo. Éste es el significado último que da la religión a la vida, al sufrimiento y a la muerte. La explicación legal, por su parte, incorpora sistemas concretos de evidencia y prueba, que determinan qué descubrimientos se pueden valorar, y en qué modo, para alcanzar los objetivos de determinadas prácticas de culpa y alabanza. Pensemos en la ya clásica explicación de Hart y Honoré de la causación y la ley.<sup>90</sup> Como bien dicen, cuando las flores de un jardín se marchitan porque el jardinero las descuida, se tiende a creer que éste es el culpable de su muerte, aunque desde una perspectiva neutral también es causa de ella el hecho de que los transeúntes no las rieguen o la escasez de lluvia. Las suposiciones sociales sobre los deberes de los jardineros propician el que estas otras circunstancias asuman el papel de condiciones de fondo, y destacan la negligencia del jardinero como *la* causa de su muerte. Se aplica un conjunto de relevancias sociales para establecer una teoría de la causalidad con objeto de identificar ciertas causas debido al papel que desempeñan en la práctica social. El resultado es que un conjunto de expectativas sociales y valores enmarcan el contexto en que la experiencia y la acción tienen lugar.

De modo similar, la medicina acentúa ciertas causas más que otras debido a la utilidad de esta práctica. Pensemos cómo una enfermedad se caracteriza como genética, infecciosa o ambiental, aunque esté influida por los tres factores. La tuberculosis, por ejemplo, se «debe» a influencias genéticas, infecciosas y ambientales, pero normalmente nos referimos a ella como enfermedad infecciosa por la utilidad general de dicha designación. La palabra «infecciosa» centra nuestra atención y orienta el tratamiento hacia el factor causal que generalmente es más útil citar. La medicina acentúa los factores causales que se someten más fácilmente a intervención médica.

Debemos señalar, aunque sólo sea de pasada, la complejidad de

la noción de causa.<sup>91</sup> El término «causa» se puede utilizar para identificar condiciones que son suficientes para producir efectos, que son necesarias para producir efectos o que contribuyen a la posibilidad de que ocurra un efecto. Como los datos médicos son a menudo estadísticos, se identifican los factores causales con frecuencia en este último sentido. Se identifican factores que forman parte de la experimentación coherente de la realidad y de la explicación de cómo los acontecimientos se producen con sujeción a reglas. En las ciencias aplicadas no nos limitamos a dar explicaciones coherentes, sino que seleccionamos entre ellas las más útiles para lograr ciertos objetivos y propósitos. En la mayoría de los casos, no merecerá la pena prestar atención a todos los factores implicados en una explicación causal completa, nos concentraremos en los más fácilmente manipulables, y nos dirigiremos a ellos. La medicina, como la ley, tiende a resaltar las causas que se pueden eliminar, prevenir o manipular.<sup>92</sup> Cada una de estas instituciones relevantes propende a destacar determinados elementos de una explicación científica, neutral y global de la realidad por la importancia que tengan para la institución social en cuestión, como puedan ser las valoraciones de la maldad, de la responsabilidad civil o criminal o la orientación más útil para un tratamiento médico.

Como ya hemos indicado, instituciones sociales importantes como la medicina o la ley también difieren en el carácter de los juicios desfavorables con que caracterizan circunstancias no deseadas. Recordemos que el comportamiento antisocial se puede entender alternativamente como pecado, delito, falta moral o enfermedad (trastorno mental). Al caracterizar una circunstancia como enfermedad, y no como pecado, falta moral o delito, no sólo encajamos el comportamiento subyacente en la institución social más apta para resolver el problema, sino que optamos entre las diversas valoraciones que se pueden asignar al fenómeno. Por tanto, llamar enfermedad a una circunstancia no es un hallazgo exento de valoración. Contemplar una circunstancia como enfermedad, deformidad, incapacidad o disfunción significa considerar que no ha alcanzado el nivel de una norma fisiológica o psicológica. Lo mismo sucede cuando consideramos una circunstancia como delito o pecado. Se desvaloriza en función de un conjunto específico de juicios de valor. Contemplar una circunstancia como enfermedad, delito o como pecado significa elegir entre marcos valorativos en competencia, en función de los cuales entender una situación de hecho.

Por eso es importante decidir cómo hay que entender un pro-

blema. Al decidir dónde situar un problema, cambiamos el marco referencial para intervenir en él. Al medicalizar un conjunto de problemas libramos al individuo afectado de una serie de desvalorizaciones y le adjudicamos otras. Pensemos en el giro que se produce cuando dejamos de considerar inmorales a los drogadictos y los catalogamos como enfermos, o consideremos el alcoholismo, que puede caracterizarse como pecado, falta moral, delito o enfermedad. Hay que saber dónde poner el acento, puesto que al cambiarlo de una institución social a otra, alteramos el carácter de la responsabilidad que atribuimos a individuos vistos alternativamente como pecadores, enfermos o criminales.

La sobremedicalización de los problemas ha originado graves complicaciones. Pensemos en la controversia sobre la utilización de la alegación de trastorno mental como medio de determinar si el problema de una persona justifica que ésta sea sometida a tratamiento médico en lugar de ser castigada,<sup>93</sup> o bien en la hospitalización psiquiátrica en la antigua Unión Soviética para controlar la disidencia política. Los problemas políticos se medicalizan, sin duda, para controlar eficazmente la libertad de expresión,<sup>94</sup> aunque la sobremedicalización de los problemas también puede representar un sincero mal uso de la medicina como institución social. Siempre es importante saber cuándo el comportamiento no ha sido libremente elegido, sino determinado causalmente y susceptible de curación médica. Distinción que por lo regular hay que hacer cuando intentamos resolver el problema que representan los niños problemáticos o los delincuentes adultos y que conlleva importantes presunciones y consecuencias morales. A este respecto, contamos con antiguas e instructivas analogías, como las enfermedades específicamente atribuidas a los esclavos en los Estados sureños de los Estados Unidos antes de la Guerra de Secesión —drapetomanía y dysaesthesia aethiopsis— muy útiles para calificar de enfermos a los esclavos fugitivos u holgazanes.<sup>95</sup>

La dificultad no estriba simplemente en decidir el papel de enfermo correcto, o la adecuada graduación y caracterización de una enfermedad, sino en ver si un problema es una enfermedad o no lo es. Las grandes instituciones sociales ofrecen interpretaciones de la realidad que compiten entre sí, con costes y beneficios también en competencia. Contemplar un comportamiento perjudicial como delito, pecado, falta moral o enfermedad, tiene siempre ventajas e inconvenientes. En unas circunstancias es más importante, útil y verosímil considerar a las personas responsables de sus actos; en

otras es más útil y verosímil afirmar que los comportamientos están predeterminados y son susceptibles de manipulación tecnológica. La moral general consiste en comprender que muchas veces tales decisiones no están claramente definidas, y en que debemos elegir lo mejor que podamos, en función de la verosimilitud de las explicaciones y de su utilidad. En ocasiones, cualquier cosa que no sea una explicación médica será muy poco convincente. A pesar de Samuel Butler y *Erewhon*, será inverosímil considerar que las personas son responsables de enfermar de apendicitis. En otras circunstancias, como por ejemplo en el caso de la adicción a las drogas, se podrá argumentar de varias formas diferentes. En algunas ocasiones, no tendrá sentido elegir entre varias explicaciones, y en su lugar, será más verosímil y útil emplear una o más explicaciones. Puede ser completamente lógico considerar el alcoholismo al mismo tiempo como una enfermedad y como un problema moral. La elección adecuada será de «tanto ... como», y no «o ... o».

En este libro hemos estudiado la posibilidad de justificar una moralidad y una bioética secular y general. Nos hemos dado cuenta de que lo que podíamos alcanzar carecía de contenido y solamente podía obtener un contenido autoritativo mediante la anuencia de las partes implicadas. Podemos decir lo mismo respecto a las ciencias aplicadas y no aplicadas. Colectivos científicos concretos, en épocas concretas, abrazan hechos, conclusiones y normas de prueba e inferencia concretos, que después vemos que son idiosincrásicos; precisamente del mismo modo en que colectivos morales concretos implican la aceptación de normas morales concretas y visiones concretas de la vida buena. Las controversias auténticamente científicas pueden ocurrir entre individuos unidos por una dedicación general a la ciencia como esfuerzo por establecer intersubjetivamente afirmaciones sobre la naturaleza del mundo, pero separados por diferencias en el modo de entender las normas de prueba e inferencia. Cuando los debates afectan a cuestiones científicas sobrecargadas ética y políticamente, los conflictos devienen, como es de esperar, complejos. Las personas que participan en tales controversias serán integrantes de comunidades científicas y morales diferentes y, consecuentemente, discreparán sobre los diferentes modos de conocer fehacientemente y de decidir honradamente.

Tales diferencias en la comprensión de lo que significa conocer fehacientemente y decidir honradamente, son a menudo el origen de los conflictos sobre la adecuada caracterización de los hechos

médicos, o sobre si hay que entender un problema determinado como problema médico, legal o moral. En el ámbito sanitario las cuestiones de evaluación y explicativas se entrelazan con las decisiones acerca de si ciertos problemas son médicos y cómo entender y clasificar los problemas médicos. La elección a la hora de interpretar una circunstancia no es una simple determinación epistémica o basada en el conocimiento, sino fundamentada también en una serie de consideraciones valorativas, una elección que no será simplemente correcta o equivocada, sino que frecuentemente se entenderá mejor como justa o injusta, lo que convierte a la misma caracterización de la realidad en una cuestión moral.<sup>96</sup> Hay que entender la aproximación a la realidad desde la institución social de la medicina y de la ley en función de las dos prácticas sociales más relevantes: conocer fehacientemente y tratar honradamente. La mera denominación y caracterización de un problema suscita el interrogante de qué valoraciones invocar y cómo ordenarlas, el de quién debe participar en la formulación de las clasificaciones, así como qué jerarquización de los costes y beneficios debe tener precedencia; interrogantes que se resuelven en parte —como ya hemos indicado— mediante la práctica de un consenso libre y bien informado y gracias al reconocimiento público de la clasificación de los problemas como médicos, legales, religiosos, etc. Dado que las caracterizaciones médicas de los problemas dependen no sólo del conocimiento fehaciente de la realidad, sino de decidir honradamente entre distintos modos de clasificarla, cobran relieve los problemas de derechos individuales, de prerrogativas democráticas y del derecho a la intimidad. Si las clasificaciones son naturales, nadie podrá ser culpado de describir la realidad tal como es. Quizá nos disguste, pero el científico no lesiona los derechos de nadie por describir las cosas como realmente son. No obstante, si se hace una clasificación con vistas a lograr objetivos concretos, la elección de éstos deberá estar abierta a negociaciones entre las partes implicadas.

#### *Democratización de la realidad médica: algunas conclusiones*

La descripción de la realidad es un producto cultural y, aunque el carácter efectivo del objeto nos constriña como conocedores, éste se nos aparecerá a través de nuestros conceptos y en función de las condiciones de nuestra experiencia. En el caso de las cien-

cias no aplicadas, en las que nuestra elección entre diferentes interpretaciones de la realidad está dictada por el ideal de una explicación totalmente intersubjetiva exenta de valoraciones y de propósitos idiosincrásicos, existe el compromiso de evitar la imposición de los valores y percepciones de un grupo concreto de conocedores. En una ciencia no aplicada intentamos conocer anónima e impersonalmente. Pero incluso en este punto, la descripción de la realidad está modelada por compromisos de trasfondo que implican la elección entre diferentes valores epistémicos. El ámbito de la ciencia no aplicada se puede interpretar como un compromiso realizado ante la controversia.<sup>97</sup> En la ciencia aplicada, donde los valores no epistémicos ocupan un lugar más destacado, el carácter construido de la realidad es más fácil de reconocer. Dedicamos la medicina a objetivos manifiestamente variados y que dependen de visiones de individuos y comunidades concretas. Ilustráramos esto con la graduación del cáncer y con algunos interrogantes sobre la adopción de decisiones médicas. Las diferentes graduaciones del cáncer y los diferentes equilibrios entre sobre e infratratamiento dependen en parte de diferentes interpretaciones de los valores implicados. Como hemos demostrado en este capítulo, tenemos que elegir entre explicaciones alternativas de la realidad médica y, teniendo en cuenta que esta elección no se basa solamente en razones epistémicas, somos responsables del modo en que modelamos esa realidad. ¿Cómo elegir de forma imparcial entre descripciones opuestas de la realidad?

La cuestión es quién decide. Lo que no significa pedir que el sistema graduacional para el cáncer se decida por referéndum, pero sí reconocer que la elección entre diferentes percepciones de la realidad en las ciencias aplicadas es un asunto de interés general. Las comunidades deben empezar reconociendo el carácter construido de la realidad médica, reconocimiento que presta relevancia a nuestras opciones y resalta nuestra responsabilidad como individuos que no se limitan a conocer la realidad, sino que la conocen para manipularla. También reconocemos que estas manipulaciones propenden a ser colectivas. La cuestión acerca de quién decide se traslada desde el área del consentimiento individual libre e informado al área colectiva de la negociación para interpretar la verdad. Por principio, los programas sistemáticos de tratamiento y de análisis del tratamiento o las pólizas de seguros colectivos, no son iniciativas de individuos aislados y, por tanto, los colectivos de médicos, aseguradores y de los diferentes públicos, necesitarán nego-

ciar la caracterización de la realidad médica que vayan a emplear cuando colaboren. Negociación que puede asumir un carácter formal o informal, y que puede tener lugar a través de los mecanismos de mercado, o si esto no es posible, mediante procedimientos democráticos formales, pero que en cualquier caso representa una democratización de la realidad. Llegaremos a reconocerla como el resultado de las elecciones de diversas comunidades de individuos.

Gracias al principio de permiso, los individuos tienen derecho a participar libremente en tales negociaciones, y cuanto más reconozcan y respeten dichas condiciones más intensificará la medicalización de la realidad dichos objetivos humanos sin constreñir las opciones individuales, dando así una expresión meditada a nuestro modo de entendernos a nosotros mismos. Dado que existen numerosas interpretaciones de la realidad médica, quienes así lo deseen, deben ser libres, acompañados por colaboradores anuentes, de actuar según su visión moral y metafísica particular. Los límites de la moralidad secular y de la autoridad general del Estado dejan un espacio en el que pueden coexistir diversas formas de apreciar la realidad médica y de actuar sobre ella. Esta circunstancia constituye un motivo, entre los muchos existentes, para no establecer un sistema sanitario único y global. No existe una visión secular dotada de contenido canónica de la realidad médica, de la enfermedad y la dolencia, de la salud, ni de la sanidad adecuada, pero sin embargo existen visiones de la realidad médica y de la adecuada asistencia sanitaria, que son comunistas cubanas, judío-ortodoxas, musulmanas shiitas, paganas *New Age*, feministas, machistas, baptistas sureñas y cristiano-ortodoxas. Dada la limitada autoridad moral secular del Estado y la diversidad de visiones morales y metafísicas de la moralidad médica, debe haber, parafraseando a Mao Tse-tung, espacio suficiente para el desarrollo de mil perspectivas de la sanidad y para la lucha entre cien sistemas diferentes de proporcionar asistencia sanitaria.

## CAPÍTULO VII

### PRINCIPIO Y FIN DE LA PERSONA: MUERTE, ABORTO E INFANTICIDIO

La persona es el eje de la moralidad. Sólo las personas tienen problemas y obligaciones morales. El mundo de la moral se apoya en las personas. El problema estriba en que no todos los seres humanos son personas en términos de la moralidad secular general o al menos no son personas en el sentido estricto de ser agentes morales. Los niños pequeños no son personas. Las personas gravemente seniles y los retrasados mentales profundos no son personas en este sentido tan importante y decisivo. Tampoco lo son quienes padecen graves lesiones cerebrales. La autoridad y el alcance de la moralidad secular general proceden de la autorización de las personas. Por esta razón, son las personas, como agentes morales, como donantes de autorización, quienes ocupan una posición primordial. No se puede reconocer, ni dar importancia a otras concepciones de las personas y de los seres humanos, aunque sean ciertas, dentro de la textura poco densa de la moralidad secular general. El creyente debe reconocer que esta explicación de la moralidad secular revela la poca esencia moral que se puede conseguir en términos seculares generales, y qué falseado y parcial parece lo obtenido. Con todo, por lo menos se ha conseguido algo. A la medicina le conciernen las personas en el sentido estricto de agentes morales, incluidos los pacientes que discuten sus problemas con los médicos y llegan a acuerdos sobre su tratamiento, pero a la medicina también le conciernen muchos seres humanos a quienes se atribuye sólo una parte de los derechos y prerrogativas de la persona en términos seculares generales. A los niños y las personas seniles se les considera personas en muchos aspectos. El término

«persona» se suele utilizar referido tanto a adultos competentes como a retrasados mentales profundos. Esta ambigüedad potencial es importante porque podría parecer que las definiciones de la muerte se centran en la muerte de la persona en sentido estricto, cuando, de hecho, se refieren también a la muerte de quienes son personas en otros sentidos. De igual manera, podríamos pensar que, respecto al comienzo de la vida, los argumentos sobre el aborto y el infanticidio se centran en el momento y hora en que cobra vida la persona en sentido estricto, pero, naturalmente, éste no es el caso, ya que los seres humanos no llegan a ser personas en el sentido estricto de ser agentes morales hasta años después de su nacimiento. Existe una gran tensión entre lo que los individuos conocen a través de la fe o consideran supuestos básicos de su cultura, y lo que se afirma en términos seculares generales.

En el capítulo V explorábamos las vertientes filosóficas de estas cuestiones. Aquí volvemos sobre su evolución y aplicación. Después de todo, los médicos tienen que aplicar a situaciones reales conceptos abstractos sobre el estar vivo o el estar muerto. Son ellos quienes declaran la muerte de la persona. Como apuntábamos en el capítulo anterior, estas determinaciones no son meramente factuales, aunque sólo sea porque tales conclusiones normalmente no se adoptan sin tomar en consideración los gastos que ocasionarán posibles determinaciones erróneamente positivas o erróneamente negativas. Decidir en qué lado equivocarse, requiere un balance de costes y beneficios. La cuestión estriba en cómo abordamos este complejo mundo una vez aclarado que las entidades con las que tenemos las obligaciones morales seculares más fuertes, las personas en sentido estricto, lo son años después de nacer y, probablemente, dejan de existir antes de la muerte de sus órganos. Podríamos invocar aquí la distinción que hacíamos en el capítulo V entre vida humana biológica y vida humana personal. La vida meramente biológica precede al surgir de la vida de las personas en sentido estricto y, por lo general, continúa un cierto tiempo después de que la persona muera. Debido a esta circunstancia, por la preocupación de las personas en criar hijos y por su interés de alimentar sentimientos de solidaridad y cuidado, se atribuye frecuentemente un sentido social de persona a la vida humana biológica no personal. Así, en la moralidad secular general tratamos a los niños pequeños y a los ancianos gravemente seniles como personas, sin que lo sean en sentido estricto.

### *Definición de la muerte*

La controversia sobre la definición de la muerte procede en gran parte de la falta de claridad acerca de la clase de vida que se declara terminada. Nos producen esta sensación los diferentes textos de los códigos legales norteamericanos que definen la muerte. Los dos primeros en los Estados Unidos, el de Kansas, promulgado en 1970<sup>1</sup> y el de Maryland, promulgado en 1972,<sup>2</sup> se refieren a la determinación de la muerte de la persona.

Una cosa es interesarse por saber cuándo cesa la vida biológica humana y otra por saber cuándo deja de existir la persona. Hablar de la muerte del cuerpo humano sugiere un enfoque orgánico de la vida biológica humana. La evolución desde una definición de la muerte basada en todo el cuerpo a otra basada en todo el cerebro, puede interpretarse como el paso de una definición centrada en la vida biológica humana a otra centrada en la vida de la persona. En efecto, la historia del debate sobre la definición de la muerte gira en torno a este punto y a dos puntos más. En primer lugar, ¿cuál es la clase de vida cuya muerte hay que determinar? Aquí la controversia se centra en el contraste entre vida biológica y vida personal humana, e implica a los distintos sentidos de persona a que hacíamos referencia en el capítulo V. En segundo lugar, ¿cómo y dónde se encarna esa vida? Aquí se plantea la cuestión de si el cerebro, o alguna parte de él, es el único locus, materialización o patrocinador de la clase de vida cuya muerte pretendemos determinar. En tercer lugar, ¿cuántas determinaciones de muerte positivamente falsas y negativamente falsas pueden tolerarse o considerarse aceptables?

### *Cuerpos, mentes y personas*

La primera cuestión se refiere al desarrollo de la distinción entre vida del organismo humano y vida de la persona, dos conceptos que se encontraban más estrechamente ligados cuando se contemplaba el cuerpo humano en las teorías filosóficas occidentales como si estuviese animado por un alma racional, alma que no sólo era fuente de agencia moral, sino que incluía también funciones vegetativas y animales, que animaban al cuerpo. Así, Santo Tomás argüía que toda el alma estaba en cualquier parte del cuerpo: *tota in toto y tota in qualibet parte*. Recordemos que Santo Tomás distinguía entre alma nutritiva, sensitiva, e intelectual,<sup>3</sup> si bien esta úl-

tima incluía la realidad de las otras dos en su vida corpórea, lo que condujo a ver el alma como una especie de catalizador de los procesos orgánicos. Esta visión dotó de especial significación a la obra de Friedrich Wöhler (1800-1882), quien en 1828 fue el primero en sintetizar urea *in vitro*, lo que muchos vitalistas tenían por imposible al mantener que los compuestos orgánicos necesitaban vida para su síntesis.

La evolución de las ciencias biológicas ha contribuido a aumentar nuestro conocimiento de la manera en que las funciones biológicas pueden ser entendidas sin recurrir a un principio vital. También ha contribuido a nuestro dominio de los distintos modos de producir dichos procesos artificialmente. La vida como proceso biológico ha dejado de ser un misterio que requiera un especial catalizador parecido al alma. La integración sistemática del cuerpo puede entenderse sin invocar la presencia del alma ni de un agente moral. Por otra parte, la agencia moral exige la presencia de consciencia, y la consciencia tiene un sentido y un significado, que contrastan con las estructuras mecánicas, químicas y biológicas. La vida de la mente, si queremos entenderla adecuadamente, hay que captarla, al menos en parte, en términos psicológicos introspectivos.<sup>4</sup>

Ésta es la razón de que los principios de la vida biológica contrasten con los de la vida mental y, aquí concretamente, con los de la vida de la persona.<sup>5</sup> La biología, jalonada de éxitos como el de Wöhler, nos familiariza con las funciones biológicas, incluida la integración sistemática del cuerpo, aunque no baste para comprender las experiencias que vive la mente. Éste es el caso incluso si pudiésemos imaginar la síntesis artificial de organismos que tuviesen vida mental e incluso tal vez fuesen personas, como sucedía con HAL en la novela *2001* y la película del mismo título.<sup>6</sup> Para enjuiciar la categoría moral de una entidad necesitaríamos dilucidar su capacidad de consciencia, su consciencia de sí misma y su capacidad para concebir bienes morales y trazarse un plan racional de vida. Cuanto más consciencia posea una entidad de sí misma, más capaz sea de elegir basándose en la razón y de tener exigencias morales, tanto más fácil deberá ser reconocida como agente moral. Sin embargo, las entidades que no alcanzan esta categoría, pero que pueden sufrir y sentir placer, también merecen nuestra especial atención moral. Como advertíamos en el capítulo V, hemos de distinguir entre las entidades que tienen vida mental, pero no son personas, y las que sí lo son. En términos morales seculares gene-

rales debemos tener consideración para con las entidades con vida mental porque sufren y sienten placer. Debemos sentir respeto por las que no son personas porque ellas (y nuestro respeto) sustentan el ejercicio de la moral. No podemos usarlas sin su permiso.

Esto se pone de manifiesto cuando se considera el contraste entre un cuerpo humano, cuyo cerebro está destruido con excepción del tallo cerebral, y un cuerpo humano adulto con su cerebro en perfecto estado. Para entender el primero, basta con recurrir a los principios que rigen la vida biológica; para entender el segundo, tendremos que recurrir a los principios que rigen las entidades mentales, incluidos los que rigen a las personas. No es la mera vida biológica la que centra nuestro interés moral. Un cuerpo humano capaz únicamente de funcionar biológicamente, sin vida mental, no sustenta agente moral alguno. La muerte de un simple animal marca la desaparición de una vida mental que sufre y siente placer. La muerte de una persona marca la desaparición de una entidad capaz de hacer promesas y de configurar fuertes exigencias morales. Subrayemos este aspecto respecto a la definición de la muerte: un cuerpo, cuyo cerebro esté totalmente muerto o muerto, con excepción del tallo cerebral, no sustenta vida mental, y mucho menos la vida de una persona.

Ver las cosas desde este ángulo exige dar un paso conceptual importante y admitir que la mera vida humana biológica tiene escaso valor moral en y por sí misma. Exige reconocer que el eje de toda preocupación moral es la vida de la persona humana en sentido estricto. También significa hacer frente a toda una serie de nuevos problemas. Hemos de decidir la consideración que nos merecen los niveles de vida humana mental que aún no son la vida de una persona, y en particular, hemos de decidir la consideración que nos merece la posición de los niños pequeños, de los gravemente dementes y de las personas que han sufrido lesiones cerebrales. Ahora nos concentraremos en determinar cuándo cesa un nivel concreto de vida humana mental.

#### *Corporeizaciones*

Cuando la determinación del momento en que se ha producido la muerte de una persona implica la averiguación de si la vida mental humana ha cesado, los problemas sobre la corporeización de esa vida adquieren su dimensión moderna. Si nos limitamos a pre-



guntar por la corporeización de la vida humana, obtendremos una respuesta en cierto modo semejante a la que da santo Tomás: «la vida humana está en todas las partes del cuerpo humano». Aquí podemos recordar la clásica definición de la muerte que se encuentra en la cuarta edición del *Black's Law Dictionary* como «el cese de la vida; el cese de la existencia, definido por los médicos como la interrupción total de la circulación sanguínea; y el cese de las funciones vitales y animales consiguientes, como respiración, pulso, etc».<sup>7</sup> Pero cuando lo que nos interesa no es ya la preservación de la mera vida biológica, sino la continuación de la vida mental, nuestro objetivo será el cerebro como patrocinador de la sensibilidad y la consciencia. El cerebro sustenta la vida mental. El cuerpo, por el contrario, se ve como un mecanismo complejo e integrado, que sustenta la vida del cerebro, el cual a su vez, patrocina la vida de la persona. Podemos sustituir distintas partes del cuerpo por órganos trasplantados o por prótesis y la persona será la misma, pero si consiguiéramos trasplantar un cerebro, habríamos trasplantado una persona de un cuerpo viejo a otro nuevo. Como dice Roland Pucetti, allí donde va el cerebro, también va la persona.<sup>8</sup>

Lo cual nos lleva a diferenciar entre diversas corporeizaciones de distintas funciones mentales. Recordemos los antecedentes históricos de este debate en las controversias del siglo XIX sobre estas cuestiones. Muchas de nuestras interpretaciones actuales sobre la localización cerebral tienen una gran deuda con los frenólogos Franz Josef Gall (1758-1828)<sup>9</sup> y Johann Spurzheim (1776-1867),<sup>10</sup> quienes argumentaron en favor de la estricta localización de las funciones mentales. Los frenólogos fueron atacados por cartesianos tardíos como M.J.P. Flourens (1794-1867), quien en 1845 dedicó una de sus obras a Descartes en defensa de la idea de que la mente actúa como una unidad sobre los hemisferios cerebrales.<sup>11</sup> Gall y Spurzheim influyeron de forma importante y compleja en el desarrollo de la noción de que las funciones mentales están localizadas, aunque no en sentido estricto, en las distintas partes del cerebro.<sup>12</sup> También ejercieron influencia, aunque indirectamente, en la obra de John Hughlings Jackson (1835-1911) creador del moderno lenguaje neurológico y de localización cerebral.<sup>13</sup> A partir de este debate y a través de este lenguaje llegamos a distinguir varios niveles de vida mental, con diferentes corporeizaciones.

### *Vivir y morir sin absoluta certeza*

Comprender a) los criterios para ser considerado persona o una entidad con vida mental, y b) qué partes del cerebro patrocinan la vida de las personas y otros niveles de vida mental, no basta para confeccionar tests aceptables sobre la muerte. Incluso después de alcanzar una suficiente clarificación conceptual acerca de lo que significa estar vivo como mente o como persona, y una suficiente interpretación de la corporeización que presupone esa vida, todavía tendríamos que encontrar el modo de determinar cuándo esa corporeización de la vida deja de existir. Incluso teniendo conceptualmente claro lo que significa estar vivo en este mundo, todavía necesitaríamos tests operacionales fiables para determinar cuándo cesa esa vida.

Como muestra el informe de la Comisión Presidencial sobre la Definición de Muerte (1981), han existido períodos de un miedo obsesivo por evitar las pruebas erróneamente positivas, incluso con definiciones de muerte basadas en la totalidad del cuerpo. En los siglos XVIII y XIX se enterraron ocasionalmente personas acaudaladas con complicados mecanismos que permitieran avisar a otros en caso de revivir en sus ataúdes,<sup>14</sup> los cuales estaban provistos de medios especiales de ventilación. También las definiciones basadas en todo el cerebro han planteado el interrogante de qué tests son indicadores fiables de que el cerebro haya muerto. Pensemos en la discusión actual sobre la frecuencia con que se deben repetir los tests de reflejos o de actividad electroencefalográfica para declarar muerto a un individuo. Pero quizá no sea necesario preocuparse tanto de tests positivos equivocados como se piensa, si consideramos que posibles supervivientes con graves lesiones cerebrales podrían haber deseado no ser tratados en esas circunstancias. Por otra parte, sí es acertada la preocupación por los tests negativos equivocados. Si creemos erróneamente que un individuo está vivo cuando en realidad está muerto, nos veremos comprometidos en costosas obligaciones morales de asistencia y tratamiento.

Son preocupaciones que sólo se refieren indirectamente a lo que significa estar vivo o a la corporeización que se supone de tal vida porque lo que primordialmente nos interesa son los modos de determinar el final de esa vida o la destrucción de su corporeización con la menor cantidad de tests positivos falsos posible, lo que puede dar lugar a importantes ambigüedades. Seleccionamos un cierto test de la muerte basado en todo el cuerpo o un test basado

en todo el cerebro no porque pensemos que la vida de las personas esté patrocinada en su totalidad por el cuerpo o por el cerebro, sino porque tememos determinaciones erróneamente positivas de la muerte resultantes de emplear una definición neocortical; o con un ejemplo más pintoresco: el hecho de que no queramos que no se nos declare muertos hasta que despidamos hedor bajo el sol veraniego de Texas, no implica necesariamente nuestro convencimiento de que seguiremos vivos hasta ese mismo instante, es decir, hasta el momento que se utilice para determinar la muerte.

Con objeto de evitar estas ambigüedades potenciales, usaremos el término «concepto de muerte» y sus variantes como «concepto de muerte basado en todo el cerebro» o «concepto de muerte precortical» para identificar interpretaciones conceptuales del significado de la vida mental o de la vida de una persona o de su corporeización, que nos lleven a sostener que la persona está corporeizada en el cerebro en su totalidad o en el neocórtex. Contrariamente, utilizaremos el término «test de muerte» o «determinación de la muerte» para identificar determinadas operaciones que tienen por objeto discernir si la muerte ha tenido lugar según un determinado concepto de muerte. Utilizaremos el término «definición de muerte» para abarcar ambos conceptos y tests de muerte.

#### *Desarrollo de una definición de la muerte basada en todo el cerebro*

En gran parte, todas las diferenciaciones conceptuales para una definición de la muerte basada en todo el cerebro, incluso la basada en los centros superiores cerebrales, estaban ya al alcance de la mano a finales del siglo XIX. Era ya evidente que el cerebro era el patrocinador de la consciencia y que, de hecho, el *cerebrum* era la condición necesaria para la consciencia.<sup>15</sup> El mayor problema era en aquellos tiempos operacional, no conceptual. La dificultad radicaba, pues, en establecer un test basado en todo el cerebro o un test neocortical de la muerte que no conllevara un número inaceptable de determinaciones erróneamente positivas. El siglo XX aportó no sólo mayor información, sino la necesidad práctica de desarrollar un test de la muerte basado en todo el cerebro, cuando no de orientación neocortical.

Esta necesidad surgió como consecuencia del desarrollo en los años cincuenta de unidades de cuidados intensivos y de mecanis-

mos de respiración capaces de mantener con vida durante horas, incluso días, a cuerpos humanos que estaban vivos, pero clínicamente muertos. Este avance tecnológico generó nuevos gastos económicos, provocados por definiciones de muerte basadas en la totalidad del cuerpo en un contexto de alta tecnología. El desarrollo de las técnicas de trasplante de riñón en los años cincuenta y de trasplantes de corazón en 1967, acentuaron más, si cabe, la necesidad de desarrollar una definición basada en todo el cerebro. Si se esperaba a que el individuo estuviese muerto basándose en tests corporales, se corría el riesgo de dañar gravemente los riñones y el corazón que se pensaban trasplantar. Los avances tecnológicos, el incremento de los costes y el interés despertado por los trasplantes forzaban a preguntarse si un cuerpo humano clínicamente muerto, pero vivo en otros aspectos debía considerarse como el cuerpo de una persona viva.

La Comisión Ad Hoc de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, presidida por Henry Beecher, dio en 1968 el primer paso vacilante hacia una definición de la muerte basada en todo el cerebro. Es importante consignar que esta comisión no lanzó una definición de muerte *in sensu stricto*, sino que llegó a la conclusión de que los individuos en coma irreversible podían declararse muertos. La Comisión no equiparó claramente la destrucción de todo el cerebro a la muerte de la persona.<sup>16</sup> Pese a estas limitaciones, esta propuesta ejerció inmediato y considerable impacto sobre los criterios de lo que entendemos por muerte. Poco tiempo después de que la Comisión publicara sus criterios, el XXII Congreso de la Asociación Mundial de Medicina en su «Declaración de Sidney» admitió la posible utilización de determinaciones encefalográficas para declarar la muerte.<sup>17</sup> Al año siguiente, en 1969, la Comisión Ad Hoc de la *American Electroencephalographic Society on EEG Criteria for Determination of Cerebral Death* publicó criterios que equiparaban la muerte a la muerte cerebral y, aunque el título sugiere una definición de muerte de orientación cerebral, en realidad la Comisión apoyó solamente una definición basada en todo el cerebro.<sup>18</sup>

Estos avances provocaron cambios legales que se iniciaron en 1970. Las definiciones de muerte basadas en todo el cerebro se afianzaron a lo largo de la siguiente década. Empezó a disiparse la confusión inicial, potencialmente perniciosa, entre cuándo una persona está muerta y cuándo ya no es obligatorio prolongar su vida, admitiéndose generalmente que cuando se destruye todo el cerebro, no se trata ya de que desaparezca la obligación de mantener al in-

dividuo, sino que éste está muerto, fuera ya de este mundo. Fue un paso difícil y penoso. El cuerpo humano clínicamente muerto, pero por lo demás aún vivo, sigue caliente al tacto y respira, si bien mecánicamente asistido. Parece vivo porque de hecho lo está. Como la vida biológica continúa, los cirujanos especialistas en trasplantes se interesan por estos cuerpos como fuente ideal de órganos. No existe ninguna razón para que un varón clínicamente muerto, pero vivo en los demás aspectos, no pueda funcionar como donante de esperma. Además, se han mantenido hasta el parto mujeres embarazadas que estaban neocorticalmente muertas, pero por lo demás vivas.<sup>19</sup> Son cuerpos que cumplen uno de los requisitos más importantes de la vida biológica, concretamente la capacidad reproductora.

El hecho de que los cuerpos humanos clínicamente muertos, pero vivos por lo demás, están también vivos biológicamente, hizo tan difícil que el público en general aceptase la definición de muerte de la persona basada en todo el cerebro. Tenemos como ejemplo un caso ocurrido en Kentucky en 1952, *Grey y otros contra Sawyer y otros*, en el que por razones de herencia era importante determinar cuál de dos individuos había muerto antes. El uno, decapitado en un accidente, siguió manando sangre por las carótidas después de que el pulso de su acompañante hubiese dejado de latir. Como indica la transcripción del juicio, (ella) fue encontrada «decapitada, con la cabeza a unos diez pies del cuerpo y sangrando profusamente desde cerca del cuello, y con la sangre saliendo también a borbotones del cuerpo». Los médicos testificaron ante el tribunal que «un cuerpo no está muerto mientras quede un latido del corazón, lo que podía demostrarse por la salida de la sangre a borbotones».<sup>20</sup> Para nosotros, la decisión del tribunal es absurda, puesto que nos pronunciamos por la pauta basada en todo el cerebro. Al leer este caso, entendemos que la cabeza de la mujer decapitada empezó a sufrir de anoxia como mínimo al mismo tiempo que el cerebro de su acompañante. Hemos realizado un giro paradigmático en nuestra percepción de lo que significa estar vivo y corporeizado en este mundo.

### Existir

Estas reflexiones filosóficas sobre la vida de las personas y el significado de la corporeización se pueden ilustrar en función de una fantasía bastante clara. Imaginemos que se consulta al neurólogo y

éste diagnostica una grave enfermedad neurológica. Lo peor de la noticia es que acabará destruyendo todo el cerebro. Lo mejor es que, gracias a los avances de la medicina, se pueden asegurar unas expectativas normales de vida. Si la reacción a esta información no se limita a decir que una vida así no merece la pena ser vivida, sino que no se *existirá* para que la vida resulte útil o inútil, se acaba de abrazar un concepto de la muerte basado en todo el cerebro.

El paso siguiente hacia una definición de la muerte basada en el neocórtex (o más exactamente, basada en los centros cerebrales superiores) se da cuando el médico vuelve al día siguiente diciendo que la noticia no es tan mala y que, aunque el paciente perderá el cerebro, la parte inferior del tallo cerebral, el puente de varolio y el cerebelo podrán salvarse. El paciente podrá respirar normalmente, sin respiración asistida, pero, sin embargo, no tendrá sensibilidad ni experiencia del mundo y permanecerá en coma continuo. Si a pesar de ello, se sigue pensando que entonces la persona no existirá y no sólo que esa vida será inútil, se acaba de dar el paso siguiente hacia un concepto de la muerte basado en los centros cerebrales superiores. Se habrá llegado a la conclusión de que, en cualquier caso, estar en el mundo como persona exige como mínimo algún nivel de sensibilidad y consciencia, que no basta la mera persistencia de las funciones biológicas. Se reconoce que los centros superiores cerebrales son condición necesaria para la vida de una persona porque son indispensables para un mínimo de percepción consciente. Cuando no hay cerebro, no hay persona. Asimismo, se reconoce que la mera existencia del tallo cerebral, del puente de Varolio y del cerebelo no bastan para la vida de una persona (ni siquiera para la vida de una mente). Un tallo cerebral, un puente de Varolio y un cerebelo intactos y en funcionamiento no garantizan por sí mismos la vida de una persona porque son insuficientes para la consciencia. En resumen, si el cerebro está muerto, la persona está muerta.

Quizá sigamos deseando no emplear tests determinantes de la muerte basados en los centros superiores cerebrales, aún cuando aceptemos intelectualmente un concepto de muerte basado en ellos, debido a la preocupación de que puede haber un excesivo número de determinaciones de muerte erróneamente positivas. Esta preocupación puede conducirnos a admitir que evitar tales riesgos justifica el coste de determinaciones de muerte erróneamente negativas. A ello hay que añadir el problema de los costes emocionales y sociales que conlleva el deshacerse de un cuerpo cuyos cen-

tros cerebrales superiores han muerto, pero que todavía respira espontáneamente. Podríamos pensar, consiguientemente, que individuos como Karen Quintan estaban muertos mucho tiempo antes de ser declarados muertos, aunque por sus posibles consecuencias adversas no deseemos seguir la política de declararlos muertos.

Pese a estas vacilaciones, parece que nos dirigimos hacia definiciones basadas en los centros cerebrales superiores, del mismo modo que en su día adoptamos una definición de la muerte basada en todo el cerebro.<sup>21</sup> Aunque la ley no permite declarar muertos a dichos individuos, la paralización de todo tratamiento se está convirtiendo en algo aceptable, si los familiares se muestran conformes. La Comisión Presidencial para el estudio de problemas éticos en Medicina y la Investigación biomédica y del comportamiento, hizo en su informe del 21 de marzo de 1983 la siguiente recomendación:

Es la decisión de los familiares de los pacientes la que determinará qué clase de cuidados médicos han de recibir los enfermos permanentemente inconscientes. Aparte de exigir para estos pacientes procedimientos apropiados de decisión, la ley no exige, ni debe exigir, la aplicación o continuación de ninguna terapia concreta, a excepción de los cuidados básicos que garanticen un tratamiento digno y respetuoso del enfermo.<sup>22</sup>

Los individuos permanentemente inconscientes caen por lo general en un limbo situado a medio camino entre los individuos a quienes se reconoce como personas vivas que están en el mundo, y aquellos otros a quienes se da inequívocamente por muertos. El que sea lícito, en términos morales seculares generales, interrumpir todo tratamiento, incluidas la hidratación y nutrición intravenosa, únicamente parece razonable en el sentido de que el cuerpo ya no alberga a nadie que pueda sufrir por deshidratación ni inanición, ni sentir placer por la hidratación y nutrición.<sup>23</sup> Por otro lado, ¿sería justificable que el paciente o sus familiares exigiesen tratamiento en tales circunstancias? ¿Debería acusarse de asesinato a quien matase a ese cuerpo? Los argumentos esgrimidos al respecto sugieren una contestación negativa en todos estos casos. Estos cuerpos, al no ser ya corporeización de personas, ni siquiera de la mente, se considerarán, al menos en términos seculares generales, cadáveres vivos biológicamente. Si alguien desea mantener el cadáver, estará en su derecho si usa sus fondos privados. El individuo que matase dicho cuerpo podría muy bien ser culpable de una falta moral —como

lo es el profanador de cadáveres— pero nunca sería un delito de asesinato porque en el cuerpo ya no habría nadie a quien matar. Tampoco deberían concederse indemnizaciones por negligencia médica para obligar a mantener la vida de tal entidad.<sup>24</sup>

El problema radica en dónde trazar la línea divisoria. Quizá no tengamos suficientemente claro cuánta consciencia es necesaria para que exista la vida de una persona. Una vez más, ésa es la razón de que podamos errar por el lado conservador. Podríamos exigir la falta de toda actividad encefalográfica, en ausencia de hipotermia o de depresivos del sistema nervioso central, para declarar la muerte, aunque la presencia de alguna actividad electroencefalográfica sea seguramente insuficiente para establecer la presencia de una persona. Esta opinión puede ser aceptable porque es evidente que la capacidad para mostrar actividad encefalográfica es condición necesaria para la corporeización de la persona humana, aunque diste mucho de estar claro cuánta actividad electroencefalográfica, y de qué clase, es *suficiente* para la vida de una persona. Propenderíamos a aceptar la ausencia de toda sensibilidad y consciencia como criterio para establecer la muerte de una persona, aunque la presencia de sensibilidad y consciencia mínimas no basta para determinar la presencia de la persona. Incluso una definición de muerte basada en los centros cerebrales superiores, que exigiese la destrucción de *todo* el neocórtex, sería conservadora.

La demanda judicial *In re Claire C. Conroy* nos ilustra sobre el problema de estos casos límite. Se trataba de una petición de interrupción de la alimentación nasogástrica de una mujer de 84 años que sufría de síndrome cerebral orgánico. Todavía movía a voluntad sus manos y sonreía cuando la peinaban, aunque era incapaz de comunicarse y sufría graves trastornos mentales. Nuestra opinión en casos como el de Conroy dependerá de, a) cuánta vida mental juzguemos suficiente para que viva la persona, y b) que la protección que mantengamos sea la debida a entidades que han sucedido a una persona. Las circunstancias del caso Conroy hacen inverosímil la alegación de que todavía era un agente moral. Con todo, todavía pueden emitirse exigencias morales seculares, que se pueden justificar de forma general (además de exigencias importantes con una base religiosa), en beneficio de las entidades que suceden a las personas y que conservan algo de sensibilidad, además de aquellas cuya vida todavía está débilmente iluminada por la razón.

Se trata de un problema ontológico: ¿cómo considerar la vida mental imperfectamente unificada de una persona gravemente se-

nil? Sería demasiado fácil decir que debería ser considerada en igualdad de condiciones que a otros animales que poseen niveles semejantes de vida mental. Es evidente que la persona senil posee como mínimo los derechos de tales animales, pero estas entidades humanas fueron en su día personas en sentido estricto, y sabemos quiénes fueron. Estas entidades ocupan una posición moral completamente diferente a la de los niños y la de los retrasados mentales profundos, quienes todavía no son, o nunca llegarán a ser, personas en sentido estricto. Resulta evidente que pueden existir obligaciones morales con estas ex-personas en lo que concierne a su cuerpo, como tenemos la obligación de acatar los deseos testamentarios de los difuntos. En efecto, en estos casos tenemos deberes para con tales entidades, a) debido a compromisos con las personas que fueron, b) debido a las personas reales a las que pertenecen (esto es, sus familiares) y c) debido a nuestra confusión en lo que respecta hasta qué punto estas personas anteriores siguen viviendo en una entidad que les sucede (esto es, una vida mental que ya no es la de un agente moral).

El primero y el segundo puntos únicamente motivarían por sí mismos un tratamiento respetuoso del cuerpo, como se hace con los cadáveres. Quizá justificasen también cuidados básicos, por cuanto lo que muere es el cuerpo de una anterior persona. La mayor fuerza reside en esta última consideración. Si hacemos de la pérdida permanente de consciencia el punto en que se declara muertos a los seres humanos, podríamos introducir una práctica que diese uniformidad a la declaración de muerte de los niños, retrasados, adultos, y personas seniles. Resolveríamos de un modo conservador el tratamiento de entidades con vida mental que pueden suceder a la vida de la persona. Este enfoque nos permitiría no adjudicar un sentido social de persona a niños anencefálicos o a otros nacidos con similares defectos neurológicos profundos. Individuos como Claire Conroy se considerarían vivos e individuos como Karen Quinlan serían declarados muertos.

*Hacia una definición de la muerte basada en los centros cerebrales superiores*

Llegamos así a la conclusión de que es insuficiente un concepto de muerte basado en todo el cerebro. Sea como fuere lo que llamamos persona como portadora de autorización, como la fuente

primordial de autoridad moral secular general, requiere como mínimo la presencia de esa sensibilidad que la persona en coma permanente ha perdido para siempre. Las definiciones de muerte basadas en todo el cerebro se centran en estructuras insuficientes para la corporeización de la persona. Este error, generalmente implícito en definiciones basadas en todo el cerebro, fue agravado por la Ley de determinación uniforme de la muerte (*Uniform Determination of Death Act*) propuesta por la Comisión Presidencial para el estudio de problemas éticos en Medicina y la Investigación biomédica y del comportamiento en su informe del nueve de julio de 1981 «Definición de la muerte». Esta ley era un retroceso con respecto a propuestas que hacían hincapié en el cerebro como corporeización de la vida de las personas. Veamos ahora la escasa claridad del anteproyecto de ley de 1975 de la Asociación de Abogacía Norteamericana: «A todos los efectos legales, se considerará muerto el cuerpo humano, cuyas funciones cerebrales hayan cesado total e irreversiblemente según las pautas usuales y acostumbradas en el ejercicio de la medicina».<sup>25</sup> Por el contrario, la Comisión Presidencial destacaba la importancia de las funciones del tallo cerebral en la vida del individuo. También incorporaba explícitamente tests circulatorios y respiratorios de comprobación de la muerte.

Está muerto el individuo en el que se haya producido a) una interrupción irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias o b) una interrupción irreversible de todas las funciones del cerebro en su conjunto, incluido el tallo cerebral. La determinación de la muerte deberá realizarse en todo caso de acuerdo con las pautas médicas comúnmente aceptadas.<sup>26</sup>

Esta propuesta de ley significa conceptualmente un retroceso. La definición apoya un criterio del cuerpo que no puede entenderse, si son las personas quienes tienen la mayor importancia moral secular.

En primer lugar, no existe necesidad explícita de incorporar un test circulatorio y respiratorio a la declaración de muerte. Si fallan las funciones circulatorias y respiratorias durante un corto período de tiempo, el cerebro muere. Este fallo funcional se utiliza en la mayoría de los casos como test de la muerte cerebral de acuerdo con «las pautas usuales y acostumbradas en el ejercicio de la medicina». Sólo hay que centrarse explícitamente en determinar la función cerebral cuando continúan las funciones circulatorias y respiratorias después de una eventual muerte del cerebro. En segundo lugar, y más difícil, es el intento de la Comisión de interpre-

tar la importancia del cerebro, no como patrocinador de la consciencia, sino más bien como el órgano primario integrador de las funciones de los principales sistemas orgánicos, o bien como sello de la integración corporal.<sup>27</sup> El informe de la Comisión representa un esfuerzo por reinterpretar definiciones de muerte basadas en todo el cerebro en términos organicistas y vitalistas, más que el reconocimiento de sus inferencias para la comprensión de la especial significación que tiene la corporeización de la persona en su cerebro. Para decirlo sin rodeos: la Comisión ha intentado convertir la definición de muerte basada en todo el cuerpo en un test especial de la muerte basada en todo el cuerpo. En opinión de la Comisión, la muerte del cerebro tiene importancia para señalar la muerte del cuerpo como un todo integrado. Este planteamiento también es válido para impedir el desarrollo de una definición de la muerte basada en los centros cerebrales superiores, interponiendo en principio una barrera a la adopción de esta definición al sugerir que un cuerpo cuyo tallo cerebral está vivo, pero que carece de un cerebro, es aún persona.

Dada la circunstancia de que el cuerpo humano, cuyos centros cerebrales superiores han muerto, no tiene vida mental (y como hemos defendido, no existe por tanto sujeto moral y mucho menos persona), el único motivo general secular de vacilación a la hora de adoptar definiciones basadas en los centros cerebrales superiores (a falta de acuerdos especiales, como los de tipo religioso) tendrá que basarse en las consecuencias (aspecto admitido parcialmente por la Comisión). En primer lugar, puede preocuparnos que los tests de muerte basados en los centros cerebrales superiores conlleven el riesgo de un número significativo de determinaciones erróneamente positivas, lo que constituye un problema tecnológico probablemente superable. Las cuestiones morales duraderas dependerán de los costes psicológicos implicados en la interrupción del tratamiento que se realiza como algo normal en individuos que se encuentran en coma permanente. La Comisión, por ejemplo, considera difícil declarar que un cuerpo clínicamente muerto, pero vivo por lo demás, ya no sea corporeización de la persona.<sup>28</sup> ¿Tendrá un impacto negativo en importantes prácticas y virtudes morales permitir, como norma general, que dichos individuos mueran de deshidratación e inanición? ¿Acarreará consecuencias adversas importantes dar pasos activos para efectuar la muerte? Las reflexiones de la Comisión Presidencial parecen negativas con respecto a la primera pregunta (presumiblemente se pro-

nunciaría de forma positiva en el segundo). Toda sociedad tendría que investigar a fondo los costes que implicaría el segundo.

Ciertas comunidades, a causa de sus creencias, no aceptarán una definición basada en los centros cerebrales superiores, como muchas no aceptan actualmente la definición de muerte basada en todo el cerebro. Pensemos por vía de ejemplo en que, según los judíos ortodoxos, un individuo no muere hasta que ha exhalado el último suspiro.<sup>29</sup> En efecto, cuando se pasa a una definición de muerte neocortical, no sólo los judíos ortodoxos desean una pauta diferente; se pueden establecer diferentes definiciones de muerte para diferentes comunidades. Establecer reglas específicas para cada comunidad, que diriman en qué momento debe corresponder la propiedad a los herederos, supone la menor dificultad, puesto que sólo hay que darse de alta como miembro de una comunidad concreta, que posea una definición de muerte públicamente conocida. Se pueden sufragar los gastos en la medida en que las comunidades que, debido a una definición que aplaza la declaración de defunción, exigen tratamiento ulterior, deban pagar la asistencia suplementaria. En algunos casos esto exigirá que esas comunidades creen unidades de tratamiento u hospitales especiales. En el caso de que el pago no tenga lugar, se aplicará la pauta secular. Con respecto al homicidio, se puede aplicar por lo menos uno de los dos enfoques nombrados a continuación. En primer lugar, se puede establecer la definición de muerte neocortical general como defensa ante al homicidio, pero no ante el abuso de un cadáver. En segundo lugar, se puede procesar por asesinato a aquella persona que dé fin a la vida biológica humana de un individuo, al que todavía se considera vivo en una comunidad, en la que se afirma que tales personas no están muertas hasta que es aplicada una definición de muerte no neocortical. El primer enfoque es más factible y todavía satisface suficientemente las exigencias de los miembros de comunidades morales determinadas, dada la existencia de numerosas sectas distintas, que ni siquiera aceptan la definición usual de muerte de todo el cuerpo.<sup>30</sup>

#### *Aborto, daños al feto e infanticidio*

En la sección anterior de este capítulo examinábamos el fin de la vida humana y, como quiera que la muerte de la persona no siempre coincide con la interrupción de la vida biológica de su

cuerpo, nos enfrentábamos a una serie de problemas. Aquí nos ocurrirá algo parecido. El comienzo de la vida de una persona no es el principio de la vida de una persona como agente moral, sino que, en la ontogenia humana, transcurren meses de vida biológica antes de que haya pruebas de vida mental, y pasan años hasta que se hace evidente la vida de una persona como agente moral. La posición moral de los cigotos, embriones, fetos e incluso bebés es, consiguientemente, problemática. Como veíamos en el capítulo V, no es de recibo mantener que los fetos son personas en el sentido estricto de ser agentes morales. De hecho, no hay pruebas ni tan siquiera para mantener que los niños pequeños lo sean. Cualquiera que sea la vida mental de los fetos y bebés, no es la vida de agentes morales conscientes de la propia identidad, de tal modo que la categoría moral de un mamífero adulto será, *ceteris paribus*, más elevada. Pese a esta constatación de hechos, prácticas enraizadas en la cultura occidental tienden a rechazar la muerte de fetos humanos y recién nacidos más decididamente que la de los antropomorfos. Desde la atalaya de argumentos sostenibles en términos seculares generales, entendemos que, en el mejor de los casos, tales prácticas confieren, por su utilidad, ciertos derechos de personas a esas formas de vida biológica humana. Como apuntábamos en el capítulo V, estas prácticas implican el tratamiento de los casos de vida biológica humana en un sentido social de personas y muestran similitudes con los modos de tratar a los adultos muy seniles o gravemente trastornados. La diferencia radica en que todavía no conocemos la persona en que, con algo de suerte, se convertirá el feto o el recién nacido, como conocíamos la persona que fue la persona gravemente senil.

En caso de muerte, veíamos que la línea divisoria moral secular admitida entre personalidad y no personalidad se desplazaba de una concepción de la muerte basada en todo el cuerpo, pasando por la concepción de la muerte de todo el cerebro a la propuesta de emplear una concepción de la muerte basada en los centros cerebrales superiores. Esta traslación constituye un retroceso en la atribución de la categoría de persona a un conjunto de individuos que no son estrictamente personas, pero que, en su momento, fueron tratados como tales en sentido social. Ha existido una simetría superficial entre el uso de definiciones de la muerte y de la vida basadas en todo el cuerpo como líneas divisorias para atribuir la calidad de persona. Se retiraba la categoría de persona al exhalar el último suspiro y se otorgaba cuando se aspiraba el primero. Con la

introducción de una definición de muerte basada en todo el cerebro se podría pretender erróneamente una nueva simetría, al sugerir equivocadamente que el criterio de ausencia de actividad electroencefalográfica, que ha sido adoptado como test de muerte, valdría, a la inversa, como test para el comienzo de la vida de la persona. Se concluiría entonces erróneamente que cuando comienza la actividad electroencefalográfica, comienza la persona, al menos, en la medida en que se puede justificar el concepto de persona en términos morales seculares generales. Cuando se declara la defunción de una persona, se utiliza la presencia de actividad electroencefalográfica como prueba de la condición necesaria, pero no suficiente, de la presencia de una persona. La presencia de actividad electroencefalográfica no demuestra la presencia de una persona. No existe prueba alguna de que el feto sea un agente moral.

Esa simetría que se pierde cuando nos decantamos por una definición de muerte basada en todo el cerebro, no se recobra con una definición basada en los centros cerebrales superiores. Intentamos señalar el momento en que al final de la vida, cesa la consciencia, pero cuando con la muerte parcial de los centros cerebrales superiores la consciencia queda grandemente reducida, todavía no es seguro que haya terminado la vida de la persona. Por otra parte, cuando sólo aparecen indicios mínimos de consciencia, podemos estar seguros de que todavía no existe una persona en el sentido estricto de un agente moral. La presencia de una cierta actividad neocortical no es suficiente para la presencia de un agente moral. Esta asimetría deriva del hecho de que con personas moribundas sabemos quién está muriendo, y podemos tener deberes específicos para la protección de sus intereses, incluso en la zona crepuscular de vida mental no personal. En el caso del feto y del recién nacido, todavía ignoramos quiénes llegarán a ser. No existen deberes morales seculares específicos para con personas que todavía no existen. Sólo son las personas en sentido estricto quienes pueden dar su autorización y cuya utilización no autorizada viola el núcleo de la moralidad secular. La autoridad moral secular para utilizar a entidades que no son personas depende de las que sí lo son. La categoría moral secular de las entidades que todavía no son personas en sentido estricto procede de las que sí lo son. Por el contrario, quizá hayamos hecho promesas concretas a una persona muerta relativas al cuidado de su cadáver. También en caso de muerte, nos preocupamos de evitar prácticas que nos expongan al riesgo de una determinación de muerte erróneamente



positiva o prematura, riesgo que no existe en el caso de fetos y recién nacidos. Uno nunca será un niño. Además, no hay evidencia de que los fetos o los recién nacidos sean agentes morales. Tendremos como máximo el deber de no dañar malintencionadamente a la futura persona en que el feto puede convertirse.

### *La categoría de los cigotos, embriones y fetos*

Para comprender la categoría moral del comienzo de la vida biológica humana necesitaríamos examinar la importancia que tiene esa vida para las personas como agentes morales, y habida cuenta de que esa vida no es la vida de una persona en sentido estricto, la persona en cuestión no estará corporeizada en ella. Si el feto humano ocupa una posición moral más elevada que un animal con un nivel similar de desarrollo es, en términos seculares generales, porque su vida tiene importancia para la mujer que lo ha concebido, para otras personas de su entorno a las que pueda interesar, y para la futura persona que resultará de él. Aunque a las personas que, desde un punto de vista religioso, censuran el aborto les parezca absurda la comparación entre animales y fetos humanos, se trata de una comparación que se ve confirmada en los códigos penales seculares, que permiten a las mujeres abortar, pero no torturar a sus animales domésticos.

Considerado simplemente en sí y por sí mismo, un cigoto, un embrión o un feto puede exigirnos algo de forma secular como podría hacerlo un animal con un nivel semejante de desarrollo y de capacidad para el dolor y el sufrimiento. Dado el desarrollo mínimo de esta vida humana, la exigencia moral será también mínima. No sería posible incluso, ni requerir la elección de un procedimiento abortivo menos fiable, para que minimizase el riesgo de dolor y sufrimiento del feto. Atribuirle un significado tan notable al dolor del feto nos obligaría a tomar también muy en serio el dolor de otros organismos de un nivel mental semejante, lo que nos parece poco creíble en términos morales seculares generales. Los organismos con el desarrollo general de un feto no demuestran la capacidad de sufrimiento que tiene un gato, un perro o un mono adulto. Bastará con ofrecer una razón bienintencionada y sincera como justificación de ese dolor que se impone al feto, justificación que encontraremos demostrando que un procedimiento abortivo determinado minimizará los riesgos de la mujer, le será más con-

veniente o bien asegurará con mayor eficacia la muerte del feto (para un análisis de los derechos de los animales, véase el capítulo V).

Estas decisiones no constituyen un derecho moral secular de la mujer sólo porque ella, y no el feto, sea una persona en sentido estricto, sino porque son decisiones que no causan un daño desproporcionado al feto como ejemplo de vida animal. Es muy improbable que un feto, que posee lóbulos frontales poco desarrollados e insuficientemente conectados entre sí, sea capaz de experimentar sufrimiento, aunque sea capaz de experimentar dolor. El sufrimiento exige una percepción del color como amenaza, como algo negativo, como algo que hay que evitar. El sufrimiento exige algo más que una simple cualidad nociva. Exige la percepción de esa cualidad negativa, de esa sensación, como algo indebido, dañino y doloroso. Es muy dudoso que los fetos de gestación prematura siquiera experimenten el dolor. Los reflejos retráctiles ocasionados por estímulos nocivos no demuestran que se experimenten como sensación negativa. El dolor de un feto no tiene importancia para el mismo feto porque el hecho de dar importancia al dolor no está a su alcance, ya que requeriría una capacidad reflexiva que ni siquiera poseen los recién nacidos.

Por esta razón, para determinar su valor, hay que dirigirse hacia las personas a las que pertenecen los fetos. El feto de una mujer que desea tener un hijo adquiere considerable significación. Su interés y amor, junto con el de quienes la rodean, le dan valor. La madre, el padre, los abuelos, las abuelas, los tíos y las tías en ciernes, pueden conferir un gran valor al embrión o al feto, pero también puede ocurrir lo contrario: debido a las circunstancias de la concepción, a las previsibles circunstancias del nacimiento o bien porque el feto sea deficiente o deforme, se le confiere un valor negativo. Se le considera entonces algo amenazador o dañino.

Quienes han producido el feto, al menos en la moralidad secular general, son los primeros en poder determinar efectivamente su utilización. Por lo general, son el padre y la madre que lo han concebido, especialmente ésta última, que lo lleva en su seno. Ellos lo produjeron, lo hicieron, es, por tanto, suyo. El feto puede contemplarse como una forma especial de propiedad muy querida: el linaje biológico de la familia, un intento de la pareja de modelar otra persona sobre la que derramar su amor y procurarle cuidados y solitudes. Otras personas también pueden entablar una relación con los productores de gametos por medio de acuerdos específicos,

de tal modo que los términos «padre» y «madre» se convierten en términos ambiguos. Pensemos por vía de ejemplo en la maternidad de alquiler, circunstancia en la que se introduce en el útero de la madre gestante un embrión que no tiene ningún parentesco con ella. Los productores de gametos pueden haber hecho un contrato con la pareja (directa o indirectamente) para que produzca un embrión que se insertará en una madre gestante. Los procreadores pueden transferir por medio de un contrato sus derechos, como es el caso de la donación de un embrión. Pero la cuestión no varía. En la moralidad secular general son las personas quienes dotan de valor a los cigotos, embriones o fetos, y quienes los hicieron o procrearon tienen prioridad para fijar definitivamente su valor. Los embriones y fetos, que han sido producidos privadamente, son propiedad privada.

Aunque la sociedad incentive acciones u omisiones reproductoras de diversa clase, la autoridad moral secular limitada del Estado y la posición del feto como propiedad privada, convierten, en el ámbito de la moralidad secular general, la utilización de la fuerza no consentida para determinar las opciones abortivas de la mujer en algo incorrecto. A menos que los procreadores hayan transferido sus derechos a terceros (donando, por ejemplo, el embrión a otra mujer o a otra pareja) mantienen el derecho moral secular de abortar el feto, incluso en el caso de que a otras personas les agrada adoptar al futuro niño. Son los padres, especialmente la madre, quienes han producido el feto. Además de nuestro cuerpo, también el esperma, los óvulos, los cigotos y los fetos que producimos son, en términos morales seculares generales, ante todo propios. Son la prolongación y el fruto de nuestro propio cuerpo. Son nuestra propiedad y podemos disponer de ellos hasta que tomen posesión de sí mismos como entidades conscientes, hasta que les otorguemos una categoría específica en la comunidad, hasta que transfiramos a terceros nuestros derechos sobre ellos o hasta que se conviertan en personas. Esta forma de entender los derechos pone de relieve la falta de autoridad que tienen los demás para imponer su voluntad sobre decisiones tan privadas. En una moralidad secular basada en la autoridad del permiso, se abren grandes espacios morales en los que se tiene la libertad de hacer lo que otros considerarán moralmente incorrecto.

Podemos imaginar tribunales invitados a resolver conflictos entre padres y madres en potencia con deseos enfrentados en cuanto a la realización de un aborto. Imaginemos aquí que los individuos

son *yuppies* desarraigados. Como quiera que sería muy difícil determinar quién prometió qué a quién y, por respeto a la intimidad de la familia como unidad social, lo prudente sería seguir el ejemplo del Tribunal Supremo de los Estados Unidos de no intervenir utilizando la fuerza secular general del Estado en la solución de tales conflictos.<sup>31</sup> Como es la mujer la que invierte las mayores energías en el desarrollo del feto, y sería su cuerpo el que se sometería a control, lo correcto sería permitirle que tome la decisión protegida legalmente, si no existen acuerdos especiales previos. Sin embargo, se debería prestar protección frente al coste de cuidar al niño al hombre que renuncia a tenerlo como parte de un acuerdo prenupcial o de otro acuerdo similar. También se podría utilizar con probidad moral el poder estatal para evitar que una madre de alquiler intente abortar el feto que se ha comprometido contractualmente a gestar hasta el parto. A falta de un contrato específico, la decisión de abortar se debe tomar sin amenaza de fuerza o coacción estatal. Quizá los demás lamenten lo que yo hago con lo que es mío, pero al ser mío, me corresponde la decisión final, sea correcta o equivocada, de la forma de disponer de ello, incluida la forma de disponer de cigotos, embriones y fetos.

La explicación precedente de la posición moral de cigotos, embriones, fetos y niños resulta escandalosa, si se contempla desde la perspectiva de la cultura occidental tradicional, amén de si se contempla desde la perspectiva de lo que se entiende propiamente por fe cristiana tradicional. Esta sensación de disgusto se debe al reconocimiento de la distancia que separa lo que procede de la moralidad secular general de lo que se conoce a través de la fe, y hay que considerar como una invitación a reconocer la imposibilidad de reconstruir la sensibilidad moral judeo-cristiana por medio del razonamiento moral secular general. Como ya señalábamos anteriormente, esta lucha por conseguir lo imposible caracterizó a la Ilustración y caracteriza también a la desilusión posmoderna. A este respecto la figura de Kant, que señala tanto el apogeo como el final de la Ilustración, es un excelente ejemplo. Pensemos en su intento de demostrar, basándose únicamente en la razón, que la masturbación es un acto inmoral que es peor que el suicidio.<sup>32</sup> Kant intenta justificar, por medio de la razón, su concepción protestante concreta de la sexualidad. Visto desde nuestra perspectiva, este intento es un fracaso hilarante, pero, de forma similar, también fracasa el intento de demostrar, en términos seculares generales, el mal implicado en el aborto y el infanticidio. Por mucho

que sepamos que el aborto y el infanticidio son actos moralmente erróneos, no podemos fundamentarlo en términos seculares generales.<sup>33</sup> Existe un completo contraste entre la moralidad secular general y el compromiso moral dotado de contenido.

De este contraste se infieren consecuencias desfavorables para la autoridad secular general que posee el Estado de imponer o exigir un único código penal para estas materias, ya que no puede obtener el suficiente consentimiento de los súbditos para justificar la imposición de una moralidad dotada de contenido concreta. Las visiones acerca de la forma correcta de reproducción son múltiples, divergentes e incompatibles. No está disponible la suficiente autorización para conseguir un enfoque uniforme de este asunto. Si la autoridad moral del gobierno procede de la autorización de los participantes, y si, como pudimos comprobar en el capítulo V, esta autorización es limitada, quedan espacios morales en el ámbito de los Estados seculares ubicados geográficamente, en los que las comunidades pueden conseguir la autoridad necesaria para establecer códigos penales y derechos a asistencia social particulares, sólo aplicables a sus propios miembros. Con la creación de códigos civiles y de asistencia social públicos y especiales, se reconocerán los límites morales de la autoridad de los Estados de localización geográfica. En estos espacios morales los individuos podrán expresar sin trabas sentimientos parecidos a los siguientes: «Si al gobierno no le gustan mis compromisos morales concretos, puede permitirme que yo los lleve a cabo pacíficamente y en compañía de otras personas anuentes». Este tipo de ley específica de una comunidad admitirá los límites de la autoridad moral secular, al tiempo que reconocerá la importancia de los compromisos dotados de contenido de las comunidades morales concretas.

La ley, siguiendo el ejemplo de Nueva Jersey de permitir definiciones de muerte específicas a una comunidad, debe también permitir a comunidades concretas establecer y vivir con arreglo a su propia estimación de la posición que ocupan los cigotos, embriones, fetos y niños, mientras que esto no implique la utilización clara e involuntaria de las personas. Los miembros de comunidades concretas deben poder llevar a cabo sus obligaciones morales en estas áreas vinculándose a leyes que prohíban dar muerte a los propios cigotos, embriones, fetos y niños, aunque estas leyes no sean válidas para las personas que no pertenezcan a su comunidad. Quienes reconocen la importancia que tiene respetar la posición especial de la vida humana en un período anterior al que la ley se-

cular general permite tratar como vida personal humana, pueden entonces afirmar sus propias opiniones morales y dar fe de la importancia que éstas tienen para los demás. Cualquiera modo que encuentre la ley, dentro de las obligaciones impuestas por el principio de permiso, para adaptarse al hecho de que quienes no son miembros de comunidades concretas dan muerte a individuos que se consideran muertos desde un punto de vista secular, pero que son miembros de determinadas comunidades que todavía les consideran vivos, podrán aplicarse también a actos similares realizados contra cigotos, embriones, fetos y niños. En un mundo que se caracteriza por la diversidad moral, el limitado contenido moral secular general, y la creciente sofisticación de almacenaje y transferencia de datos a nivel internacional, los individuos deben poder llevar consigo sus especiales derechos y obligaciones penales y de asistencia social.

#### *Vida (legalmente) injusta*

En la moralidad secular general existe una importante limitación respecto a lo que está permitido hacer con los fetos. Si alguien decide no abortar el feto, si decide no matarlo, entonces deberá cuidarse de no perjudicar a la futura persona en que éste puede convertirse. Dañar al feto, a diferencia de matarlo, pone en marcha una cadena causal que puede lesionar a la futura persona. Esta obligación moral de abstenerse de actos que lesionen al feto que probablemente se convertirá en una persona, se ha examinado jurídicamente bajo la rúbrica de «responsabilidad (civil) por vida (legalmente) injusta» (*tort for wrongful life*). Los pleitos por este concepto se deben distinguir de los que origina la responsabilidad por concepción (legalmente) injusta (*tort for wrongful conception*) y la responsabilidad por nacimiento (legalmente) injusto (*tort for wrongful birth*), en los que los individuos ponen un pleito por haber sido perjudicados por el fallo de un anticonceptivo o de un proceso de esterilización y deben ahora criar a un niño o a un niño impedido.<sup>34</sup> En las demandas por vida (legalmente) injusta, el niño mismo demanda por haber nacido en circunstancias relacionadas con un daño o una lesión.

En estos pleitos, el demandante se queja de un daño que únicamente pudo haber sido evitado no concibiéndolo o habiéndolo abortado. La historia de estos pleitos es, en cierto modo, pintores-

ca e incluye la reclamación de un hijo ilegítimo contra su padre, argumentando que nacer bastardo en Illinois es un perjuicio (tal vez a diferencia de otros Estados, donde parece ser un requisito para obtener un cargo político) por el cual el niño debería poder cobrar daños y perjuicios.<sup>35</sup> Esta demanda no prosperó, al igual que otras, como la presentada por una muchacha concebida al ser violada su madre por otro enfermo en un hospital psiquiátrico del Estado de Nueva York.<sup>36</sup>

Un tribunal de apelación de California sentó jurisprudencia en el caso *Curlender contra Bio-Science Laboratories*.<sup>37</sup> El tribunal no sólo concedió daños y perjuicios a la pareja, sino también a su hijo, por haber sido informados erróneamente de que no eran portadores de la enfermedad de Tay-Sachs, añadiendo en un considerando, que si el médico y los laboratorios hubiesen transmitido la información correctamente, el niño hubiera podido demandar a sus padres. El tribunal adujo que existe un deber paterno de evitar el nacimiento de hijos en estado anormal, incluso si esto significa evitar su nacimiento, considerando que la procreación consciente de un niño deficiente es un acto negligente que conlleva responsabilidad exigible judicialmente. Este dictamen fue eliminado posteriormente. Como cuestión moral secular, este enfoque nos parecerá poco creíble si en la vida futura del niño los perjuicios no superan a los beneficios. No se habrá perjudicado, considerando los pros y los contras, a esa futura persona al traerla al mundo. Si para los padres es razonable asumir que entre lo bueno y lo malo se producirá un saldo favorable al niño, la procreación parecerá justificarse moralmente en cuanto el niño no constituya una carga (no estipulada) para otros.

Como los actos malevolentes están prohibidos, resta el problema de distinguir entre daños previstos e intencionados. Puede que los padres no tengan intención de hacer daño, pero parece permisible prever, pero no desear, dañar al propio hijo.<sup>38</sup> Imaginemos el caso de un rey en una monarquía constitucional, que tiene que tener descendencia para que continúe la línea sucesoria, y donde, a falta de un heredero, se establece un régimen opresivo, pero donde el sucesor heredaría una enfermedad muy dolorosa. La cuestión estriba en si procrear una persona en circunstancias en las que la concepción está inevitablemente ligada a futuros daños, debe contar como daño no consentido a esa futura persona. Si la existencia está ligada al daño mismo, y ese daño no se desea, sino solamente se prevé, ¿se habrá violado la autonomía ajena, en el sentido de utilizar a esa persona en contra de sus deseos?

A esta pregunta da respuesta, en parte, comprender lo que significa producir un hijo. No es necesario producir el niño por el niño mismo. Un gran número de los niños nacidos no fueron directamente pretendidos, ni explícitamente planeados y, más bien, fueron resultado del hábito, el accidente y la pasión. Incluso los que sí fueron planeados quizá no fueron procreados sólo por ellos mismos. Probablemente eso sucede pocas veces. La gente concibe hijos porque los necesita para el laboreo agrícola o para que les sustenten cuando sean mayores. También lo hacen por el profundo deseo humano de tener hijos, de tener la compañía y el cariño de otros, no exclusivamente por hacerles un bien procurándoles la existencia. También se pueden concebir los niños debido a una concepción basada en la fe del significado del matrimonio. También existen objetivos tradicionales, como el de la continuidad familiar y de las tradiciones, que requieren engendrar nuevas generaciones, todo lo cual hará de la procreación un acto bastante desinteresado, aún cuando no dirigido primordialmente al niño. En cualquier caso, se producen niños por objetivos que les son ajenos, pero que pueden convertirse en propios y a los que no han dado su consentimiento.

El regalo de la vida conlleva sus cargas. Los niños corren riesgos siempre que sus padres eligen zonas peligrosas para vivir, trabajar o ir de vacaciones. La decisión de vivir en un área urbana en lugar de en una pequeña localidad, conlleva, por lo general, riesgos no sólo para los padres, sino también para los hijos. De modo semejante, las personas que durante el pasado siglo emigraron al oeste americano, frecuentemente tomaron decisiones que les exponían a ellos y a sus hijos al peligro. De igual modo, quienes mantienen un modo de vida tradicional, como los BaMbuti —de quienes ya hablamos en el capítulo III— exponen a sus hijos a una mortalidad infantil mucho mayor que si llevasen otro sistema de vida. Por lo general, los padres realizan esa elección para obtener un saldo favorable de beneficios para la familia, ya sea porque hay empleos o ayuda social disponibles, por las virtudes implícitas en un modo de vida tradicional o bien porque las promesas de una nueva frontera justifican los riesgos. Se entiende que son decisiones correctas porque responden a una particular interpretación de la vida buena a la que se adhieren los padres.

La exposición de los hijos a diversos riesgos como parte del estilo de vida de los padres, no requiere justificación con arreglo a su visión de lo que son unos buenos padres. Los padres a menudo fu-

man, beben o esquían, no porque crean que con ellos beneficiarán a sus hijos, sino sencillamente porque les gusta. ¿Debe el Estado prohibir esos actos? ¿Son esos actos, en términos seculares, erróneos?

Dada la opacidad del futuro, que incluye nuestra ignorancia sobre los deseos de los futuros individuos y, teniendo en cuenta que las personas futuras no existen todavía, por definición, como personas en sentido estricto, si actuamos de manera no malevolente con respecto a ellos, no violaremos la noción misma de la comunidad pacífica, y ello es así incluso si en el futuro esos individuos concebidos no celebran la circunstancia de su existencia. En primer lugar, no hay deberes específicos de beneficencia para con los individuos futuros. Éstos ni siquiera pueden establecerse si no existe un acuerdo para con individuos ya existentes. No se exigirá (en términos generales seculares) proveer a los niños con legado alguno (aunque el legado sería loable). Sin invocar a ninguna comunidad moral en particular ni a su visión de la buena vida, quizá lo máximo que se pueda exigir será intentar proporcionar un estado de vida en el que, verosímelmente, haya más beneficios que perjuicios, en función de la visión moral de los procreadores. Cualquier acción de estos últimos impondrá, hasta cierto punto, una visión determinada de la buena vida sobre sus hijos. Tales imposiciones sobre futuras personas son inevitables y correctas, ya que esas personas no existen, amén de que todavía no poseen una concepción concreta de la buena vida.

Elegir por ellos no es una violación del principio de permiso, a menos que sea evidente que ellos no darían su permiso si pudiesen hacerlo (como en el ejemplo de la bomba que explotará dentro de veinte años y matará a futuras personas). La noción de comunidad pacífica excluye ciertos actos contra la futura persona. Si el terrorista mencionado en el capítulo V coloca una bomba para que explote dentro de años y mate a futuros individuos, parece verosímil suponer que el terrorista no sólo habrá actuado de un modo no caritativo, de hecho de modo malintencionado, sino que habrá violado los derechos de autonomía de esos futuros individuos. Habrá actuado de un modo que —presumimos razonablemente— va en contra de los deseos de esas futuras personas, además de ser malevolente, justificando así el uso de la fuerza defensiva. Aunque los deseos de las futuras personas no sean nada ciertos, lo máximo que se puede decir es que no se debe actuar directamente para afectarlas de una manera que probablemente irá en contra de sus

deseos. Esta consideración va en contra del terrorista, que podría afirmar que los niños en el futuro estarían mejor muertos.

Se nos permite un gran margen de maniobra al actuar, según nuestra propia visión de la vida buena, cuando se trata de posibles personas futuras, debido a la dificultad de demostrar que se actúa en contra de la noción general de comunidad de personas pacífica y caritativa. Vivir en el futuro significa estar a merced de pasadas visiones de la vida buena, incluidas antiguas visiones de beneficios y perjuicios. Las personas actuales no pueden pedir permiso a futuras personas. Con todo, los argumentos precedentes establecen ciertas obligaciones. Al aumentar el orden de rigor, los principios de beneficencia y de permiso pueden servir de guía. En primer lugar, no se debe actuar con arreglo a la propia visión moral contra futuras personas de tal modo que se causen, verosímelmente, más daños que beneficios. La violación del principio de beneficencia en general no excusa la imposición de restricciones coercitivas, pero, sin embargo, actos malevolentes sí justifican tales intromisiones. Expresado de un modo más riguroso diremos que, utilizar a una futura persona de un modo que parezca ir en contra de lo que ésta pueda desear en el futuro, viola el principio de permiso, del mismo modo en que lo hace la utilización de futuras personas de una forma que se oponga a los deseos de las personas que las han producido.

Estas obligaciones son en general aplicables a la relación entre personas actuales y futuras y son lo menos rigurosas en el caso de padres que arguyen del siguiente modo: a) «tómalo o déjalo, no te hubiésemos concebido excepto en circunstancias que te hubiesen perjudicado»; o b) «tómalo o déjalo, no te hubiésemos concebido, a menos que hubiésemos podido criarte en circunstancias perjudiciales para ti». Mientras a) no haya intención malevolente, y b) no se pueda esperar que el hijo probablemente no desee vivir en esas circunstancias, no se violan el principio de beneficencia ni el de permiso. La segunda condición subraya del mejor modo posible con respecto a los niños, la obligación derivada del principio de permiso que tienen los padres de no herir a sus hijos sin que éstos den su autorización.<sup>39</sup> El principio se atenúa especialmente debido a que los padres pueden argüir que no se reproducirían si tuviesen que renunciar a fumar, a hacer vuelo de ala delta, o a atravesar la selva amazónica con sus hijos, etc. Esto también es aplicable al argumento de que no nos reproduciríamos si ello exigiese realizar pruebas prenatales o abortar. El niño recibe, al menos, el don no

malevolente de la vida, que no está claramente en contra de los futuros deseos del niño. Con respecto a las cuestiones morales planteadas por las acciones judiciales por daños debidos a vida (legalmente) injusta, podemos concluir que, dentro de ciertos límites, no está moralmente prohibido concebir un niño y permitir que el embarazo llegue a su fin, sabiendo que tiene un defecto genético o congénito. En el seno de comunidades morales concretas pueden existir principios morales especiales, incluidos principios especiales de beneficencia, que prohíban una reproducción de ese tipo. Volveremos sobre esta cuestión en el próximo capítulo, cuando examinemos en qué circunstancias se puede retirar a los padres la custodia de sus hijos. Sin embargo, todavía queda por hacer una aplicación de estas reflexiones.

*Intervenciones estatales en favor del feto: cesárea, cirugía fetal y compromiso civil*

Nuestras reflexiones son aplicables no sólo a las decisiones de reproducir sabiendo que el niño será portador de un defecto genético. También son aplicables al supuesto derecho del Estado de obligar a una mujer a someterse a intervenciones médicas y quirúrgicas que impidan daños al feto o curen enfermedades o defectos fetales, derecho que se ha aplicado en algunos casos recientes en los que se ha obligado a mujeres a someterse a cesáreas para proteger la vida o la salud del feto. Uno de ellos, *Jessie Mae Jefferson contra el hospital Griffin Spalding*, fue visto por el Tribunal Supremo de Georgia, que ordenó la práctica de un parto por cesárea.<sup>40</sup> El caso afectaba a una mujer con placenta previa en su trigésimo-novena semana de embarazo. Miembro de la Iglesia Baptista del condado de Buffs en Georgia, sus escrúpulos religiosos la llevaron a rechazar una cesárea. Un alumbramiento vaginal habría producido una gran hemorragia, lo que únicamente podía evitarse practicando una cesárea. El tribunal obtuvo pruebas de que si no se practicaba, el feto tendría un 99% y la madre un 50% de probabilidades de morir. Dada esta información, el juez Hill declaró: «Hemos sopesado el derecho de la madre a practicar su religión y rechazar el ser intervenida quirúrgicamente y el derecho del niño nonato a la vida, y nos pronunciamos en favor del derecho de éste último».<sup>41</sup> El parto se realizó por vía vaginal sin ningún tipo de problemas.

El fallo de este tribunal da lugar a un auténtico rompecabezas. ¿Por qué habría de ser un error, en términos morales seculares generales, que una mujer rechace un tratamiento que salvaría su vida y la de su feto? Una vez más, la respuesta dependerá de hasta qué punto un riesgo para el futuro hijo, previsto, pero no intencionado, es compatible con la noción de la comunidad pacífica y caritativa. Si constituyese una violación de esa comunidad pacífica, una comunidad que funciona con autoridad moral secular justificable de forma generalizada, el principio de permiso lo prohibiría. Si violase la noción de la comunidad caritativa (siendo malevolente) el principio de beneficencia lo prohibiría. Proponíamos en el capítulo IV, que las acciones malevolentes contra personas no anuentes pueden legitimar el hecho de que otros vengan en su defensa. Pero ¿qué decir de los que esperan un milagro (el movimiento de una placenta previa, por ejemplo)? ¿Qué decir de los actos irresponsables? ¿Qué decir de quienes reconocen que sus actos no son caritativos, pero niegan que sean malevolentes? Pensemos en el caso de una mujer que fume o beba sabiendo que pone en peligro a su feto. No fuma o bebe para perjudicarlo. En realidad desea lo mejor para él. Simplemente opina que los derechos del feto sobre ella no tienen entidad suficiente para cambiar sus hábitos y quizá también, que la futura persona en que puede convertirse el feto, se deberá considerar feliz con el regalo de la vida y no protestar de los perjuicios causados por sus hábitos. Si el niño no está satisfecho con el regalo, siempre podrá liberarse por medio del suicidio.

Si se daña un feto intencionadamente pensando que para la futura persona la vida probablemente no merezca la pena ser vivida, la previsión de suicidio no basta para defenderse de la acusación de haber actuado contrariamente a los principios de permiso y beneficencia. Como mínimo, la persona producida puede reconocer la obligación moral de no suicidarse y estar, por tanto, condenada al sufrimiento. Se habrá actuado para producir una futura persona a sabiendas de que tendrá que vivir con más daño que beneficio. En esas circunstancias se puede presumir que el individuo, después de considerar los pros y los contras, no consentirá a sufrir esos daños. Cuando parece que, en función de la propia visión del bien, los perjuicios superan a los beneficios se puede presumir que se perjudica a una futura persona que no da su consentimiento.

Dadas las reflexiones expuestas en las líneas anteriores, hemos de concluir que puede utilizarse la fuerza estatal para obligar a someterse a una cesárea, a la cirugía fetal o a otras intrusiones en el

cuerpo de la mujer, o a restringir su libertad para proteger la salud futura de un niño en el útero, si y sólo si las acciones u omisiones perjudiciales de la mujer a) son malintencionadas y b) el estado previsto de la futura persona es tan desventajoso que sea verosímil que el niño no desee vivir en esas circunstancias. La violación de cualquiera de estas dos condiciones justificará el uso de la fuerza en defensa de una futura persona que es inocente. En caso de verdadera malevolencia se permitirá la intervención, como ya argumentábamos en el capítulo IV. En el caso de que el perjuicio causado a una persona inocente no anuente sea de tal alcance que haga su vida inaceptable, estará justificada la intervención en su ayuda. El reconocimiento del derecho moral secular *prima facie* de la mujer a no ser molestada cuando busca su propia visión del bien, limita la libertad de intervención. La libertad que en esta materia posee la mujer embarazada no es extensible a terceras personas que actúan para causar este daño o a otras mujeres que han cedido parte de su libertad por medio de un contrato específico, como es el caso de las madres de alquiler.

La limitación del poder estatal en la moralidad secular general, no limita a) la censura de los actos realizados por la mujer desde la perspectiva de una visión moral particular, ni b) las intervenciones acordadas como parte de la integración en una comunidad moral concreta, más verosímilmente en una comunidad no ubicada geográficamente. Aunque estas reflexiones se han centrado en las mujeres, irán adquiriendo una significación aún más amplia, a medida que se haga evidente de qué forma están influenciados los gametos, tanto masculinos como femeninos, por las circunstancias, en perjuicio de los futuros hijos.

Las reflexiones sobre la moralidad secular no nos conducen a nuevas conclusiones. Hasta muy recientemente no existía ninguna amenaza grave de obligar a la mujer a renunciar al uso de tranquilizantes fuertes para controlar sus psicosis ni de ingresarla en un hospital psiquiátrico con objeto de evitarle riesgos a su feto, ni de someterla a una cesárea contra su voluntad.<sup>42</sup> Los argumentos de esta sección sitúan las cosas más o menos donde tradicionalmente estaban: ninguna mujer debe temer verse forzada a una cesárea o a cirugía fetal sin su consentimiento, excepto en los casos en que actúen malevolente o intencionadamente suponiendo que el niño preferiría no existir a tener que vivir en tales circunstancias.

### *Dejar morir a recién nacidos deficientes*

Aunque se admita que la autoridad moral secular que posee el Estado para someter de forma obligada a las mujeres a un tratamiento en beneficio de su feto está fuertemente limitada, parece más fácil justificar la protección de las vidas y el bienestar de los niños. Aunque los niños no son personas en el sentido estricto de ser agentes morales, se puede intentar justificar la exigencia de que deben ser tratados médicamente y la prohibición de darles muerte (esto es, del infanticidio), basándose en las consecuencias favorables que tendrán esas normas para la crianza beneficiosa de los niños. Incluso si se pudiese justificar tal forma de actuar en función de las consecuencias producidas, circunstancias excepcionales invalidarían la norma a) si las consecuencias de no romper la norma fuesen más graves que atenerse a ella, y b) si la razonabilidad de tales excepciones es lo suficientemente aparente como para no minar la norma en sí. Cuanto más se incorporen las excepciones a la concepción operativa de la norma protectora, tanto más será esto aceptable.

Durante un tiempo éste pareció ser el camino que tomaría el desarrollo de la ley y de la política pública norteamericana respecto a las decisiones acerca de la interrupción del tratamiento de recién nacidos gravemente deficientes. Un examen de casos realizado en 1973 sugería que se interrumpiese el tratamiento cuando existiesen graves dudas acerca de la calidad de vida del niño, así como considerables gastos a sufragar por la familia o por la sociedad si se sometiese al niño a tratamiento.<sup>43</sup> Otro estudio de 1973 demostró que de los 299 fallecimientos que tuvieron lugar en una institución de cuidados especiales, 43 (el 14%) estaban relacionados con la decisión de interrumpir el tratamiento. De dicho grupo, 15 recién nacidos presentaban múltiples anomalías; 8, trisomías (como ocurre en el síndrome de Down cuando hay tres cromosomas en lugar de un par); 8, enfermedades cardiopulmonares; 7, meningemielocelo (hernia de parte de la espina dorsal y de su recubrimiento, por defecto en la columna vertebral); 3, varios trastornos del sistema nervioso central; y 2, síndrome de intestino corto (intestino delgado insuficiente).<sup>44</sup>

Este planteamiento refrendaba la norma general de proteger y cuidar a los recién nacidos y permitía excepciones cuando la calidad de resultados era baja y los costes asociados con el tratamiento elevados. Es precisamente en estas circunstancias cuando reco-



nocemos que quedan anulados los deberes de beneficencia. Cuanto menos probable sea que una acción tenga éxito, tanto más débil será el deber de beneficencia. Además, cuanto mayores son las dificultades en ejercer un deber de beneficencia, tanto más fácil será demostrar que el deber en cuestión queda desvirtuado. Aunque generalmente tengamos el deber de acudir en ayuda de un amigo que se está muriendo de sed, dicho deber queda anulado si el amigo se encuentra en la cumbre de una alta montaña, sólo accesible con grandes riesgos. Además, cuanto menos probable sea que si lo salvamos, nuestro amigo encuentre aceptable su calidad de vida, tanto más débil será ese deber; puede que hasta el amigo nos hiciese llegar una petición menos coherente. Asimismo, si nuestro amigo está herido y es probable que muera pronto, aunque lo hayamos salvado, el deber se debilita conforme decrece la cuantía de vida que podemos garantizar. Dicho de forma simple, un deber que se justifica en función de alcanzar un bien, se debilita a medida que el bien disminuye relativamente. La fuerza real del deber y la naturaleza del equilibrio entre las consideraciones opuestas, dependerán del contenido de la visión moral concreta utilizada al hacer los cálculos.

Existe un complicación ulterior en la moralidad secular general. El recién nacido no es todavía una persona que pueda reivindicar nada directamente porque no es persona en sentido estricto. Algunas personas intentan evitar que lleguen a existir personas en sentido estricto que estén gravemente incapacitadas, las cuales pueden exigir gravosos deberes de beneficencia. Además, otros desearán dedicar los mayores recursos a dar existencia a las personas únicamente si dicha existencia posee calidad y cantidad suficiente. El concepto de calidad de resultados es complejo en sí mismo, ya que debe incluir tanto la calidad de vida que probablemente juzgarán conveniente quienes estén asociados a dicha vida, y la calidad de vida que probablemente perciba el individuo que la vive. El principio de beneficencia abarca ambas interpretaciones. Nosotros derivamos tanto beneficios como perjuicios de nuestra percepción de la calidad de vida de otros. En resumen, en la mayoría de las concepciones morales y sopesando todos los factores, habrá circunstancias en las que lo adecuado sea dejar morir al niño y que la pareja intente de nuevo producir un niño que pueda convertirse en una persona que no esté gravemente incapacitada.

Todas estas consideraciones se pueden expresar, con ciertas reservas, en un algoritmo:

$$\begin{array}{r} \text{Intensidad del deber} \\ \text{de beneficencia} \end{array} = \frac{\begin{array}{c} \text{Posibilidad} \\ \text{de} \\ \text{éxito} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{Calidad} \\ \text{de} \\ \text{vida} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{Duración} \\ \text{de} \\ \text{vida} \end{array}}{\text{costes}}$$

El deber de proteger la vida de un recién nacido queda desvirtuado cuando la posibilidad de éxito disminuye, cuando la cantidad o la calidad de vida del recién nacido decrece y cuando aumenta el coste de garantizar dicha calidad de vida. El recurso a este algoritmo para justificar la decisión selectiva de no tratar, rinde homenaje al compromiso general de salvar vidas, al mismo tiempo que reconoce cómo las excepciones se hacen verosímiles.

Este modo de enfocar la cuestión fue utilizado por la ley norteamericana hasta una época muy reciente. Los padres tenían la libertad de elegir cualquier tipo de tratamiento, o de no tratamiento, que estuviese refrendado por la opinión médica reconocida. Si un médico, que defendía un punto de vista que estaba incluido en el abanico de opiniones médicas reconocidas, enjuiciaba que no era indicado el tratamiento, los padres podían seguir esa recomendación. Tanto en el concepto de tratamiento indicado, como en el de tratamiento no indicado, se introducían consideraciones acerca de la probabilidad de éxito, de la calidad del resultado, de la probable duración del período de supervivencia posterior al tratamiento y de los gastos. Este enfoque ponía la elección de tratamiento en manos de los padres, a menos que sus decisiones fuesen atroces.

Este enfoque de la política pública norteamericana fue socavado por las controversias que se desataron con motivo del nacimiento el 9 de abril de 1982 de un niño con el síndrome de Down complicado con atresia esofágica (sin conducto desde la boca al estómago) y fistula traqueal esofágica (conexión anómala entre la tráquea y el esófago). El caso del recién nacido Doe de Bloomington dio lugar a un juicio informal ante el Tribunal Supremo de Indiana, que defendió el derecho de los padres a rechazar el tratamiento.<sup>45</sup> Los análisis precedentes de la moralidad secular general, apoyan la decisión del tribunal, en el sentido de que unos costes enormes de criar a un niño con graves desventajas físicas y mentales desvirtúan los usuales deberes de beneficencia hacia una entidad que todavía no es persona en sentido estricto, incluso de quienes ya son agentes morales.

El siete de marzo y el cinco de julio de 1983 el gobierno federal norteamericano reaccionó ante este caso,<sup>46</sup> primero imponiendo y más tarde, tras una revocación judicial, proponiendo regulaciones al respecto que fueron refutadas por motivos de procedimiento y de otra índole.<sup>47</sup> El doce de enero de 1984, el gobierno impuso las siguientes normas a todo hospital que recibiese fondos federales:

1. Constituye un acto discriminatorio, que viola la sección 504, el hecho de negar una intervención quirúrgica beneficiosa para corregir una obstrucción intestinal de un recién nacido con el síndrome de Down, cuando dicha negativa se base en anticipar un futuro retraso mental del niño y no existan contraindicaciones médicas a la intervención, que en su caso justificarían esa negativa.
2. Constituye un acto discriminatorio, que viola la sección 504, el hecho de negar tratamiento de anomalías físicas médicamente corregibles en niños nacidos con espina bífida, cuando dicha negativa se base en anticipar deterioro mental, parálisis o incontinencia del recién nacido y no en el dictamen médico razonable de que el tratamiento sería vano, con éxito improbable dadas las complicaciones del caso, o bien sin beneficio médico para el niño.
3. La negativa a tratar médicamente a un recién nacido anencefálico, que morirá inevitablemente en un corto periodo de tiempo, no constituye un acto discriminatorio, puesto que el tratamiento sería inútil y únicamente conseguiría prolongar temporalmente la muerte.
4. No viola la sección 504 la negativa a prestar ciertos tratamientos potenciales a niños muy prematuros y de peso muy reducido, si se basa en opiniones médicas razonables sobre la improbabilidad de su éxito o sobre el riesgo de un daño potencial al niño.<sup>48</sup>

La Academia Norteamericana de Pediatría abundó en esta postura del gobierno, manifestando que:

Siempre deberán prestarse los cuidados médicos que sean claramente beneficiosos. Cuando no se disponga de los cuidados médicos apropiados, se realizarán las gestiones necesarias para trasladar al recién nacido a un centro médico adecuado. Son improcedentes, y no influirán en las decisiones sobre cuidados médicos, consideraciones como el potencial supuesta o realmente limitado de un individuo, así como la presente o futura carencia de recursos públicos disponibles. La decisión debe fundamentarse exclusivamente en el estado médico del individuo. Estas normas deberán observarse escrupulosamente.<sup>49</sup>

Esta normas y estos puntos de vista rechazan claramente toda sujeción a consideraciones sobre la calidad de vida a la hora de negar tratamientos que salvan la vida.

A finales de 1984 todavía eran materia de controversia las normas del Ministerio de Salud y Servicios Humanitarios acerca de la no discriminación basada en desventajas. Una de sus varias recusaciones judiciales la provocó el caso del bebé Jane Doe, cuyos padres optaron inicialmente por un tratamiento conservador y no quirúrgico de su hija nacida con múltiples defectos, incluida espina bífida manifiesta.<sup>50</sup> A causa de las preguntas que se plantearon en los tribunales acerca de la autoridad para aplicar las regulaciones basadas en la sección 504 de la *Rehabilitation Act* [Ley de Rehabilitación] de 1973, el Congreso norteamericano introdujo algunas enmiendas a la *Child Abuse Prevention and Treatment Act* [Ley de prevención y tratamiento del abuso de menores], exigiendo que los Estados que reciban fondos acogiendo a esa ley adopten tales reglas,<sup>51</sup> lo que ha propiciado ulteriores propuestas de normas<sup>52</sup> y reglas definitivas.<sup>53</sup> La ley de 1984 establece que retirar el tratamiento médico indicado constituye un abuso contra el niño, siempre que suponga:

No reaccionar ante aflicciones que amenacen la vida del recién nacido procurándole tratamiento (incluidas nutrición, hidratación y medicación adecuadas) que, según el dictamen responsable del médico o médicos actuantes, muy probablemente sería eficaz en la reducción o corrección de tales aflicciones. Pero no significará un abuso contra el niño no proporcionar tratamiento (aparte de nutrición, hidratación y medicación adecuadas) a un recién nacido, cuando a juicio del médico o médicos responsables del tratamiento:

- A. El niño es crónica e irreversiblemente comatoso,
- B. Dicho tratamiento a) meramente prolongaría la agonía, b) no sería eficaz para aminorar o corregir las amenazas a la vida del niño o c) sería irrelevante para su supervivencia, o bien
- C. Al ser virtualmente irrelevante para la supervivencia del niño, el tratamiento sería inhumano en esas circunstancias.<sup>54</sup>

Una vez más, no se han previsto juicios sobre la calidad de vida y, de hecho, se prohíben, salvo en el caso de una existencia comatosa crónica e irreversible. Pero debe quedar claro, dados nuestros análisis de los principios de permiso y beneficencia, que tanto el gobierno federal como la Academia Norteamericana de Pediatría se equivocan si su objetivo era el de justificar su actitud en térmi-

nos seculares generales. La circunstancia de que el niño, que todavía no es persona en sentido estricto, está bajo la autoridad de los padres, puesto que les pertenece, fija límites a la autoridad de intervención del Estado. Además, el uso de la fuerza para imponer un determinado punto de vista federal a unos padres renuentes, debe obligar al gobierno, como mínimo, a hacerse cargo de los gastos que origine el mantenimiento del niño.

La Asociación Norteamericana de Medicina al mismo tiempo aceptó que la «calidad de vida es un factor que debe tenerse en cuenta al decidir lo mejor para el individuo».<sup>55</sup> Respaldada, además, el papel de los padres en la adopción de decisiones sobre esa calidad de vida.

En situación desesperada del recién nacido, el consejo y opinión del médico debe estar disponible, pero corresponde a los padres la decisión de realizar o no los máximos esfuerzos para mantenerle con vida. Habrá que explicarles las opciones, los posibles beneficios, los riesgos y las limitaciones de los cuidados propuestos. Como el estado del recién nacido afecta a su potencial de relaciones humanas, también habrá que dar respuesta a sus preguntas e información pertinente. Se presume que el amor que normalmente sienten los padres por los hijos predominará en las decisiones que adopten sobre lo que más les interesa a estos últimos. Se confía en que los padres actuarán con desinterés, particularmente cuando es la vida lo que está en juego. Salvo que existan pruebas convincentes de lo contrario, debe respetarse la autoridad de los padres.<sup>56</sup>

Aunque la Asociación Norteamericana de Medicina no contemple como consideraciones primarias las cargas que se derivan para la sociedad y para la familia del tratamiento de recién nacidos gravemente deficientes, tampoco las excluye.<sup>57</sup>

Las sociedades occidentales han permitido, por lo general, la muerte del recién nacido cuando los gastos de tratamiento eran elevados y las posibilidades de éxito escasas.<sup>58</sup> Partiendo de motivos morales no seculares que van en contra de desear la muerte del niño, tales omisiones nunca se han descrito como infanticidio, aunque la muerte fuese frecuentemente una consecuencia previsible de la interrupción del tratamiento. Generalmente se excusa de procurar tratamiento si éste constituye una grave carga para uno mismo o para la sociedad. En palabras del Papa Pío XII:

Normalmente se espera que se utilicen solamente medios ordinarios —según las circunstancias de las personas, lugares, épocas y culturas—, es decir, medios que no impliquen una pesada carga [*aucune charge extraordinaire*] para uno mismo o para los demás. Una obligación más estricta sería demasiado gravosa [*trop lourde*] para la mayoría y dificultaría excesivamente la consecución de bienes superiores, más importantes.<sup>59</sup>

En el ámbito de esta concepción, también es apropiado considerar las posibilidades de éxito, ya que por ese camino se llega a identificar una clase de recién nacidos para los que el tratamiento sería tan costoso y de un éxito tan improbable, que se excusaría, desde la mayoría de perspectivas morales, tener que prestarlo o aceptarlo. Sin embargo, no se prohibiría prestarlo como un acto de supererogación. En un acto de supererogación se puede discriminar. De esa clase de niños que no se tiene obligación de tratar, puede decidirse tratar solamente a los que probablemente sobrevivan sin desventajas físicas o mentales serias. La doctrina tradicional católico-romana del tratamiento extraordinario proporciona el marco moral que permite discriminar a los recién nacidos que probablemente tendrán que cargar con serias desventajas físicas o mentales.

Una vez que se pierde la intuición religiosa de por qué desear la muerte es un mal moral, el asunto cambia de forma significativa. No existen motivos, en términos morales seculares generales, para sostener que sea erróneo desear la muerte de aquellos niños cuya vida no se puede preservar mediante el tratamiento médico. Ya que, en efecto, puede que se desee la muerte, no se puede demostrar, en términos morales seculares generales, que no se debe acelerar la muerte. En términos morales seculares generales, en el ámbito de los cuales el permiso posee fundamental importancia, no podemos descubrir el mal inherente al asesinato, *ceteris paribus*, si no es el mal que reside en dar muerte a una persona sin su permiso o actuando malevolentemente. Ya que los niños no son personas en sentido estricto, cuya autonomía puede ser violada o entidades que pueden sufrir a causa de ver frustrados sus objetivos, la muerte indolora a través de la eutanasia activa puede causar menos daño que la interrupción del tratamiento, al mismo tiempo que se prevé, pero no se desea la muerte. La moralidad secular general, cuya autoridad y esencia proceden del permiso o del asentimiento de los agentes morales, tan sólo puede indicar la maldad de las intenciones de clara malevolencia. Por consiguiente, en términos morales seculares generales, sólo se puede entender la distinción que existe entre

desear, y prever, pero no desear la muerte, así como entre la eutanasia activa y pasiva, remitiéndose a acuerdos realizados en el pasado o a probables consecuencias futuras.<sup>60</sup> Todo ello parece apoyar, en general, la tolerancia del franco infanticidio.

### Infanticidio

Iniciamos el estudio del infanticidio con la observación de que se ha practicado extensamente en todo el mundo no sólo como medio de deshacerse de recién nacidos deformes, sino como control del crecimiento de población. Es difícil demostrar que exista una estrecha relación entre la práctica del infanticidio y la urbanidad general de la población. Durante la Edad Media el infanticidio se condenaba oficialmente en Occidente, pero al mismo tiempo se perseguía a herejes y judíos. La Alemania del siglo xx, que prohibía el infanticidio, produjo la tiranía de Hitler, y lo mismo se puede decir de las grandes matanzas de inocentes perpetradas en la Unión Soviética, también oficialmente intolerante con el infanticidio. Aunque asociemos el infanticidio a culturas primitivas o a tradiciones no europeas, la verdad es que está profundamente enraizado en la cultura occidental. Se aceptaba ya ampliamente en el mundo grecorromano. Platón lo aprobaba (*La República* V. 460 c), Aristóteles también lo recomendaba en su *Política*: «Haced ley de que los niños *deformes* no vivan».<sup>61</sup> Tengamos en cuenta que el infanticidio entre los atenienses se remonta como mínimo a Solón, el gran legislador y uno de los Siete Sabios de Grecia. Sexto Empírico nos dice que Solón legalizó el infanticidio, aunque, al parecer, únicamente lo toleraba mediante la exposición a la intemperie, práctica comúnmente aceptada por los griegos: «Solón dio a los atenienses la ley "sobre cosas inmunes", que permitía que cada cual matase a su propio hijo...».<sup>62</sup> En las Doce Tablas, Roma reconocía el derecho paterno a cometer infanticidio. Incluso parece que era un deber matar al niño deforme. Cicerón observa en su *De legibus*: «El niño horriblemente deforme debe morir inmediatamente, como ordenan las Doce Tablas» (*De legibus* III, 8, 19).

Estos criterios se vieron reflejados en el ejercicio de la medicina. En el más antiguo manual de ginecología que se conoce, Sorano (98-138 d. de C.) incluía un capítulo sobre cómo determinar si merece la pena criar a un niño recién nacido. Según decía:

La comadrona debe considerar si la crianza merece o no la pena, y el recién nacido dotado por la naturaleza para su crianza se distinguirá por el hecho de que la madre haya pasado su período de embarazo en buena salud, puesto que las condiciones que hubiesen requerido cuidados médicos, especialmente del cuerpo, dañan al feto y debilitan los cimientos de su vida. En segundo lugar, por el hecho de nacer a su tiempo, mejor al final de los nueve meses, incluso más tarde si así sucediese, pero también después de sólo siete meses. También por el hecho de que inmediatamente después de traído al mundo, lllore con fuerza porque el que vive algún tiempo sin llorar o lo hace débilmente, despierta la sospecha de que tal comportamiento se deba a alguna condición desfavorable. También por el hecho de que sea perfecto en todas sus partes, miembros y sentidos; que sus conductos, concretamente los oídos, la nariz, faringe, uretra y ano no estén obstruidos; que las funciones naturales de cada (miembro) no sean lentas ni flojas; que las articulaciones se doblen y se estiren; que tenga el tamaño y la forma adecuados y que sea sensible en todos los aspectos. Esto lo comprobaremos presionando los dedos contra la superficie de su cuerpo porque será natural que sienta dolor con todo lo que pincha o aprieta. En toda condición contraria a las referidas, no merecerá la pena criar al recién nacido.<sup>63</sup>

Este pasaje nos da una idea de lo que significaba actuar según el mandato de Cicerón de seguir la cuarta Tabla. En él tenemos el esbozo de un médico próximo a ese período sobre el modo de valorar factores que previenen de la futilidad y de los gastos del tratamiento, así como de la calidad de vida. La recomendación de Sorano no se debe interpretar como apoyo al infanticidio activo, sino sólo a la decisión de no tratar.<sup>64</sup>

Resulta muy difícil formular un argumento moral secular general en contra del infanticidio. Esta conclusión colisiona con los vestigios de la ética judeo-cristiana que todavía modelan muchas concepciones morales seculares concretas. El cristianismo censuró el infanticidio, al igual que el aborto, desde sus comienzos. La *Didajé* postula: «No matarás, no cometerás adulterio, no cometerás sodomía, no fornicarás, no robarás, no utilizarás la magia, no utilizarás filtros, no abortarás, no cometerás infanticidio».<sup>65</sup> Aunque se censure el asesinato y el infanticidio (al igual que el aborto) por separado, ambas censuras son enérgicas. Además, en otro pasaje se censura a «los asesinos de niños» (V.2). Por otra parte, en *La epístola a Diogneto* se define específicamente a los cristianos como personas que «no exponen a la intemperie a su descendencia» (V.6). Muchos cosmopolitas seculares, amén de cristianos

y judíos practicantes, sienten inquietud al observar que su sociedad regresa a prácticas pertenecientes a un pasado pagano pluralista.

El regreso a la aceptación del infanticidio tiene lugar porque no se hace nada en contra; resulta de la incapacidad por parte de la moralidad secular de justificar una explicación dotada de contenido canónica y general de la posición moral tanto de los fetos como de los niños de corta edad, fracaso que limita la autoridad moral secular de intervención del Estado. Una proscripción legal exigiría una clasificación canónica concreta de perjuicios y beneficios, que sólo se puede justificar desde un punto de vista moral determinado. La conclusión resulta muy desagradable. Atenienses y romanos justificaban su falta de intervención aludiendo a la limitada autoridad moral secular del Estado, pero la prohibición legal del infanticidio basada en consideraciones de beneficencia (con el fin de llevar a la práctica un criterio determinado de la buena paternidad), exigiría establecer una autoridad gubernamental capaz de anular la autonomía de los padres en los casos en que ninguna persona en sentido estricto resultara dañada. La dificultad reside en mostrar autoridad para imponer una perspectiva particular de cómo proteger la moralidad de individuos y comunidades. Quienes defienden el infanticidio consideran que las virtudes inherentes a esta práctica son de mayor importancia que los beneficios que proceden de su prohibición. Dada la destacada importancia del principio de permiso, el peso de la prueba recae en los participantes que deben demostrar que las acciones parentales se pueden prohibir, antes que en los padres que deben demostrar que tienen libertad de actuar.

Nuestras reflexiones acerca de la posición moral secular de las personas y de la limitada autoridad moral secular del Estado nos han llevado a reconsiderar la moralidad secular con respecto a la eutanasia activa y pasiva de recién nacidos con graves taras mentales y físicas, ya que no puede justificarse la categórica prohibición legal de dichas prácticas en virtud de principios morales seculares generales.

#### *Experimentación fetal y fecundación in vitro*

En el caso de la experimentación fetal que no está destinada a impulsar la capacidad del feto para sobrevivir o para nacer saludable, sino a la adquisición de conocimientos, falta el interés acos-

tumbrado por la libertad procreadora. El feto se contempla como un objeto a través del cual se ganan conocimientos. En el caso de la fecundación *in vitro*, los procesos reproductores tienen lugar en parte fuera del cuerpo humano, sin que se pueda invocar la intimidad e integridad del cuerpo de la mujer para prohibir la interferencia en tales procesos.

En una sociedad secular y pluralista se debe garantizar una interpretación moral de carácter general de la trascendencia de la experimentación fetal y de la fecundación *in vitro* en función de la categoría que ocupa el feto, dado que la moralidad secular no proporciona una interpretación dotada de contenido de la reproducción. El feto no es una persona; es un producto biológico de la persona, y llega a persona en sentido estricto transcurrido un tiempo desde el nacimiento. Puede convertirse en persona en sentido social, si la comunidad le adscribe algunos de los derechos fundamentales a la protección que comúnmente se atribuyen a la persona en sentido estricto como agente moral. El feto de gestación prematura parece tener una vida mental mínima, si es que tiene alguna y, al parecer, carece de la suficiente capacidad mental para sufrir como sufre un mamífero adulto normal, razón por la que en este libro hemos llegado ya a la conclusión de que su posición moral secular se debe entender primordialmente en función de que es una posesión especial de una persona, y en función de la preocupación por la persona en que se convertirá. La primera de estas dos consideraciones nos recuerda por qué es necesario obtener el consentimiento de la persona que produce un embrión o un feto o de su representante, antes de experimentar con él o de utilizarlo de cualquier otro modo. La segunda consideración nos recuerda por qué han de preocuparnos los daños que se causen al feto, y es que si se le permite llegar a nacer, de modo que el daño infligido afecte a la persona en que finalmente se convierte, se habrá lesionado a una persona en sentido estricto.

Por tanto, no existen, en principio, argumentos morales seculares sostenibles en contra de la experimentación no terapéutica con fetos o en contra de la fecundación *in vitro*. Habrá argumentos más o menos persuasivos para establecer reglas de decoro en tales prácticas. Podríamos señalar ciertas formas de actuar que erosionan la verdadera textura del respeto al feto, al recién nacido o al desvalido. Sin embargo, no parece probable que tales argumentos sean claramente decisivos, ni que se presten a una articulación inequívoca. Dependerán de diversos presentimientos y suposiciones so-

bre el modo en que posibles prácticas futuras afectarán a las previstas actividades de los humanos.

Pensemos en el caso de la experimentación fetal no terapéutica realizada con autorización de los progenitores del feto y con la certeza razonable de que éste se destruirá al dañarlo y no llegará al momento del parto. Cuanto más útil sea la investigación, más fácilmente se considerará esta empresa, en términos seculares generales, un acto caritativo y justificado, a pesar de los juicios que en su contra despertará en muchas personas. Una mejor comprensión del desarrollo fetal generará conocimientos interesantes no sólo en sí mismos, sino por su utilidad para prevenir anomalías congénitas y consiguientes daños a la futura persona. Si el feto no es persona en sentido estricto, será difícil entender por qué, en términos morales seculares generales, la mujer puede abortar por cualquier razón y, sin embargo, el investigador no puede realizar una experimentación fetal con la muy altruista meta de generar conocimientos y bienestar. Mientras se tenga en cuenta la diferencia entre la vida biológica humana y la vida personal humana, tal experimentación puede, incluso en estos términos, parecer edificante, puesto que son iniciativas para beneficiar a las personas sin causar daños directos a nadie.

Estas reflexiones no apoyan la crítica de las normas restrictivas relacionadas con el uso de fondos gubernamentales para la experimentación fetal<sup>66</sup> porque una cosa es determinar qué tienen derecho a hacer las personas con sus propios recursos, y otra cosa decidir hasta qué punto se pueden emplear fondos públicos para apoyar proyectos que no aprueban las personas que contribuyen a esos fondos. Pero estas reflexiones desembocan en la justificación de una política muy permisiva acerca de la experimentación fetal que está en franca oposición a la concepción judeo-cristiana. Las actuales leyes estatales que prohíben categóricamente la experimentación fetal, carecen de justificación moral secular.<sup>67</sup> Se puede prohibir categóricamente la experimentación fetal que se realiza con malas intenciones o sin previsiones razonables para la destrucción del feto, si es que éste resulta tan dañado que la futura persona quedará lesionada. Los investigadores, al contrario que las mujeres embarazadas, cuyos fetos no se pueden tratar sin que sus propios cuerpos sean invadidos, deben dar pasos deliberados y positivos para experimentar con fetos. Tampoco están atormentados por el conflicto entre inclinaciones carnales y compromisos religiosos, como pudiera ser el caso de una mujer embarazada que es

fumadora y además católica romana, y que al tiempo que reconoce el deber de no abortar, no desea dejar de fumar. No se podrán calificar como actos malevolentes, en términos morales seculares, ni su rechazo a dejar de fumar ni la interrupción del embarazo si continúa fumando. Probablemente tampoco considerará que merezca la pena abortar para poder seguir fumando sin sufrir ulteriores conflictos morales, ni pensará que el aborto sea un acto beneficioso. Pero quienes investigan con fetos actuarán, en sus propios términos, de un modo no caritativo si su investigación daña a la futura persona en la que puede convertirse el feto. La lógica de su situación les llevará probablemente, en términos seculares, a considerar la destrucción de esos fetos como un acto caritativo después de sopesar los pros y los contras.

No es ésta la única conclusión desagradable a la que llegaremos. Teniendo en cuenta que las personas son libres de actuar sobre ellas mismas y sobre otras personas anuentes, y dado también, que los fetos no son personas en sentido estricto, no se puede, en términos morales seculares generales, prohibir la concepción de fetos con el objetivo de utilizarlos como fuentes de órganos o de determinados tejidos,<sup>68</sup> así como tampoco se puede prohibir la concepción de fetos para su venta, ni el aborto con fines económicos. Diremos, nuevamente, que todas estas limitaciones dependen de una visión moral dotada de contenido concreto, y ésta no está a nuestra disposición en términos seculares generales.

Asumida esta interpretación de la experimentación fetal, resulta muy difícil poner trabas a la fecundación *in vitro* (FIV) y la transferencia de embriones (TE) realizadas con la intención de producir un niño sano para padres incapaces de reproducir por sí mismos. Se han hecho objeciones a la fecundación *in vitro* desde la perspectiva moral tradicional de que no es natural porque implica la adquisición del esperma por masturbación o porque modela la vida humana bajo directo control tecnológico. La primera opinión es difícil de sostener con sujeción a los argumentos esgrimibles en un contexto pluralista y secular. Necesitaríamos premisas especiales para demostrar que la masturbación, en lugar de ser un acto moralmente neutro que se puede realizar por esparcimiento o con intenciones procreativas específicas, viola las leyes de la naturaleza o es inmoral en algún otro aspecto.<sup>69</sup>

Muchas comunidades morales que poseen una concepción dotada de contenido del significado y de la significación de la reproducción no consideran suficiente la autorización o el acuerdo para

eliminar ciertos males o incorrecciones. Reconocen que tanto el alquiler de úteros como la inseminación artificial a través de un donante introducen de forma ilegítima a una tercera persona en el acto reproductor.<sup>70</sup> El cristianismo tradicional, como hemos señalado anteriormente, califica estas intromisiones de males morales. Ha habido intentos, aunque fallidos, de expresar y valorar estos males en términos seculares generales. El *Warnock Report* propone un argumento en contra del alquiler de úteros, que también es aplicable a la inseminación artificial a partir de un donante. «Las objeciones giran esencialmente en torno a la opinión de que la introducción de un tercero en el proceso de procreación, proceso que debería restringirse a la relación amorosa entre dos personas, equivale a atacar la importancia de la relación marital».<sup>71</sup> Se ha argumentado de forma similar con respecto a la fecundación *in vitro* y a la transferencia de embriones en general. El núcleo de todos estos argumentos es que toda reproducción asistida por terceros introduce de forma indebida a un individuo o individuos para los que no hay lugar en el acto reproductor. Si se carece de una concepción dotada de contenido de la forma de reproducción adecuada, resulta imposible demostrar que la introducción de una tercera persona, como donante de gametos o como ayudante tecnológico, convierte a la reproducción en un acto cuasi-adúltero, así como tampoco se puede demostrar si hay que considerar la cooperación de dichas personas de forma positiva, es decir, como afirmación de un bien realizado mediante la libre colaboración de las personas.

Un cierto número de pensadores, en su mayoría teólogos, han expresado otro cargo contra la fecundación *in vitro*, ya que conlleva una inadecuada objetivización de la reproducción humana. Les preocupa que la utilización de artificios tecnológicos en el mismo núcleo de la reproducción humana distorsione su sentido y significación.<sup>72</sup> Esto encuentra en Paul Ramsey su más clásica expresión:

Separar radicalmente lo que Dios unió en la paternidad al hacer procreativo el amor, procrear más allá de la esfera del amor (AID, por ejemplo o producir la vida humana en un tubo de ensayo) o postular actos de amor sexual más allá de la esfera de la procreación responsable (el matrimonio, por definición) significa rechazar la imagen de la creación de Dios en nosotros mismos.<sup>73</sup>

Del mismo modo la declaración católica romana, *Donum Vitae*, postula:

La relevancia moral del vínculo existente entre el significado del acto conyugal y los beneficios del matrimonio, así como de la unidad del ser humano y de la dignidad de su origen, exigen que la concepción de una persona humana sea fruto del acto conyugal específico del amor entre los cónyuges. ... Pero incluso en una situación en la cual se hayan tomado todas las precauciones para evitar la muerte de embriones humanos, la FIV homóloga y la TE disocian el acto conyugal de los actos que tienen como fin la fecundación humana. Por esta razón hay que tener en cuenta la naturaleza en sí de la FIV homóloga y de la TE, incluso si no se piensa en su vinculación con el aborto.<sup>74</sup>

Las circunstancias naturales, que son producto de mutaciones aleatorias y de la selección natural, distan mucho, en términos morales seculares generales, de ser moralmente canónicas. Como observara el teólogo Joseph Fletcher, la reproducción planeada racionalmente es propia de seres racionales.<sup>75</sup> La cuestión secular moralmente interesante estriba en saber si esos planes racionales respetan los derechos de las personas afectadas y están guiados por la beneficencia.

La reproducción humana es objeto de la intervención de las personas porque la biología humana impone limitaciones factuales, mientras que las personas planean y aspiran a metas y propósitos realizables sólo en parte a través de los medios biológicos a su alcance. Existe una tensión recurrente entre el ser humano como persona, como entidad que planifica y aspira, y el ser humano como cuerpo, como individuo que posee lo que él considera resultantes idiosincrásicos de un particular pasado biológico. La reflexión autorreflexiva y racional puede engendrar así un instructivo dualismo de objeto y sujeto. El cuerpo humano se experimenta como un objeto que corporiza sólo imperfectamente los objetivos de las personas. Las personas quedan embarazadas en el momento inadecuado, de la persona inadecuada, o no quedan embarazadas en el momento adecuado y de la persona adecuada. Estos fracasos de aquello a lo que se aspira pueden obviarse en parte con la intervención de la tecnología humana. Al margen de una visión del carácter de pérdida moral de la naturaleza humana y de una concepción dotada de contenido canónica de cómo eliminarlo, la utilización de la tecnología en la modelación de niños se considerará como parte esencial del objetivo de hacer el mundo aceptable para las personas, intervención que solamente se puede contemplar como inaceptable por principio, recurriendo a especiales premisas teológicas o ideológicas.

Finalmente, no se puede, en términos morales seculares gene-



rales, condenar la fecundación *in vitro* porque pueda acarrear el desperdicio de embriones fecundados. Si se puede elegir el aborto temprano, sin trabas ni impedimentos, ya que el feto no es persona, se sigue *a fortiori*, que no se perjudica a una persona al deshacerse de un exceso de embriones producido durante el proceso de la fecundación *in vitro*. El hecho de que podamos a) minimizar el dolor y la incomodidad de la mujer recogiendo de una sola vez un cierto número de óvulos, b) evitar los riesgos potenciales de la gestación y parto de trillizos y cuatrillizos, fecundándolos todos, pero implantando solamente uno o dos a la vez, y todavía c) congelar los embriones sobrantes para la eventualidad de posteriores implantaciones que garanticen un buen embarazo o un segundo embarazo, no representa una intervención inmoral porque se desechen los embriones no utilizados o defectuosos. Los embriones no son personas en el sentido de agentes morales.

Los aspectos morales seculares decisivos en relación con la fecundación *in vitro* son los que hacen referencia a promesas, confianza y compromisos. Las relaciones de las personas vinculadas en la producción de un niño pueden ser complejas. En un caso extremo, un hombre A y una mujer B pueden donar un óvulo y espermatozoos para su fecundación *in vitro* e implantación en una mujer C, que será la madre anfitriona y entregará al niño en adopción a un hombre D y una mujer E, ambos estériles, la mujer sin ovarios, pero con útero y para quien la mujer C se presta a ser anfitriona para gestar un niño. Habrá que ponerse de acuerdo sobre la calidad de los cuidados y atenciones que se dispensarán en la clínica de fecundación *in vitro*. Tendrá que haber un entramado de promesas que definan las obligaciones de la madre anfitriona C para evitar agentes teratógenos y otras circunstancias que pudieran dañar al feto. Habrá que aclarar quién se hará responsable del niño si nace con graves deformidades congénitas<sup>76</sup> y se tendrán que establecer los límites de las obligaciones de A y B, así como las de todas las partes implicadas.<sup>77</sup> Todas estas cuestiones son importantes, pero no se plantean únicamente con respecto a la fecundación *in vitro*, sino que son más bien una parte del entramado de obligaciones mutuas que generalmente vincula a las personas, y que se basa en preocupaciones morales de mutuo respeto y beneficencia.

En su mayoría, estas cuestiones no son nuevas, sino que ya se suscitaron con motivo de prácticas como la inseminación artificial de esposas, cuyos maridos eran estériles, así como con la inseminación artificial de una mujer para que tenga un niño destinado a

una pareja en la que la mujer es estéril. No es necesaria la presencia de una compleja tecnología, como es el caso de la fecundación *in vitro*, para bosquejar las cruciales cuestiones morales de crédito y confianza que suscitan tales intervenciones. Dados los argumentos expuestos en este libro, no existe ningún mal moral secular, si todas las partes consienten libremente y es probable un balance positivo de beneficios y perjuicios. Ciertos grupos religiosos entenderán los males restantes. Los católicos romanos, por ejemplo, mantendrán que tales actividades implican no solamente el mal moral de la masturbación, sino también el del adulterio,<sup>78</sup> visión que requiere una muy particular apreciación de la naturaleza del matrimonio y de la reproducción correcta, visión insostenible en términos seculares generales.<sup>79</sup> El enfoque moral general se dirige, por el contrario, hacia una participación responsable y beneficiosa del individuo en el importante objetivo de la reproducción.

Los adelantos en conocimientos y tecnología irán incrementando dichas responsabilidades. Conforme vayamos entendiendo mejor qué circunstancias probablemente dañen al feto, más nos responsabilizaremos moralmente de evitarlas. Incluso cuando no existan razones que justifiquen el empleo de la fuerza estatal para obligar a los futuros padres a evitar circunstancias nocivas que puedan dañar a la futura persona, en la mayoría de las interpretaciones de lo que es la vida buena, seguirán existiendo razones verosímiles que hagan que evitar tales circunstancias sea una acción caritativa y, por ello, moralmente deseable y loable.

Tal vez podamos dar más relieve al contraste existente entre la concepción moral secular general y la concepción judeo-cristiana tradicional, si reflexionamos sobre la cuestión del alquiler comercial de úteros. Si las mujeres son personas, es decir, agentes morales, se les debe permitir hacer los contratos que ellas quieran para que puedan utilizar sus cuerpos como deseen. Si se carece de una perspectiva moral canónica concreta, no se puede entender por qué es más o menos degradante o explotador emplear a una mujer como madre de alquiler que como bailarina de *ballet* o como cantante de ópera. En cada caso se emplea a la mujer para utilizar ciertas capacidades de su cuerpo con el fin de lograr el placer u objetivos de otras personas. Quienes argumentan en contra del alquiler comercial de úteros comparándolo con la prostitución, deben enfrentarse a la necesidad de descubrir, en términos seculares generales, la razón de que sea más degradante el hecho de que una mujer trabaje como prostituta que cavando zanjas. Tampoco sirve

apelar a la explotación, ya que no se puede distinguir quién es el explotador y quién la explotada cuando no se dispone de una visión moral dotada de contenido canónica determinada. ¿Explota a una mujer la pareja acaudalada que la utiliza como madre de alquiler o, por el contrario, explotan a una mujer quienes, basándose en intuiciones morales especiales, utilizan la ley para impedirle que se ofrezca como madre de alquiler? Para comprender qué actos se pueden calificar como explotación, hay que poseer previamente una concepción moral dotada de contenido canónica de las elecciones y los contratos correctos.

### *El paciente como persona*

La medicina, al contrario que la veterinaria, es la medicina de las personas. Su meta no es la simple prolongación de la vida biológica. Su tarea consiste en postergar la muerte, prevenir o reducir los padecimientos y las deformidades, curar las enfermedades, ampliar las capacidades biológicas y psicológicas y ocuparse de los sufrimientos de las personas. La medicina es agente de las personas. Actúa en beneficio suyo y se ve restringida por la obligación de respetar los deseos de las personas, siendo su meta hacerles el bien. Es crucial, por tanto, saber cuándo empieza y termina la persona para saber para con quién tiene la medicina, y la asistencia sanitaria en general, que cumplir sus deberes. Médicos, enfermeras y demás asistentes sanitarios han de saber cuándo se encuentran frente a una persona, cuyos deseos hay que respetar, y que puede poner límites a los deseos de los médicos y de otros profesionales de llevar a la práctica sus particulares concepciones de la vida buena. Ésta es la razón de que en el presente capítulo hayamos examinado las cuestiones de la muerte cerebral y el aborto. Actualmente, las tensiones existentes entre la moralidad secular general y las moralidades tradicionales con respecto a la definición de la muerte no son muy fuertes, pero probablemente aumentarán a medida que sea posible identificar de forma fiable a los individuos que dejan de ser agentes morales, pero que, sin embargo, mantienen un cierto nivel de consciencia, aunque carente de autoconsciencia. En el seno de la moralidad secular general no se considera que estos individuos sean agentes morales, pero otras definiciones de muerte menos conceptuales plantean mayores dificultades. Pensemos, por ejemplo, en la propuesta de aplicar definiciones de muerte basadas en el

sistema cardíaco, que tiene como objetivo recoger los órganos de los individuos que no desean ser resucitados. Según esta propuesta, se podrían recoger órganos de los individuos que no desean ser resucitados, que han sufrido una asistolia de, al menos, dos minutos de duración, pero cuyos centros cerebrales superiores están en perfecto estado (por ejemplo, individuos con esclerosis lateral amiotrófica). Si mantenemos la opinión de que la importancia de las definiciones de la muerte reside en que indican en qué momento se destruye la capacidad de una persona de sentir y actuar en el mundo, entonces, en este sentido conceptual, esos individuos pueden no estar realmente muertos. Desde la perspectiva de una definición de muerte basada en los centros cerebrales superiores se pueden considerar como donantes voluntarios de órganos durante su agonía.<sup>80</sup>

Si examinamos el contraste existente entre las concepciones judeo-cristianas tradicionales de la posición de los embriones, fetos, niños y de la reproducción, vemos que la mayor diferencia reside entre lo que puede establecer la moralidad secular general y lo que pueden establecer las apreciaciones judeo-cristianas tradicionales. No sólo resulta imposible distinguir el mal inherente al aborto, sino también al infanticidio. Se pueden desechar ulteriores conceptos tradicionales sobre la correcta reproducción en un ámbito que se caracteriza por la posesión de una tecnología que permite a Bubba Jones y a Betty-Lou Smith obtener ingresos suplementarios con la venta de sus gametos, que pueden a su vez ser adquiridos por F. Fitzhugh Yuppie y Q. Alessandra (Buffy) Cosmopolitan con el fin de producir cigotos en la *Whole Organic Fertility Clinic* y que Henrietta Mercenarius traerá al mundo. La valoración judeo-cristiana tradicional de la reproducción como un acto sagrado y símbolo de la unión de la pareja<sup>81</sup> no se puede apreciar en un contexto secular. En efecto, en términos seculares generales, tan sólo podemos decir que existen diversos acuerdos respecto a la utilización de los cuerpos, al disfrute común del placer y a la concepción y crianza de los hijos. Únicamente en un contexto moral dotado de contenido concreto se puede apreciar algo dotado de contenido, algo sustancial respecto al significado de la sexualidad y de la finalidad de la reproducción. Fuera de tal contexto, no se puede siquiera comprender la importancia que supone tener hijos. En efecto, en términos seculares generales (aparte de intereses financieros y otros intereses similares, que incluyen las consecuencias fiscales), resulta incluso difícil distinguir la razón de que alguien deba tomarse la molestia de contraer matrimonio.

## CAPÍTULO VIII

### CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO, RECHAZO DEL TRATAMIENTO Y EL EQUIPO SANITARIO: LAS MÚLTIPLES CARAS DE LA LIBERTAD

Las personas tienen el derecho fundamental a que se las deje en paz, lo que incluye el derecho a que no se entorpezca su libre asociación con otras personas que así lo deseen. Los que deseen intervenir deben demostrar su autoridad. Las relaciones entre pacientes, médicos y otros trabajadores sanitarios se configuran en torno a diversas expresiones del principio de permiso. Estas relaciones incluyen las de asociación, disociación y no asociación. Pacientes y médicos tejen una red de compromisos, así como de límites y fronteras. El modelado de la relación entre médico y paciente conlleva la elaboración de compromisos y la fijación de límites, así como también conlleva la comprensión mutua de esos compromisos y de esos límites, de las autorizaciones y denegaciones que conforman una verdadera y concreta relación. En la asistencia sanitaria, hombres y mujeres crean un entramado de expectativas y autorizaciones por medio de su aquiescencia a ser tocados y explorados por otras personas mediante compromisos de sigilo, del mantenimiento de una especial confianza y al configurar modos comunes de entender las metas que se quieren alcanzar conjuntamente. La sanidad incluye además la decisión de confiar ciertos aspectos de cuidado y curación del cuerpo y de la mente propios a unas personas y no a otras; por lo común parcialmente, raramente en su totalidad. Los compromisos globales son raros en la vida diaria e igual sucede en el caso de la asistencia sanitaria y, por eso, son pocos los pacientes que se someten sin reservas a los cuidados de un médico. Por lo común, algo se retiene, algo se reserva; siempre hay una cierta desobediencia a las instrucciones médicas. Del mismo modo, la mayoría de los médicos y de las enfermeras nunca se comprometen del todo. La dedicación de los seres finitos siempre está limitada.

Lo que crea el núcleo de esta relación también modela sus límites: la libre elección individual de hombres y mujeres, pacientes,

médicos, enfermeras, etc. La relación no se estructura de un modo único. Grupos diferentes configurarán relaciones diferentes dadas sus diferentes necesidades de independencia o aquiescencia en el cuidado de los demás. Entenderemos las variantes de esta relación si examinamos los problemas tradicionales del consentimiento libre e informado, de la confidencialidad, del paternalismo y del derecho de todo paciente a rechazar el tratamiento o del que asiste al médico de no aceptar a un paciente, problemas que se deben valorar en función de la tensión que existe entre diferentes interpretaciones de la vida buena, que dan lugar a diferentes ideales concretos sobre la relación entre paciente y médico (o paciente y enfermera). Estas interpretaciones, frecuentemente discrepantes, se deben suavizar en la estructura general de una sociedad pacífica, secular y pluralista mediante el acuerdo de los afectados. En pocas palabras: debemos reconciliar honradamente en el mutuo respeto por las personas participantes los puntos de vista enfrentados sobre lo que es la beneficencia, puntos de vista que encuentran su expresión en interpretaciones discrepantes de la relación entre médico y paciente. El punto de partida para resolver las tensiones que se crean entre opiniones contradictorias acerca de las actuaciones que son adecuadas, es un proceso justo de negociación.

El consentimiento libre e informado es crucial en este proceso. Los individuos deben comunicarse y valorar lo que desea cada una de las partes para llegar a un entendimiento. El contrato entre el médico y el paciente junto con el entendimiento entre pacientes y enfermeras constituyen el producto final de dichos procedimientos, procesos informativos y comunicativos que desempeñan un papel esencial, no sólo por sus valores intrínsecos, aunque éstos sean muy apreciados, sino también por la habitual falta de entendimiento entre individuos y entre comunidades distintas. Como quiera que no existe una visión autoritativa de la vida buena, ni de las metas concretas de la medicina, resulta obligado crear un modo común de entenderla. El consentimiento libre e informado desempeña así un papel esencial, no tanto a causa del compromiso que supone con un ideal liberal, sino por la aparente imposibilidad de descubrir una visión concreta de los objetivos de la asistencia sanitaria en un contexto pluralista y secular. En resumen, el consentimiento libre e informado tiene actualmente gran importancia moral debido a problemas conceptuales (esto es, a la incapacidad de la razón para establecer de forma autoritativa una visión concreta de la vida buena) y a problemas históricos (esto es, al colapso his-

tórico de las expectativas cristianas, así como de las expectativas de la Ilustración, de que todos se conviertan a, o de establecer mediante argumentos racionales, una visión concreta de la vida buena) que conducen al problema intelectual de ganar autoridad moral en una sociedad pluralista y secular (materia que ya tratamos en el capítulo III). Cuando no se descubre esa autoridad, cuando no se sabe qué hacer, hay que preguntar a los individuos libres implicados qué quieren hacer, y esperar a que lleguen a un acuerdo común para conseguir la acción pacífica con autoridad moral.

Como veremos más adelante, la cantidad y características de las revelaciones exigidas y de los acuerdos formales, dependen de hasta qué extremo los médicos u otros profesionales sanitarios y los pacientes comparten criterios comunes sobre los objetivos de la medicina, los cánones de la probidad moral y las características de la vida buena. Cuanto más extraños sean médicos y enfermos a las valoraciones y objetivos del otro, más necesidad habrá de configurar normas explícitas que rijan el consentimiento libre e informado, y que éste abarque en detalle todos los aspectos del tratamiento. Cuanto más coincidan médicos y pacientes en sus criterios sobre las metas de la asistencia sanitaria en particular, y de la vida en general, menos necesidad habrá de revelaciones muy elaboradas, aunque algún tipo de revelación siempre será necesario. Los amigos necesitan conocer, aunque sea implícitamente, las características de sus tareas colectivas. Los amigos pueden discrepar y distanciarse, posibilidad que debemos prevenir, al menos en las tareas médicas de mayor envergadura.

De la mano de la autoridad para consentir viene el derecho a dedicarse al cuidado de los demás y de retirarse de dicho cuidado, de aceptar ayuda y de rechazarla. Por consiguiente, la cuestión del consentimiento libre e informado se suele relacionar con otros problemas, como son la probidad moral del suicidio o de la cooperación o incitación al mismo, así como el de establecer una línea de autoridad dentro del equipo sanitario, cuestiones que son expresión de la libertad del individuo en lo que respecta al cuidado de su salud.

#### *La relación entre el enfermo y el curador*

Los médicos y los pacientes no están solos en la relación entre el enfermo y el curador. En su *Epidemia*, Hipócrates ordena al médico:

Declara el pasado, diagnostica el presente y pronostica el futuro; practica estas acciones. En cuanto a la enfermedad, habitúate a dos cosas: a ayudar, o por lo menos a no dañar. Nuestro arte lo componen tres factores: la enfermedad, el paciente y el médico. El médico es el servidor de nuestro arte y el paciente debe cooperar con él en su lucha contra la enfermedad.<sup>1</sup>

Junto al médico y al paciente, en su confrontación con la enfermedad, se sitúa el arte, la *techné* de Hipócrates, que nosotros interpretamos como la profesión médica, sea un grupo de individuos, sea un conjunto de técnicas.<sup>2</sup> Las profesiones establecen pautas sobre lo que son problemas ortodoxos e intervenciones médicas correctas, sentido de la profesión que trasciende las fronteras nacionales y existe sin necesidad de organizaciones formales de médicos, como por ejemplo la Asociación Norteamericana de Medicina.<sup>3</sup> La idea misma de profesión especializada alcanza a los intercambios privados de curadores y pacientes, incluso antes de, y además de, la intrusión de la autoridad estatal mediante leyes, regulaciones y exigencias de licencias.

Para entender las respectivas posiciones de curadores y pacientes, nos fijaremos primeramente en las características que se suelen atribuir a los curadores como profesionales y en cómo ellos se contemplan a sí mismos como miembros de una profesión. La idea de profesión conlleva un compromiso con visiones concretas de la beneficencia y de su correcto ejercicio. Todas las profesiones tienen una meta.

### La profesión

En toda sociedad existen individuos que desempeñan el papel de curadores, aunque a veces dicho papel no esté plenamente diferenciado de otros, como el de sacerdote. En las sociedades que invierten en ciencia y tecnología, como es el caso de la nuestra, el curador frecuentemente conserva roles mágicos y sacerdotales. No es extraño. Se busca la curación de problemas que afectan a las mismas raíces de la existencia: temor a la muerte, deformidad, incapacidad. El papel del curador tiene un paralelismo con el del abogado, que auxilia al individuo en sus problemas con los poderes públicos reconocidos, y también con el del teólogo o sacerdote, que le auxilia en sus problemas con los poderes sobrenaturales: ambos median entre el individuo y uno de los grandes conglomerados de

fuerzas potencialmente adversas. Médico, abogado, teólogo o sacerdote desempeñan profesiones que inciden en todos los aspectos de la vida humana.

La profesión a la que pertenecen los curadores es una de las tres profesiones especializadas tradicionales, y lo es porque requiere técnicas para la prevención y control de las enfermedades y para salir al paso de la muerte. Es una de las profesiones más importantes, puesto que el dolor, la deformidad, la incapacidad, la enfermedad y la muerte prematura acaparan la atención de personas y sociedades. Sus conocimientos y su importancia, marcan distancias entre el curador y la persona que busca sus cuidados. A medida que las técnicas se han hecho complejas e intrincadas, y exigen profundos conocimientos de la naturaleza humana, de la fisiología y de los mecanismos de la enfermedad, entre ambos se levanta un muro que dificulta el mutuo entendimiento. Esta barrera entre el profesional experto y el lego no se abate por una redistribución de conocimientos, contrariamente a lo que ocurre con las barreras que separan al rico del pobre, superables en principio mediante una redistribución de la riqueza.<sup>4</sup> Esa misma riqueza en conocimientos que capacita al profesional dificulta la comunicación con la persona que necesita sus cuidados. Además, los vestigios de expectativas mágicas en relación con quienes se ocupan de la enfermedad y de la muerte, transmiten una mayor sensación de distancia e importancia que la que generalmente se adscribe a intervenciones puramente mecánicas.<sup>5</sup>

Esto da lugar a que la profesión médica adquiera un carácter esotérico. Es un área de conocimientos especiales relacionados con cuestiones de vida o muerte, a los que frecuentemente se atribuyen propiedades mágicas. De hecho, parte del poder placebo del médico, su capacidad de conseguir con su sola presencia que el paciente se sienta mejor, está vinculado a la autoridad sacerdotal del curador. El compromiso con este carácter esotérico de la profesión encuentra su expresión en el juramento hipocrático por el que el iniciado jura transmitir la instrucción que reciba únicamente a los hijos de su maestro, a los discípulos que hayan realizado el mismo juramento y a nadie más. El resultado es la configuración de una elite moral e intelectual, de un grupo de individuos con a) un complejo conocimiento técnico y una dedicación especial b) a ayudar a los amenazados por la enfermedad, la deformidad y la muerte prematura, y c) a preservar e incrementar las técnicas profesionales. El segundo punto supone una dedicación a un conjunto de

valores morales y no morales. Aquéllos orientan sobre los modos más adecuados de tratar al paciente, éstos incluyen una interpretación de los niveles de incapacidad, dolor y deformidad aceptables o válidos como justificación genuina de tratamiento. El tercer punto no solamente apoya pautas en la utilización de técnicas, sino que orienta a la profesión hacia la consecución de mejores técnicas y mayores conocimientos. Aunque no existiera un procedimiento regulador formal ni requisitos de asociación, la profesión sería capaz de reconocer quién pertenece a ella y quién cumple con sus ideales, invocando sus objetivos de beneficencia y de adquisición de conocimientos. Las profesiones sanitarias, ya se trate de a) grupos de individuos organizados formalmente en sociedades o en posesión de licencias estatales, o bien b) grupos de individuos unidos informalmente por su compromiso con las metas morales e intelectuales de la profesión, se autorregulan apelando a esas metas.

Metas que no sólo ennoblecen las profesiones sanitarias, sino que son también la base de conflictos morales. Sus miembros, como integrantes de una profesión especializada, se aplican a una serie de fines que no siempre son armonizables: a) servir las necesidades y los deseos de asistencia sanitaria de las personas, b) sustentar las necesidades y los deseos sanitarios de la sociedad, c) ejercer la profesión para ganar dinero y prestigio (un profesional no es un *amateur*, no es un individuo que se entrega a una tarea sin pensar en recompensa económica), d) contribuir a perpetuar la profesión (para proteger al gremio sus individuos cuidan la profesión como grupo especial de intereses con privilegio y status propios), y e) aspirar a adquirir conocimientos. En ocasiones el bien de los individuos y el de la sociedad no coinciden (por ejemplo, al exigirse información sobre enfermedades venéreas). La búsqueda de beneficio individual puede no sólo complicar económicamente al individuo y a la sociedad, sino minar la categoría misma de la profesión. Finalmente, y aquí nos encontramos ante una diferenciación característica de una profesión especializada y erudita, la búsqueda de conocimientos puede colisionar con los intereses de los individuos sometidos a tratamiento. Pensemos en la observación que a menudo se hace en descrédito de alguien, pero que es, pese a ello, muy instructiva: «La operación fue un éxito, pero el paciente falleció». Una profesión especializada y erudita es un placer intelectual, abstracción hecha de sus servicios a los demás. Existe placer en ejercer una técnica erudita y difícil, incluso si no es beneficiosa para los demás.

La búsqueda de conocimientos, aunque en conflicto potencial

con los intereses del paciente individual, se encuentra en armonía potencial con los intereses a largo plazo de futuros pacientes y de la sociedad en general. La adquisición de mayores conocimientos y de mejores técnicas garantiza un tratamiento más cualificado en el futuro. Esta utilización de los pacientes actuales para mantener el arte es necesaria, incluso al margen de la medicina de alta tecnología. Las técnicas tienen que pasar del maestro sabio al aprendiz de curador, quien, mientras continúa en su aprendizaje, quizá saje un forúnculo, coloque un hueso o trate una fiebre con menos habilidad que el profesor, pero si los pacientes no cayesen en manos de estos jóvenes aprendices, la técnica perecería. En la profesión médica, todos tienen que sajar su primer forúnculo, extraer el primer apéndice o colocar su primer catéter cardíaco. Esta inversión del presente en favor del futuro se hace aún más sistemática con una noción clara del progreso médico y con la aceptación crítica de las quejas sobre la eficacia de los tratamientos usuales. La meta de hacer lo mejor para el paciente y evitar daños innecesarios, conduce a la práctica de la experimentación médica sistemática y a que el curador no se limite a ser quien cuida del necesitado, sino quien también estudia sus padecimientos y sus posibles curaciones. El modo utilitario (el mayor bien para el mayor número) de entender las obligaciones de la profesión médica se entrelaza con la interpretación de las obligaciones frecuentemente deontológicas con pacientes determinados.

Cuando un paciente se enfrenta a un médico (o a una enfermera u otros profesionales sanitarios) se imbrica en el complejo contexto de una profesión con objetivos diversificados, de los que sólo algunos se orientan al cuidado y tratamiento del paciente. Si éste quiere lo que la profesión usualmente no da o pretende tratamientos que se apartan de las pautas profesionales, el médico debe tener en cuenta el juicio de los miembros de su profesión, ya que toda negociación con el paciente le comprometerá en una posible negociación con la profesión, y ésta enjuicia (formal e informalmente) qué actividades son propiamente médicas, cuáles violan sus pautas y, por tanto, si el médico en cuestión, o cualquier otro profesional sanitario, tiene un buen nivel profesional. Incluso en ausencia de regulaciones formales, de colegios profesionales organizados o de licencias, existen sanciones importantes como puede serlo la negativa a dar buenas referencias. La solicitud por parte del paciente de un tratamiento determinado, entra inmediatamente en el contexto de una comunidad de profesionales sanitarios con

sus puntos de vista sobre las actuaciones correctas y las intervenciones más indicadas. Los intercambios entre el paciente y el profesional sanitario no están exclusivamente definidos por ambos grupos de individuos, sino también por la profesión sanitaria. Dependiendo de los puntos de vista que en ella se mantengan (o en grupos dentro de ella) sobre su correcto ejercicio, respaldará incluso al médico que diga a un paciente: «Si desea que yo le trate, deje de hacerme preguntas y haga lo que yo le diga. Será la forma de que usted reciba el mejor tratamiento y de que me quede tiempo para ocuparme de otros pacientes que me necesitan».

No obstante las situaciones son complicadas porque no existe un sentido inequívoco de las profesiones sanitarias o de la profesión médica. Aunque exista la posibilidad, de un modo abstracto y general, de entender lo que significa ser médico o enfermera, una comprensión concreta únicamente se dará en una comunidad concreta de médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios, con sus puntos de vista concretos sobre la vida moralmente apropiada y sobre el buen ejercicio de su profesión. Así, cuando el paciente negocia con los profesionales sanitarios sobre su tratamiento y sus cuidados, necesitará conocer los compromisos profesionales de aquellos con quienes está en vías de cerrar dicho acuerdo de asistencia y tratamiento. Una mujer de convicciones morales liberales querrá saber, por ejemplo, si el ginecólogo con el que piensa iniciar una relación de paciente y médico mantiene puntos de vista contrarios al aborto y a la esterilización. También será prudente que la persona a la que se le ha diagnosticado un cáncer difundido, conozca la postura del médico respecto al uso de narcóticos y otros fármacos para el control del dolor. Si estará, por ejemplo, conforme en suministrar suficientes analgésicos para evitar que el enfermo sienta dolor, en lugar de confiarse a mínimas cantidades de fármacos y obligarle a pedir más medicación y a experimentar dolor entre una y otra dosis. De modo semejante, un individuo al que se le haya diagnosticado esclerosis lateral amiotrófica o enfermedad de Lou Gehrig (una degeneración neurológica fatal), y no desea que se le mantenga con vida hasta el último instante, querrá entrar en contacto con un neurólogo que respete sus deseos de tener un tratamiento mínimo o nulo en la fase terminal de la enfermedad. Para elaborar eficientemente un contrato de asistencia sanitaria, el enfermo debe conocer los idearios morales y profesionales del médico, y éste necesitará igualmente entender los cuidados que desea el paciente.<sup>6</sup>

### *El paciente como un extraño en tierra extraña*

Cuando el enfermo acude a un profesional de la medicina, entra en un territorio que no le es familiar. Se introduce en un campo temático cuidadosamente definido en el curso de la larga historia de las profesiones sanitarias. No es corriente que el paciente acuda con opiniones tan bien analizadas y matizadas como las que poseen estos profesionales, que cuentan además con una comunidad de colegas para reforzar sus puntos de vista y que les apoyan en sus recomendaciones. Además, los intercambios entre profesionales sanitarios y pacientes se realizan en el lenguaje médico. El dolor, la incapacidad e incluso el miedo, se traducen a la peculiar jerga médica. La sustitución de la magia y el ritual del chamán por las tecnologías y las teorías de los curadores científicos quizá haya aumentado, en lugar de disminuir, la distancia entre el curador y la persona en busca de curación y asistencia.

En este contexto el paciente es un extraño, un individuo en un terreno extraño en el que no sabe bien lo que puede esperar o cómo controlar su entorno. Tiene que dejar en suspenso o alterar su forma habitual de pensar para adaptarse a las teorías y explicaciones del curador y a las rutinas del entorno de este último. El extraño ha de adaptarse a pautas y expectativas culturales que le son ajenas. Las cosas ya no ocurrirán como antes; ya no sucederán de la forma que se daba por sabida. Como un desplazado en una cultura extraña, el paciente corre siempre el riesgo de ser un marginado. El extraño, como observa Alfred Schutz, «tiene que afrontar el hecho de que no posee la categoría de miembro del grupo social en el que está a punto de integrarse, y no puede, por tanto, establecer un punto de partida desde el que orientarse».<sup>7</sup> Incidiendo con otras palabras en lo dicho por Schutz para centrarnos en la asistencia sanitaria, el paciente, como extraño, tiene dificultades incluso para orientarse en el entorno de la medicina de alta tecnología, y muchas más para ejercer autoridad.

Los profesionales sanitarios intentan superar las distancias entre el paciente y el contexto sanitario alterando las expectativas de aquél, lo que es especialmente cierto cuando paciente y curador mantienen un contacto prolongado, como sucede con las enfermedades crónicas. En tal caso, el médico y demás profesionales sanitarios se esfuerzan por introducir al paciente en el mundo vital de la sanidad. Se produce un intento de cambiar y remodelar las expectativas que el paciente daba por sabidas; algo parecido al adoc-



trinamiento de un catecúmeno como parte de su conversión. Para el tratamiento de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, el paciente tiene que convencerse de que ciertas dietas le están prohibidas, son médicamente impuras; al igual que quienes abrazan ciertas religiones tienen que convencerse de que determinados alimentos son ritualmente impuros. Hay que enseñarle también a contemplar los cambios que experimenta su cuerpo del mismo modo que los ven sus médicos. Dificultades respiratorias, hinchazón de los pies después de un día de trabajo, se convierten en indicios de problemas médicos de los que se debe informar al facultativo. Estos pacientes aprenderán a medir su presión sanguínea y a analizar su orina para conocer en todo momento su estado corporal. El diabético debe calcular su absorción de calorías, conocer su origen y autoadministrarse insulina en cantidades cuidadosamente medidas, actividades únicamente inteligibles desde dentro del sistema de suposiciones y compromisos teóricos de los médicos y enfermeras a cargo del enfermo. Quienes sufren una enfermedad crónica se convierten en eficaces partícipes de su tratamiento en cuanto que incorporan a sus supuestos los puntos de vista del mundo tecnológico y científico de los médicos y las enfermeras que les tratan. Tan pronto el enfermo entra en el mundo vital de su curador, lo acepta; su sujeción al tratamiento ya no es algo que le es ajeno, sino una parte de su nuevo mundo vital.

El encuentro con el profesional de la salud trae consigo profundas consecuencias. Frecuentemente, el hecho de aceptar un diagnóstico supone el compromiso de reordenar la propia vida con arreglo a los tratamientos y regímenes preventivos que éste auspicia. Muchas negociaciones entre enfermos y médicos versan sobre hasta qué extremo un diagnóstico debe transformar la vida del paciente. En realidad, el hecho de considerar a un paciente con un diagnóstico de diabetes como diabético, no como una persona con diabetes, es indicativo de hasta qué punto la etiqueta diagnóstica transforma la existencia de un individuo. Lo que está en juego no es simplemente una cuestión externa, referida al modo de contemplar a este individuo, sino que afecta a cómo él deberá contemplarse a sí mismo. El médico puede mantener que su bienestar continuado depende de que se considere a sí mismo como diabético, pero el enfermo quizá intente rechazar el encasillamiento diagnóstico que tanto alterará su vida, en parte porque no desee controlar su diabetes tan rigurosamente como exige el médico, y porque tampoco desee admitir los cambios de expectativas que acarrea el diagnóstico,

desde la posibilidad de ceguera, impotencia, insuficiencia renal, hasta una muerte temprana. Los profesionales de la salud intentan transformar al enfermo para que deje de ser un extraño en tierra extraña y se convierta en un residente permanente en el mundo de las expectativas e intervenciones médicas.

### *Extraños y amigos*

Edmund Pellegrino y David Thomasma mantienen que médico y paciente se encuentran como dos amigos entregados al bien de la salud<sup>8</sup> y lo hacen siguiendo los razonamientos de Platón en su *Lysis*,<sup>9</sup> pero únicamente será factible ver a médicos (o enfermeros y otros profesionales sanitarios) y paciente como amigos y no como extraños, si no les distancian a) los intereses posiblemente enfrentados de profesionales sanitarios y pacientes, b) puntos de vista discrepantes sobre los objetivos de la sanidad, c) diferentes modos de entender los cánones de la probidad moral y d) diferentes visiones de la salud y de la enfermedad. Los profesionales sanitarios pueden discrepar de sus pacientes a) en su especial entrega a la supervivencia a largo plazo de su profesión y al desarrollo de sus conocimientos con vistas a la asistencia de futuros pacientes, b) en sus criterios sobre el control del dolor y sobre la forma y capacidad humanas adecuadas (por ejemplo, la cantidad de fármacos aplicable al control de la ansiedad), c) en sus opiniones sobre el carácter concreto de los cánones de probidad moral (por ejemplo, sobre la moralidad de permitir la muerte de recién nacidos con desventajas físicas y mentales) y d) en sus opiniones acerca de lo que es un buen tratamiento médico (por ejemplo, qué porcentaje de probabilidades de curación del cáncer de un paciente justificará un mayor o menor porcentaje de desfiguración).

Cuanto más coincidan médicos y paciente en sus respectivas visiones de la vida buena, tanto más verosímil será que coincidan en la amistad. Un punto de vista común sobre la vida buena proporciona valores morales y no morales, de tal modo que quienes las comparten saben lo que hay que hacer, qué riesgos son prudentes y qué acciones hay que evitar. Cuando las personas comparten puntos de vista sobre la vida buena, viven en una estructura común de mutuo entendimiento y de dedicación a objetivos comunes. En tales circunstancias, el consenso para tareas comunes requiere a menudo muy poca comunicación explícita, puesto que ésta ha te-

nido ya lugar en el entramado de entendimientos tácitos que configuran una visión común de la vida buena. Cuando así ocurre, profesional y paciente no concurren como extraños, sino como personas comprometidas en un conjunto de metas compartidas.<sup>10</sup>

Los individuos pueden proceder de comunidades ampliamente diferenciadas y, no obstante, ser amigos. En realidad, como advertía Aristóteles, la amistad con un extraño tiene sus ventajas porque evita conflictos de progreso personal en la misma polis,<sup>11</sup> pero esa amistad únicamente es posible si se comparte un cierto número de objetivos y valores. Aristóteles no pensaba en la amistad con un bárbaro. Una lectura bioética de la observación de Aristóteles sería que a un médico le resulta más fácil entablar amistad con su paciente que con otro médico porque los médicos compiten entre sí por los pacientes y por destacar en la comunidad médica. Lo que importa aquí al distinguir entre amigos y extraños, es saber hasta qué punto los profesionales de la salud y los pacientes a) comparten una concepción común que suprima la necesidad de una gran cantidad de revelaciones formales y de procedimientos de otorgación de consentimiento o bien b) no aciertan a poseer estos compromisos comunes, lo que hace necesarios procedimientos formales de información y consentimiento que eviten graves malentendidos.

Gran parte de las estructuras burocráticas formales para revelación y consentimiento en países como los Estados Unidos está en función de que en sociedades pacíficas, laicas y pluralistas, los profesionales sanitarios y los pacientes concurren continuamente como extraños, y no exclusivamente por el hecho de no compartir una serie de compromisos profesionales y de enfoques científicos y tecnológicos, sino también porque sus respectivas visiones de la vida buena se asientan en creencias colectivas radicalmente diferentes. Cuando un médico, devoto católico romano, se encuentra con una mujer marxista que quiere abortar, o un médico homosexual liberal se encuentra con un paciente baptista conservador que busca consejo médico sobre disfunciones sexuales, pocas cosas pueden darse por sabidas en lo tocante a opiniones convergentes sobre los objetivos de la asistencia sanitaria y los cánones de la probidad civil. El pasaje de Platón reproducido por Pellegrino como prueba de que médicos y pacientes son amigos presupone un sentido inequívoco de la salud,<sup>12</sup> pero como se demostró en el capítulo VI, éste no existe. Querríamos poder hablar de *saludes* en plural para indicar mejor los diferentes enfoques del bienestar humano que motivan la asistencia sanitaria, desde la interrupción de un

embarazo no deseado, hasta el logro de diversos estilos de vida sexual. La persona que prefiere una resección menos invasora del carcinoma del intestino grueso (con el fin de evitar una colostomía) que la que propugna su médico (en cuya opinión ésta última ofrece mayores posibilidades de supervivencia a largo plazo), genera una disputa sobre los objetivos de la sanidad y sobre el sentido compuesto de salud (que incluye tanto el rechazo de la agresión física, como la posibilidad de una supervivencia a largo plazo) que deben motivar intervenciones terapéuticas.

Los mecanismos burocráticos mediante los que el médico revela información al paciente y obtiene su consentimiento libre e informado, constituyen una parte esencial de la vida moral en sociedades en las que los individuos se encuentran como extraños, en el sentido de que no comparten esas percepciones y compromisos morales que suelen unir a los amigos. El enfermo no va al encuentro del médico como va al de un consejero espiritual, con el respeto que merece Pellegrino.<sup>13</sup> Elegimos un consejero religioso en gran parte porque compartimos con él un rico entramado de compromisos morales y metafísicos, pero el baptista sureño puede buscar un oncólogo, no porque éste sea un correligionario, sino por sus habilidades técnicas. Como es frecuente que se elijan los médicos y se busquen técnicas de la medicina como instrumentos para la consecución de importantes objetivos personales, los conflictos surgen cuando dichos objetivos no concuerdan con los compromisos valorativos de los médicos y de los restantes profesionales sanitarios, lo cual no constituye un problema exclusivo de la medicina y de las tecnologías biomédicas, sino de las ciencias aplicadas en su generalidad, en las cuales surgen conflictos entre quienes pretenden su aplicación y los científicos necesarios para realizar dicha aplicación.

Se suele adjudicar a los médicos un papel análogo al de los burocratas de una nación a gran escala, ya que tienen que adaptarse a los compromisos y puntos de vista morales de individuos procedentes de diferentes comunidades morales, al tiempo que mantienen la estructura moral de una sociedad pacífica, laica y pluralista. Ésta era la razón de que Hegel identificase a los funcionarios como la clase universal (en contraste con Marx, quien asignaba este papel a los obreros). Según el primero,<sup>14</sup> el funcionario tiene la obligación de hacer realidad la libertad en el país, prestando sus servicios al ciudadano, sea éste ortodoxo, católico romano, protestante, judío, ateo, marxista o un fervoroso partidario de la «corrección política».<sup>15</sup> El cartero debe entregar el correo a todos los vecinos de

su distrito sin discriminar a nadie por sus convicciones políticas o religiosas. La oficina de correos debe aceptar revistas de creyentes y de no creyentes, revistas eróticas y panfletos contra la lectura pornográfica, así como material que viola los cánones de la «corrección política» y también otros materiales que, por el contrario, los apoyan. Para garantizar que esto ocurra necesitamos normas burocráticas que establezcan claramente, en términos generales, lo que hay que hacer, para quién y en qué circunstancias. Los médicos y otros profesionales sanitarios se ven a menudo en situaciones análogas a las de los funcionarios porque tienen que explicar a sus pacientes lo que se va a hacer por ellos, con ellos y en qué circunstancias. Cuando uno y otros se encuentran como extraños, tales revelaciones y salvaguardas tienen que ser frecuentemente explícitas y a menudo detalladas. Por otra parte, el médico tiene que tener claro qué servicios se ha comprometido a ofrecer. Al establecerse una relación concreta entre médico y paciente sin que éste haya sido advertido suficientemente de los objetivos y criterios morales de aquél, el médico contrae el compromiso explícito de prestar sus servicios en circunstancias de emergencia, aunque entren en conflicto con sus propias convicciones morales (por ejemplo, el médico que ha omitido dichas revelaciones y que no puede transferir su paciente a otro colega, puede verse obligado, en la moralidad secular, a realizar un aborto para salvar la vida o proteger la salud de una mujer, aunque ello choque con sus convicciones morales personales). Lo mismo ocurre, incluso en circunstancias que no son de emergencia, cuando el médico se incorpora a un servicio sanitario dedicado a la prestación de determinados cuidados (incluido el aborto).

Es evidente que algo se pierde cuando pacientes y profesionales sanitarios se ven forzados a entrar en contacto a través de una maraña de reglas burocráticas y de sistemas formales de protección mutua. También existe el peligro de que dichas reglas y limitaciones formales se conviertan en un factor obsesivo mediante el cual los gobiernos se inmiscuyan en todos los aspectos de la vida personal de médicos, enfermeras y pacientes. Son normas y reglamentos que deben fundamentarse únicamente en la protección que ofrecen frente a quienes tratan de imponer a los demás sus peculiares modos de entender la vida buena. No se debe reglamentar por reglamentar. También existen muchas áreas en las que tales reglas no deberían entrar, como son por ejemplo las decisiones privadas de las personas respecto a ellas mismas y a quienes voluntaria-

mente las secundan, o en las decisiones de los padres respecto a sus hijos deficientes, como ya vimos en el capítulo VI. Como bien lamenta Robert Burt en su libro *Taking Care of Strangers*, hay que pagar un precio por el gobierno «de la ley, y no de los hombres». <sup>16</sup> Existen muchas circunstancias en las que no deberíamos limitarnos a ser transmisores de normas formales. Con todo, cuando se vive al margen de comunidades constituidas sobre la base de convicciones compartidas acerca de la vida buena, se hace necesaria una aplicación desinteresada de las reglas, para protegerse de malentendidos y evitar en lo posible los abusos de poder. <sup>17</sup> En su lugar, tenemos mucho que ganar del gobierno de la ley y no de los hombres.

#### *Los cuidados médicos al extraño de paso*

Muchos enfermos carecen de médico personal en quien confiar. Tienen muy poca o ninguna experiencia de la relación idealizada entre médico y paciente, retratada frecuentemente en la dedicación del médico de cabecera o de medicina general, que ha conocido al paciente y a su familia durante muchos años. Más bien los pacientes se presentan en centros de salud o clínicas públicas o en otros centros de asistencia administrada en los que la relación con un médico o enfermera concretos es a menudo episódica y transitoria. En tales circunstancias no se produce una relación personal entre médico y paciente, sino una relación entre receptor de asistencia médica e institución. Incluso quienes cuentan con un médico personal con quien han mantenido una larga relación, comprueban que en caso de enfermedad grave le examinan muchos especialistas. Si se les hospitaliza, quedan al cuidado de médicos internos y de médicos de guardia que hacen turnos mensuales. Por consiguiente, hasta los pacientes más acaudalados comparten algunas de las experiencias de los indigentes que tropiezan con médicos diferentes cada vez que son ingresados en una clínica u hospital. En tales casos son las normas y los reglamentos los que imprimen un carácter diferente a cada institución y sirven de orientación al paciente sobre los compromisos generales del centro en el que se busca tratamiento. Más aún, al configurar sus normas, una institución configura su carácter y llega a entender sus compromisos y a articularlos para quienes ingresan en ella.

*Consentimiento libre e informado*

La práctica del consentimiento libre e informado se justifica tanto por el respeto a la libertad del individuos como por la consecución de lo que más le conviene.<sup>18</sup> Estamos ante una práctica heterogénea, que supone obtener el permiso, no sólo de quien va a ser sometido al tratamiento, sino también del tutor de quien no está capacitado para consentir por sí mismo. El primer caso afecta a los individuos capaces de elegir libremente su propio destino, de quienes hay que recabarse autorización para la realización de tareas colectivas. El segundo caso afecta a quienes ejercen autoridad sobre otros.

En el caso de individuos competentes se pueden dar varias justificaciones para la práctica del consentimiento libre e informado: a) es una forma de obtener permiso o autoridad para utilizar a otras personas; b) respeta diferentes criterios de la dignidad individual; c) apoya varios valores asociados a la libertad de los individuos; d) reconoce que cada cual es, por lo general, el mejor juez de lo que más le conviene; e) incluso si no lo fuese, reconoce que, por lo común, es preferible la satisfacción de elegir libremente, a elegir correctamente por imposición de otros, y f) es un reflejo de que la relación entre médico y paciente genera una especial relación fiduciaria que a su vez crea la obligación de revelar información. Justificamos así la práctica del consentimiento libre e informado basándonos en los principios de permiso y beneficencia. Como quiera que los individuos competentes, a menudo eligen contrariamente a lo que más les conviene, esta compleja justificación es un foco de tensiones morales. Lo mismo sucede con el consentimiento por poderes. Si una persona nombra un poderhabiente para que elija por ella, bien con instrucciones específicas, bien con la instrucción de carácter general «haz lo que quieras», la segunda persona es una extensión moral de la libertad de la primera, lo que suele generar conflictos entre la elección caprichosa del mandatario designado y lo que más conviene al mandante.

La mayoría de los tutores no actúan basándose en directrices previas que otorgan autoridad y ofrecen instrucciones para la elección por poderes.<sup>19</sup> Cuando un tutor habla en nombre de un individuo que nunca ha sido competente o que cuando lo era no dio instrucciones ni transfirió autoridad a nadie, su situación es completamente distinta a la del poderhabiente designado<sup>20</sup> porque este tutor no es la prolongación de la libertad de otro individuo, en

cambio puede ejercer autoridad sobre su pupilo como un padre la ejerce sobre su hijo pequeño, en virtud de haberlo producido, bien de una forma de servidumbre contractual derivada de que el menor recibe el auxilio paterno mientras no se emancipa. Pensemos en los padres que rechazan todo tratamiento para sus hijos gravemente deficientes basándose en la inexistencia de esperanzas o rechazan la cirugía cosmética en un hijo de diez años por razones religiosas. Además, tales tutores pueden tener autoridad para elegir entre distintos modos de entender lo que más le conviene a un individuo con arreglo a los valores aceptados por la comunidad en la que el tutelado vive, basándose en la presunción de que éste los suscribe o suscribiría. Pensemos también en los padres judíos que exigen la circuncisión de sus hijos. O bien el tutor es una autoridad en lo referente a las proclividades, intereses y deseos del individuo incompetente, en cuyo caso se convierte en un sustituto de directrices previas. Se le pregunta cómo habría querido el tutelado que se le tratase porque presumimos que puede ayudar en la elección del tratamiento que éste hubiera considerado más apropiado. El tutor intenta reconstruir lo que hubiera deseado el tutelado. Los tutores pueden, en ocasiones, simplemente tomar las decisiones necesarias seleccionando alguna de entre las muchas opciones aceptables para las personas racionales y prudentes en el seno de una sociedad concreta, cuando un individuo incompetente no deja instrucciones y no está integrado en una comunidad dotada de contenido particular (por ejemplo, un devoto miembro de la *Christian Science*). Imaginemos aquí a alguien que elige entre varios tratamientos opcionales en nombre del tutelado.

La mayor parte de las decisiones realizadas por poderes son informales, sin que se tenga acceso a instrucciones previas formales, ni a mandatos legales.<sup>21</sup> Por otra parte, mientras se dé la posibilidad de vigilancia formal, hay motivos para preferir un enfoque más informal, que puede adaptarse mejor a necesidades clínicas concretas. De este modo, la *Society of Critical Care Medicine* postula:

Las instituciones deben establecer procedimientos que permitan tomar decisiones en nombre de los pacientes que no están en condiciones de hacerlo, que están aislados y que carecen de sustitutos apropiados e identificados. Estos procedimientos deben incluir la consulta de comisiones éticas. El objetivo debe ser establecer mecanismos para que no sea necesaria la implicación rutinaria de los tribunales.<sup>22</sup>

En la misma declaración se recomienda:

Si no hay parientes disponibles o que estén dispuestos a participar, se debe consultar a personas próximas al paciente, entre los que se cuentan personas disponibles que estuvieron relacionados con, y están preocupados por el paciente, que conocen los valores y preferencias de éste y que están dispuestos a aplicar los principios sostenidos por el paciente en el momento de tomar su decisión.<sup>23</sup>

Es importante admitir en esta cuestión, que tenemos pruebas de que las personas que toman decisiones por poderes (incluidos los médicos que actúan en nombre del paciente) no enjuician correctamente lo que el paciente realmente hubiese deseado.<sup>24</sup> Por consiguiente, la elección de una persona que tome las decisiones en lugar del paciente sólo se puede justificar hasta cierto punto en función de quién es una autoridad fiable con respecto a los deseos pasados del paciente. De forma más esencial, debe depender de a quién se reconoce como autoridad para tomar decisiones acerca de un paciente. Tiene que quedar claro previamente a quién, y en qué circunstancias, probablemente se apelará para actuar como sustituto a la hora de tomar decisiones.

El consentimiento por poderes es, en resumen, un conglomerado de prácticas: a) la decisión que toma un agente autorizado en nombre de un individuo que autoriza, b) la decisión que toman los padres (o sus delegados) en nombre del niño que han producido, c) la que toma el tutor en nombre del menor no emancipado de cuya crianza se ocupa, d) la que toman los tutores en nombre de lo que más les conviene a los demás, según se entiende en el seno de una comunidad moral determinada y e) la que toma un tutor en función de lo que más le conviene a otro individuo, entendido con arreglo a lo que elegiría una persona prudente y razonable en una sociedad determinada.<sup>25</sup>

Las diversas prácticas del consentimiento libre e informado generan varios interrogantes: qué constituye una elección informada (es decir, qué probabilidades de riesgo justifican su revelación al enfermo, ¿la probabilidad de uno entre mil, cien mil, un millón?), quién está facultado para elegir, quién es libre de elegir (es decir, cuándo puede un adolescente elegir su propio tratamiento médico), quién está autorizado para elegir en nombre de otro (es decir, como mandatario designado o por posición social, como ser el padre) y quién es buen juez de lo que más le conviene a otro (¿son los padres mejores jueces de lo que más conviene a sus hijos que una

persona ajena y desapasionada?) Para contestar tendremos que examinar previamente los derechos individuales a determinar el propio tratamiento y las circunstancias en las que podemos determinar el de otros.

### *El derecho a que nos dejen en paz*

Uno de los más antiguos supuestos de las leyes inglesas se refiere a la protección del individuo en su derecho a que nadie toque su cuerpo sin su autorización.<sup>26</sup> Este derecho a exigir la tolerancia ajena enraíza en antiguas tradiciones paganas germánicas.<sup>27</sup> El supuesto legal de rozamiento no autorizado se aplica a las intervenciones médicas desde al menos el siglo XVIII. Encontramos en una sentencia de 1767, *Slater contra Baker y Stapleton*, que es «razonable decir al enfermo lo que se va a hacer con él, para que pueda armarse de valor y ponerse en situación, y esté así en condiciones de soportar la operación».<sup>28</sup> Esta sentencia no se basa en la opinión de que el paciente sea la fuente de autoridad, sino en inquietudes acerca de por qué es útil obtener el consentimiento. Sin embargo, en la opinión del juez Cardozo, en el caso de 1914, *Schlöndorff contra la gerencia del Hospital de Nueva York*, encontramos una valiente conclusión a favor del derecho del paciente a consentir o a rechazar el tratamiento, fundamentándolo en el paciente como fuente de autoridad: «Todo ser humano en edad adulta y en su sano juicio tiene derecho a determinar lo que se debe hacer con su cuerpo. El cirujano que realice una operación sin el consentimiento del enfermo, comete una agresión por cuyos daños es responsable».<sup>29</sup> Esta sentencia viene a situar en su justo punto el carácter del debate sobre el consentimiento libre e informado, al destacar el derecho del individuo a consentir el tratamiento, aunque sea de forma restringida, al reconocerlo únicamente en los adultos en su sano juicio. Como veremos más adelante, no fue fácil para los tribunales aceptar este derecho sin fijarle limitaciones, incluso en adultos competentes.

El derecho al consentimiento libre e informado en su acepción más fundamental en el seno de la moralidad secular general incluye a) el derecho a dar consentimiento competente, desengañado y voluntario a someterse al tratamiento, así como el de b) retirarse del tratamiento en todo o en parte. El caso *Slater contra Baker y Stapleton* destaca el consentimiento libre e informado como medio

para una más eficaz colaboración entre médico y paciente, con vistas a garantizar un tratamiento más eficaz de este último. Sólo posteriormente adquiere el consentimiento del paciente potencial como fuente de autoridad moral una mayor importancia. La sentencia del juez Cardozo en el caso *Schlöndorff* subraya el papel que representa el consentimiento del paciente como fuente de autoridad. Este tema destaca en las reflexiones del siglo XIX sobre los derechos individuales, recogido a veces sencillamente como el derecho general a que le dejen a uno en paz. Interesa recordar aquí particularmente el disentimiento presentado por escrito por el juez Brandeis en el caso *Olmstead contra los Estados Unidos*:

Los padres de nuestra Constitución ... intentaban proteger a los americanos en sus creencias, sus pensamientos, sus emociones y sus sensaciones, confiriéndoles frente al gobierno el derecho a que se les deje en paz, el más amplio de los derechos y el que más valoran los hombres civilizados.<sup>30</sup>

Tanto la opinión de Brandeis como la sentencia de Cardozo plantean la cuestión de si hemos de respetar todas las decisiones personales o únicamente las que parezcan sólidas y bien razonadas; si hemos de respetar las decisiones de una persona competente, incluso cuando parezcan insensatas y mal razonadas, porque si una decisión es competente u otorga autoridad solamente cuando está bien razonada a partir de premisas sólidas y bien argumentadas, se limitará señaladamente el abanico de deseos de los pacientes que deben ser respetados. Si una decisión es competente por ser la elección libre de un individuo competente (es decir, de un individuo que, en términos generales, comprende y valora las circunstancias del mundo y el sentido general de su decisión), entonces el abanico de decisiones será mucho mayor.

Son cuestiones que afectan a las decisiones que se adoptan en el terreno sanitario en general. Quienes sostienen que toda persona racional debe aceptar la existencia de Dios, llegarán a la conclusión de que las decisiones médicas, y otras provenientes de supuestos ateos, son irracionales y están inducidas por la pasión, los prejuicios y la ignorancia. Por el contrario, los individuos que no admiten la existencia de Dios o el contenido adecuado que otorga la fe religiosa, llegarán a la conclusión de que las decisiones médicas que se adopten basadas en tales supuestos teístas, son irracionales. A estas cuestiones se refería el Presidente del Tribunal Supremo (de los Estados Unidos) Warren Burger cuando siendo

miembro del tribunal de apelación del distrito de Columbia discrepó del rechazo a una petición de reapertura de juicio presentada por una mujer que se negaba por motivos religiosos a recibir una transfusión de sangre que le salvaría la vida. La opinión del juez Burger era una glosa del pronunciamiento negativo de Brandeis en el caso *Olmstead*:

Nada sugiere en su pronunciamiento que el juez Brandeis pensase que un individuo posee estos derechos únicamente respecto a creencias *sensatas*, pensamientos *válidos*, emociones *razonables* o sensaciones *bien fundamentadas*. Me inclino a pensar que pretendía incluir muchas ideas insensatas, irrazonables y hasta absurdas, como la de rechazar tratamiento médico hasta en supuestos de gran riesgo.<sup>31</sup>

Según Burger, habría que reconocer a las personas el derecho a rechazar todo tratamiento, aún cuando su elección se fundamentase en premisas y modos de entender el mundo que la mayoría juzgaría equivocadas e insensatas.

El principio de permiso sirve de fundamento al derecho de ser dejado en paz, un derecho a la intimidad, un derecho a rechazar ser tocados por los demás y la intervención ajena. Es un derecho consubstancial con la noción misma de una comunidad pacífica aglutinada en el respeto mutuo, entendido como la utilización de los demás sólo si éstos dan su permiso, y establece límites a las intervenciones ajenas, en el sentido de que deben demostrar su autoridad para constreñir los actos de otros agentes morales. Su sentido se ha plasmado en decisiones legales que afirman el derecho tanto a consentir como a rechazar el tratamiento. El tribunal del caso *Natanson contra Kline* nos ofrece lo que en parte es glosa, y en parte desarrollo de la sentencia Cardozo en el caso *Schlöndorff*:

Las leyes angloamericanas parten de la premisa de la autodeterminación total, de la cual se sigue que todo hombre es dueño de su propio cuerpo y puede, si está en su sano juicio, prohibir la práctica de toda cirugía tendente a salvar la vida o de cualquier otro tratamiento médico.<sup>32</sup>

Con lo cual, el tribunal refrendaba el derecho a ser dejado en paz. Para justificar correctamente, en términos morales seculares, ese derecho a que se deje a las personas tomar solas sus propias decisiones, únicamente habrá que demostrar que esa decisión no implica el uso de la fuerza no autorizada contra los inocentes, y que

la elección la hace un agente moral: el individuo racional y autoconsciente que libremente elige una acción u omisión determinada. Para que sea la elección de tal agente, su contenido no necesita estar racionalmente argumentado o motivado, basta con que el individuo comprenda y valore las circunstancias generales de la elección y, en tal sentido, la afirme y ratifique. Será suficiente con que el agente abrace la elección en un contexto general en el que se elija libremente y en cuyo seno se pueda permitir la siguiente justificación: «Me gusta elegir caprichosamente, incluso en materias peligrosas». Elección en la que el agente asume a sabiendas una responsabilidad y es reponsable. En este sentido, la elección es competente, puesto que proviene de un agente responsable y, por tanto, competente, incluso cuando haya elegido elegir mal.

Este análisis acepta seriamente la circunstancia de que los agentes morales a menudo elijan con obstinación, de manera perversa y moralmente inadecuada, no solamente por error intelectual, como pensaron los antiguos griegos y escolásticos, sino por el deseo de ser libres frente a otros y por la inmediata satisfacción que produce el verse libre de coacciones. Etimológicamente, actos caprichosos son actos propios de cabras, y es que a veces, los agentes morales eligen ramonear indisciplinadamente, al margen de las aquilatadas reflexiones de una vida sistemáticamente analizada. Esta sensación de rebelarse por rebelarse queda plasmada en la clásica afirmación de la elección pecaminosa de Satanás en *El Paraíso Perdido* de Milton «¡Maldad, sé tu mi Dios!» (IV, 110). La libertad de elección supone también la libertad de comprometerse en una creencia determinada, por absurda que sea, o incluso por ser absurda. Pensemos en la frase, atribuida en algunas ocasiones a Tertuliano, «Creo porque es absurdo» (*Credo quia absurdum est*).<sup>33</sup> El hecho de que personas religiosas se comprometan en creencias que trascienden la razón, o incluso entran en conflicto con ella, no invalida su capacidad ni su derecho a que se respeten sus elecciones. El que algunas elecciones individuales sean molestas, extrañas y trágicas para otros, no significa en sí mismo que se pueda usar la fuerza para obstaculizarlas.

#### *Tres acepciones de la libertad*

El concepto de libre elección en el consentimiento libre e informado incluye como mínimo tres acepciones de la libertad: a) poder

elegir, b) no verse constreñido por compromisos anteriores o autoridad justificada y c) estar exento de coacción.

#### Libertad de elección

Para que el consentimiento sea válido, el agente debe ser libre en el sentido de poder elegir libremente como agente moral; el individuo debe estar en condiciones de entender y valorar el significado y las consecuencias de sus actos, para poder ser imputable y responsable de ellos. El requisito de entender y valorar el significado de las propias acciones no es más que la exigencia de que el comportamiento sea una acción, un comportamiento realizado por un agente moral, no simplemente causado por procesos neurológicos o psicológicos. Las decisiones que no superan esta prueba, son el comportamiento de psicóticos agudos, de los gravemente seniles, de los muy jóvenes, de los muy ebrios, de los delirantes, a veces de los gravemente neuróticos y de otras personas incapaces de comprender su propia conducta o de exigir de otros el respeto en la persecución de sus propios fines.

Incluso estos individuos quizá sean capaces de vez en cuando de adoptar decisiones competentes. Apropiándonos una frase de Heinz Hartmann, existen islas de ego-autonomía. Algunas emergen sólo con la marea baja, pero quedan totalmente anegadas por la alta marea del estrés y la enfermedad. Evitemos juzgar si un individuo es totalmente competente o incompetente. Diferentes individuos, en épocas y circunstancias diferentes, serán competentes o incompetentes en distintas áreas y en distinto grado.<sup>34</sup> La competencia o la capacidad de entender y valorar las consecuencias de los propios actos, como también de asumir su responsabilidad, no es un fenómeno ni global ni binario. Sin embargo, mientras que la incompetencia parcial puede excusar parcialmente, la competencia parcial puede ser un obstáculo moral absoluto frente a la intervención de otros, en tanto exista una comprensión y valoración de lo que significa rechazarla.

#### Libertad no restringida por anteriores compromisos o por autoridad justificada

Está en juego también una segunda acepción de la libertad: no estar impedido por compromisos previos con otros. La libertad misma de las personas les permite dar o ceder su libertad de elegir



en general, y con respecto al cuidado de su salud en particular. Uno de los requisitos para alistarse en el ejército podría ser hacer cesión del derecho a rechazar la vacunación, procedimientos quirúrgicos, u otros tratamientos necesarios para mantener la capacidad de combate. En estas formas de servidumbre contractual, el individuo transfiere a otros un derecho que le es propio. Como destacábamos en el capítulo V, algo semejante sucede en la relación entre padres e hijos. Al aceptar el apoyo paterno y no emanciparse, los hijos aceptan a los padres como autoridades *prima facie* en lo que concierne a lo que más les conviene en materia médica. Los padres también pueden cerrar compromisos con sus hijos que impidan el rechazo paterno al tratamiento que les salve la vida.

Esta última era precisamente la cuestión planteada en el caso que dio lugar a que Warren Burger glosara el disentimiento de Brandeis en el caso *Olmstead*. El tribunal de apelación del distrito de Columbia denegó la solicitud de la paciente de rechazar una transfusión sanguínea porque, entre otras razones, su muerte hubiese supuesto el abandono de su hijo de siete meses,<sup>35</sup> pero no debemos olvidar que en otro caso similar, el hecho de que los padres hubiesen hecho previsiones económicas para el bienestar de sus hijos, provocó el rechazo de esta consideración.<sup>36</sup> Hasta qué punto ser padre implica la obligación de mantener al hijo es algo que varía de una comunidad a otra, como también varían las posibilidades de transferir esta obligación a terceros o a la comunidad en su conjunto. No olvidemos que, de hecho, existen grupos que fuerzan a los hijos a valerse por sí mismos a edades muy tempranas; éste es el caso de los Ik mencionados en el capítulo III. A los niños Ik se les echa de casa y empiezan a merodear en grupos a los tres o cuatro años de edad.<sup>37</sup>

Al cometer un crimen se puede perder también el derecho a rechazar tratamiento y así, los presos en general, o quienes van a ser ejecutados en particular, pueden perder como parte de la pena el derecho a rechazar tratamiento médico. La comisión del crimen equivaldría a la cesión de su derecho a rechazar el tratamiento y mantenerlos con vida sería una parte del castigo. Éste y otros casos demuestran que individuos que son libres para consentir, en el sentido de ser competentes, pueden no serlo para decidir acerca de sí mismos al hallarse constreñidos por compromisos previos o por la autoridad válida de otros (padres, mandos militares o funcionarios de prisiones).

### Libertad frente a la coacción

Finalmente, incluso siendo el individuo capaz de elegir libremente, y estando libre de compromisos previos, puede encontrarse en una situación coercitiva. Puesto que la estructura misma de la moralidad secular depende de no utilizar a las personas sin que éstas den su permiso, todo acuerdo al que se llegue por coacción, no será vinculante. La persona que hace uso de la coacción para llegar a un acuerdo, carece de fuerza para invocar la noción de comunidad moral a la hora de pretender que la persona coartada sea comprensiva. Se debe procurar el consentimiento válido sin recurrir a tácticas que reduzcan al individuo que consiente a un simple medio, o lo que es igual, que anulen su consentimiento. Así, no solamente las amenazas abiertas de violencia, sino el engaño, la amenaza de romper un contrato o la ocultación de la información debida, contarán como fuerza no consentida e injustificada. Son intervenciones prohibidas porque violan el principio de permiso en que se apoya la noción mínima de comunidad pacífica. Al fundamentar la moralidad secular en el permiso de las personas se sigue que la fuerza, el engaño y el incumplimiento de contrato, no constituyen un error en sí y por sí mismos, lo son únicamente cuando se utilizan contra el inocente que no da su consentimiento. Quienes hacen uso injustificado de la fuerza no pueden quejarse con razón cuando otros se defienden con todos los medios a su alcance, desde la fuerza de las armas hasta el engaño.<sup>38</sup> Como quiera que en la mayoría de los casos al paciente se le considera persona inocente, comúnmente se prohíbe el uso de la fuerza en la medicina. Pese a ello, ese uso de la fuerza o el engaño está moralmente justificado para controlar a un enfermo que sin justificación alguna amenaza al profesional médico.

En medicina, como en la vida cotidiana, hemos de diferenciar entre actos coercitivos y manipulaciones pacíficas. Si entendemos como actos coercitivos los que sin justificación sitúan —o amenazan con situar— al paciente en una posición de desventaja, y si definimos las manipulaciones pacíficas como las acciones que sitúan —o procuran situar— al paciente en una posición de ventaja a la que no tiene derecho, se prohibirán las coacciones y se permitirán las manipulaciones pacíficas. Las primeras violan la moralidad del respeto mutuo, basado en el permiso, al violar la libre elección del inocente, las segundas no lo hacen. De hecho, la manipulación pacífica encaja en el proceso mismo de negociación pacífica a través

de la que las personas alcanzan acuerdos pacíficos. Al menos en parte, las personas llegan a ser amigos, amantes o cónyuges porque se placen, deleitan y satisfacen mutuamente.<sup>39</sup> Todos y cada uno de los incentivos son permisibles en la moralidad secular, desde el ofrecimiento de alicientes económicos y honores hasta la satisfacción sexual y otros placeres carnales, siempre que la oferta o maniobra no imposibilite la elección racional.<sup>40</sup> Sin duda, desearíamos evitar en ciertas comunidades determinadas formas de oferta excesiva, o de ciertas clases de oferta, pero no existen razones de tipo general que demuestren que son erróneas por violar la noción misma del respeto mutuo, mientras que el individuo sometido a manipulación mantenga su capacidad de actuar, es decir, de elegir y sea considerado responsable.

Tampoco se puede decir que la diferencia de poder anule el consentimiento. Imaginemos a un estudiante de medicina de primer curso que se enamora perdidamente de una interna del departamento de dermatología cuando ésta dicta una conferencia sobre erupciones cutáneas que forma parte de una sesión de coordinación del curso de histología del primer semestre. Imaginemos también que la interna no tiene la responsabilidad de calificar el trabajo del estudiante, sino tan sólo la oportunidad de presentar una excelente exposición de las inflamaciones cutáneas. ¿Puede el estudiante, en términos morales seculares generales, consentir de forma válida a flirtear con la interna? ¿Se ha aprovechado injustamente la interna de treinta años del estudiante de medicina de veintiuno? ¿Cambiaría la situación si el estudiante tuviese dieciocho años y un día? ¿Qué sucede si el estudiante vive en el cercano campus estudiantil? Al menos en términos seculares generales, no parece haber una forma de considerar que tales diferencias de poder invaliden el consentimiento. La cuestión consiste en saber si el estudiante puede, en tales circunstancias, dar su autorización conscientemente. Al fin y al cabo aceptamos que el estudiante de veintiún años, o de diecicocho, sea capaz de dar su consentimiento válido a abandonar sus estudios de bachillerato, a alistarse al cuerpo de *marines* o a la Legión Extranjera, o a recluirse en un monasterio budista en Nepal. Por otra parte, si la facultad o *college* de medicina es católico-romano, tiene el derecho moral secular, apoyándose en su propia visión dotada de contenido de la conducta sexual apropiada, de actuar pacíficamente prohibiendo a los miembros de su facultad entablar relaciones sexuales con los estudiantes (o con cualquier otra persona) como condición de su contratación.

Por supuesto, si las intenciones de la interna (y del estudiante) son honradas, todo se podrá solucionar mediante el matrimonio. Una vez que abandonamos el contexto de dichas concepciones estructuradas y dotadas de contenido, nos enfrentamos a una gimnasia mental vana, a menudo absurda, al servicio del ensamblaje de intuiciones fragmentarias, con el fin de probar que ciertas relaciones carnales consensuadas son moralmente ilícitas. Si no se dispone de una concepción canónica de la conducta sexual correcta o de los estímulos admisibles, todo lo que se puede exigir es que toda relación sexual vaya precedida del consentimiento competente y voluntario. *Mutatis mutandis*, se puede decir lo mismo acerca de las obligaciones generales impuestas sobre la libre elección en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Aunque la diferencia existente entre coacción y manipulación pacífica parezca superficialmente clara, en realidad dista de serlo. Como advirtieran Richard Nozick y otros, lo que a primera vista parece una manipulación pacífica, puede resultar tras una observación más detallada, una forma disimulada de coacción.<sup>41</sup> Se hace uso de coacción cuando un médico exagera los riesgos y el engaño y atemoriza indebidamente a un paciente para que acepte el tipo de tratamiento que le ofrece; y también cuando un médico amenaza con suspender el tratamiento prometido si el paciente no accede a una determinada intervención que el facultativo juzga necesaria. Ambos casos ilustran cuándo el médico sitúa al paciente en posición desventajosa utilizando una clase de fuerza no consentida (en el primer caso, con la fuerza de la palabra, esto es, el engaño; en el segundo con la amenaza de ruptura de contrato).<sup>42</sup> Al hilo de estas reflexiones surge el interrogante de la cantidad de información que se le debe al paciente para que esté en condiciones de prestar consentimiento válido.

#### *Los tres sentidos de estar informado*

La capacidad del enfermo para elegir con libertad efectiva depende de hasta qué punto conozca los posibles riesgos y beneficios del tratamiento que esté sopesando y de sus alternativas. Dependiendo de lo que el médico y otros profesionales sanitarios revelen al paciente, y de cómo lo revelen, éste se inclinará por aceptar o rechazar un determinado tratamiento. Un médico puede hacer que el uso de prácticamente cualquier fármaco parezca desaconsejable,

si no arriesgado. Por ejemplo, las advertencias que se suelen publicar respecto a la penicilina, contemplan la posibilidad de reacciones alérgicas fatales, de anemia hemolítica, leucopenia y neuropatías. Si el margen de probabilidad de estos riesgos no se establece en función del de beneficios, el enfermo podría rechazar un tratamiento que le salve la vida.

Por esta razón, el médico ha sentido tradicionalmente preocupación por revelar demasiada, o equivocada, información al enfermo, en el temor de que éste, como extraño en tierra extraña, calcule erróneamente el equilibrio prudente de riesgos y beneficios y, por consiguiente, rechace tratamientos que probablemente serían eficaces a muy bajo coste. La medicina en particular y la sanidad en general son tareas orientadas hacia un objetivo. Se centran en la curación o prevención de las enfermedades y en el cuidado de las preocupaciones, dolores y ansiedades del enfermo. Únicamente en circunstancias muy particulares ha tenido la medicina como norte incrementar la libertad de elección del individuo.<sup>43</sup> Como afirmaba el tribunal en el caso *Nishi contra Hartwell*: «el primer deber del médico es hacer lo que sea mejor para el enfermo. Todo conflicto entre este deber y el de una revelación atemorizadora se debe resolver ordinariamente en favor de aquél.»<sup>44</sup>

Esta dedicación a elegir y a poner en práctica el mejor tratamiento para el paciente conduce a colisiones con el deseo de éste de comprender la naturaleza y los peligros del tratamiento en cuestión. Más aún, no es una dedicación puramente altruista. Las revelaciones al enfermo pueden exigir mucho tiempo y resultar fastidiosas, aparte de que quizá impidan elegir el tratamiento que el médico juzga más adecuado. Estos conflictos de intereses entre médicos y pacientes se remontan a los primeros tiempos de la medicina occidental. Piénsese en la descripción que hace Platón de las diferentes cantidades de información revelable a hombre libre y a esclavos.

*Ateniense*: ¿Estás de acuerdo en que existen dos clases de los llamados médicos?

*Clinias*: Ciertamente.

*Ateniense*: Habrás observado que como entre los pacientes de tu comunidad hay esclavos y hombres libres, a aquéllos, hablando en términos generales, les tratan esclavos que los visitan con prisas o los reciben en dispensarios. Un médico de esta clase nunca da al siervo explicaciones sobre su dolencia, ni le pregunta acerca de ella, limitándose a darle órdenes empíricas con aires de grandes conociemien-

tos, al modo brusco de un dictador, y se marcha apresuradamente a atender al siguiente, aliviando así al amo de suministrar cuidados médicos. El facultativo libre, que por lo general atiende a hombres libres, trata sus enfermedades yendo directamente al meollo de manera científica y familiarizándose con el enfermo y con sus parientes. Así, aprende algo del que sufre, al tiempo que instruye al inválido lo mejor que puede. No le prescribe nada hasta haber ganado su confianza y es entonces cuando se afana en la completa restauración de su salud, persuadiéndole de que siga el tratamiento.<sup>45</sup> (*Las leyes*, 4.720 b-e)

Platón muestra su apoyo a una forma de respeto que cree debida a los hombres libres, indicando también que al margen de cualquier consideración de mutuo respeto, es útil facilitar a paciente y familiares la cantidad de información que les permita colaborar eficazmente en su tratamiento. Visto desde este ángulo, Platón ofrece una crítica de la actitud que adoptan muchos médicos: informar a los pacientes exige mucho tiempo y complica con frecuencia la efectividad del tratamiento.

Lo más difícil es llegar a un acuerdo sobre las demandas de conocimientos de los pacientes, no sólo para que puedan cooperar mejor con sus médicos, sino para que puedan elegir por sí mismos, aunque esa elección mine lo que el médico considera el mejor enfoque terapéutico o el más eficaz. ¿Hasta qué extremo está obligado éste a revelar información si cree que probablemente no será útil para el tratamiento? Aquí deberíamos enfatizar que el derecho a consentir no equivale al derecho a ser informado. Las personas libre e inocentes tienen derecho a que no se les fuerce a ser pacientes de los médicos, pero ¿tienen también derecho a ser pacientes en sus propios términos y no en los de los médicos? ¿Cuál es la razón de que un médico no pueda afirmar: «A cambio de recibir tratamiento, usted [el paciente] debe acordar estar satisfecho con cualquier información que, según mi parecer, le convenga»?

Ese tipo de petición realizada por un médico no viola la moral del respeto mutuo. Puede que sea contraria a ciertos ideales culturales de potenciación de la autonomía individual o de estimulación del individuo a considerarse y a ser considerado por los demás como autodeterminante. Puede que incremente el riesgo de fraude y coerción por parte del médico y suponga la violación de los requisitos legales. Puede que no acierte a estimular el autoanálisis de los médicos ni la adopción racional de decisiones en los pacientes,<sup>46</sup> pero el médico y los pacientes en potencia, como individuos

libres, pueden considerar que el bien que se obtiene limitando la información supere los daños que previsiblemente cause.

El intento de articular un equilibrio entre el interés del médico por un tratamiento eficaz y exitoso del paciente, y la preocupación de este último y de la sociedad por la autodeterminación y por el análisis de las recomendaciones médicas, ha conducido a diversas pautas legales de revelación suficiente y, aunque se susciten algunas dudas sobre la autoridad del Estado para imponer un test informativo concreto, las diferentes pautas ejemplifican los varios compromisos posibles entre objetivos e intereses enfrentados.

#### La pauta profesional

El planteamiento legal tradicional ha sido la presunción de que hay que facilitar al paciente la cantidad de información que habitualmente ofrecen los médicos de su comunidad. Se les pide que revelen la información «que un facultativo médico razonable revelaría en las mismas o semejantes circunstancias»,<sup>47</sup> fundamentándose esta pauta en que solamente un médico está en condiciones de determinar con exactitud a) qué cantidad de información no ejercerá un efecto tan negativo sobre el paciente que acabe comprometiendo el tratamiento y b) qué información es realmente importante para que el paciente haga su elección. El Tribunal Supremo de Missouri mantuvo en 1965 que:

Respecto a los riesgos posibles, la cuestión no estriba en lo que un miembro del jurado contaría al paciente en circunstancias iguales o semejantes, ni siquiera en lo que contaría una persona razonable, sino en lo que haría un facultativo razonable. Éste consideraría el estado de salud del paciente, el estado del corazón y del sistema nervioso, su estado mental y tendría en cuenta, entre otras cosas, si los riesgos potenciales son simples posibilidades remotas o, por el contrario, algo que ocurre con alguna frecuencia o regularidad. Esta determinación implica ciertos juicios médicos, como el de si la revelación de posibles riesgos ejercerá un efecto tan negativo en el paciente, que comprometa el éxito de la terapia propuesta, por muy experta que sea su puesta en práctica ... Después de considerar estos y otros factores pertinentes, un facultativo razonable, en unas circunstancias revelará todos los riesgos razonablemente probables, mientras que en otras, los hechos y las circunstancias concurrentes dictarán una revelación limitada o restringida. En algunos casos, la apreciación será más fácil que en otros, pero siempre será una apreciación médica.<sup>48</sup>

En resumen, la utilización de pautas profesionales se justifica aduciendo que la cantidad de información revelable es un juicio médico, una decisión que requiere conocimientos especiales.

Aunque se podría discutir, como lo han hecho otros tribunales, si tal juicio es un juicio médico, las pautas profesionales son moralmente defendibles con arreglo al principio del respeto mutuo. Salvo advertencia de lo contrario, el paciente puede confiar razonablemente en que el facultativo proporcionará la cantidad de información habitual entre los miembros de su profesión, escuela o grupo (por ejemplo, la que suelen proporcionar los médicos de cabecera, los psicoanalistas de la escuela de Jung, los miembros de la *Libertarian Medical Society* o la asociación de médicos paternalistas) porque reducir más la información sin advertencia previa, constituiría una forma de engaño y podría suponer también el incumplimiento de los deberes que tiene el facultativo con su profesión o con la escuela o grupo del que sea miembro. Dar más que la que daría un facultativo razonable presupondría una jerarquía de valores diferentes de la que sustenta la profesión o escuela; exceso informativo que requeriría una advertencia especial al enfermo, que adoptaría la siguiente forma (ampliada o alterada según los casos): «Deseo informarle de algunas cosas que la mayoría de mis colegas (escuela o grupo) creen que no deben revelarse. El hacerlo probablemente conlleve riesgos de ansiedad, preocupación, etc. ¿Desea usted escucharlas?»

A menos que los individuos hayan dado pasos para crear expectativas específicas o exigencias específicas, las pautas profesionales reúnen los principios de permiso y beneficencia, sin violar la moral del respeto mutuo, siempre que el enfermo conozca las limitaciones, comúnmente aceptadas, de toda revelación. Cuando se persiguen de un modo razonable y bien intencionado, las pautas profesionales constituyen también un ejemplo del esfuerzo por conseguir el bien de los demás. La dificultad estriba en que muchas personas valoran más la autodeterminación y la autonomía que un tratamiento eficaz y libre de preocupaciones. Pueden llegar a valorar tanto la libertad, que les produciría ansiedad la posibilidad de que no les permitiesen ser autodeterminantes. Podrían opinar, además, que solamente ellos están en condiciones de prever el posible significado para sus vidas de diferentes elecciones terapéuticas con su posible significado negativo. Como existe una importante diferencia entre la libertad como valor y la libertad como coacción indirecta, más que descubrir la categorización adecuada de la elección libre e informada, habría que crearla.

En una sociedad en la que el Estado no exceda su autoridad moral secular, los individuos podrán agruparse para obtener una asistencia sanitaria que concuerde con sus compromisos morales y con otras preocupaciones por valores morales. Así, podemos imaginar los siguientes sistemas sanitarios con médicos y hospitales contratantes: *International Orthodox Jewish Health Care*, *Papal Magisterial Care*, *Yuppie International Wellness Cooperatives*, *Sado-Masochistic Medical Care*, y *Bathhouses International*, etc. En cada uno de ellos estaría permitido a los potenciales pacientes contratar normas especiales de revelación dotadas de contenido. Éste es el enfoque más defendible del que disponemos frente a la diversidad moral y la limitación del poder estatal moral y secular. Cuando los pacientes se agrupan, ejercen un poder económico que les permite manipular pacíficamente la conformidad de los médicos y de los hospitales, a menos que todos ellos estén dominados por las intrusiones coercitivas del Estado.

#### La pauta objetiva

Durante más de una década los tribunales de los Estados Unidos se han apartado de las pautas profesionales en favor de unas pautas de revelación basadas en el deber de explicar al enfermo el procedimiento que se va a seguir y «prevenirle de cualesquiera riesgos materiales o peligros inherentes o colaterales a la terapia, con objeto de capacitarle para que haga una elección inteligente e informada sobre si debe o no debe someterse al tratamiento en cuestión». <sup>49</sup> Para que el paciente haga tal elección inteligente e informada, se convierte en deber del médico familiarizarle con todos los riesgos materiales, entendiéndose por riesgo material el que, como mantuvo el tribunal en el caso *Carterbury contra Spence*, «una persona razonable —en la situación en la que el médico sabe, o debe saber, que se encuentra su paciente— tendería a conceder importancia a la hora de someterse o no a la terapia propuesta.» <sup>50</sup> La necesidad de información de la persona razonable y prudente se convirtió de esta forma en la pauta de revelación.

El alcance de las comunicaciones que el médico haga al paciente, se debe medir con arreglo a las necesidades de éste último, entendiéndose por necesidades lo que es fundamental para su decisión. Así, la prueba para determinar si un peligro potencial se debe divulgar es la importancia que tiene en el momento en que el paciente toma la decisión. <sup>51</sup>

Como esta pauta depende, no de lo que influiría en un individuo determinado, sino de lo que influiría en individuos prudentes y razonables, la denominamos la pauta objetiva. Según esta pauta, en lugar de basarse en las preocupaciones subjetivas de un individuo concreto, las revelaciones deben tener

una base objetiva: con arreglo a lo que una persona prudente habría decidido de haberse encontrado en el lugar del paciente y habiendo sido adecuadamente informada de todos los peligros de importancia. Si ha sido una revelación adecuada la que se supone razonablemente que ha inducido a esa persona a declinar el tratamiento, al ponerle de manifiesto la clase de riesgo o peligro que resultan en daño, entonces quedará demostrada la causalidad, en otro caso, no. <sup>52</sup>

Las sentencias judiciales que hemos mencionado establecían como pauta para hacer revelaciones al enfermo, la cantidad de información necesaria para que una persona razonable y prudente elija eficazmente, no la cantidad de información necesaria para conseguir lo que desde un enfoque profesional sería el tratamiento eficaz.

Este giro que se produce al pasar del juicio de miembros razonables de la comunidad profesional como pauta, al de personas razonable y prudentes, tiene justificación siempre que la profesión médica se encuentre bajo la autoridad moral de la sociedad, pero ése no es el caso cuando no existen acuerdos y entendimientos específicos. Los miembros de una profesión tienen tanto derecho a sus propios puntos de vista sobre las pautas adecuadas de revelación como el público en general. Además, no existe una noción atemporal, no condicionada social o históricamente de la persona razonable y prudente. Tales conceptos siempre dependen de los valores concretos de una comunidad determinada. Hay que llegar a un compromiso razonable entre ambos puntos de vista, si es necesario mediante la negociación. Incluso antes de recurrir a la pauta objetiva, la pauta profesional se podría considerar un punto de partida para alcanzar acuerdos que obligasen a los médicos a hacer revelaciones con arreglo a pautas objetivas o subjetivas.

#### La pauta subjetiva

El compromiso con los valores de la autodeterminación conduce no sólo a la adopción de una pauta objetiva, sino también a argumentar que los médicos deben suministrar toda la información

que sea fundamental para las elecciones de un individuo determinado. Si el paciente muestra un temor neurótico de contraer un cáncer o quedar paralizado, el médico tendría que informarle sobre dichos riesgos, aunque fuesen tan remotos que no hubieran tenido trascendencia alguna para una persona razonable y prudente. Alexander Capron ve la posibilidad de interpretar la pauta asumida en el caso *Cobbs contra Grant* como pauta subjetiva, ya que el tribunal sostuvo que la necesidad informativa del médico «se debe medir por la necesidad del paciente, necesidad que consiste en cualquier información que sea esencial para su decisión».<sup>53</sup> Si dicha interpretación se tradujese en ley, constituiría una pesada carga para los médicos, que se verían obligados a demostrar haber satisfecho las inquietudes de pacientes concretos, mientras que el paciente siempre se sentiría tentado de concluir, después del hecho, que el médico no había satisfecho todas sus inquietudes.

Se ha abrazado esta pauta al criticar la pauta objetiva enunciada en el caso *Canterbury contra Spence*.

Nosotros mantenemos, por tanto, que el alcance de las comunicaciones realizadas por los médicos debe medirse por la necesidad del paciente de saber lo suficiente para hacer una elección inteligente. Un riesgo es importante si tiene probabilidad de afectar la decisión del paciente. Aunque, probablemente, la mayoría de las personas compartan la norma de *Canterbury*, se ha criticado su enfoque de la «persona razonable», considerando que se retrotrae a su propia teoría de la autodeterminación. El punto de vista adoptado en el caso *Canterbury contra Spence* ciertamente limita en gran medida la protección otorgada al paciente lesionado. En la medida en que el demandante, dada una revelación suficiente, haya rechazado el tratamiento propuesto, y una persona razonable hubiese, en circunstancias similares, consentido a someterse a él, el derecho del paciente a la autodeterminación se pierde irrevocablemente.<sup>54</sup>

Hay que reconocer que ésta actitud es subjetiva y depende de lo que una persona concreta, que no tiene por qué ser razonable ni prudente, considera importante. «De este modo, ya que lo que es pertinente para la decisión del paciente es subjetivo, las pautas profesionales objetivas o generales son ineficaces cuando se trata de determinar el alcance del deber médico para obtener el consentimiento informado en un caso dado».<sup>55</sup>

Aunque concluyamos por motivos pragmáticos que dicha pauta no es esgrimible ante un tribunal, todavía podríamos abrazarla

como ideal moral si nos basamos en un enfoque particular de la vida buena desde la perspectiva de la autonomía. Si ésta nos preocupa más que el éxito del tratamiento, qué duda cabe que una pauta subjetiva tendría su atractivo moral. También es sostenible que la única manera en que las personas pueden elegir eficazmente y maximizar lo que más les conviene, aunque en parte esté basado en preocupaciones especiales o incluso neuróticas, está determinado por su propio tratamiento. Confiaríamos entonces en que el médico individual averiguaría las inquietudes y preocupaciones especiales de su paciente y seguidamente le revelaría la información suficiente para que eligiese en función de esas preocupaciones, lo que haría posible que hasta los pacientes neuróticos eligiesen eficazmente en el contexto de sus obsesiones. Hasta qué punto sería esto desable, dependería de nuestra categorización del valor y de la utilidad de la autodeterminación en comparación con la determinación objetiva o profesional de un tratamiento eficaz.

Tendríamos que darnos cuenta de que la pauta profesional no excluía en principio el suministro de la información que necesitaba una persona prudente y razonable, ni la que necesitaría un paciente determinado con sus preocupaciones específicas, sino que la pauta profesional se basaba más bien en la premisa de que la revelación de dicha información era muchas veces perjudicial para un tratamiento eficaz y contraría al bien del paciente, por lo que, consecuentemente, no se debía facilitar.

#### El derecho a no ser informado

Al desarrollar la pauta objetiva de revelación, hay que incorporar una excepción moral especial motivada subjetivamente. No es necesario comunicar a los pacientes que rechazan ese conocimiento, lo que una persona razonable o prudente (en una comunidad concreta que posee su propia visión moral determinada) debe saber para poder decidir razonablemente. Dos casos, *Cobbs contra Grant* y *Sard contra Hardy* destacan explícitamente que un médico no está obligado a revelar riesgos si el paciente solicita no ser informado.<sup>56</sup> El derecho a ser informado no es una obligación de ser informado, ni crea en el médico una obligación absoluta de informar; únicamente establece la obligación de ofrecer al paciente la oportunidad de adquirir información. Una vez más, el respeto a la libertad hace las veces de coacción paralela, no de valor. El objetivo del consentimiento libre e informado no es forzar al paciente a

ser autónomo, sino brindarle la oportunidad de serlo en su elección de tratamiento médico.

Esto subraya la circunstancia de que individuos diferentes reclamen tipos completamente distintos de relación entre médico y paciente. Algunos desearán colaborar al máximo en su tratamiento, si no directamente, sí en su control; ven al médico como agente de sus deseos previamente bien formados, y les sabrá a poco todo lo que no sea una pauta subjetiva de información total. Otros preferirán confiarse a un médico en el que tengan fe. Lo que menos desean estos últimos es verse obligados a escuchar los riesgos y daños a los que posiblemente estén expuestos, insistiendo en confiar en su elección inicial de médico, en el convencimiento de que el principal deber de éste consiste en cargar con los temores, ansiedades y vacilaciones que conlleva el hacer una importante elección en circunstancias inciertas. La posibilidad de renunciar a toda clase de revelaciones permite al paciente configurar una relación con el médico que satisfaga sus necesidades; le permite solicitar que la pauta de revelación sea la profesional u otra que le haga llegar menos información aún que la que ofrecería un médico razonable y prudente, pero ¿qué ocurre si éste, pese a todo, cree que lo mejor para el paciente es revelar ciertos aspectos fundamentales? ¿Podría exigir que el enfermo acepte la revelación como condición previa al tratamiento? Al margen de los imperativos legales, el médico, en la moralidad secular, debería tener este derecho en función de los principios de beneficencia y permiso, a menos que por acuerdo anterior haya renunciado a ese derecho como condición del tratamiento, o bien haya omitido admitir previamente al paciente de tal derecho de tal modo que el paciente pueda acudir a otro médico.

Estos asuntos evocan un conflicto especial cuando un médico cosmopolita ecuménico y liberal se enfrenta a un paciente perteneciente a una sociedad tradicional, que espera que sean otros los que tomen las decisiones cruciales. Imaginemos que una viuda acaudalada, que pertenece a la Iglesia Ortodoxa Oriental Siria, vuela, acompañada de su hijo primogénito, desde Damasco a un hospital situado en una isla caribeña, el *Adam Smith Memorial Luxury Quaternary Health Care Center* (fundado después de la «reforma» del sistema sanitario norteamericano con el fin de evitar un draconiano control gubernamental), para someterse a una operación de *bypass* coronario. La viuda dice a los médicos firmemente y con convicción: «Dios respondió a mis plegarias y me dio un hijo,

dejemos que sea él quien ahora conteste a sus necias preguntas». El hospital tiene la libertad moral de diseñar un formulario de consentimiento semejante al que proponemos a continuación:

Yo, ..., designo a ... como mi agente para tomar toda decisión en materia sanitaria en mi nombre mientras yo sea competente o incompetente, excepto en la medida que indico en este documento. Me reservo el derecho de revocar esta designación en cualquier momento. Hasta la revocación de este documento, se deberá proporcionar información completa a mi agente acerca de mi condición médica y acerca del carácter y la naturaleza del tratamiento proyectado. Mi agente tiene total autoridad para dar su consentimiento al tratamiento o rechazarlo en mi nombre. Se me ha explicado que corro grandes riesgos al designar a otra persona para que hable por mí, pero entendiéndolo completamente estos riesgos, todavía realizo esta designación.

El hospital tiene la libertad, en términos seculares generales, de utilizar dichos formularios, aunque desde el punto de vista de algunas moralidades y visiones concretas acerca de cómo deben dirigir los agentes morales sus propias vidas, tal designación sea considerada impropia o inmoral.

#### El privilegio terapéutico

Incluso las sentencias judiciales que han defendido la pauta objetiva, han reconocido circunstancias en las que la revelación de información afectaría tanto al paciente que imposibilitaría una elección racional o le dañaría gravemente. En el caso *Canterbury contra Spence*, por ejemplo, el tribunal reconoció que «el paciente a veces enferma o se altera emocionalmente tanto con la revelación, que ésta le impide adoptar una decisión razonable o complica el tratamiento o quizá incluso le ocasiona daños psicológicos». <sup>57</sup> En tales casos es evidente que el médico no estaría obligado a aplicar la pauta objetiva y la revelación podría quedar limitada a

la exigida en la comunidad médica cuando un médico puede probar por la fuerza de la evidencia que se basa en hechos que demostrarían a una persona razonable que la revelación habría afectado tan gravemente al paciente, que éste no habría estado en condiciones de sopesar desapasionadamente los riesgos de negarse a seguir el tratamiento recomendado. <sup>58</sup>



Al adoptar esta postura, el tribunal hacía suyo un punto de vista que ya se había expuesto en diversos textos médicos,<sup>59</sup> concretamente que las revelaciones que alarman gravemente al enfermo, podrían constituir, de hecho, una práctica médica perniciosa.<sup>60</sup>

El privilegio terapéutico se puede interpretar como una forma de emergencia. Generalmente se ha excusado a los médicos de la obligación de obtener consentimiento en situaciones de emergencia en las que demorarse para obtenerlo, provocaría la muerte o daños permanentes físicos e incluso mentales,<sup>61</sup> permitiéndoseles, por el contrario, proporcionar la forma de tratamiento necesaria médicamente para salvar la vida o evitar lesiones corporales permanentes. Los casos en los que se invoca genuinamente el privilegio terapéutico son equiparables a las situaciones de emergencia, si no es factible consultar al paciente porque la misma comunicación dificultaría su elección (ya que, por ejemplo, le angustiaría hasta el extremo de imposibilitar una elección competente). A menos que exista un acuerdo o revelación previa, el médico podrá ofrecer con buena conciencia cuidados acordes con las pautas profesionales, aunque posteriormente se evidencie que el paciente hubiera deseado un tratamiento distinto. Si se considera probable que la revelación dañe al paciente, se podrá presumir también que éste no desearía ser perjudicado, reforzándose así la justificación moral de la utilización del privilegio terapéutico.

Los problemas morales afloran cuando se da gran valor a la libertad. Quienes se inclinan apasionadamente por la autodeterminación, desearán que la revelación sea total aunque probablemente les dañe, ya que valoran más su posibilidad de ser autónomos que una vida prolongada o que la liberación del dolor, la deformidad o la incapacidad. Desde una perspectiva moral, estos pacientes deberían tener la libertad de acordar con médicos proclives a ellos la información total, sea cual fuere, permitiéndoseles, por tanto, renunciar a los beneficios del privilegio terapéutico.

#### Placebos y mentiras piadosas

Se dan muchas situaciones en las que se consiente implícitamente una serie de engaños menores, con lo que se pretende tranquilizar, incluso en contra de la realidad y a pesar de ella. Muchas veces necesitamos una mano tendida que nos dé seguridad y no necesariamente nos recuerde la dura realidad. Por ejemplo, no sería moralmente improcedente que un médico resaltase los aspectos

positivos de la cirugía plástica a quien acaba de sufrir graves quemaduras, pero en tales circunstancias es improbable que el paciente espere otra cosa del médico, cuyo papel en esas situaciones ha consistido siempre en levantar el ánimo y no decir sin rodeos que el nuevo aspecto del operado desagradará a muchos e incluso molestará. Si nos vamos al otro extremo, tampoco pretenderá el médico convencer al paciente de que se presente a un concurso de belleza, ni le ocultará la pura verdad si es útil saberla, el paciente quiere oírlo y el médico considera que debe decírsela. Saber dónde termina el apoyo y comienza el engaño requiere no sólo experiencia clínica, sino que el médico se conozca bien a sí mismo, ya que es más fácil ser portador de buenas que de malas noticias.

Muchas relaciones sociales importantes requieren cualquier cosa menos respuestas veraces. Algunas preguntas como «¿qué tal se encuentra?» no son una invitación a que se haga una rápida historia de los últimos problemas médicos y, de hecho, hay juegos, como el póker, que presuponen el consentimiento mutuo del engaño activo. De manera parecida, pueden darse circunstancias en las que sería francamente irrazonable pensar que se desea una información total. Si en una situación de emergencia no se dispone de analgésicos, no será engañoso iniciar un goteo intravenoso con una solución de glucosa, al tiempo que se afirma solemnemente: «Tan pronto llegue este líquido a sus venas, el dolor tenderá a desaparecer», porque existe la expectativa razonable de que el efecto placebo disminuya el dolor, aunque el goteo no tenga nada que ver con él, pero es parte de la ceremonia y del ritual con que durante muchos siglos los médicos han conseguido calmar al enfermo y controlar su dolor. No es una aseveración falsa. Sería irrazonable pensar que el enfermo espera otra cosa que el alivio de su dolor (excepto en algunas situaciones extrañas en las que nos tropezamos con individuos conocidos por su devoción a la verdad a cualquier costa y en cualquier circunstancia). Sería no sólo contraproducente, sino absurdo ofrecer una información preliminar sobre el efecto placebo o pedir permiso para hacer uso de él. El principio de permiso no exige revelaciones de este tipo, y si se hacen, probablemente se viole el principio de beneficencia.

Estas situaciones de emergencia en las que efectivamente existe un permiso implícito para engañar, se equilibran con otras áreas en las que se necesita algún tipo de consentimiento explícito del engaño. En programas ideados para sacar a un paciente de su adicción a las drogas mediante la sustitución de ingredientes no acti-

vos, quizá sea necesario advertirle que en el régimen terapéutico se van a emplear formas no especificadas, pero beneficiosas, de engaño. En otros casos bastará con decir: «Si toma esta droga empezará a sentirse mejor y disminuirá su estado de ansiedad». Aquí, dado el efecto placebo, tampoco será engañosa dicha afirmación y la mayor parte de las veces no será necesaria mayor información, a no ser que la solicite específicamente el enfermo e incluso en tal caso, el médico podría responder con toda moralidad: «Si quiere que yo le trate (o quiere ser tratado en el *Torquemada Detoxification Hospital*), tómese la medicina y confíe en mí».

El efecto placebo negativo es más problemático porque ¿qué sucede con los fármacos que tienen como posible efecto secundario síntomas que igual pueden ser consecuencia de la sugestión que del fármaco en sí? Pensemos en la náusea, los dolores de cabeza o la impotencia. Si el médico cree que el enfermo es fácilmente sugestionable y que es más probable que sufra estos síntomas por la fuerza sugestiva de la revelación que por la acción del fármaco, ¿procedería la revelación? La respuesta dependerá en parte de la improbabilidad de los riesgos del fármaco y en parte de la relación que mantengan médico y enfermo. Una relación estrecha, basada en la confianza, quizá permita al médico saber hasta qué punto el paciente presume que va a hacerle tales revelaciones. Por el contrario, si los riesgos son reales y el médico no puede presumir en el enfermo ese consentimiento implícito de una información parcial, habrá que formular los hechos. Ser un individuo libre y competente consiste en parte en tener que asumir los riesgos implícitos en la administración del propio destino. La respuesta a los interrogantes morales que suscita el uso de placebos y de mentiras piadosas se encontrará únicamente en un cuidadoso análisis de la relación entre médico y paciente y de la comunidad moral en que esa relación se enmarca. El engaño y la veracidad son contextuales y la medicina no es una excepción.

#### Configuración de la relación entre médico y paciente

Por lo general, médicos y enfermos entran en contacto como individuos libres. Cada cual, en función de sus propios puntos de vista sobre lo que es actuar adecuadamente, contribuye a modelar el carácter de la relación entre médico y paciente. El caso es que determinados pacientes quizá tengan más necesidad de los cuidados de un médico que determinados médicos necesitan de dispensar

sus cuidados a un paciente determinado, lo que es especialmente cierto en situaciones de cuidados intensivos, pero la mayoría de médicos y pacientes entran en contacto por necesidades derivadas de enfermedades crónicas o por padecimientos de la vida cotidiana que no requieren tratamiento inmediato o de urgencia. En tales circunstancias, los pacientes, tanto individual como colectivamente, cuentan con posibilidades de configurar el carácter de la asistencia sanitaria. Además, los consumidores de asistencia sanitaria pueden crear sus propios planes de seguros y redes de prestación. No hay que olvidar que son los enfermos y los enfermos potenciales, quienes poseen la mayor parte de los recursos en toda sociedad y pueden influir en el modo de gestionar la sanidad sin recurrir a la fuerza coercitiva del Estado, estableciendo las pautas de información exigible a los médicos, quienes cobran de las compañías de seguros, utilizan hospitales que son propiedad de comunidades particulares o reciben salarios de organizaciones sanitarias que reciben el apoyo de grupos particulares.

Se puede estar sinceramente de acuerdo en que una medicina paternalista, que decide lo que el paciente debe o no debe saber, puede llegar a ser no sólo opresiva y molesta, sino a largo plazo nociva para la salud del enfermo, al no estimular su sentido de responsabilidad y, pese a ello, afirmar que carece de justificación el recurso a la fuerza del Estado para imponer una pauta objetiva o subjetiva de los cuidados médicos. Incluso independientemente de la restricción del uso de la fuerza que exige el principio de permiso, se pueden derivar algunas ventajas de la fijación de pautas de revelación mediante negociaciones múltiples entre diversos grupos de médicos y pacientes. La predisposición y capacidad de las personas varían grandemente a la hora de cargar con la responsabilidad de adoptar decisiones médicas. Imaginemos una estrategia en la que se pidiera a suscriptores de pólizas de seguros que indicasen las pautas de revelación que desearían en su tratamiento, pidiéndoles también que revisasen dicha elección semestral o anual. La posibilidad de opinar por adelantado y revisar si se desea ser autónomo en la adopción de decisiones o se desea depositar la confianza en el médico es el mejor sistema para que el paciente lleve a la práctica sus criterios sobre una adecuada relación entre médico y paciente con facultativos que libremente accedan a ello.

*Elegir por otros: tres formas de paternalismo*

El *Oxford English Dictionary* define el paternalismo como «el principio y práctica de la administración paternal; el gobierno del padre; la pretensión o intento de atender a las necesidades o de regular la vida de una nación o colectividad del modo en que un padre lo hace con sus hijos». Es frecuente que el paciente se retrotraiga por la tensión que le produce la enfermedad y desee que el profesional sanitario le trate como a un niño. Como los enfermos se encuentran en un ambiente extraño, las peticiones informales de cuidados paternalistas son moneda corriente en la sanidad. Al igual que muchos viajeros en tierras extrañas, donde el idioma es en parte una barrera a la comunicación, procuran que otros les dirijan. Pensemos la forma en que quienes visitan países extranjeros formando parte de un grupo turístico, aceptan una especie de paternalismo, confiando al guía y a la compañía de viajes la selección de los lugares visitables y de los restaurantes. De modo parecido, el paciente muchas veces busca dirección y orientación en su médico.

Son muchas las ocasiones, dados compromisos particulares de valores, en las que no se debe rechazar el paternalismo. Los niños pequeños requieren un tratamiento paternalista y lo mismo ocurre con los ancianos seniles, lo que suele provocar tensiones al tener que intercambiar padres e hijos sus respectivos roles sociales. El problema moral radica en hasta qué punto es permisible y deseable el paternalismo en la sanidad y, para analizarlo, primeramente se han de conocer las distintas formas que adopta, cada una de las cuales genera problemas morales diferentes.<sup>62</sup>

*El paternalismo con el incompetente*

En el caso de individuos que nunca han sido competentes, como ocurre con los recién nacidos, los niños pequeños y los retrasados mentales profundos desde su nacimiento, el paternalismo es inevitable y serán otros quienes elijan en su nombre y quienes determinen lo que más les conviene. En el paternalismo con el que los padres protegen y promueven lo que más conviene a sus hijos incompetentes tenemos un buen ejemplo, que se justifica con arreglo al principio de beneficencia, y que no está constreñido por el principio de permiso, forma de paternalismo que también desempeña su papel en las elecciones que se hacen en nombre de individuos

que en su día fueron competentes, pero no dieron instrucciones por anticipado sobre el modo en que debían ser tratados en el caso de devenir incompetentes. A falta de instrucciones específicas, serán otros quienes elijan en su nombre, bien sea adoptando la pauta de la persona razonable y prudente (en el seno de una comunidad moral particular), bien sea invocando la pauta articulada por una comunidad concreta de individuos comprometidos con una serie de pautas y valores. Como veremos más adelante, cada pauta tiene sus problemas. Cuanto más queramos incidir, al establecer lo que más conviene a un tutelado, en lo que elegiría una persona razonable y prudente, menos contenido tendrá dicha pauta. Por otra parte, cuanto más invoquemos interpretaciones concretas de aquello que más conviene según las pautas de una determinada comunidad moral, tanto más opiniones divergentes provocará.

Por consiguiente, nos vemos forzados a preguntarnos quién debe determinar la pauta a utilizar y sobre qué base, dos aspectos que obviamente aparecen estrechamente relacionados. Si permitimos que un tutor elija en función de la comunidad moral a la que pertenece (Amish, Testigos de Jehová, *Christian Science*, etc.), estamos permitiendo de entrada la búsqueda de una particular interpretación de lo que más conviene; si le constreñimos a elegir como lo haría una persona prudente y razonable, ¿qué clase de prudencia y razonabilidad invocaremos? Retomamos, por tanto, los problemas planteados en los capítulos III y IV respecto al descubrimiento de pautas concretas para acciones benéficas adecuadas. También habrá discrepancias a la hora de determinar quién tiene autoridad sobre un incompetente y, por tanto, libertad de elegir la pauta. Como ya hemos afirmado, los padres se constituyen en autoridad sobre los hijos que producen. De modo similar, sin acuerdo previo, quienes cuidan y mantienen a personas anteriormente competentes, se constituyen en autoridad sobre ellas, ya que esas personas ya no están en condiciones de poseerse y, consiguientemente, se sitúan bajo la posesión y autoridad de otras. Con ciertas restricciones que estudiaremos en la sección dedicada al consentimiento por poderes o delegado (unidas a las que ya hemos examinado en los capítulos V y VII), podemos aceptar que quienes ejercen dicha autoridad son jueces adecuados de lo que más conviene a sus pupilos, ya que detentan una forma de derecho de propiedad sobre éstos, similar a la que ejerce el amo sobre sus siervos no emancipados. Como veíamos en el capítulo V, los seres humanos que no son personas no se poseen, suponiéndose que los poseen

quienes los produjeron o quienes los cuidan. Como consecuencia, quienes ejercen autoridad sobre otros, también deciden por ellos, no sólo para conseguir lo que más les conviene, sino para controlar y dirigir sus vidas. Los padres, por ejemplo, hacen por sus hijos muchas elecciones, no para conseguir lo mejor para ellos (ni necesariamente para frustrarlos), sino para alcanzar objetivos y valores paternos que no están directamente relacionados con su cuidado. Si nadie ejerciese esa autoridad, la beneficencia dictaría la elección del tutor que pareciese más capaz de determinar los intereses del tutelado. Cuando éste es miembro de una comunidad, la elección se hará en general de forma adecuada, con arreglo a las pautas de dicha comunidad, especialmente si los que deciden no poseen un criterio sólido y predominante del bien, no a las de personas prudentes y razonables en términos generales, sea lo que fuere lo que eso signifique. Esto es particularmente cierto cuando se trata de personas que eran anteriormente competentes. La pauta de lo que más conviene a alguien propio de la comunidad a la que pertenecía la persona anteriormente competente, representará muy probablemente sus preferencias previas.

#### Paternalismo fiduciario

El nombramiento de otro para que elija en nuestro nombre, justifica actos paternalistas en función del respeto mutuo. El designado determinará lo que más conviene al tutelado, no sólo porque sea buen juez de ello (que puede ser o no ser el caso), sino en virtud de haber sido investido de autoridad por elección explícita del tutelado. Éste es el paternalismo fiduciario, que se produce de dos formas:

1. *Paternalismo fiduciario explícito*. La relación entre médico y paciente es, a menudo, explícitamente paternalista. Cuando el paciente dice al médico: «Decida usted la mejor forma de tratamiento», la autoridad pasa a éste, estableciéndose una relación paternalista. Si esta petición es aceptada, el médico intenta entonces aplicar criterios profesionales para determinar qué tipo de intervención terapéutica potenciaría al máximo lo que más conviene al paciente. Hasta cierto punto, toda relación entre médico y paciente que implique intervenciones técnicas y complicadas, exige ese paternalismo fiduciario, a menos que el enfermo sea también un médico especialista en el área de que se trate. Si no es así, hasta el

médico que se convierte en paciente, tiene que depositar su fe en otro colega. La libertad del médico para elegir en nombre del paciente estará determinada por los deseos del paciente en la materia, incluido el grado al que éste ha llegado en su análisis del asunto en juego. «Doctor, me gustaría poder decidirme si deben intervenirme o no de *bypass* coronario, pero no puedo. Prefiero que me diga lo que usted haría en mis circunstancias».

Hasta qué extremo será sensato hablar de instrucciones previas que establezcan un paternalismo fiduciario, dependerá de hasta qué extremo ese paternalismo requiere que otro determine lo que más conviene al tutelado. En este sentido, no sería verosímil afirmar que designar a un individuo determinado para que cumpla instrucciones previamente explicitadas, crea un paternalismo fiduciario, ya que no todos los agentes actúan de forma paternalista en nombre del individuo que los designa, ya que los agentes autorizados se limitan a materializar los deseos o a realizar las órdenes de quienes los nombran, éstos no son simples tutelados, aunque hayan dejado de ser competentes. No obstante, cuando se designa a un individuo para que cuide de otro y se le da libertad para determinar los criterios que deben regir un cuidado apropiado, se establece una relación paternalista y es fácil imaginar que se materializará mediante un instrumento que establezca un poder notarial permanente. El caso extremo de paternalismo fiduciario explícito estaría representado por la instrucción: «Haga, por favor, lo que crea mejor en el curso del tratamiento y, aunque yo me desanime y le pida que lo interrumpa, siga adelante con lo que crea más conveniente». Únicamente en circunstancias especiales y con personas determinadas, puede una directriz previa ser lo suficientemente concreta y tener el suficiente contenido para determinar las elecciones. Si el tratamiento transcurre dentro de una comunidad moral concreta se requiere poca especificación. Si, por ejemplo, un católico romano que es partidario del Papa Pío X recibe asistencia en el *St. Peter of Verona Holy Inquisitor Hospital*, estará satisfecho con el tratamiento especificado por las reglas y la política del hospital. Una simple directriz previa bastará en este caso. De cualquier modo, resulta difícil anticipar la serie de problemas a los que habrá que enfrentarse durante el tratamiento y es, por tanto, útil nombrar a alguien que se encargue de tomar decisiones en las áreas escasamente definidas o en circunstancias imprevistas.

También se puede efectuar un contrato «de tipo Ulises». Imaginemos que queremos experimentar qué se siente al ser tratado por

un dentista sin anestesia local. Se le dice al dentista que no aplique anestesia local y que perfore el diente haciendo caso omiso de los gritos de dolor. Imaginemos también que el dentista, Doc Holliday, accede a ello, ata al paciente a la silla y empieza a perforar. El paciente grita dolorosamente «¡Esto ha sido un grave error! ¡Détegnase y anestésieme!» ¿Está Doc Holliday obligado a ello en términos seculares generales? La respuesta es negativa, pero, con todo, puede hacerlo si así lo desea. El paciente ha transferido a Doc Holliday el derecho a tratar sin anestesia. Si Doc Holliday continúa el tratamiento sin anestesia, a pesar de los gritos desesperados del paciente, no estará violando la moralidad del respeto mutuo. Tampoco actúa en contra del principio de beneficencia, si afirma que obra del modo que, a largo plazo, es el mejor para el paciente (por ejemplo, una vez finalizado el tratamiento el paciente dirá: «Agradezco que usted me obligara a pasar por esto como habíamos acordado, ya que como resultado de ello soy mejor persona»). Tampoco viola Doc Holliday el principio de beneficencia si cree que, conforme a sus propias pautas, el paciente va a salir beneficiado. Pero Doc Holliday no está obligado a no usar anestesia, una vez que el paciente le pide que no lo anestesia. En la moralidad secular general no pueden existir deberes para con la propia persona ni contratos irrevocables de «tipo Ulises» basados en el principio de permiso, ya que la autoridad sobre uno mismo procede de uno mismo. En el ejemplo antes mencionado, la autoridad ha sido simplemente transferida a Doc Holliday, quien tiene la libertad, pero no la obligación, de reconocer el cambio de opinión del paciente. El paciente ha otorgado a Doc Holliday el derecho a tratar sin anestesia, pero una vez que el paciente pide la anestesia, Doc Holliday no está obligado a seguir las instrucciones de nadie. En ese momento, Doc Holliday puede administrar anestesia.

2. *Paternalismo fiduciario implícito.* Aunque el paciente no haya designado explícitamente a otra persona para que decida en su lugar, a menudo existe la presunción implícita de que otro adoptará ciertas decisiones en su nombre.

Con frecuencia, las intervenciones paternalistas menores a *corto plazo*, se justifican alegando que una persona razonable y prudente no presentaría ninguna objeción a ello, y que incluso las solicitaría si se realizasen cuando existen dudas sobre su competencia o nivel de información. Estas intervenciones se suelen contemplar como ejemplos del paternalismo suave que justificaba John Stuart Mill.

Es función propia de la autoridad pública protegernos contra los accidentes. Si un funcionario público, o cualquier persona, ve que alguien intenta pasar sobre un puente que se sabe inseguro, y no queda tiempo para advertirle del peligro, podría agarrarle y hacerle retroceder, sin que se produjese ninguna violación real de su libertad, puesto que la libertad consiste en hacer lo que uno desea, y él no deseaba caer al río. Sin embargo, cuando no existe certeza, sino únicamente probabilidad de daño, nadie, excepto la persona misma, puede juzgar suficiente el motivo que le impulse a correr el riesgo, en cuyo caso, por tanto (excepto si es un niño, trastornado o presa de alguna clase de excitación o ensimismamiento incompatible con el pleno uso de sus facultades de reflexión), considero que únicamente deberá advertírsele del peligro, nunca librarle a la fuerza de él.<sup>63</sup>

Estas intervenciones paternalistas no niegan el derecho individual a elegir caprichosa, incluso temerariamente, sino que presumen que una persona desearía verse protegida de errores no integrados en sus planes y opciones, cuando tal protección implicase solamente una intrusión menor.

Estas consideraciones justificarían moralmente, en la moralidad secular general, no sólo impedir el suicidio cuando no sea evidente la incapacidad real del individuo, sino también su internamiento durante un corto período de tiempo que permita evaluar su salud mental. En California, por ejemplo, se promulgó una ley que permite el internamiento no penal durante setenta y dos horas con objeto de evaluar a individuos considerados mentalmente enfermos y peligrosos para ellos mismos.<sup>64</sup> Esta ley prevé un internamiento adicional de catorce días cuando exista peligro inminente de que una persona vaya a suicidarse.<sup>65</sup> La justificación moral de un internamiento prolongado dependerá de la seriedad de las dudas sobre la competencia del suicida en potencia.

Hay que destacar que exigir una mayor certeza sobre la competencia de un individuo cuando sus decisiones parecen peligrosas, constituye una forma de paternalismo débil. Si un paciente consiente en someterse a un tratamiento estándar con pocos y desdénables riesgos, y considerables promesas de beneficio, los médicos o las enfermeras raramente cuestionarán la validez del consentimiento, aunque el paciente conozca sólo marginalmente la importancia de su elección,<sup>66</sup> lo que se justifica con el principio de que la mayoría de la gente elige lo que elegiría una persona prudente y razonable, y que el consentimiento, aunque esté debilitado, nos sugiere que el individuo en cuestión no tiene objeción alguna. Ade-

más, cuando hay pocos riesgos y muchos beneficios a conseguir, una intervención para proteger lo que más conviene al paciente determinando más rigurosamente su capacidad parece escasamente motivada. De igual modo, si un paciente rechaza un tratamiento que tiene escasas posibilidades de éxito o de beneficios apreciables, habrá pocas razones para negar su aparente competencia. Si un enfermo terminal, por ejemplo, parece lo suficientemente competente, habrá pocas razones para realizar una valoración más detenida de sus facultades, antes de aceptar su decisión de rechazar el tratamiento. Sin embargo, cuando muestra su preferencia por un tratamiento arriesgado o rechaza claramente un tratamiento beneficioso, el médico deberá establecer claramente su competencia. Estos pacientes evidencian una analogía con el personaje de Mill que se acerca al puente, por lo que se puede impedir su decisión hasta dejar suficientemente claro que decide de forma competente. Cuando no existan dudas fundadas sobre dicha competencia, toda intervención en las iniciativas extrañas o peligrosas de los demás, atenta contra el principio de permiso. No hay que aceptar las instrucciones de un paciente sin reservas, cuando existe un riesgo significativo de realizar una determinación de competencia erróneamente positiva, o cuando una determinación erróneamente positiva de competencia puede conllevar perjuicios significativos para el paciente. En cualquier otra circunstancia, la valoración excesivamente rigurosa de la competencia está fuera de lugar.

Algunas personas afirman que el ciudadano integrado en una sociedad acepta implícitamente las intervenciones paternalistas como una especie de seguro frente a actos peligrosos o imprudentes,<sup>67</sup> pero este enfoque no se puede defender, si se toma en serio la libertad individual, o lo que es igual, si se distingue entre libertad como valor y libertad como coacción paralela. Aunque se admita que muchos estarían de acuerdo con tales intervenciones, el individuo, mientras sea plenamente competente, podrá declarar explícitamente que no desea participar en esa clase de seguros paternalistas.

#### El paternalismo de lo que más conviene

También denominado paternalismo fuerte: la opinión de que en ciertas circunstancias se puede hacer caso omiso del rechazo de un individuo competente, con vistas a conseguir lo que más le conviene. Como ésta es la forma moralmente más problemática de in-

tervención paternalista, es la que algunos tienen in mente cuando se refieren al paternalismo en general. Así, Bernard Gert y Charles Culver establecen las cinco condiciones siguientes, que consideran necesarias y suficientes para el paternalismo (esto es, paternalismo de lo que más conviene o paternalismo duro en nuestra terminología):

A actúa de forma paternalista con S en el caso, y sólo en el caso, de que el comportamiento de A indique (correctamente) que A *crea que*

1. Su acción es en bien de S.
2. Está cualificado para actuar en nombre de S.
3. Su acción implica la violación de una norma moral (o hacer lo que exige su violación) respecto a S.
4. Está justificado para actuar en nombre de S, independientemente del consentimiento (libre e informado) pasado, presente o inmediatamente futuro de S.
5. S cree (quizá equivocadamente) que él (S) generalmente sabe lo que le conviene.<sup>68</sup>

Este análisis tiene sus problemas.<sup>69</sup> La dificultad moral crucial estriba en establecer la prioridad de deberes de beneficencia frente a deberes bajo el principio de permiso. Como alegábamos en el capítulo IV, fuera de comunidades morales concretas en las que los individuos ya han acordado una particular ordenación de los beneficios y los perjuicios que sitúa la intervención médica positiva por encima de los intereses de la libertad, es moralmente reproachable emprender tales acciones paternalistas.

#### *Consentimiento por poderes y la emancipación del menor*

Como vimos en el principio de la sección sobre el consentimiento libre e informado, las personas pueden reclamar convincentemente y por motivos absolutamente diferentes, el derecho a elegir en nombre de otros: a) el tutor puede haber sido explícitamente autorizado por el tutelado cuando éste aún era competente, b) los tutores pueden ejercer autoridad sobre los tutelados porque los han producido (los padres), c) un tutor puede ejercer autoridad sobre el tutelado basándose en la servidumbre contractual que se produce entre padres e hijos, es decir, entre quienes cuidan de otros y quienes aceptan cuidarlos en esas circunstan-

cias, d) un tutor puede ser un buen juez de lo que más conviene al tutelado desde la perspectiva de la comunidad a la que ambos pertenecen, e) un tutor puede ser un buen juez de lo que más conviene al tutelado en función de lo que elegirían personas prudentes y razonables. En los tres primeros casos, el tutor reclama el derecho a elegir porque posee autoridad para ello, aunque no necesariamente porque sea una buena autoridad, como sucede en los dos últimos casos.<sup>70</sup>

Los niños alcanzan poco a poco la posesión de sí mismos conforme adquieren capacidad de entender y valorar el significado de sus actos y conforme asumen la autoridad sobre sí mismos y se sustentan a sí mismos. No existen fronteras claramente definidas entre competencia e incompetencia o entre encontrarse sometido a la patria potestad o libre de ella. El concepto de menor maduro destaca las circunstancias en que el menor, aunque no esté emancipado por vivir aparte y mantenerse solo, está parcialmente libre de la patria potestad en áreas en las que entiende y valora la importancia de decisiones con un peso específico en el futuro de su vida (por ejemplo, decisiones reproductoras), decisiones que no requieren el apoyo paterno. Por tanto, es creíble sostener que niños en diferentes situaciones y áreas, pueden conseguir parcialmente su propia posesión por ser moralmente responsables de dichas decisiones. En tales circunstancias (por ejemplo, las que afectan la existencia futura del niño), el sometimiento a los padres no incluye la cesión del derecho a elegir en áreas importantes que afectan a su vida futura y, aunque la incluyese, al Estado no le interesa proteger los derechos paternos por los gastos que supone materializar dicha protección (por ejemplo, la dificultad de determinar hasta qué extremo se han cedido creíblemente a los padres dichos derechos).

¿Cómo equilibrar el derecho a elegir de la persona que ejerce autoridad y el interés de las autoridades en proteger lo que más conviene al tutelado? ¿Cómo conseguir ese equilibrio entre el derecho del tutor a que se le deje en paz a la hora de tomar sus decisiones respecto al tutelado, y el derecho de éste a ser libre de elegir en áreas en las que ejerce una autoridad emergente para controlar su propia vida? Según hemos argumentado hasta ahora, parece razonable establecer el principio de intervención en nombre del tutelado y contra los deseos del tutor en la siguiente forma.

#### PRINCIPIO DE INTERVENCIÓN EN NOMBRE DE UN TUTELADO

Basándose en consideraciones de violación del principio de permiso o del principio de beneficencia como principio de no malevolencia se puede usar la fuerza (aunque debido a los importantes gastos compensatorios, no obligadamente) para rescatar a un tutelado de la autoridad que ejerce un tutor en el caso, y sólo en el caso de que:

1. El niño pida ser rescatado, sea competente y los actos u omisiones del tutor vayan a dañar el cuerpo o la mente del tutelado hasta un grado opuesto a los intereses óptimos de éste último, tal como éstos fueron determinados por el salvador, y el salvador corre con los gastos impuestos al tutor; o
2. Los actos u omisiones del tutelado sean maliciosos, es decir, malevolentes; o
3. Los actos u omisiones sean opuestos al acuerdo realizado con el tutelado antes de que éste deviniera incompetente; o
4. Los actos del tutor puedan interpretarse como daños claros por parte del tutelado y el tutelado sea competente.

Este principio fija los límites de la autoridad tutiva y establece el ámbito de la autoridad del salvador.

Sean cuales fueren los valores que sostenga el salvador, tendrá que determinar que el bien pretendido compensa los gastos de su intrusión. Para justificar un rescate cuando la persona no solicita competentemente ayuda, ni el perjuicio viola un acuerdo previo, este perjuicio debe ser malevolente, y para justificar los gastos derivados de la intervención debe implicar daños mentales o físicos de importancia contra una futura persona. Nadie es obligado —a falta de un acuerdo previo o de un enfoque especial de la vida buena y de la beneficencia— a vivir de una manera que maximice las ventajas de personas actuales, y menos aún de personas futuras. Como hemos apuntado anteriormente, es imposible justificar proteger a futuros individuos de ser utilizados como medios. También, para justificar la cuarta condición, las circunstancias tienen que estar claras para que se demuestre que un tutor está utilizando una futura persona *meramente* como medio, es decir, de una manera que pone de manifiesto que la persona no dará su consentimiento. La difícil situación inevitable de las futuras personas es estar a merced de la sabiduría y visión de las personas pasadas. Las



futuras personas tienen derecho a esperar que las pasadas no hayan actuado de modo que suponga el uso directo de la fuerza contra ellas de un modo que ellas rechazarían. La posibilidad de interpretar un resultado como perjudicial depende de un complejo esquema de valores e interpretaciones del mundo, por tanto, habrá que estar muy seguro de que el tutelado verdaderamente interpretará las intervenciones del tutor como daños. Se corre siempre el riesgo de interpretar erróneamente como perjuicio lo que se percibirá como beneficio, interfiriendo así inmotivadamente en las acciones correctas de personas reales. Además los padres siempre tienen a su disposición la siguiente y convincente réplica: «No hemos actuado con malevolencia, sino que hemos actuado benévolamente según nuestra visión religiosa e ideológica concreta. Además, nunca hubiésemos tenido hijos (o en el caso de tutelados, no hubiésemos criado ni cuidado a estos individuos), si no hubiésemos tenido la oportunidad de poder criarlos conforme a nuestra propia ideología (o creencias). Nuestros hijos únicamente pueden quejarse si la no existencia fuese peor que la vida que les vamos a proporcionar». Esta réplica es convincente y probablemente socava la mayoría de los intentos de rescate que se acogen a la cuarta condición, excepto los que implican un daño o la muerte prevista de antemano en el caso de que el tutelado apostatará de la visión moral de su tutor. Dada esa apostasía, tales acciones van claramente en contra del consentimiento de los perjudicados. Además el concepto de «daño» no depende de una visión determinada de la vida buena, sino del carácter no autorizado de la utilización de otra persona.

Resulta difícil realizar juicios claros y contundentes en esas materias. La crianza de los niños y el cuidado de los tutelados tiene lugar en una conjunción de visiones sobre la vida buena y la beneficencia. La misma pujanza de dichas visiones desemboca frecuentemente en conflictos insolubles, TEYKU.<sup>71</sup> ¿Qué hacer, por ejemplo, con las mutilaciones rituales o de otro tipo de los cuerpos de individuos incompetentes? Pensemos en la circuncisión de varones, raramente hecha por prescripción médica y, por lo general, debida a razones religiosas o vagamente tradicionales.<sup>72</sup> Los anteriores análisis sugieren que son permisibles, por la presunción de que el acto es benévolo y no está claro que los afectados vayan a poner objeciones cuando, en el futuro, sean competentes, presunción especialmente bien motivada en el contexto de una comunidad religiosa. Idéntico argumento justifica el tatuaje y la escarificación que forman parte de las tradiciones de ciertas comunidades.

Al final, lo que más le conviene a cada individuo sólo se puede interpretar en el ámbito de comunidades morales concretas. Toda concepción de lo que significa la paternidad o el tutorado implica, a su vez, una de las muchas visiones existentes de la beneficencia. La necesidad de obtener contenido sólo se puede satisfacer adoptando una postura o visión moral concreta. Con el fin de disipar confusiones evitables, hay que advertir a las personas que van a recibir un tratamiento que concuerda con la pauta de su propia comunidad, que determina qué es lo que más conviene a las personas. Si viven al margen de una comunidad que posee el suficiente contenido moral, o si viven en un ámbito que se caracteriza por la presencia de vestigios fragmentados de visiones morales opuestas, deben de ser informadas acerca de quiénes actuarán como sus tutores, así como de las pautas por las que se guiarán sus decisiones.

La dificultad radica en quienes nunca han sido competentes, es decir, nunca, en ningún aspecto de su vida, han sido personas en el sentido estricto de agente moral. Cuando el individuo no ha estipulado por adelantado sus deseos acerca de su cuidado, estos análisis, para bien o para mal, propician una libertad amplia, pero no absoluta de elección para padres y otros tutores de incompetentes. Cuando un tutor, por ejemplo, desea seguir un camino que conducirá a la muerte, como es el caso cuando un Testigo de Jehová rechaza la transfusión de sangre a un niño ¿cómo vamos a hablar de esa posible autorización futura que exige el principio del consentimiento por poder? Se podría sugerir un análisis de hasta qué punto los Testigos de Jehová adultos mantienen su fe hasta el punto de rechazar una transfusión y morir. Pero esto sería equivocar la cuestión, porque si un Testigo de Jehová rechaza la transfusión a un niño pequeño, éste nunca llegará a ser una persona a la que se pueda perjudicar. Además, las obligaciones morales seculares generales de beneficencia debidas a la vida sensible, pero no personal, protegen únicamente frente a actos malevolentes y no sirven para prohibir el infanticidio que se justifica por motivos carentes de maldad. Siempre que resulte inverosímil la buena intención del acto, se debe usar la fuerza para proteger al niño.

Es fácil imaginar que en hospitales y clínicas subvencionadas por comunidades en desacuerdo con los Testigos de Jehová o con otras creencias semejantes, la institución, con inclusión de sus médicos, condicionará toda asistencia médica a la previa aceptación de los cuidados necesarios para preservar la vida e integridad corporal. Sin embargo, si los Testigos de Jehová fueran como los

Amish o los Yanomamo, y se recluyesen en comunidades apartadas del resto de la sociedad para asegurarse de que sus hijos solamente reciban las atenciones congruentes con su religión, no habría motivos para intervenir, excepto para rescatar a los niños competentes que solicitasen tratamiento.<sup>73</sup>

### *La investigación que afecta a seres humanos*

La investigación es parte esencial de la medicina como ciencia. Es parte del conocimiento disciplinado de las profesiones sanitarias. Como ya hemos visto, todas ellas prestan asistencia no sólo por el bien de los pacientes, sino también por el de la profesión. Como mínimo, las técnicas se deben transmitir de una generación de facultativos a la siguiente y el paciente sirve de medio transmisor. Como miembros de profesiones especializadas, médicos y enfermeras no sólo pretenden conservar sus técnicas, sino incrementarlas. Para aprender más y poder así prestar mejor tratamiento, es necesario un examen sistemático de los contactos entre facultativos sanitarios y enfermos. El resultado es una tensión entre el papel que desempeñan los profesionales de la sanidad como curadores y su papel como científicos, conflicto entre los diferentes roles que ha estado en la misma raíz de la crítica tradicional de la experimentación con seres humanos. Al final de la Edad Media, el incremento de los experimentos realizados por médicos y cirujanos provocó serias admoniciones por parte de la Iglesia cristiana.<sup>74</sup> Bartolomaeus Fumus, en su *Summa Armilla* de 1538, afirmaba que los médicos cometen pecado «si aplican a alguien una medicina dudosa o no practican de acuerdo con su arte, sino atendiendo a su propia y estúpida fantasía o hacen experimentos y cosas parecidas que exponen al enfermo a graves peligros».<sup>75</sup> Sospechas semejantes acerca de que la experimentación equivale a un tratamiento irreflexivo del enfermo existían en las leyes norteamericanas hasta muy recientemente.<sup>76</sup>

Estas vacilaciones se combinaban con la idea de que la experimentación con seres humanos implica una utilización moralmente cuestionable de la persona. Como afirma Hans Jonas:

Al sujeto de la experimentación se le niegan las compensaciones de la personalidad, puesto que se actúa sobre él con fines que le son extraños, sin establecer previamente una relación real en la que di-

cho sujeto sería el contrapunto de los demás o de las circunstancias. El mero «consentimiento» (que la mayor parte de las veces no llega más que a «permiso») no justifica esta materialización. Sólo la genuina autenticidad de la voluntariedad posiblemente redima de la condición de «objeto» a la que se somete el sujeto.<sup>77</sup>

Basándose en estas inquietudes, Jonas establece criterios muy rigurosos sobre la auténtica voluntariedad, equiparando la mayoría de los consentimientos a una forma de reclutamiento.<sup>78</sup> Jonas defiende estos elevados criterios para superar lo que insiste en considerar un problema moral crucial en la investigación que utiliza seres humanos. «Lo malo de hacer de una persona un sujeto de experimentación es ... que lo convertimos en un objeto, en un objeto pasivo, simplemente para que se actúe sobre él ...»<sup>79</sup> Esta preocupación generalizada acerca de la probidad moral de la investigación con seres humanos ha sido vindicada, al menos en parte, por la historia de los abusos experimentales con seres humanos. Aunque sean las atrocidades puestas de manifiesto en Nüremberg las que vienen rápidamente a la memoria, se dieron considerables abusos antes de la Segunda Guerra Mundial, como bien demuestra el estudio de Jay Katz sobre experimentación.<sup>80</sup> El estudio Tuskegee de la sífilis en los Estados Unidos también demuestra la necesidad de proteger a los seres humanos sujetos a experimentación.<sup>81</sup> Habría que añadir que la mera promulgación de códigos y leyes no parece suficiente para dicha protección. Como demostró Hans-Martin Sass, en la Alemania de 1931 se promulgaron normas muy concretas, y en muchos aspectos progresistas, para la protección de sujetos humanos, que estuvieron teóricamente vigentes hasta 1945.<sup>82</sup>

La utilización de seres humanos en la investigación está ligada a la necesidad de prestar protección especial al consentimiento libre e informado, para garantizar que se facilitan los conocimientos adecuados y que el consentimiento está libre de toda coacción. Debido al conflicto entre roles, el sujeto puede confundir la investigación sin beneficio para él mismo, con el tratamiento que de hecho pudiese mejorar su salud. Estudiantes, presos y otros sectores especiales de la población pueden, además, resultar coaccionados abierta o encubiertamente a participar en investigaciones con seres humanos. El principio de permiso exige como condición de mutuo respeto la protección del individuo frente a la coacción y al engaño. El de beneficencia exige que haya un beneficio neto para

los demás, y precisamente aquí hay que insistir en que la investigación biomédica se relaciona directa o indirectamente con el beneficio del paciente. En efecto, las propias convicciones morales sobre la práctica de la experimentación en seres humanos dependerán en parte de los propios criterios sobre la seguridad que ofrece la sanidad cuando falta una investigación rigurosa. No sólo hay que temer la utilización temeraria de seres humanos en investigaciones médicas, sino que también se deben temer los costes de un tratamiento que es temerario por no estar fundamentado en investigaciones adecuadas. La otra cara de toda preocupación por la protección del ser humano es la protección del enfermo frente a tratamientos insuficientemente probados y mal fundamentados.

#### La investigación como beneficencia

Las personas sienten el impulso de hacer cosas que ayuden a quienes se encuentran necesitados, por lo que a lo largo de la Historia y en las diversas culturas han inventado múltiples medios de prevenir la enfermedad y curar los padecimientos. El problema estriba en que un gran número de estas intervenciones, desde la trepanación y las sangrías hasta la aplicación de sanguijuelas y las purgas, por lo general perjudican más que benefician. Gran parte de la historia de los tratamientos médicos bien intencionados es la historia del sufrimiento inútil, y hasta el más superficial análisis de dicha historia nos lleva a la conclusión de que son más los que han sufrido a causa de tratamientos sin fundamento, que los que han sufrido efectos secundarios de la investigación. Si dejamos a un lado la noción de que el tratamiento estándar o generalmente aceptado es bueno simplemente porque es estándar o generalmente aceptado, nos enfrentamos a la cuestión recurrente de si algunas modalidades médicas generalmente aceptadas hacen más daño que bien.

Esta pregunta ha sido parte integrante de la evolución de la moderna medicina científica. Hemos de admitir la situación caótica de la *materia medica* hasta hace bien poco,<sup>83</sup> ya que estaba integrada por una larga lista de tratamientos de los que solamente unos cuantos tenían fundamento, lo que dio origen a la búsqueda de un *methodus medendi*, de un enfoque metódico y sistemático del tratamiento, y ese enfoque exige la investigación con seres humanos. Como afirmaba Thomas Sydenham, se necesitaba un sistema de atenciones médicas «probado en abundantes experimentos».<sup>84</sup> Los avances de la medicina moderna se deben tanto a la evolución

de la ciencia médica básica como a la valoración sistemática y estadística de los métodos estándar de tratamiento, así como a un creciente escepticismo con respecto a los métodos tradicionales. Pensemos en el clásico estudio de Louis en 1835, en el que demostraba que la sangría, contrariamente a lo que se creía, no tiene efectos positivos sobre las enfermedades inflamatorias.<sup>85</sup> Hemos llegado, pues, a una situación en la que se sospecha de todo tratamiento que no haya sido comprobado sistemáticamente, y esto es debido a que tenemos motivos sobrados para temer que los tratamientos no probados perjudiquen más que beneficien.

La investigación se relaciona de diferentes formas con el tratamiento posible del enfermo, pudiendo distinguirse entre: a) la investigación que probablemente beneficie directamente al sujeto investigado, b) la que probablemente beneficie a personas con la misma enfermedad o trastorno que el sujeto, c) la investigación que trata de establecer si determinados tratamientos son más beneficiosos que perjudiciales, d) la investigación centrada en el fomento de nuevos tratamientos y e) la investigación fundamental, orientada hacia una comprensión básica de la biología y de los procesos patológicos. Las cinco formas de investigación conducen directa o indirectamente al abandono de anteriores modalidades asistenciales cuando se muestran más perjudiciales que beneficiosas en comparación con otros tratamientos o con ninguno en absoluto. La investigación médica sistemática y detallada es parte esencial del control y orientación del impulso asistencial para conseguir que dañe menos y beneficie más. La investigación es parte integrante de una medicina benéfica. No es simplemente una parte del interés del especialista por conocer, ni tampoco está vinculada a la consecución de una situación futura en la que todas las enfermedades y trastornos cuenten con un tratamiento perfecto. Se dirige también —si no primordialmente— a pacientes concretos que puedan beneficiarse de ella, así como a las personas actuales que en el futuro resultarán beneficiadas del abandono de prácticas obsoletas y de la introducción de mejores tratamientos. Los riesgos que conlleva la experimentación en seres humanos sólo se pueden estimar de forma realista contrastándolos con los que supone una medicina desasistida de investigación sistemática. Aquí viene a propósito el adagio socrático de que una vida no sometida a examen no merece vivirse, o lo que es igual, que la medicina no sometida al examen de la investigación sistemática es un peligro para los enfermos. A la luz de estas afirmaciones, el papel que desempeñan los

sujetos de investigación no es el de un «objeto» invitado a participar en servicio de objetivos que le son extraños, sino el de individuos que colaboran en una trascendental meta social que también puede serles de importancia.

Respetar y proteger al sujeto y tolerar la investigación temeraria

Debido a los malentendidos que existen acerca de la naturaleza y significado de la investigación médica, los investigadores tienen por lo general la obligación moral de poner especial cuidado en obtener el consentimiento de sus potenciales sujetos, evitando toda forma de engaño no consentida por éstos, y absteniéndose de toda forma de coacción. Tenemos un buen ejemplo de iniciativas para lograr tal protección en el *American Code of Federal Regulations for the Protection of Human Subjects* [Código Norteamericano de Normas Federales para la Protección de Personas Sujetas a Experimentación] en el que se especifica claramente el consentimiento informado en función de la necesidad de advertir a los posibles sujetos de las circunstancias concurrentes en la investigación, así como de la posibilidad de rehusar o de participar. El sujeto de la investigación es un extraño en tierra extraña y, al igual que el paciente, necesita que se le oriente para poder elegir libremente, esto es, con el fin de no ser engañado o sufrir algún otro tipo de coerción.

Sin embargo, el examen de la investigación sometida a aprobación no sólo presta atención a la naturaleza y lo completo de las revelaciones efectuadas para obtener el consentimiento, sino que limita la investigación peligrosa, o la investigación a la que los sujetos dan su consentimiento debido primordialmente a su preocupación por el pago del tratamiento. Si damos un valor preponderante a la libertad, ni el principio de permiso ni el de beneficencia exigirán tales restricciones. Si acaso, serán expresión de cómo el gobierno federal entiende la adecuada forma de llevar a cabo toda investigación que subvenciona. Si, por ejemplo, es moralmente correcto presentarse como voluntario para servir en las fuerzas armadas, también tendrá que ser moralmente correcta la disposición a servir en las fuerzas investigadoras. Es fácil comprender por qué sería muy útil contar con una población estable de individuos bien pagados y suficientemente motivados para participar en investigaciones con seres humanos<sup>86</sup> a los que se les prohibiese por contrato retirarse de determinadas formas de investigación, del mismo modo que cuando uno se incorpora a las fuerzas armadas

cede su derecho a no participar o a retirarse de ciertas actividades. Pero esta forma de enfocar la investigación, supondría una infracción de la reglamentación vigente.

Existe un amplio abanico de iniciativas en la investigación, que nunca aprobarían las instancias oficiales que controlan las investigaciones en centros con apoyo federal para su realización, iniciativas que, pese a ello, no supondrían una violación de los principios de permiso y beneficencia<sup>87</sup> y en las que se incluirían investigaciones que van desde las extremadamente peligrosas hasta las que cuentan con remuneraciones muy elevadas. Al margen de una visión particular de la beneficencia, no existen motivos para prohibir que la gente se ofrezca voluntaria y libremente para investigaciones arriesgadas, especialmente cuando prometen ser muy beneficiosas para los demás. Muchos aprueban tal investigación en los casos de autoexperimentación. Pensemos en el premio Nobel Werner Forsmann que cateterizó su propio corazón.<sup>88</sup> Como hemos visto al examinar la naturaleza de las manipulaciones pacíficas, tampoco hay nada malo en ofrecer a determinadas personas el dinero necesario para conseguir sus servicios, siempre que la oferta no las convierta en incompetentes. Tampoco hay, en principio, razones para prohibir experimentaciones que la mayoría considere a la vez desagradables y dañinas. Pensemos en los defensores de enfoques heterodoxos de la sanidad quienes, de forma privada, invierten y llevan a cabo experimentos de sus terapias. Estas tareas no necesitan el apoyo, ni tienen que ser apoyadas por quienes las consideren perjudiciales e improcedentes. Pero si las personas implicadas comprenden y valoran los riesgos, se deben tolerar sus decisiones, pues tanta tolerancia merecen los mártires de modos no convencionales de entender la ciencia, como los mártires de lo que muchos considerarían criterios religiosos no convencionales (por ejemplo, el Testigo de Jehová adulto que decide morir antes que aceptar una transfusión de sangre, o la devota católica decidida a morir antes que aceptar un aborto que la libraría de la insuficiencia cardíaca debida a un esfuerzo de su corazón con graves repercusiones en la válvula mitral).

Investigaciones en poblaciones especiales

Hemos analizado ya en gran parte los límites morales de la experimentación con seres humanos que no son personas en sentido estricto. Hemos hablado de la experimentación fetal en el capítu-

lo VII, y en la sección anterior examinábamos el alcance del consentimiento por poderes permisible y, aunque en principio este consentimiento faculta ampliamente al tutor, la preocupación por el bien del tutelado motivada por visiones morales concretas establece límites a la cantidad de riesgo a que pueden ser expuestos los sujetos incompetentes. Pensemos en el requisito que establece el Código de Reglamentación Federal, en el sentido de que la investigación en niños, financiada federalmente, solamente conlleve riesgos mínimos si no existen perspectivas de beneficio directo para el sujeto, a menos que produzca conocimientos generalizables sobre el trastorno o afección de éste.<sup>89</sup> Incluso en tal caso, la investigación no se permite, a menos que el riesgo represente un incremento menor por encima del riesgo mínimo, excepto en circunstancias en que la investigación ofrezca posibilidades de entender, prevenir o aliviar un problema grave que afecta a la salud o al bienestar de los niños en general.<sup>90</sup> ¿Qué se debe entender por riesgo mínimo? Se entiende por riesgo mínimo aquel que «no es mayor, considerando su magnitud y probabilidad, que los que se corren en la vida diaria o durante la realización de pruebas o exámenes físicos y psicológicos rutinarios».<sup>91</sup> ¿Cómo se deben interpretar los riesgos mínimos que representan para la familia las motos, el vuelo con ala delta y las excursiones en la selva amazónica?

Estos interrogantes sobre el consentimiento a la investigación aparecen también respecto a los individuos que acceden a participar bajo circunstancias coercitivas, entre los que hay que incluir no sólo a los presos, sino a los estudiantes que puedan albergar el temor de que su futuro esté condicionado en parte por su mayor o menor disposición a participar en programas de investigación. Dada la larga historia de la explotación de presos, habría mucho que decir sobre la protección que la normativa federal ofrece a la población reclusa.<sup>92</sup> Estas restricciones, que por razones prácticas prohíben la utilización de presos en investigaciones subvencionadas federalmente no encaminadas al tratamiento individualizado de presos o a la mejor comprensión de enfermedades y afecciones que les afectan, también eliminan toda posibilidad de que el preso colabore con la sociedad y recobre un sentido de dignidad moral mediante su altruismo. Al proteger tan decididamente al preso frente a presiones coercitivas para participar en investigaciones, rebajamos aún más su dignidad y capacidad moral. Debemos observar, finalmente, que como indicara Hans Jonas, no hay nada intrínsecamente malo en forzar a los presos a participar en la experi-

mentación con seres humanos, si ello constituye parte de su condena.<sup>93</sup> Al margen de toda preocupación por posibles abusos en la utilización de presos y del cambio ético que tales actividades pueden provocar, la clave radica en dilucidar si la obligación de participar se estableció claramente como parte de la condena. Imaginemos que el castigo de diversos delitos incluyese períodos específicos de servicio como sujeto de investigaciones de un tipo determinado. La comisión del delito equivaldría al consentimiento a la investigación, enfoque que también resolvería en parte el problema de los estudiantes como sujetos de investigación, que gozarían de protección especial frente a la coacción, a menos que su participación fuese parte integrante de un curso elegido por ellos mismos.

### Engaño en la investigación

Como hemos visto, existe un estímulo moral para investigar con vistas a proteger a los individuos de intervenciones bien intencionadas, pero que, de hecho, causan más daño que otros tratamientos alternativos y, en algunos casos, que ningún tratamiento en absoluto. Es arduo llegar a un conocimiento verdadero en medicina, debido a) al problema de las mejorías fortuitas y las curaciones espontáneas, b) al hecho de que el médico tiende a recordar sus éxitos más claramente que sus fracasos, distorsionando así sus juicios sobre la eficacia de un tratamiento,<sup>94</sup> c) al efecto placebo, que beneficia al paciente incluso con tratamientos intrínsecamente ineficaces y d) a la psicología del descubrimiento, que hace que las personas vean lo que esperan ver.<sup>95</sup> Ha sido arduo, por tanto, determinar en qué casos el tratamiento conservador de las enfermedades de las arterias coronarias beneficia más que el quirúrgico<sup>96</sup> o si las mastectomías radicales ofrecen mayores garantías de supervivencia que las sencillas<sup>97</sup> y, aunque se pudiera creer que resultados tan evidentes como continuar con vida o morir transcurrido un cierto período de tiempo, facilitan la evaluación, lo cierto es que las varias distorsiones provocadas por los prejuicios del observador la dificultan.

La investigación médica moderna depende en gran parte de no revelar al sujeto la índole de los fármacos que realmente se le suministran o del tratamiento al que se somete, con objeto de compensar así las fuerzas distorsionantes. Muchas veces, tanto el investigador como el sujeto-paciente carecen de información sobre cuáles, entre un conjunto de fármacos, recibe éste en realidad y,

por el contrario, se informa a los investigadores y pacientes implicados en el estudio, que el sujeto de experimentación recibirá uno, dos o más fármacos basándose en asignaciones fortuitas con objeto de comparar su eficacia relativa. Tales experimentos clínicos aleatorios, que se practican para contrarrestar los prejuicios del observador, no son inmorales por emplear engaño, excepto cuando el sujeto potencial no ha sido previamente advertido al respecto. Aquí vuelve a tener utilidad el ejemplo del juego de póker. Al sentarse a jugar, los participantes conviene utilizar ciertas formas de engaño, pero no otras (un farol, por ejemplo, pero no esconder una carta). De igual modo, en los experimentos clínicos aleatorios se debe informar al sujeto (o al menos ofrecerle la información) acerca de la clase de información que no se revelará, de qué papel desempeñará el azar, por qué, qué información se facilitará y cuándo. Como la cantidad de certeza necesaria para considerar finalizado un experimento es arbitraria, no se deberá engañar al sujeto acerca de cuándo y en qué circunstancias se romperán los códigos para indicar que un tratamiento ha demostrado ser más útil que otros.<sup>98</sup> Lo esencial es que no se engañe al sujeto acerca de los riesgos y beneficios de un determinado diseño de tratamiento. El principio del respeto mutuo no requiere la protección del individuo frente al engaño, sino únicamente que no se le someta involuntariamente a él.<sup>99</sup> Tampoco existirá violación del principio de beneficencia si finalmente se alcanza el bien perseguido.

#### Democratización de la ciencia y conocimientos compartidos

Admitir que el individuo es libre y capaz de consentir o de rehusar su participación en una investigación equivale a contemplar la ciencia como tarea colectiva que integra a muchos hombres y mujeres libres. No son exclusivamente médicos, científicos, cirujanos y enfermeras quienes deciden su curso, sino también los pacientes y los sujetos de investigación. La medicina no podría transmitir sus técnicas de generación en generación si los pacientes no aceptasen la exploración de sus mentes y sus cuerpos por parte de estudiantes, médicos noveles y enfermeras que se encuentran en fase de aprendizaje de las técnicas necesarias para cuidar y, si es posible, curar las afecciones de los futuros enfermos. De igual modo, cuando el enfermo u otras personas participan libremente en la investigación, se integran en la tarea colectiva de quienes pretenden evitar tratamientos que son más perjudiciales que beneficiosos, conseguir tra-

tamientos que curen mejor y a menor coste y también hacer realidad la aspiración cultural generalizada de un mejor conocimiento del hombre y de la condición humana. El principio de permiso define el carácter de esta interacción; el principio de beneficencia apoya la dedicación altruista de algunos al bien de todos.

#### *Confidencialidad*

La confianza es el aglutinante de la estructura sanitaria. El paciente desnuda su cuerpo y su alma ante el médico, y éste le trata en todos los momentos vulnerables de su vida, desde la copulación y el nacimiento, hasta la enfermedad y la muerte. Para garantizar una atención afín a las preocupaciones del enfermo, el médico debe saber lo que le aflige y cómo ve sus propios problemas. Por consiguiente, la relación entre el médico y el paciente se ha visto siempre protegida, desde los albores de la moderna medicina occidental, por un vínculo de confidencialidad. Pensemos en el célebre pasaje del juramento hipocrático: «y todo lo que vea y escuche en el desempeño de mi profesión o fuera de ella en mi relación con otros hombres, si es cosa que no deba hacerse pública, nunca la divulgaré, teniéndola por sagrado secreto».<sup>100</sup> En realidad, lo que se comunica al médico o al sacerdote no suele ser de tanta confidencialidad como la que resulta del privilegio entre abogado y cliente, que es casi absoluta. Teóricamente, en muchas jurisdicciones se puede obligar a los sacerdotes a testificar en relación con supuestas revelaciones confidenciales hechas en el confesionario.<sup>101</sup> Los médicos tienen además un deber específico de informar a las autoridades de que sus pacientes padecen enfermedades venéreas, que han sufrido heridas por armas de fuego, que han abusado de menores o que se han visto relacionados de cualquier otro modo con problemas cuya revelación exige el Estado. Existe, por ejemplo, el deber legal, cada vez más fuerte, de los profesionales sanitarios de revelar a terceras personas los posibles peligros provenientes de un enfermo en tratamiento.<sup>102</sup>

El principio de permiso hace moralmente permisible la creación de enclaves especiales frente a solicitudes de revelación. Los individuos concretos que podrían beneficiarse de la información no tienen derecho moral secular general alguno a que el médico haga una revelación que les proteja, aunque sí tengan ese derecho moral sobre el paciente. Además, el hecho de que un médico o un



sacerdote llegue a saber que una persona es peligrosa (que sea portadora del virus del sida, por ejemplo, y pueda infectar a otras personas) no aumenta por sí mismo su peligrosidad. El silencio del sacerdote o del médico no es un daño directo a quienes pueden llegar a ser sus víctimas. El mantenerse aislados, como personas a las que se puede hablar con absoluta confidencialidad, no constituye en sí mismo un daño a los demás por el simple hecho de que uno pueda conocer posibles peligros para los demás. Por otra parte, la rigurosa confidencialidad que ofrecen médicos y sacerdotes tiene también sus ventajas. La capacidad de unos y otros para desempeñar sus respectivos papeles —que tienen un valor social— puede verse arruinada por la idea de que intereses estatales imperiosos podrían obligarles a revelar sus comunicaciones privadas. El sacerdote supone un enclave seguro en el que se puede hablar de los pecados y culpas sin trabas ni dubitaciones. De modo similar, el compromiso hipocrático de confidencialidad ofrece la posibilidad de hablar sin reservas de los problemas de salud, que, por otra parte, también pueden tener relación con el pecado o con la infracción legal. Esto no solamente puede facilitar un tratamiento más adecuado del enfermo, sino que destaca el especial valor que supone reconocer la existencia de enclave de privacidad frente a la intrusión del Estado.

En razonamientos como el que acabamos de hacer se sustenta el privilegio existente entre cliente y abogado, que es casi absoluto, y que ha sido justificado, entre otras cosas, por la razón de que el acusado tiene derecho a por lo menos un confidente que sea el paladín de sus intereses individuales frente al poder estatal.<sup>103</sup> No hay razón para quedar solos, inermes, ante el Estado. La misma consideración es aplicable a médicos y sacerdotes. El médico es en ocasiones el único confidente del individuo frente a las fuerzas ciegas de la enfermedad e igualmente vemos al sacerdote como un refugio especial de la culpabilidad y un defensor frente a la cólera del Todopoderoso.

Que sea deseable, sopesando las circunstancias, darle a la relación entre médico y paciente, o sacerdote y penitente, la confidencialidad absoluta de que usualmente goza la relación entre cliente y abogado, dependerá de la utilidad de dicho rol. No olvidemos, que la historia misma de la relación entre sacerdote y pecador nos demuestra que no siempre existió el secreto incondicional de confesión, al menos en Occidente. Muchos argüían, por ejemplo, que no había por qué garantizar tal privilegio especial a quienes confesaban su herejía.<sup>104</sup> Al final prevaleció la noción de obligación ab-

soluta de confidencialidad, hasta el punto de protegerse la revelación de pecados que se tenía el propósito de cometer en el futuro. El sacerdote podía, en el mejor de los casos, alertar a quienes corrían peligro, pero nunca revelar la identidad del pecador.<sup>105</sup> Esta protección absoluta estaba basada en el temor de que cualquier excepción al secreto de confesión disuadiría a muchos de confesarse y, consiguientemente, de salvar sus almas.

Idéntico razonamiento es aplicable al deber legal que tiene el médico de informar al Estado o a terceras partes de que un paciente sufre una enfermedad de transmisión sexual o de que constituye un peligro para los demás y, en la que el tratamiento no aumentará los riesgos para los demás. Tenemos que señalar que el tratamiento de los enfermos de sida contrasta con el tratamiento actual de las enfermedades transmitidas por vía sexual, como la gonorrea o la sífilis. El tratamiento de estas últimas disminuye la probabilidad de su transmisión al cónyuge o a otras personas, pero el tratamiento de los enfermos de sida puede aumentar la probabilidad de alargar sus vidas sin disminuir su capacidad de infección, al menos mientras no exista un modo de eliminar al virus. Por lo tanto, el médico que trata a un individuo infectado puede aumentar el riesgo al que se ven expuestos los demás, si el paciente no accede a advertir a quienes tienen probabilidad de resultar infectados (por ejemplo, a través de contactos sexuales). Sin embargo, es importante distinguir entre los riesgos reales que pueden sufrir otros y preocupaciones inconsecuentes (por ejemplo, que psicoterapeutas infectados puedan transmitir esa infección a sus pacientes durante la consulta).

Cuanto más motivos tengamos para sospechar que tales revelaciones disuaden a muchos de someterse a tratamiento o les impiden buscarlo en el momento oportuno, sin aumentar el riesgo para los demás, mayor será nuestra sospecha de que la exigencia de revelación perjudica más que beneficia. Consideraciones de este tipo han llevado tradicionalmente a los médicos a informar poco sobre las enfermedades de transmisión sexual, incluso cuando se les solicitaba, y al establecimiento en algunas ciudades de clínicas en las que se trataban enfermedades transmitidas sexualmente con un compromiso de absoluta reserva, basada en los peligros que toda revelación tendría para la carrera o profesión del paciente, incluso con anterioridad a la epidemia del sida. Por ello, una cosa es que el médico acceda a revelar abusos cometidos con un menor, que descubre cuando lo trata, y otra muy diferente exigirle que re-



vele tales abusos cuando los padres han buscado tratamiento para este problema. La amenaza clara y cierta de que se produzca dicha revelación, probablemente retraiga a los padres de buscar tratamiento a tiempo, lo que provocará ulteriores abusos y daños para los hijos. Incluso la exigencia actual de revelar abusos cuando se está tratando a un menor que es llevado a la consulta por el padre o por la madre, que a su vez están dispuestos, a ser sometidos a tratamiento, es poco aconsejable. Un minucioso análisis de los gastos y beneficios que conllevaría la solicitud de revelar a terceras personas que un enfermo es posiblemente peligroso puede demostrar que, una vez que la mera solicitud es de dominio público, enfermos peligrosos que podrían haber sido tratados oportunamente renunciarán a acudir en el momento adecuado. El que en un caso concreto la revelación de la peligrosidad de un enfermo pudiese haber salvado la vida de una tercera persona, no debe oscurecer la evidencia de que una disposición legal que exigiese con carácter general tales revelaciones podría llevar, de hecho, a la muerte de más personas. Si éste es el precio que habría que pagar, ésa no sería la norma que adoptarían hombres y mujeres prudentes. Se podría llegar a establecer el mismo carácter absoluto en las comunicaciones entre médico y paciente que el que existe entre abogados y clientes, pero debemos tolerar incluso los actos irreflexivos de los hombres y las mujeres libres. En el ánimo de algunos pesará más el posible peligro para individuos identificables que el que correrá el individuo estadístico, lo que justificaría la norma de revelar el peligro para terceras personas identificables, aunque a largo plazo dicha actitud perjudique a muchas más personas. En efecto, no hay ninguna razón por la que los profesionales de la sanidad no puedan, al igual que lo hacen los pastores de diferentes confesiones, ofrecer diferentes compromisos de confidencialidad. No existe, después de todo, una narrativa moral dotada de contenido y universal acerca de la confidencialidad.

Hay que reconocer que las diferentes normas formales e informales de revelación están muy extendidas. Los médicos militares, los de empresa o los que atienden a escuelas y colegios, quizá tengan el deber específico de revelar información a terceras personas de una forma que no está directamente relacionada con el tratamiento de un paciente determinado. Existen, pues, muchos espacios conflictivos entre los objetivos del tratamiento confidencial y los objetivos específicos de las instituciones que emplean al médico. En principio, estos conflictos no son diferentes de los que exis-

ten entre el médico como curador obligado a la confidencialidad, y el médico funcionario de la sanidad pública obligado a informar de las enfermedades de transmisión sexual. Son dos áreas de conflicto que deberán recibir idéntica solución. Estudiantes, trabajadores y miembros de las fuerzas armadas deben ser informados del grado en que estos médicos se van a apartar de la habitual confidencialidad entre médico y paciente. Si el individuo sabe que, en términos generales, la información no estará protegida por la confidencialidad, no se habrá violado el principio de permiso y quizá tampoco el de beneficencia, teniendo en cuenta el desequilibrio entre perjuicios y beneficios.

Hemos de subrayar finalmente, la complejidad de las relaciones sanitarias y la dificultad de mantener la confidencialidad. Hasta en la consulta privada, esa confidencialidad se ve afectada cuando el paciente solicita cobertura del seguro o en otras circunstancias revela información voluntariamente. La mayoría de los enfermos subvaloran la cantidad de información personal que suelen revelar a terceras personas que no están involucradas directamente en su tratamiento. Habría que actuar colectivamente para convencer a las compañías de seguros y a otras entidades similares de que acepten un acceso limitado a los informes médicos, limitación que evidentemente tendría un coste adicional para quienes contratan un seguro de asistencia médica en esas condiciones. Con la creación de bancos de datos de pacientes regionales y nacionales, que han pasado a formar parte integrante del sistema sanitario nacional, especialmente debido al almacenamiento electrónico, cada vez resulta más difícil mantener la confidencialidad o el tratamiento anónimo. Este último será casi imposible si en el futuro todo tratamiento debe ser pagado a través de un sistema de seguros nacional que requiera al paciente ofrecer su número de identificación de seguros, y si se niega a los individuos el acceso a la sanidad privada basada en el pago al contado.

La restricción de la revelación de información sería más deseable desde el punto de vista del paciente, al estar la medicina en condiciones de determinar futuros riesgos de contraer enfermedades, incluidas las laborales. De otro modo, los empresarios y centros educativos podrán no contratar o matricular a personas con elevadas probabilidades futuras de desarrollar enfermedades graves. Un profundo conocimiento de los mecanismos genéticos de los padecimientos y enfermedades ocupacionales aumentará sin duda la necesidad individual de proteger la confidencialidad de los infor-

mes médicos. Sin embargo, son muchas las fuerzas que actúan en contra de la conservación de la confidencialidad. El carácter mismo de una sanidad coherente en los grandes centros hospitalarios, incluida la dedicación a asistencia de alta calidad, presupone que muchas personas, no sólo los médicos, tengan acceso a los historiales clínicos. La protección de la confidencialidad requiere un compromiso sistemático, no sólo de custodiar la información en general, sino de poner a buen recaudo áreas concretas de información. No se puede descubrir anticipadamente el contenido de políticas convenientes y concretas, sino que debe ser creado mediante decisiones concretas. Existen numerosas posibilidades alternativas, y no hay una razón por la cual sólo una elección deba predominar, mientras se advierta a los individuos acerca del carácter del grado de confidencialidad que se les va a conceder.

#### *Suicidio, eutanasia y elección de la forma de morir*

Así como no se puede descubrir una forma determinada de actuar dotada de contenido con respecto a la confidencialidad, resulta imposible, en términos seculares generales, descubrir la forma de actuar conveniente dotada de contenido acerca de las elecciones que se presentan al final de la vida. El principio de permiso apoya el derecho moral secular de los individuos libres a elegir su propia forma de vida; de hecho, el principio de beneficencia, visto desde la perspectiva general de la ética secular, solamente adquiere contenido en función de tales elecciones, ya que configuran visiones concretas de significado y propósito. La muerte requiere elección. La «buena muerte» como la «buena vida» exigen previsión y planificación, ya que es improbable que sobrevenga por azar. De esto se habló mucho en la Edad Media bajo la rúbrica de *ars moriendi*,<sup>106</sup> y esta preocupación puede reconstruirse en términos actuales. Debemos escribir nuestro discurso de despedida para cuando estemos en el lecho de muerte mientras gozamos de buena salud, puesto que es bastante improbable que tengamos la oportunidad de redactarlo en las modernas unidades de cuidados intensivos. Tales previsiones pueden incluir directrices previas a través de las cuales el individuo competente planifica su tratamiento para cuando en el futuro se encuentre ya gravemente enfermo o sea incompetente.<sup>107</sup>

En los tiempos modernos, nos hemos alejado mucho de los cri-

terios tradicionales sobre la muerte. El cristiano medieval occidental rezaba *A subitanea et improvisa morte, libera nos, Domine* («De la muerte súbita e imprevista, líbranos Señor»)<sup>108</sup>. Por el contrario, en las sociedades contemporáneas, muchas personas esperan morir sin advertirlo, sin dolor, mientras duermen. Pero, dado que estas muertes indoloras no constituyen la regla, incluso nosotros, en la sociedad contemporánea, hemos de temer una muerte para la que no hayamos hecho previsiones, una muerte en circunstancias aflictivas, que agoten inmisericordes nuestros recursos. La tecnología, que puede salvarnos la vida y postergar la muerte, también subraya la necesidad de decidir cuándo aceptar y no prolongar la agonía, resucitando la antigua cuestión de si, y cuándo, puede una persona disponer de su vida o recibir ayuda para el suicidio. Al haber aumentado nuestro abanico de posibilidades de libre elección, las nuevas tecnologías médicas han creado, aquí y en otras partes, nuevas responsabilidades, del mismo modo que ha aumentado la incertidumbre pública respecto al contenido moral y al sentido último.

Con frecuencia evitamos toda responsabilidad en estos asuntos, afirmando que se debe tratar al máximo para prolongar la vida humana todo lo posible y suponiendo que la medicina ha estado tradicionalmente obligada a salvar vidas a cualquier precio, pero, sin embargo, esta suposición es errónea. La medicina ha evitado tradicionalmente el tratamiento de casos desesperados. El compromiso ilimitado de proporcionar tratamiento a cualquier precio, con vistas a salvar la vida, sea cual fuere su calidad, es una peculiaridad moderna que carece de raíces clásicas.<sup>109</sup> Pensemos en la afirmación de Séneca de que nadie está legitimado a quejarse de la vida o del sufrimiento, puesto que, si el dolor es excesivo, el suicidio es siempre una solución.<sup>110</sup> Según Séneca, si uno sufre no es culpa de nadie, sino de uno mismo. En este orden de cosas, tenemos que decidir el tratamiento que aceptaremos para salvar la vida, cuál rechazaremos e, incluso, cuándo, si es que alguna vez, el suicidio es una elección moralmente apropiada.

Tal como muestran las cuestiones planteadas, tenemos que admitir que, al final de la era cristiana, debemos repensar el tema de la muerte y de la forma de morir. Al margen de toda perspectiva moral concreta, no disponemos de una guía que nos indique qué grado de sufrimiento debemos soportar, cuándo debemos aceptar la muerte, o cuándo debemos suicidarnos. Las decisiones tomadas en estas materias requieren una concepción dotada de contenido del sentido de la vida y de la muerte. La síntesis cristiana desarro-

llada durante la Edad Media sirvió en Occidente como guía en estos temas. Contemplado desde la perspectiva de esta concepción cristiana, el sufrimiento tiene un propósito, el dolor tiene un significado redentor y la muerte no supone el final de la existencia personal. Por otra parte, se prohíbe el suicidio, ya que no se puede desear la muerte de un individuo inocente, incluso si se trata de la propia muerte.

La proscripción del deseo de matar a un individuo inocente condujo, cuando se trataba el dolor y se limitaba el tratamiento, a la aplicación ampliamente difundida del principio del doble efecto (véanse también los comentarios en el capítulo anterior acerca del principio del doble efecto). Este principio, que en su origen se configuró primordialmente para juicios morales en tiempos de guerra (es decir, en una guerra justa se puede excusar la culpa moral por prever, pero no desear la muerte de no combatientes inocentes), pero que finalmente se aplicó también a problemas médicos.<sup>111</sup> Este principio sostiene que se pueden emprender acciones que probablemente dañen o incluso causen la muerte de otros, siempre que a) no se haya deseado el mal físico (un soldado que fuese un buen católico romano podría lanzar sus flechas por encima de las murallas de una ciudad, previendo, pero no deseando, matar a civiles inocentes), b) el bien perseguido con la acción no proceda directamente del daño (por ejemplo, la ciudad no se rendirá a causa de la muerte de civiles inocentes), c) la acción no sea intrínsecamente mala (por ejemplo, se podría indirectamente matar a niños no combatientes, pero no se podría cometer adulterio para apoderarse de la ciudad) y d) el bien conseguido sea proporcionado (los probables beneficios deben superar a los probables daños).<sup>112</sup> Este principio ha proporcionado a los católicos romanos devotos un soporte adecuado no sólo para realizar actos que tienen como efecto previsto, pero no deseado, la esterilización y la anticoncepción, sino también una base para interrumpir el tratamiento e incluso promover una probable muerte anticipada mediante el control del dolor.

Se puede decidir que no es obligatorio invertir mayores recursos en la prolongación de la vida porque constituiría una sangría desmedida, desproporcionada o extraordinaria de los recursos familiares o públicos. Los medios ordinarios de preservar la vida se definen como «todo medicamento, tratamiento y operación que aporten una esperanza razonable de beneficio para el enfermo, y que se puedan obtener y utilizar sin excesivos gastos, dolor y otros inconvenientes».<sup>113</sup> No utilizamos aquí el término «ordinario» para designar sim-

plemente lo que es corriente, sino lo que es apropiado o proporcionado. Este término adopta en la ética médica un significado obsoleto de la palabra, esto es, «templado», que se aproxima a uno de los principales significados del término *ordinatus*, es decir, bien ordenado. El tratamiento ordinario es el que corresponde a un tratamiento bien ordenado, acostumbrado, que significa tener en cuenta tanto consideraciones de costes, como de calidad de resultados (por ejemplo, que se recupere la salud), así como de cuantía razonable de vida.<sup>114</sup> En los costes se incluyen los intereses sociales, como puede ser la necesidad de abandonar la ciudad o pueblo donde se vive para someterse a tratamiento médico en una ciudad lejana.<sup>115</sup> Abundando en ello, el teólogo católico romano Gerard Kelly, S.J., tenía por tratamiento extraordinario el hecho de suministrar digitalina o glucosa intravenosa a un nonagenario comatoso que padecía una enfermedad cardiorenal.<sup>116</sup> Apoyándose en esta visión moral concreta dotada de contenido, los teólogos católico-romanos pueden comprender que el deber de tratar médicamente es inversamente proporcional al coste del tratamiento y directamente proporcional a la duración y calidad del éxito. En efecto, la tradición bioética católico-romana permite a un paciente interrumpir la respiración asistida, al reconocer que es una carga indebida, y a recibir los suficientes analgésicos para no padecer dolor, angustia o falta de aire. Lo esencial es que no se desee claramente la muerte y que la cantidad de analgésicos utilizados no produzca la muerte.

El principio del doble efecto, que permite emprender acciones que se prevé conducirán a la muerte, siempre que ésta no se desee, y el principio del tratamiento ordinario frente al extraordinario, fijan límites a la obligación de proporcionar tratamientos costosos. El principio del doble efecto también permite proporcionar medicamentos para controlar el dolor que, probablemente, incrementarán la posibilidad de que el paciente muera antes, mientras no se desee la muerte, no se controle el dolor a través de la muerte del paciente, y mientras haya una razón suficiente o proporcionada (por ejemplo, dolor agudo). En resumen, un católico romano con un criterio muy conservador, puede tanto rechazar el tratamiento para prolongar la vida como emprender acciones que aligeren la muerte. No debemos extrañarnos. Si creemos en el más allá, es moralmente incongruente emplear todos los recursos disponibles en aferrarnos tenazmente a la vida. En efecto, contemplado desde muchas perspectivas religiosas, el intento de salvar vidas a cualquier precio se consideraría una forma de idolatría de la vida física.

No es un accidente que la ética que propugna que se debe proporcionar cualquier oportunidad de aferrarse a esta vida surgiera al mismo tiempo que disminuían la fe religiosa y la certeza de la existencia de una vida eterna. Tendríamos que preguntarnos si la insistencia de algunas personas en prolongar la vida a cualquier precio no es el resultado del abandono de una teodicea del sufrimiento y de la creencia en la vida eterna. Algunas personas parece que han llegado a la conclusión de que si la vida sólo se puede vivir una vez, merece la pena ser salvada a cualquier precio. Llama la atención el contraste entre este punto de vista y el que sustenta un creyente que considera que su vida es simplemente un camino hacia su destino o unión final con Dios. Las comunidades que interpretan el derecho a la vida como un deber de permanecer con vida en cualesquiera circunstancias sufren la confusión resultante del colapso de la visión cristiana que imperó en Occidente desde la Edad Media.

Fuera de un contexto moral o religioso determinado, en el que proponerse inequívocamente la muerte de un individuo se juzga inmoral, la distinción entre intención y previsión, así como entre eutanasia pasiva y activa, o entre matar y dejar morir, deja de tener una significación moral intrínseca. Esta distinción puede adquirir peso moral en el contexto de la moralidad secular general, si se tienen en consideración las diferentes consecuencias posibles resultantes de distintas circunstancias. Sin embargo, al margen de una visión moral particular resulta imposible distinguir, *ceteris paribus*, dónde reside el error en el suicidio voluntario o en la acción de ayudar a otro a suicidarse con el fin de evitar dolor y sufrimientos intratables. Lo importante es que sin hacer referencia a una explicación metafísica o moral del dolor y del sufrimiento es difícil, si no imposible, explicar por qué se deben soportar o por qué el asesinato consensuado es inicuo en sí.

Sólo desde una visión moral dotada de contenido concreta se reconoce el significado del sufrimiento y la naturaleza de la buena muerte. Consideremos las siguientes oraciones y de qué forma contrastan con una concepción secular general del dolor y de la dificultad: «Yo reconozco y creo, Señor, que tú nos entregas todas las adversidades de esta vida para castigarnos cuando nos apartamos de ti y desobedecemos tus mandamientos». <sup>117</sup> Se reconocen el dolor y la enfermedad como algo que cada uno merece y como una oportunidad de arrepentimiento: «Yo sé, Señor, que merezco justamente todo castigo que tú puedas infligirme, ya que te he ofendido

tantas veces y he pecado tantas veces contra ti en pensamiento, obra y hecho ... Concédeme que mi enfermedad sea el medio por el que consiga el arrepentimiento verdadero y la rectificación de mi vida de acuerdo con tu voluntad, para que pueda pasar el resto de mi vida amándote y respetándote». <sup>118</sup> Para el no creyente, tal confianza en el sufrimiento y en la oración resulta, en el mejor de los casos, sorprendente, y en el peor de los casos, equivocada. <sup>119</sup> El no creyente no acepta verosímilmente que el concepto de sufrimiento se deba soportar pacientemente, ya que, *ceteris paribus*, no reconoce que con esa sumisión se pueda alcanzar ningún objetivo; no percibe el marco, dentro del cual tal sumisión ante la voluntad de Dios adquiere sentido.

La dificultad reside en que los individuos difícilmente pueden ensamblar intuiciones morales coherentes acerca de cómo enfocar decisiones sobre la vida y la muerte, entre las ruinas de una visión moral judeo-cristiana desmoronada. Una vez que los sentimientos morales se extraen del marco metafísico y moral dotado de contenido en el que se encontraban insertos, ya no proporcionan una guía segura. Por una parte no parece haber nada incorrecto, en términos seculares generales, en ayudar al suicidio o en apoyar la eutanasia voluntaria, pero, por otra parte, ya que al parecer no hay nada más aparte de esta vida, este acto puede adoptar una significación absoluta. Consideraciones morales previas concernientes al asesinato y en apoyo del respeto por la vida humana pueden transferir a una aserción moral dotada de contenido concreta respecto a la importancia de salvar vidas a cualquier precio. Sin embargo, incluso en términos seculares, los individuos pueden defender valores que superen al interés por preservar la propia vida. A falta de una visión moral coherente y dotada de contenido, reina la confusión, y la única guía secular general es la que procede del consentimiento de todos los implicados.

#### *El derecho a que nos dejen paz y decidir morir*

Si en un contexto secular la autoridad moral se deriva de los individuos, entonces el derecho de consentimiento, de dar permiso, tendrá una importancia fundamental. Además, si poseemos el derecho al consentimiento, habrá que deducir que poseemos el derecho a rechazar todo tratamiento, incluso el que salvaría nuestra vida. De nuevo, el fallo en el caso *Natanson contra Kline* capta este

argumento de la moralidad secular general. El tribunal afirmó que «las leyes angloamericanas parten de la premisa de la autodeterminación total, de lo que se deduce que todo hombre es dueño de su cuerpo, y que, si está en su sano juicio, puede prohibir expresamente toda cirugía con la que se pretenda salvarle la vida».<sup>120</sup> Sólo después de una larga controversia se ha aceptado el reconocimiento del derecho a ser dejado en paz, a no ser tocado sin autorización, a poder rechazar rotundamente el tratamiento que puede salvar la vida. Aunque en la mayoría de los casos se ha aceptado el rechazo del tratamiento —siempre que quien rechaza el tratamiento no sea una mujer embarazada ni el tutor de menores no emancipados—,<sup>121</sup> muchos tribunales han mantenido que dicho rechazo equivale al suicidio, que si no ilegal, cuando menos es contrario a los intereses públicos.<sup>122</sup>

La oposición a que se rechace un tratamiento que podría salvar la vida, cuando la muerte no es inminente, está íntimamente relacionada con la condenación cristiana del suicidio, recogida en las leyes occidentales. Le ley angloamericana prohibía tradicionalmente el suicidio porque «el suicida es culpable de un doble delito: espiritual, al invadir una prerrogativa del Todopoderoso y precipitarse ante su inmediata presencia sin haber sido llamado, y temporal, contra el rey, quien se desvela por preservar a todos sus súbditos».<sup>123</sup> La oposición al suicidio se expresó en un amplio abanico de inquietudes públicas por el suicida en potencia y por terceras personas. El derecho del Estado a impedir el suicidio dimanaba de su obligado interés por a) impedir que los ciudadanos ofendiesen a Dios o a la buena moral pública, b) tutelar el interés del Estado por la productividad de sus ciudadanos, c) preservar el respeto a la vida porque la práctica de ese respeto garantiza una asistencia decorosa a las personas, d) hacer respetar las obligaciones de las personas para apoyar a quienes dependen de ellas, estimular el pago de sus deudas y el cumplimiento de sus contratos y e) proteger a las personas de elecciones imprudentes, incluso cuando únicamente supongan peligro para ellas mismas.<sup>124</sup>

Los razonamientos del capítulo V sobre la autoridad limitada del Estado, y los del capítulo IV sobre el derecho de las personas a la no interferencia en gracia a la moral del respeto mutuo, debilitan los argumentos favorables a la fuerza estatal. El Estado laico no tiene el derecho justificable de forma secular de emplear la fuerza para proteger los derechos de Dios, ni para establecer un criterio moral concreto (más allá del puesto en vigor, cuya justificación

depende del principio de autonomía). Con esto no se pretende decir que Dios no tenga derechos, sino simplemente, que sus derechos y las obligaciones que se tienen para con Él no se perciben en un contexto secular.

Igual rechazo merece el argumento de que se puede prohibir la negativa a someterse a tratamiento porque socava la inviolabilidad de la vida. Las personas competentes poseen el derecho moral secular a perseguir pacíficamente —en la medida de lo posible con el consentimiento de los demás— la realización de sus criterios sobre la buena vida y la buena muerte, derecho al que acompaña el de no unirse a otros, lo cual, si en la práctica lleva a que la vida tenga una evaluación más baja, nos descubre un precio que hay que pagar por la libertad, pero no motivos suficientes para obligarnos a la cooperación. Los individuos libres, al menos en términos seculares generales, no son responsables de las acciones libres de los demás, aunque deban vivir con las consecuencias de las libres decisiones de éstos. El mundo sería mejor, en términos generales, si las personas se hubiesen casado con cónyuges distintos a los que eligieron en su día, pero de ello no se deduce que sea de interés público obligar a las personas a casarse con el cónyuge ideal en el momento ideal. Por la misma razón, los individuos libres tendrían que poder morir del modo que eligiesen, aunque no eligiesen el momento ideal.

La objeción al suicidio, o el rechazo del tratamiento que podría salvar la vida, que se basen en el respeto hacia las obligaciones contractuales tiene el mayor peso. Un Estado está facultado para utilizar la fuerza para obligar a un individuo a pagar sus deudas o a cumplir con sus obligaciones antes de dejar esta vida. También sería razonable que las fuerzas armadas exigiesen a sus miembros la promesa de no rechazar el tratamiento que les salve la vida y de no suicidarse, salvo en circunstancias claramente preestablecidas. Otros contratos que quizá no sean tan explícitos también merecen un minucioso y detenido examen. En esa línea, sería razonable que los menores dependientes tuviesen el derecho a vetar el suicidio de sus padres, en la medida en que éstos se hubiesen comprometido a auxiliarles en la forma que fuese. El alcance de tales compromisos variaría a tenor de las culturas y según las familias. Más aún, tendría que ser posible burlar tales restricciones contratando un seguro que permitiese a los padres cometer suicidio si así lo decidiesen, previa institución de un legado para el mantenimiento de sus hijos, legado que se concebiría como un seguro frente al coste de encontrarse en una situación en la que el suicidio se convierte en una

elección razonable. Recordemos que muchos seguros de vida pagan incluso en caso de suicidio, siempre que la póliza haya estado en vigor durante un cierto tiempo. Mientras se contrate un seguro durante la juventud, y mientras la frecuencia de suicidio no sea muy alta, los costes no serán elevados. Hay que indicar finalmente que cuanto mayor sea la probabilidad de que el individuo que rechaza el tratamiento y elige el suicidio vaya a morir de todos modos, tanto menos razonable será pensar que el forzarle a continuar con vida aseguraría el cumplimiento de sus obligaciones.

El argumento de que el Estado tiene el derecho moral secular general a proteger al individuo libre frente a sus elecciones equivocadas encuentra escaso apoyo en los razonamientos que presentamos en este libro. El tratamiento que damos al paternalismo en la sección segunda del presente capítulo, y el que en el capítulo V damos a la autoridad limitada del Estado, apoyan decididamente el derecho de autonomía esbozado en los capítulos III y IV. Ser libre significa tener derecho a elegir equivocada y hasta trágicamente. Con independencia de ello, el individuo está facultado para establecer toda clase de relaciones paternalistas. A quienes preocupen sus posibles reacciones en momentos de desánimo, sería aconsejable que estableciesen algún tipo de instrucciones anticipadas, obligando al tratamiento o impidiendo el suicidio en circunstancias previamente especificadas. Tenemos que subrayar finalmente que el deber de respeto a la libertad no incluye el respeto a la elección de muerte no realizada libremente por parte del enfermo mental. Cuando alguien elige de forma no competente el rechazo al tratamiento o el suicidio, no hay libertad que respetar y, por el contrario, el principio de beneficencia nos compele a buscar el bien de esa persona, en lugar de secundar decisiones que reflejan no una elección libre, sino un trastorno mental. Estas reflexiones desembocan en un apoyo, en términos generales, al derecho del individuo a rechazar todo tratamiento —incluido el que podría salvarle la vida— y a suicidarse.

*Instrucciones anticipadas, consentimiento por poderes e interrupción del tratamiento de los incompetentes*

Si las personas competentes pueden rechazar personalmente el tratamiento, en principio no debe existir objeción moral secular alguna a que lo hagan a través de un agente o mediante instruccio-

nes anticipadas. Tal es el fundamento moral, tanto del poder notarial como de las últimas voluntades en vida que funcionan como instrumentos de las personas para controlar su tratamiento cuando ya no sean competentes. Desde una perspectiva moral secular, se debería poder no sólo designar a otros para que elijan entre varios tratamientos opcionales como custodios prudentes y razonables de los futuros tratamientos, sino también designarlos para que elijan de un modo determinado o simplemente caprichoso (libertad que hoy no parece disponible), hasta el extremo de rechazar un tratamiento que salvaría la vida. La necesidad de tales instrucciones se fundamenta en la naturaleza precaria de la vida, amenazada por el riesgo de incompetencia y debilitamiento durante un período considerable de tiempo antes de la muerte. Además, teniendo en cuenta los conflictos entre los diferentes puntos de vista sobre lo que más le conviene a cada uno ante la enfermedad grave y la debilidad, es importante establecer quién tiene autoridad en las circunstancias en que resulta difícil establecer quién es una autoridad fiable con respecto a los intereses óptimos. Dado el lugar fundamental que ocupa el principio moral secular de permiso, los individuos tienen el derecho moral secular de renunciar al tratamiento que les salvaría la vida por medio de directrices orales o escritas, incluso cuando no padezcan ninguna enfermedad terminal.

Al establecer dichas instrucciones hay que determinar a quién se otorga la autoridad y hasta qué punto el individuo seleccionado es una autoridad en lo que concierne a los propios deseos. Por un lado existen buenos motivos para dar el mayor número posible de instrucciones a los sustitutos y a otras personas, pero, por otro lado, la opacidad del futuro y la dificultad de aplicar principios generales en un contexto concreto apoyan el hecho, no sólo de dar instrucciones, sino también de nombrar un individuo autorizado (tal vez guiado por algunas órdenes o instrucciones generales) que tome decisiones en el propio nombre.

A falta de instrucciones anticipadas es muy difícil determinar quién está autorizado para tomar decisiones en nombre de un individuo incompetente, y, consiguientemente, estas circunstancias ambiguas conducen a conflictos entre los familiares respecto a quién está autorizado para decidir lo que más conviene a un incompetente. Un cónyuge puede decidir no aplicar ningún tratamiento, pero un hijo enemistado y con sentimientos de culpa puede insistir en que se proporcione todo tratamiento disponible. Con el fin de evitar tales dificultades es preferible establecer legalmen-

te quién representa la única autoridad: el cónyuge, el padre o la madre, el hijo/-a primogénito/-a, etc. Los individuos pueden frustrar tales pretensiones a través de una instrucción anticipada en la que se especifique la autoridad de un individuo diferente. Si no se establecen tales líneas de presunta autoridad, las vacilaciones de los familiares podrían conducir a una prolongación de la agonía. Los costes financieros, psicológicos y sociales serían de tal envergadura que justificarían descuentos en las pólizas de seguro a quienes redactasen una declaración de última voluntad.

Al llegar a este punto, debemos recordar que la prolongación de la vida no siempre representa lo que más le conviene a la persona. Incluso a falta de instrucciones previas o de opiniones previas expresadas sobre la interrupción de tratamiento, las circunstancias de la vida pueden ser tan difíciles que justifiquen el rechazo del tratamiento por significar más un daño que un beneficio. Sin embargo, todo enjuiciamiento de esta materia depende de una visión moral dotada de contenido determinada, y ésta no está disponible en un contexto secular general. Los individuos pueden comprender qué es lo que merece la pena hacer y qué no merece la pena hacer en un contexto moral concreto. En términos seculares generales sólo se pueden crear normas públicas arbitrarias, que se articulan de la manera más fácil en función de consideraciones sobre costes y probabilidades de éxito. El derecho a rechazar el tratamiento no implica, en cualquier caso, el derecho a exigir tratamiento. Las comunidades pueden, sin ser por ello inconsecuentes, afirmar el derecho a rechazar el tratamiento, al tiempo que limitan el tratamiento exigible financiado con fondos públicos.

La mayoría de las teorías sobre la beneficencia adoptan una actitud según la cual los gastos, al igual que la probabilidad de fracaso, frustran los deberes de beneficencia. La distinción realizada tradicionalmente entre la asistencia ordinaria y la asistencia extraordinaria proporciona una rúbrica general, utilizada como guía por los tutores a la hora de limitar los cuidados. Los tutores que actúan en el ámbito de contextos morales particulares también tienen presentes los costes, ya que éstos impiden llevar a cabo las obligaciones de beneficencia. Se trata simplemente de que, en cualquier contexto particular, las diferentes formas de sopesar costes y beneficios conducen a cálculos distintos.

Podemos expresarlo esquemáticamente:

$$\text{Fuerza del deber de beneficencia} = \frac{\text{Probabilidades de éxito} \times \text{Calidad de resultados} \times \text{Duración de vida}}{\text{Costes}}$$

La preocupación por las personas en sentido estricto es mayor, en términos morales seculares generales, que la que se siente por individuos que no son, ni serán, personas en sentido riguroso. Si no hay acuerdos que indiquen lo contrario, los tutores pueden utilizar tales consideraciones como guía.

A falta de una visión moral dotada de contenido concreta, los tutores pueden moralmente no sólo tomar decisiones que atañen a la calidad de muerte, sino también las que afectan a la calidad de vida con respecto a tutelados que son irreversiblemente incompetentes y que nunca han expresado de forma competente una opinión opuesta. En su mayor parte, los tribunales han considerado apropiado que las decisiones sobre la calidad de muerte las tomaran quienes deciden por poderes, pero se abstendrían de permitir que se tomaran por poderes decisiones acerca de la calidad de vida. Con todo, la pretensión de que no se pueden emitir juicios sobre la calidad de vida exige una visión moral canónica concreta que, en un contexto secular general, no está a disposición de los individuos que no pueden exigir respeto apelando al principio de permiso.

#### *Suicidio, suicidio asistido y eutanasia*

En ciertas circunstancias, no bastará con rechazar el tratamiento. La decisión de interrumpirlo para no prolongar la agonía quizá no conduzca a una muerte fácil. Aunque se controle el dolor, otras debilidades originadas por el tratamiento y la misma enfermedad, que van desde la incontinencia anal y urinaria, hasta el agotamiento nervioso, pueden hacer inaceptable continuar con vida. La eutanasia o el suicidio pueden parecer la elección más razonable para la persona carente de dirección religiosa y quizá requieran incluso la ayuda ajena. La muerte de Sigmund Freud es un ejemplo de ello. Tras luchar contra el cáncer durante dieciséis años y tras treinta y tres operaciones, a la edad de ochenta y dos años yacía en su lecho de muerte en Londres. Cuando comprendió que prolongar la vida sería penoso, rogó a su médico de cabecera que



le allanara el camino: «Mi querido Schur, creo que recordarás nuestra primera conversación. Me prometiste entonces tu ayuda cuando yo ya no pudiese aguantar más. Pues bien, esto es una tortura que ya no tiene sentido». <sup>125</sup> El biógrafo de Freud, Ernest Jones, cuenta que «a la mañana siguientes, Schur le suministró un tercio de un grano de morfina, dosis suficiente para quien, como Freud, no estaba habituado a los narcóticos y había llegado a un grado tal de extenuación». <sup>126</sup> Era evidente que Freud había previsto el remedio desde el momento en que le diagnosticaron la enfermedad. <sup>127</sup> Un juicio semejante hizo el físico, filósofo y premio Nobel Percy Bridgman (1882-1961). En julio de 1961 tenía un tumor maligno diseminado y se enfrentaba a la posibilidad de grandes dolores y a la pérdida de lo que en su juventud denominaba «integridad» intelectual. <sup>128</sup> Escribió entonces: «Quisiera aprovechar la situación en que me encuentro para establecer un principio de carácter general, concretamente, que cuando el final es inevitable, como ahora parece, se tiene derecho a solicitar del médico que lo materialice de nuestra parte». <sup>129</sup> El 20 de agosto de ese mismo año se quitó la vida, dejando la siguiente nota: «No es decente que la sociedad obligue a un hombre a hacer esto por sí mismo. Probablemente sea hoy el último día en que todavía esté en condiciones de hacerlo. P. W. B.». <sup>130</sup>

Estos actos reflejan el criterio moral secular conocido de que el suicidio racional no sólo es permisible, sino, en ciertas circunstancias, loable. Como afirmaba Séneca en su epístola sobre el suicidio: «El bien no está en vivir, sino en vivir bien. El sabio vive mientras deba vivir, no mientras pueda vivir ... y siempre calibrará la vida en cuanto a su calidad, nunca en cuanto a su cantidad». <sup>131</sup> Séneca afirmaba que cuando «una muerte conlleva tortura y otra es simple y fácil, ¿por qué no tomar el camino más fácil? ... ¿Acaso he de esperar a las angustias de la enfermedad ... cuando puedo saltar por encima del tormento y sacudirme al enemigo?». <sup>132</sup> Séneca, que se quitó la vida en una famosa escena relatada por Tácito, comprendía que no existen razones justificables en contra del suicidio cuando nos espera una muerte lenta y tortuosa. <sup>133</sup> El filósofo David Hume incluso lo veía como un deber para con uno mismo: «Que el suicidio sea con frecuencia congruente con el propio interés y con el deber hacia nosotros mismos, no lo puede poner nadie en cuestión que reconozca que la edad, la enfermedad o el infortunio convierten la vida en una carga, y en algo peor que la aniquilación». <sup>134</sup>

Nosotros debemos tolerar a quienes suscriben los puntos de

vista de Séneca y Hume en función del principio de permiso. Pensemos en que hasta 1973, en el Estado de Texas se calificaba de agresión con lesiones al uso de la fuerza contra el suicidio racional o contra quienes cooperaban a él. El estado de Texas que, contrariamente a otras jurisdicciones angloamericanas, nunca prohibió el suicidio, de hecho no llegó a penalizar la ayuda o inducción al suicidio hasta 1973, porque se argumentaba que si éste no era delito, tampoco lo sería cooperar en una actividad no delictiva. Al adoptar esta postura, Texas se alejaba de la mayoría, si no de todas, las jurisdicciones norteamericanas.

Puede constituir una violación de la moral y de la ética y ser censurable, el que una parte facilite a otra veneno, pistola, escopeta o cualquier otro medio o agencia para que con propósito de suicidio disponga de su vida, si bien nuestras leyes no consideran procedente castigar a dicha persona o dichos actos. <sup>135</sup>

Resulta útil comprobar que el Tribunal Supremo de Texas distingue entre la autoridad moral de Texas como Estado pacífico, laico y pluralista, y los compromisos morales de determinadas comunidades que desaprueban el suicidio o la inducción o ayuda a cometerlo, y es que resulta muy difícil para un Estado pacífico, laico y pluralista interferir con autoridad moral secular en la libre elección del individuo y de quienes le secundan en su rechazo a ser asistido médicamente o en la comisión de suicidio.

A la vista de nuestros razonamientos, el mal mayor moral secular en el asesinato no reside en disponer de la vida de una persona, sino en hacerlo sin su autorización. Las antiguas leyes tejanas nos ofrecen otro ejemplo. En los primeros días de esta república, ni el suicidio, ni la inducción al mismo, ni el duelo <sup>136</sup> se consideraban delito; se tomaba muy en serio la noción de que con consentimiento no existe daño, *volenti non fit injuria*, <sup>137</sup> idea que la tradición judeo-cristiana, que reconocía el mal inherente a la acción de matar a un ser humano, especialmente a un ser inocente, no compartía. En la moralidad secular general los individuos pueden tomar sus decisiones acerca de su propia persona o de otros sin temer por su seguridad, por muy censurables o equivocadas que sean estas decisiones.

Podríamos plantear la cuestión de si existe un deber de morir —el deber, no sólo de rechazar tratamiento, sino de aligerar la muerte en determinadas circunstancias. Imaginemos situaciones especiales en las que, por ejemplo, el ingreso en una organización

de espionaje obliga al suicidio, antes que comprometer una misión. Se pueden crear circunstancias especiales en las que se prometa quitarse la vida de modo que se tenga la obligación moral secular de hacerlo. En la moralidad secular se tiene la libertad de hacer promesas que, vistas desde una perspectiva moral determinada, se pueden considerar oprobiosas. El fundamento moral de esta postura se pone de manifiesto en cuanto a) diferenciamos la libertad como coacción sobre los actos humanos y la libertad como valor, b) reconocemos la naturaleza carente de contenido de la moralidad secular general. Por el contrario, Kant, por ejemplo, condenaba el suicidio porque lo consideraba un rechazo de los fundamentos de la comunidad moral. «Destruir al sujeto de la moral en la propia persona equivale a eliminar del mundo, siempre que se pueda, la existencia de la misma moral, pero la moral es, no obstante, un fin en sí misma».<sup>138</sup> Aquí, Kant confunde las condiciones conceptuales para la posibilidad de ser censurable o loable con las condiciones materiales para que exista una comunidad moral. Si todos los agentes racionales deciden suicidarse, no realizarán una elección que contradiga el concepto mismo de una comunidad basada en el respeto mutuo, aunque puedan estar eliminando la posibilidad de existencia de una comunidad moral. Además, no es posible, con el respeto que me merece Kant, que uno se utilice a sí mismo simplemente como medio, puesto que uno siempre da su consentimiento al uso que hace de sí mismo.<sup>139</sup> La línea de razonamiento kantiana le lleva a afirmar que puede justificar en términos seculares generales la prohibición no sólo del suicidio, sino de la masturbación,<sup>140</sup> así como la venta o donación de órganos porque tales iniciativas implicarían la utilización de uno mismo como medio. Kant defiende que «donar o vender un diente para que sea implantado en la mandíbula de otra persona ... (es) un autoasesinato parcial».<sup>141</sup> Los análisis que hemos hecho en el presente libro del principio de permiso invalidan esta línea argumental y conducen, como hemos visto, a afirmar que el asesinato es una ofensa moral, primordialmente porque supone quitar la vida a otra persona sin su consentimiento. El suicidio competente, o quitar la vida a otra persona que lo solicita, no viola el principio moral secular de permiso, excepto cuando existan acuerdos previos contrarios (acuerdo de no cometer suicidio, o de no comprometerse en duelo o de obligarse a pagar una deuda).

Que el suicidio o matar a otra persona que lo solicita, viole el principio de beneficencia dependerá de la clasificación de daños y

beneficios que se utilice. Cuando la persona a la que hay que matar sufre terribles dolores, los argumentos seculares basados en la beneficencia harán moralmente loable, cuando no obligatorio, aligerar su muerte. Si está enferma o disminuida, será discutible su obligación de mantener a quienes dependan de ella o de saldar deudas contraídas, y escasamente verosímil que obstaculice la elección de la muerte. Pensemos en la sugerencia de Hume, en el sentido de que en determinadas circunstancias el suicidio sería un acto de responsabilidad social: «Pero supongamos que ya no está en mi poder velar por el interés de la sociedad; supongamos que soy una carga para ella ... en tales circunstancias mi renuncia a la vida no sólo será inocente, sino loable».<sup>142</sup> Es perfectamente imaginable que un ciudadano patriótico con una enfermedad terminal se suicide para no sobrecargar los fondos de la seguridad social. No haberse ocupado de dejar instrucciones a otros sobre el nivel de tratamiento que se desea en caso de enloquecer grave o irreversiblemente, se podría considerar una forma de escapismo moral y social porque esa indefinición obliga a la familia y a la sociedad a embarcarse en tratamientos que la persona en cuestión no hubiera deseado. A quienes no consideran inmoral quitarle la vida a una persona de forma directa, podría incluso parecerles obligatorio dejar instrucciones acerca de las circunstancias en que desean que se les dé muerte.

Las perspectivas de una capacidad tecnológica, en continua evolución, para alargar la vida en circunstancias gravosas y, a veces, desagradables para la persona, pone de relieve las cuestiones que suscitan el rechazo de todo tratamiento para salvar la vida, el suicidio y la eutanasia voluntaria y, aunque para muchos estas cuestiones inevitablemente evoquen el fantasma de un Estado dictatorial que ponga en vigor la eutanasia involuntaria, la verdad es que dicha preocupación tiene poco fundamento si no existe una cultura estatal. El hecho de que Texas, donde durante 130 años no existieron leyes contra el suicidio, ni contra la inducción o ayuda al suicidio, evitara fácilmente lo que muchos consideraban un peligroso tobogán hacia la eutanasia impuesta estatalmente, demuestra que dicha política no necesariamente conduce al abuso. Lo que es esencial para prevenir tal abuso es, si la sociedad toma en serio los límites del poder estatal secular.<sup>143</sup>

Esta preocupación secular por el abuso expresado en forma del suicidio o de la eutanasia ordenados por el Estado (o por el suicidio y la eutanasia efectuados con motivo de la coerción ejercida

por familiares u otras personas) contrasta con la preocupación tradicional, existente desde el medioevo occidental, de que los individuos no estén tentados a acabar con su propia vida. Una vez que este hecho ha dejado de interpretarse como peligro moral, se ha abandonado la visión moral cristiana, que ha modelado en el Occidente europeo y en Norteamérica la política relacionada con las decisiones concernientes a la vida y a la muerte. Quienes viven en el ámbito de la visión moral judeo-cristiana consideran que la fascinación que se desprende del suicidio y de la eutanasia voluntaria es una de las mayores tentaciones del futuro. En un mundo en el que los recursos son escasos y las tecnologías costosas, parecerá razonable seguir una política que consista en proporcionar todo el tratamiento médico posible y después efectuar la muerte libremente cuando fallen los tratamientos y el dolor y el sufrimiento sean intolerables. Ésa será la utilización secular más razonable de los recursos. La eutanasia, tanto directa como por medio de instrucciones previas, se verá como una elección individual responsable y apropiada. Existirán presiones enormes, motivadas por consideraciones económicas y por el temor al dolor, al sufrimiento y a la incapacidad, que harán que el suicidio, el suicidio asistido y la eutanasia sean algo tan razonable y aceptable como el diagnóstico prenatal o el aborto. Al margen de una visión moral determinada dotada de contenido resultará imposible considerar que estas decisiones son equivocadas.

Al llegar a este punto, debemos hacer hincapié en que defender el derecho moral secular de todo individuo competente a rechazar el tratamiento o a quitarse la vida no constituye una aprobación del suicidio en general.<sup>144</sup> La mayoría de los suicidas lo hacen porque tienen problemas mentales. Deben recibir tratamiento psiquiátrico y no de ayuda para suicidarse. A ello hay que añadir que un gran porcentaje de las personas competentes que eligen el suicidio pueden estar erróneamente motivadas o en circunstancias que encontrarían remedio mediante la generosidad y compasión de sus semejantes. A estas personas habría que persuadirlas pacíficamente para que desistiesen del suicidio. Sin embargo, una vez excluidos todos estos individuos de nuestras consideraciones, resta una clase de personas, constituida por quienes sufren enfermedades progresivas o se encuentran en el estado final de decrepitud y que no consideran que acabar con su vida sea un mal moral. ¿Cómo explicar a un *yuppie* agnóstico, que debe vivir los últimos agonícos meses o semanas de un cáncer complicado con múltiples

metástasis y que acarrea múltiples dificultades en otros órganos? Puede que estos individuos no deseen vivir en clínicas de reposo u otros establecimientos parecidos. Este tipo de consideraciones harán que muchos vuelvan al contexto pagano que existió previamente a la creación de la síntesis moral cristiana occidental. Con respecto a esto, hay que indicar que el llamado juramento hipocrático —que probablemente no fue redactado por Hipócrates, sino por un grupo de neopitagóricos— no representa la práctica médica grecorromana en su totalidad.<sup>145</sup> Muchos médicos de aquella época probablemente aconsejaban una muerte rápida y sin dolor.<sup>146</sup>

El suicidio asistido y la eutanasia requerirán modificaciones de las leyes que se ocupan del suicidio y del asesinato. Incluso en las antiguas leyes del Estado de Texas, que toleraban el suicidio y la cooperación al mismo, tenía que ser el suicida quien se diera muerte. Si otro apretaba el gatillo o le introducía el veneno en la boca, cometía un asesinato y no ayuda al suicidio. Está claro que muchos de los que sufren enfermedades progresivas necesitarían más ayuda de la prevista en la antigua legislación tejana, y que la actual prohíbe absolutamente.<sup>147</sup> Tales individuos pueden desear que se les ayude a morir, pero debido a la enfermedad y a la incapacidad necesitan, no sólo que se les facilite la muerte de forma pasiva, sino que se les ayude activamente. Aunque tienen el derecho moral secular a recibir asistencia por parte de quienes han acordado ayudarles, no tienen, sin embargo, derecho a suicidarse, ni a ser asistidos en el suicidio, ni a recibir la eutanasia en instituciones que se oponen moralmente a tales prácticas. Tampoco los principios de permiso y de beneficencia exigen a los médicos o a las instituciones que deban remitir a un paciente que desee tales servicios a alguien que pueda proporcionarle una alternativa. Tal exigencia depende de una visión moral concreta de la beneficencia.<sup>148</sup>

Estas cuestiones son ineludibles, a medida que alarguemos las expectativas de vida sin una pareja comprensión de la morbilidad en edades avanzadas, y al tiempo que se abandonan los vestigios de la era cristiana. El riesgo de envejecer con la única perspectiva de encontrarse física y mentalmente disminuido, quizá sea más de lo que pueda soportar la sociedad secular en general o la persona en particular. En el futuro será cada vez mayor el riesgo, puesto que serán más las personas que vivan por encima de los ochenta y cinco años, no ya de sufrir los achaques menores de la edad, sino de pasar meses, incluso años, necesitando asistencia generalizada, riesgo que se evitaría si se permitiese a las personas ordenar que se

les diese muerte sin dolor en ciertas circunstancias previamente especificadas. Las personas no temerían envejecer hasta el extremo de que la vida se convierta en una indignidad para ellos mismos y en una carga para los demás. Sería una forma de actuar, que no solamente eliminaría este temor, sino que liberaría recursos para el cuidado de la salud y aumentaría el placer de la vida, mientras pudiera vivirse satisfactoriamente.

### *Eutanasia*

Si en principio no existe diferencia entre desear la muerte de alguien, o simplemente permitirle, no existirán barreras morales absolutas para dar muerte a una persona, si ésta lo solicita. El mismo principio de permiso no impide la terminación de la vida de una persona anteriormente competente, que a) ya no lo es, b) no lo volverá a ser y c) parece claro y evidente que la persona en cuestión hubiera deseado no sólo que la dejaran morir, sino que le aligerasen la muerte en las circunstancias antes expuestas. Apelando a los principios de permiso y de beneficencia sólo se puede prohibir la eutanasia involuntaria, pero no la eutanasia voluntaria (esto es, la eutanasia que no se rechaza explícitamente, pero que se puede presumir que está de acuerdo con los deseos pasados de una persona ahora incompetente). No se viola el permiso y parece que se actúa del modo que mejor conviene a la persona.

En este contexto moral secular ya no podemos aplicar la antigua distinción entre previsión e intención; no se puede comprender por qué sería incorrecto desear o efectuar la muerte de una persona inocente. La atención se fija en el consentimiento, en saber si existe un suicidio voluntario real (esto es, el individuo elige de forma competente quitarse la vida), un suicidio asistido voluntario real (esto es, el individuo que ayuda al suicidio lo hace invitado libremente por la persona que desea suicidarse y sin obligarla), o eutanasia voluntaria real o, al menos, no involuntaria (esto es, sólo se da muerte a personas competentes atendiendo a su petición y a individuos incompetentes sólo si se presume que este acto concuerda con sus deseos). Tanto la distinción entre eutanasia activa y pasiva, como la distinción entre eutanasia pasiva y dejar morir (que depende de la presencia o ausencia de la intención inequívoca de dar muerte) dejan de tener significado moral. Cuando se pierde la orientación proporcionada por una visión moral canóni-

ca acerca de cómo vivir y morir, la autoridad moral sólo se puede derivar del permiso, del consentimiento. En este punto se centran entonces las inquietudes morales seculares a la hora de decidir acerca de la interrupción del tratamiento médico o acerca del acto de dar muerte a las personas.

### *El equipo de asistencia sanitaria*

El carácter de la sanidad está definido por un entramado de exclusiones e inclusiones configurado por los distintos valores que orientan las libres decisiones de pacientes, médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios. La decisión de ser tratado, ayudado, de ser dejado en paz, de rechazar tratamiento o de no someterse totalmente a las recomendaciones médicas, así como la demanda de asistencia, curación y apoyo, con frecuencia reflejan puntos de vista antagónicos sobre una buena sanidad. Igualmente ocurre con las decisiones de médicos y enfermeras sobre la asistencia que prestan, y en qué circunstancias. La prestación de una asistencia coherente se ve complicada por la gran cantidad de hombres y mujeres implicados en ella, que son quienes realmente deciden las características de la sanidad mediante un sinnúmero de decisiones libres. Contribuyen también a configurar la sanidad, las decisiones de compañías de seguros, hospitales y otras terceras partes. En cualquier caso, la materia es complicada, incluso en función del número de médicos que participan en un mismo tratamiento. Cuando un hospital admite a un enfermo, probablemente no haya un solo médico que haga la admisión, sino también un médico de sala, un médico interno o un interno, que pueden cambiar mensualmente. Se acudiría además a médicos especialistas, que dan su opinión sobre problemas específicos o tratamientos concretos. Las enfermeras serán quienes puedan lograr la mayor continuidad de la asistencia.

Referirse a este grupo llamándolo equipo sanitario, sería atribuirle mayor coherencia y organización de la que realmente tiene. Ligado al problema de organización se encuentra el de decidir quién dirige el equipo y con qué autoridad. Tradicionalmente se ha considerado al médico de sala como capitán del equipo, y podríamos recurrir a metáforas más contundentes, como la noción del médico como capitán del barco.<sup>149</sup> Estas metáforas han perdido actualidad por la independencia creciente, y en algunos casos por la

entrega de licencias independientes a las enfermeras, así como por el mayor hincapié sobre los derechos del paciente. Si la autoridad para tratar al enfermo deriva de éste, directamente o a través de su familia, ¿no sería más bien el paciente el capitán y el médico el timonel? En la medida en que el paciente o su familia quieran hacerse cargo del curso del tratamiento, se convertirán en los responsables de la dirección de los cuidados y podrán insistir, por ejemplo, en que los facultativos especialistas no se limiten a informar al médico de sala, sino que informen al enfermo o a sus familiares. Siempre que enfermo o familia paguen al especialista directamente o a través del seguro, estaremos ante una exigencia poderosa. El paciente y su familia pueden insistir en dirigir directamente el tratamiento, y como quiera que los enfermos controlan la financiación de la sanidad, no será irrazonable suponer que se pueden producir cambios radicales basados en el paciente. Aunque se puedan lograr estos cambios, acarrearán importantes alteraciones en la forma tradicional de atender al enfermo y a sus familiares. La persecución activa de la autonomía del enfermo tendrá que sacrificar la confianza, la dependencia y la comodidad tradicionales que suponía ponerse a uno mismo o a la propia familia en manos de un médico respetable. Los implicados tendrán que juzgar por sí mismos los gastos y beneficios que hay que procurar o evitar.

Cuanto más asistencia médica se proporcione al margen de esta relación personal, tanto más necesario será explicitar los propios deseos para proporcionar así las instrucciones adecuadas a quienes se encarguen de la asistencia. Habrá que indicarles detalladamente la clase de cuidados que se prefieren en caso de devenir incompetentes. El carácter, habitualmente sucinto, de las instrucciones previas pocas veces es suficiente para señalar qué tipo de tratamiento se debe proporcionar o rechazar.<sup>150</sup> En efecto, cuanto menos integrada se encuentre una persona en una comunidad tradicional marcada por las relaciones personales, más necesitará explicitar sus percepciones. No debido a consideraciones legales, sino para evitar que los familiares se sientan culpables o piensen que ha habido un malentendido, puede resultar útil en ocasiones que éstos actúen como testigos supernumerarios a la hora de firmar una instrucción previa como expresión de su compromiso moral de respetar las peticiones del paciente. Cuando el paciente es ingresado en un hospital donde los médicos se relevan mensualmente, el paciente y su familia tienen que dar los pasos necesarios para asegurarse de que se conocen y comprenden perfectamente sus deseos (o

los de la familia del enfermo incompetente). Quizá las instrucciones escritas formales sean la única salvaguarda fiable frente a la prestación de tratamiento o la resucitación contraria a los propios deseos porque un nuevo médico de sala, médico residente o interno, desconozcan las decisiones previas del enfermo o de su familia, lo que habría que evitar si uno y otra pretenden controlar la asistencia. Pero, incluso cuando el enfermo asume este papel intervencionista (con el que muchos no querrán cargar), el médico quedará siempre al timón, sabedor de cuándo los deseos pueden encallar y las esperanzas naufragar. Es el médico quien conoce la profunda geografía de posibilidades al marcar un rumbo en aguas peligrosas.

La estructura del equipo sanitario dependerá del grado en que el paciente pretenda capitanear su destino, y de hasta qué punto los médicos, enfermeras y otros, crean que es necesario trazar una pauta directriz concreta para proporcionar una buena asistencia sanitaria. El médico puede insistir en que los facultativos especialistas le informen a él, no directamente al enfermo. Puede insistir en que las enfermeras no informen al paciente de sus opiniones sobre los cuidados que se le dispensan, o de su pronóstico, sino que se remitan al parecer de los médicos en estas materias. Que los médicos especialistas hablen directamente con el enfermo o primeramente con el médico de sala; que las enfermeras dispongan de áreas independientes en las que comunicar decisiones concernientes al tratamiento médico y al pronóstico o hasta qué punto ellas u otros profesionales sanitarios pueden actuar como asistentes médicos, dependerá a fin de cuentas del acuerdo o de la conformidad pacífica de todas las partes implicadas. La circunstancia de que desde que las enfermeras renunciaron a ser una prolongación o apéndice de los médicos se haya desarrollado la profesión de ayudante técnico sanitario,<sup>151</sup> demuestra que las personas pueden representar un papel continuado e importante como asistentes de los médicos.<sup>152</sup>

La cuestión estriba en que hay que crear, no descubrir, el carácter moral secular de la asistencia sanitaria. No existe una única categorización canónica secular de los valores que deben dictar el rol de los médicos, pacientes, enfermeras y otros. Cada uno puede renunciar o negar su participación, pero ninguno puede exigir el servicio acrítico de los demás; ninguno está en condiciones de configurar independiente y unilateralmente el carácter concreto de la asistencia sanitaria. Todos dependen del consentimiento libre de los demás a la hora de participar en la compleja tarea de la asis-

tencia sanitaria. El paciente y otras personas tienen con seguridad la oportunidad de poner en práctica ciertos valores concretos. Precisamente porque ya existen hospitales regidos por adventistas del séptimo día o por católicos romanos, también se pueden fundar otros de impronta liberal o paternalista que permitan a sus pacientes recibir el tipo de asistencia que buscan.

La creación de comisiones éticas puede estar en parte motivada por la necesidad de obtener dirección moral en un contexto cultural que carece de una guía dotada de contenido. En los hospitales religiosos que defienden un compromiso moral dotado de contenido, estas comisiones se enfrentan al desafío que representa aplicar concepciones claramente formuladas a nuevos contextos. En otros hospitales las comisiones tienen frecuentemente que a) crear una política moral con el fin de b) educar al personal, c) proporcionar asesoramiento y d) mediar en conflictos. Los hospitales religiosos a menudo tienen que responder a amenazas realizadas contra su integridad moral institucional (por ejemplo, ¿cómo debería responder un hospital cristiano tradicional, si uno de los requisitos exigidos para su apertura fuese que debe proporcionar servicios de aborto, apoyar la actividad sexual entre hombre y mujer fuera del matrimonio o permitir la eutanasia en su propio recinto?).<sup>153</sup> Los hospitales que carecen de un compromiso moral dotado de contenido tienen que decidir frecuentemente qué guía adicional pueden proporcionar al trazar las líneas de autorización y rechazo entre las partes opuestas que toman parte en las controversias bioéticas. Estos hospitales confían en que sus comisiones de ética les ayudarán a construir una moralidad institucional.

Si el Estado y otros grupos se abstienen de utilizar el poder coercitivo, que es injustificable en términos seculares, diversas asociaciones podrán apoyar de forma pacífica distintas visiones morales, a la vez que podrán sostener diversos sistemas de asistencia sanitaria paralelos contruidos en torno a visiones morales dotadas de contenido concretas. Muchas personas considerarán que el aborto y la eutanasia encierran un mal moral, otros, en cambio, podrán proporcionar ventajas económicas en el contrato de seguros a quienes acepten realizar un diagnóstico prenatal, el aborto, así como la eutanasia en determinadas circunstancias. La posibilidad de tal libertad, así como la defensa de valores morales importantes, inteligibles sólo en el seno de comunidades morales concretas, dependerán de la restricción de las distintas tendencias a la igualdad y a la uniformidad en el acceso a la asistencia sanitaria, puesto que éstas

suprimirían la diversidad moral mediante la imposición coercitiva de una determinada concepción de la justicia y de la imparcialidad. Como veíamos en el capítulo V, los compromisos coercitivos estatales con visiones concretas de la imparcialidad, la igualdad y la justicia son incompatibles con el ejercicio pacífico de la elección individual. La capacidad de libre elección de los participantes, junto con las intromisiones coercitivas de quienes desean imponer por la fuerza su propia visión de la beneficencia y la imparcialidad, determinan en última instancia el carácter de la asistencia sanitaria.

## CAPÍTULO IX

### EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA, A LA JUSTICIA SOCIAL Y A LA IMPARCIALIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA: LA FRUSTRACIÓN ANTE LA FINITUD

La imposición de un sistema sanitario de un solo nivel y global es moralmente injustificable, ya que supone un acto coercitivo de fervor ideológico totalitario, que no reconoce la diversidad de visiones morales en la que están enmarcados los intereses por la asistencia sanitaria, ni los límites morales seculares de la autoridad estatal, ni la autoridad que el individuo posee sobre sí mismo, así como sobre su propiedad. Constituye un acto de inmoralidad secular.

No existe ningún derecho moral secular fundamental humano a recibir asistencia sanitaria, ni tan siquiera un «mínimo decoroso». Tales derechos deben ser creados.

La dificultad que presentan los supuestos derechos a recibir asistencia sanitaria, así como las exigencias de justicia e imparcialidad en el acceso a la asistencia sanitaria debería ser aparente. Teniendo en cuenta que la autoridad moral de la acción colectiva procede de la autorización o del consentimiento, resulta difícil (para una sociedad en gran escala, de hecho, materialmente imposible) obtener la legitimidad moral que permita imponer en el sistema sanitario una de entre las muchas visiones existentes de la beneficencia y de la justicia. Al fin y al cabo, existen tantas teorías de la beneficencia, de la justicia y de la imparcialidad como existen grandes religiones.<sup>1</sup>

Mayor importancia tiene la tensión existente entre el fundamento de la moralidad secular general y las diferentes exigencias positivas particulares basadas en visiones concretas de la beneficencia y de la justicia. Resulta materialmente imposible respetar la libertad de todos y a la vez conseguir lo que más convenga a cada uno a largo plazo. Hablar con ligereza de la justicia y de la imparcialidad en materia sanitaria puede por tanto inducir a error mo-



ralmente, ya que sugiere la existencia de una visión ortodoxa concreta de la justicia y la imparcialidad a la que todas las personas tienen motivos de apoyar. Ya que como pudimos ver en los capítulos III y IV no es éste el caso, la «justicia social» merece ser caracterizada de la forma en que lo hace Hayek:

Como la mayoría de las personas intuyen, la «justicia social» no es una inocente expresión de buena voluntad para con los menos afortunados, sino que se ha convertido en una insinuación deshonesto, según la cual debemos dar nuestro consentimiento a la solicitud de todo interés especial, que no puede aducir ninguna razón real para que tengamos que hacerlo. Para que el debate político sea honesto, las personas tienen que darse cuenta de que esta expresión es intelectualmente vergonzosa, caracteriza a la demagogia y al periodismo barato y los pensadores responsables deben avergonzarse de utilizarlo, ya que una vez reconocida su vacuidad, su uso es deshonesto.<sup>2</sup>

Hablar de justicia social es deshonesto, ya que sugiere un acuerdo canónico en la reflexión moral secular que es injustificado y además inexistente; también es demagógico porque incita al uso coercitivo de la fuerza estatal.

Utilizar la construcción de carreteras y puentes con fondos públicos como modelo para justificar la creación del derecho a recibir asistencia sanitaria financiada con recursos colectivos, no supone un problema moral, sino es la imposición de un sistema de asistencia sanitaria de un solo nivel y global, lo que es inmoral. Es injustificable pretender que el derecho a recibir asistencia sanitaria existió con anterioridad a los acuerdos específicos acerca de la utilización de los recursos.

El derecho a la asistencia sanitaria constituye el derecho a exigir una parte de los servicios y de los bienes. Al contrario que el derecho de tolerancia, que requiere que otros se abstengan de intervenir y que demuestra la unidad de la autoridad para utilizar a otras personas, el derecho a la beneficencia está basado en teorías o explicaciones concretas del bien. Requiere, para ejercer autoridad general, que los demás compartan una concepción concreta de la buena vida o de la justicia. Exigir este derecho, sin apelar al principio de permiso, significa pretender que se puede obligar a otros a trabajar o que está permitido confiscar su propiedad. El derecho a la asistencia sanitaria, excepto cuando derive de acuerdos contractuales especiales, dependerá de una interpretación determinada de

la beneficencia más que del permiso y, por consiguiente, puede entrar en conflicto con las decisiones de personas que no desean participar y pueden, de hecho, oponerse moralmente a la realización de un determinado sistema sanitario. El individuo siempre tiene autoridad moral secular para utilizar sus propios recursos, aunque se enfrenten a las concepciones vigentes de justicia e imparcialidad.

### *La política sanitaria: la ideología de una asistencia sanitaria óptima e igualitaria*

Está de moda defender un enfoque de la asistencia sanitaria que es irrealizable en la práctica. El hecho de que sean pocas las personas que advierten la existencia de tensiones morales fundamentales en la raíz misma de la política sanitaria contemporánea, sugiere que los problemas están envueltos en un engaño colectivo, en una consciencia falsa, en una arraigada ideología, según la cual ciertos hechos no son aceptables políticamente.

Consideremos los siguientes cuatro objetivos de la política sanitaria que se compaginan bastante mal:

1. La prestación de la mejor asistencia sanitaria posible para todos.
2. La prestación de una asistencia sanitaria igual para todos.
3. La libertad de elección por parte de prestatarios y consumidores de asistencia sanitaria.
4. La contención de los costes sanitarios.

No es posible prestar la mejor asistencia sanitaria posible a todos y contener los gastos al mismo tiempo. No se puede prestar igual asistencia a todos y a la vez respetar la libertad individual de perseguir de forma pacífica, junto con otros, la propia visión de la sanidad o de utilizar los propios recursos y energías como cada cual decida. No se puede mantener la libertad en la elección de asistencia sanitaria y al mismo tiempo contener sus costes. Tampoco es posible proporcionar a todos igual asistencia, y que al mismo tiempo sea la mejor, debido a la misma insuficiencia de los recursos.

Estas dificultades tienen su origen no sólo en el conflicto entre libertad y beneficencia, sino en la tensión entre puntos de vista an-

tagónicos sobre lo que significa buscar y conseguir lo mejor en la sanidad (por ejemplo, ¿qué es más importante, ofrecer una asistencia igual para todos o la mejor posible a las clases menos favorecidas?). La búsqueda de un sistema sanitario incompatible o incoherente se basa en que no nos enfrentamos a la finitud de la autoridad moral secular, ni de la visión moral secular, ni de los poderes humanos ante la muerte y el sufrimiento, ni de la vida humana, ni de los recursos económicos humanos. Un sistema de asistencia sanitaria que reconoce las limitaciones económicas y morales a la hora de proporcionar asistencia sanitaria debe:

1. Aprobar la desigualdad en el acceso a la sanidad como un hecho moralmente inevitable, que se basa en la existencia de recursos privados y de la libertad humana.
2. Respalda el hecho de que poner precio al salvamento de vidas humanas forma parte de la creación con fondos públicos de un sistema de asistencia sanitaria efectivo con respecto a los costes.

Aunque todos los sistemas sanitarios alberguen desigualdades y deban, hasta cierto punto, racionar la asistencia sanitaria que ofrecen y que está financiada con recursos públicos, esta circunstancia no se admite abiertamente. Existe un obstáculo ideológico que impide reconocer y ponerse de acuerdo sobre lo obvio.

Sólo la existencia de un engaño colectivo puede explicar la presunción en la que se basa la política norteamericana, según la cual se puede ofrecer asistencia sanitaria a) al tiempo que se contienen los gastos, b) sin poner precio al salvamento de vidas humanas y a la prevención del sufrimiento cuando se utilizan fondos públicos, a la vez que c) se ignoran las desigualdades moralmente inevitables, que se deben a los recursos privados y a la libertad humana. Esta falsa consciencia ha configurado los engaños que representan un papel primordial en la reforma del sistema sanitario propuesta por Clinton, que ha sido presentada para apoyar un sistema sanitario presuntamente capaz de ofrecer a todos a) la mejor asistencia posible y b) asistencia igual para todos, al tiempo que se consiguen c) contener los gastos, pero d) permitiendo a quienes así lo deseen elegir sus propios médicos.<sup>3</sup> Para contener los costes, la propuesta requiere un racionamiento tácito, pero no se admite la existencia de tal racionamiento. Además, la propuesta presenta mecanismos para frenar la innovación tecnológica con el fin de reducir la visibilidad del racionamiento presente en las elecciones: no tenemos

que racionar lo que no está a nuestro alcance. No se ha querido admitir ni la inevitabilidad moral de la desigualdad en el ámbito sanitario, ni la necesidad de racionar la asistencia sanitaria en programas públicos si se quieren contener los costes. Se considera que admitir estas circunstancias es algo ideológicamente inaceptable.

Estas reflexiones concernientes a la dificultad de limitar la utilización de los recursos sanitarios vienen de antiguo. Platón, en el libro III de *La República* reconoce el dilema que representan las expectativas infinitas y los recursos finitos y que caracteriza al desafío que supone tomar decisiones en materia sanitaria. Como en el caso de Herodico, a quien menciona con desaprobación, Platón es consciente de que la propiedad privada puede minar la eficacia social cuando el individuo intenta alargar su vida en la prolongada lucha contra la muerte,<sup>4</sup> concluyendo que carece de sentido el tratamiento prolongado de las enfermedades crónicas si la medicina no puede hacer que el ciudadano vuelva a sus ocupaciones y deberes, por lo que, en tal caso, éste debería aceptar la muerte.<sup>5</sup> *La República* propugna los cuidados intensivos si prometen el retorno del enfermo a una vida útil, pero poco o ningún cuidado en el caso de enfermedad crónica. La sanidad preventiva debería consistir en ejercicios gimnásticos.

Las reflexiones de Platón plantean las siguientes cuestiones de carácter general: a) a las personas les cuesta admitir sus propias limitaciones, b) se debe limitar la cantidad apropiada de recursos aplicados a la salud pública, c) estos recursos no suelen garantizar una alta calidad de vida para los sometidos a tratamiento y 4) tales inversiones constituyen con frecuencia una auténtica sangría de recursos públicos. Dado que no empleó un concepto de los derechos,<sup>6</sup> Platón entendía el derecho a la asistencia sanitaria en función del objetivo de sustentar la polis y no en función del derecho individual a la sanidad.

Pero los individuos son la fuente de toda autoridad moral secular. En este capítulo estudiaremos las posibilidades que existen de salvar dificultades en la creación de sistemas sanitarios al tiempo que admitimos que el logro del modelo más benéfico en la distribución de los recursos sanitarios es un proyecto sometido a limitaciones:

1. La limitación de la razón secular impide encontrar una forma de asignar los recursos, cuya obligatoriedad sea generalizada (por ejemplo, ¿es más importante invertir recursos públicos en el

tratamiento de la leucemia infantil o en el tratamiento del dolor de los ancianos que padecen osteoartritis degenerativa?).<sup>7</sup>

2. El hecho de que el permiso otorgado por los individuos constituya la fuente de autoridad moral secular limita la autoridad de sociedades y Estados de apropiarse los servicios de las personas, o para prohibir ciertos tipos de relaciones entre personas que proporcionan la asistencia sanitaria y los pacientes (por ejemplo, como la autoridad del Estado procede de sus ciudadanos, está circunscrita por el permiso limitado de los participantes).

3. La propiedad privada limita la autoridad de sociedades y de Estados de apropiarse y redistribuir los recursos (por ejemplo, la limitada autoridad estatal de gravar los recursos privados para ofrecer asistencia médica con el fin de preservar la salud y salvar la vida de los indigentes, ya que una sociedad tiene que adquirir recursos de forma legítima con el fin de establecer un sistema sanitario público).

4. La finitud de los recursos limita la oportunidad tanto de individuos como de grupos de adquirir asistencia sanitaria (por ejemplo, invertir todos los recursos disponibles en la prolongación de la vida de todas las personas el mayor tiempo posible y a cualquier precio, supondría agotar los recursos de otras empresas sociales importantes).

Por consiguiente, la legitimidad moral secular del intento de alcanzar concienzudamente un sistema ideal de asignación de recursos para la sanidad es muy limitada.

### *Justicia, libertad y desigualdad*

El interés por la justicia como beneficencia está movido en parte por las desigualdades y en parte por la necesidad. Que unos tengan poco mientras otros tienen mucho, genera preocupaciones morales de beneficencia. Con todo, como hemos visto en los capítulos IV y V, la autoridad moral para utilizar la fuerza para contrarrestar tales desigualdades tiene sus límites, en parte provenientes de la circunstancia de que los recursos aplicables en auxiliar a los necesitados suelen estar en poder de otras personas. Tenemos que establecer si, y en qué circunstancias, las desigualdades y la necesidad generan el derecho de exigir algo a los demás.

### *Lotería natural y social*

Utilizamos el término «lotería natural» para identificar los cambios en la fortuna que resultan de fuerzas naturales y no directamente de la acción de las personas. La lotería natural determina la distribución de los bienes naturales y sociales. El término «lotería natural» contrasta con el de «lotería social», que utilizamos para identificar los cambios en la fortuna que no son consecuencia de fuerzas naturales, sino de la acción de las personas. La lotería social configura la distribución de bienes sociales y naturales, y ambas, junto con las propias decisiones libres, determinan la distribución de los bienes naturales y sociales. A pesar de ser el resultado de acciones personales, la lotería social se designa como lotería a causa de la compleja e impredecible interacción de las elecciones personales, a causa del carácter impredecible de los resultados que no se amoldan a un modelo ideal, y porque los resultados son consecuencia de fuerzas sociales, no las elecciones inmediatas de las personas sometidas a ellas.

Todos estamos expuestos a las vicisitudes de la naturaleza. Unos nacen saludables y, gracias a la suerte, continúan siéndolo toda su vida, libres de enfermedades y de mayores padecimientos. Otros nacen con graves enfermedades congénitas o genéticas, otros contraen tempranamente enfermedades paralizantes que son fatales y, otros resultan gravemente lesionados y mutilados. Los agraciados en esta lotería natural no necesitan asistencia médica durante la mayor parte de su vida. Viven con plenitud y mueren apaciblemente y sin dolor. Quienes no resultan agraciados necesitan asistencia sanitaria que amortigüe sus padecimientos y, en lo posible, cure sus enfermedades y restaure sus funciones. Habrá un espectro de pérdidas que irá desde problemas menores, como tener una mala dentadura, hasta tragedias mayores como la leucemia infantil, heredar la corea de Huntington o contraer una esclerosis lateral amiotrófica.

Estos trágicos resultados son productos ciegos de la naturaleza, de los que nadie, si no existe un criterio especial de la responsabilidad, es responsable (a menos que se considere que son resultado del pecado original o de un castigo divino). Evidentemente, nadie es culpable de que las personas resulten heridas en huracanes, tormentas y terremotos y, como no se puede acusar a nadie, nadie puede cargar con la responsabilidad de restablecer la salud de quienes pierden en la lotería natural basándose en que son respon-

sables del daño. Necesitaríamos un argumento que dependiese de una acepción particular de la imparcialidad para demostrar que los lectores de este libro deben someterse a una forzada redistribución de sus recursos con objeto de prestar atención sanitaria a quienes han resultado perjudicados por la naturaleza. Probablemente sea insensible y poco compasivo o poco caritativo negarles auxilio. Podemos caer en el fuego eterno si nos negamos a proporcionar ayuda,<sup>8</sup> pero otra cosa muy distinta es demostrar, en términos morales seculares generales, que estamos obligados a prestar auxilio hasta el punto de legitimar moralmente el uso de la fuerza del Estado para redistribuir sus recursos privados y sus energías o para limitar su capacidad de libre elección. La lotería natural crea desigualdades y sitúa a unas personas en desventaja, sin crear por ello en otras la obligación moral secular, clara y manifiesta de ayudar a los necesitados.

Las personas difieren en sus recursos, no solamente por los resultados de la lotería natural, sino por las acciones ajenas. Algunos se privan de placeres inmediatos para acumular riqueza, o para que otros la hereden. A través de un complejo entramado de amor, afecto e interés mutuo, las personas se transmiten recursos, de modo que quienes resultan favorecidos prosperan y quienes resultan ignorados languidecen. Unos se hacen ricos y otros pobres, sin acción u omisión malévolas de nadie, simplemente por no haberles favorecido el amor, la amistad, el compañerismo o esa clase de asociaciones que hacen prosperar al individuo y crear fortunas. En estos casos no interviene justicia o injusticia alguna, sólo buena o mala suerte.

Además, unos tendrán ventajas y otros desventajas, serán pobres, ricos, deformes, enfermos o incapaces por la intervención y omisión malévolas y censurable de otros. Éstas son circunstancias injustas que un Estado justo y benéfico tiene que prevenir y rectificar mediante la legítima protección policial, la restitución forzosa y programas caritativos. En la medida en que una parte perjudicada reclama la restitución a la que le ha perjudicado y no a la sociedad, el resultado será desafortunado desde la perspectiva de la obligación que tiene la sociedad y las obligaciones de los ciudadanos inocentes de hacer la restitución. Es quien perjudica quien debe restituir, no la sociedad u otras personas. Algunos resultados de la lotería social son por una parte censurables, en el sentido de que son el resultado de los actos censurables ajenos, aunque por otra parte la sociedad no tiene la obligación de corregirlos. En la

lotería social se incluye el verse expuesto a las acciones injustas e inmorales de los demás. Se necesitaría un argumento basado en una concepción particular de la imparcialidad para demostrar que los lectores de este libro deberían someterse a la redistribución forzosa de sus recursos con objeto de proporcionar asistencia sanitaria a quienes han sido perjudicados por otras personas.

Cuando las personas adquieren asistencia sanitaria, los perdedores en la lotería natural pueden, en parte al menos, compensar esa pérdida con su ganancia en la lotería social y permitirse una asistencia sanitaria cara que restaure su salud y les permita recuperar la función. Por otra parte, quienes resulten perdedores tanto en la lotería natural como en la social, necesitarán asistencia sanitaria sin disponer de recursos para acceder a ella.

#### *Ricos y pobres: diferencias en derechos*

Si se posee una propiedad en virtud de una adquisición justa o de una transmisión justa, los derechos a esa propiedad no se verán afectados por la tragedia o la necesidad ajena. Sencillamente se posee una propiedad. Por el contrario, si se tienen propiedades porque su posesión está justificada en un sistema que garantiza la distribución caritativa de bienes (por ejemplo, conseguir la mayor proporción de beneficios sobre perjuicios para el mayor número o las mayores ventajas para las clases menos favorecidas), la posesión se verá afectada por la necesidad ajena. En el capítulo V veíamos las razones de que la propiedad sea en parte privada en un sentido convincente que no pueda ser rebajado por las necesidades ajenas. Además, todos tenemos un derecho general a los frutos de la tierra, lo que constituye el fundamento de un tipo de impuesto sobre la renta para proporcionar pagos fungibles a las personas, sean o no personas necesitadas. Finalmente, es probable que existan recursos pertenecientes a grupos que pueden establecer una base para su distribución. Las dos primeras formas de derecho de propiedad existen con independencia de necesidades médicas o de otro tipo; la última, debido a la decisión de una comunidad, puede verse condicionada por la necesidad.

La existencia de una cierta cantidad de recursos privados puede ser causa de desigualdad entre las personas, que la autoridad moral secular no pueda eliminar. En la medida en que las personas poseen las cosas, tendrán el derecho a ellas, aunque otros las nece-

siten. Teniendo en cuenta que la autorización tiene una importancia fundamental, debemos dilucidar la cuestión de si deben transferirse los propios bienes a otros, considerando si los recursos pertenecen a ese individuo, pero no considerando si esa redistribución es onerosa o excesiva para la persona sometida a la distribución. Imaginemos que estamos leyendo este libro al lado de una persona muy necesitada. La prueba de si una tercera persona puede quitarnos parte de nuestros recursos para ayudar a la persona necesitada no consiste en saber si vamos a sufrir con la transferencia de bienes, sino en saber si hemos dado nuestro consentimiento —al menos de esto se trata, si el principio de autorización funciona en el seno de la moralidad secular general en la forma que se ha demostrado en este libro. En la colaboración de los extraños morales la autoridad procede del principio de permiso, ya que éstos no comparten una concepción común de la imparcialidad ni del bien. Por consiguiente, un enfoque orientado hacia la justa distribución de recursos se debe restringir a la esfera de los bienes de propiedad colectiva, en donde se tiene la autoridad de crear programas para su utilización.

Habría, por tanto, que modificar las conclusiones de la Comisión Presidencial Norteamericana de 1983, que sugieren que las cargas excesivas deberían determinar la cantidad de impuestos que las personas deben pagar para el mantenimiento de un nivel sanitario aceptable para los necesitados.<sup>9</sup> Además, se tienen motivos de peso para censurar moralmente los sistemas que intentan imponer un plan de asistencia sanitaria global que requiere «igualdad en la asistencia, [en el sentido de evitar] la creación de un sistema de varios niveles, proporcionando cuidados basados únicamente en los diferentes grados de necesidad, y no en características individuales o de grupo».<sup>10</sup> Las personas acaudaladas siempre son moral y secularmente libres de adquirir más y mejor asistencia sanitaria.

#### *Trazar una línea divisoria entre lo desafortunado y lo injusto*

Según contemplemos la significación moral de las loterías natural y social y la fuerza moral de la propiedad privada, así decidiremos el trazado de la línea divisoria entre circunstancias simplemente desafortunadas y las que además de desafortunadas son injustas, en el sentido de que constituyen el derecho a exigir la utilización de los recursos ajenos.

La vida en general y la sanidad en particular revelan situaciones enormemente trágicas, dolorosas y de grandes privaciones. El dolor y el sufrimiento de la enfermedad, incapacidad y enfermedad, así como las limitaciones que impone la deformidad, reclaman la simpatía de todos para prestar ayuda y procurar algún consuelo a quienes las sufren. Los daños, incapacidades y enfermedades debidos a las fuerzas de la naturaleza son desafortunados. Los daños, incapacidades y las enfermedades debidas a acciones ajenas no consentidas son injustos. Con todo, los resultados desafortunados de acciones injustas ajenas, no son necesariamente culpa de la sociedad. Las lesiones horribles que hacen su aparición cada noche en las salas de urgencia de los grandes hospitales pueden ser culpa de alguien, aunque no lo sean de la sociedad, y todavía menos de los ciudadanos no implicados. Esos resultados, aunque injustos respecto a la relación entre perjudicado y la persona que inflige el daño, pueden ser simplemente desafortunados en lo que incumbe a la sociedad y a otros ciudadanos. Nos enfrentamos así a la dificultad de trazar una línea divisoria entre la fuerza mayor, así como los actos inmorales, que no constituyen la base para recibir el castigo social merecido, por una parte, y los perjuicios que proporcionan una base de ese tipo, por la otra.

Hay que trazar una línea divisoria entre las pérdidas que son restituidas con fondos públicos y las que no lo son. Patricia Harris, que fue ministra de Salud, Educación y Servicios Sociales, trazó esa línea en 1980 cuando estableció que los trasplantes de corazón se deben considerar experimentales y, por consiguiente, no reembolsables por parte de *Medicaid*.<sup>11</sup> Según ésto, necesitar un trasplante de corazón y carecer de recursos sería una circunstancia desafortunada, pero no injusta. No tendríamos derecho a un trasplante de corazón en el caso de que otra persona lo hubiera lesionado intencionadamente. Desde un punto de vista moral, las cosas hubiesen sido distintas si fuese el gobierno federal el que nos hubiese dañado el corazón de una manera culpable. También si se hubiesen hecho promesas de tratamiento. Así, por ejemplo, sufrir de apendicitis o de neumonía y no recibir, como paciente cualificado, tratamiento garantizado por un sistema de seguros privado o gubernamental sería no sólo desafortunado, sino injusto.

Hay que trazar inevitablemente una línea divisoria entre lo injusto y lo desafortunado porque, en términos morales seculares generales, no se pueden convertir todas las necesidades en derechos, en exigir para sí los recursos ajenos. Tenemos que decidir cuida-

dosamente dónde trazar la línea divisoria, ya que hay que respaldar una de las muchas visiones rivales de la moralidad y del florecimiento humano para poder distinguir entre la necesidad y el mero deseo. Se está forzado a trazar una línea divisoria entre las necesidades (o deseos) que constituyen un derecho a exigir la ayuda ajena y las que no lo son. La línea que separa las circunstancias desafortunadas de las injustas, justifica por defecto ciertas desigualdades sociales y económicas al determinar quién está obligado, según la moralidad secular y general, a remediar tales circunstancias o a conseguir la igualdad. Si una persona pretende prolongar su vida con un trasplante de corazón de elevado coste y que quizá sirva sólo para unos pocos años, ¿estaremos ante un deseo de extender desmesuradamente la vida o ante la necesidad de precaverse frente a una muerte prematura? Del mismo modo, el deseo de recibir tratamiento en una unidad de cuidados intensivos, cuando con esto sólo se conseguirá postergar la muerte unos meses o tan sólo proporcionar una pequeña probabilidad (por ejemplo, de un 3%) de supervivencia a un coste muy elevado (por ejemplo, un tratamiento de 200.000 dólares). En los capítulos III y IV ya examinábamos la dificultad de encontrar respuesta a estas preguntas. La adopción de una actitud concreta en esta materia exige apoyar una visión moral particular. Fuera de una visión particular de la vida buena, las necesidades no crean derechos a los servicios o a los bienes de los demás. A falta de una visión moral concreta no podemos distinguir de forma ortodoxa entre el deseo y la necesidad.

Si se considera que el perder en la lotería social y natural genera el derecho a exigir asistencia sanitaria nos enfrentamos a una dificultad práctica: el intento de restablecer la salud durante un período indefinido de tiempo puede mermar los recursos sociales al perseguir extensiones eternamente aumentadas de una vida de calidad marginal. Sólo se requiere una cantidad relativamente limitada de alimento y cobijo para proteger la vida del individuo, pero en el campo médico se puede invertir una cantidad indefinida de recursos en la ulterior conservación de la vida humana, en el aplazamiento marginal de la muerte y en la mitigación marginal del sufrimiento humano y de la incapacidad. La pérdida en la lotería natural concerniente a la salud puede consumir recursos importantes ganándose poco a cambio. Frecuentemente sólo se consigue poco alivio, pero a un coste elevado. Con todo, más importante que evitar gastos que pueden resultar agobiantes, para satisfacer deseos sanitarios (por ejemplo, postergar la muerte durante un tiempo

mediante el uso de cuidados intensivos) es el problema de seleccionar la explicación dotada de contenido y correcta de la justicia, para así poder distinguir de forma ortodoxa entre necesidad y deseo, y poder convertir las necesidades en derechos.

*Más allá de la igualdad: el igualitarismo del altruismo frente al igualitarismo de la envidia*

La distribución equitativa de la asistencia sanitaria es problemática. Este punto fue reconocido en *Securing Access to Health Care*, el informe realizado en 1983 por la Comisión Presidencial.<sup>12</sup>

1. Aunque, al menos en teoría, sea concebible dotar a todos de iguales niveles de cobijo decoroso, no podemos mantener o devolver a todos un igual estado de salud. Muchas necesidades sanitarias no se pueden satisfacer del mismo modo que las de alimentación y cobijo.

2. Si dotásemos a todos con la misma cantidad de fondos para adquirir asistencia sanitaria, o con la misma cantidad de servicios, esas cantidades podrían ser excesivas para unos e insuficientes para otros, que podrían haberse beneficiado de una mayor inversión en tratamiento e investigación.

3. Si se intenta proporcionar igual asistencia sanitaria, en el sentido de permitir seleccionar la asistencia sanitaria únicamente a partir de una lista predeterminada de terapias disponibles, o a través de algún plan controlado de asistencia sanitaria como son los planes de asistencia sanitaria responsables (ante el gobierno), con la que se asistiría a todos para impedir que el rico tuviese acceso a una mejor calidad sanitaria que el pobre, habríamos confiscado inmoralmente la propiedad privada y restringido la libertad individual de unirse en relaciones y asociaciones voluntarias.

Que unos sean más afortunados que otros por disponer de más recursos, no es ni más ni menos arbitrario o injusto que el hecho de que algunos tengan mejor salud, mejor aspecto o más talento. En cualquier caso, designar circunstancias desafortunadas como circunstancias injustas, sin referirse a violaciones del principio de permiso, exige imponer una visión particular de la beneficencia o de la justicia.<sup>13</sup>

La búsqueda de la igualdad se enfrenta a obstáculos morales y

prácticos. Si se restringiera considerablemente la capacidad de adquirir un tratamiento especial utilizando los propios recursos, aparecería inevitablemente un mercado negro en el campo de los servicios sanitarios, que sería un baluarte especial de la libertad y de la libertad de asociación justificado en términos morales seculares generales. Como ya demostramos en los capítulos IV y V, no se dispondría de autoridad moral secular para intervenir en ese mercado negro. El soborno o el ofrecimiento de gratificaciones con el fin de obtener mejor asistencia sanitaria serían interpretados, en términos morales seculares generales, incluso si con ello se infringiese la ley, como actos cometidos por personas que luchan por la libertad o que se oponen a una injusta opresión estatal, no obstante las declaraciones de la propuesta de reforma sanitaria de Clinton.<sup>14</sup> En cualquier caso, las personas políticamente poderosas y privilegiadas tenderán a adquirir, directa o indirectamente, mejor asistencia sanitaria para sí mismos y para sus familias. Cuando la ley prohíbe satisfacer importantes preocupaciones y deseos humanos, se crea inevitablemente un mercado negro. Por esta razón, resulta difícil señalar la existencia de un sistema verdaderamente igualitario en cualquier lugar del mundo.

La asistencia sanitaria representa un desafío para el igualitarismo debido al carácter dramático de las desigualdades a las que se enfrenta (por ejemplo, algunas personas mueren prematuramente, mientras otros viven larga y satisfactoriamente; unos sufren enfermedades progresivas a lo largo de toda su vida mientras otros viven hasta una edad avanzada sin sufrir dolor). Si no hay otra vida aparte de esta vida terrenal, y si debemos encontrar en este mundo todo el significado, muchas personas se preguntarán si se pueden tolerar las desigualdades en esta área final. Las desigualdades en la asistencia sanitaria se muestran como desigualdades últimas, aunque las diferencias en la expectativa de vida debidas a los ingresos y a la posición social son mucho más significativas.<sup>15</sup> Por ejemplo, en la mayoría de los países desarrollados las mujeres viven seis años más que los hombres y la diferencia en la expectativa de vida entre los países que invierten modestamente y los que invierten grandes cantidades en la asistencia sanitaria es relativamente pequeña. Con todo, las preocupaciones igualitarias, que a menudo se centran desproporcionadamente en la asistencia sanitaria en lugar de en las desigualdades de riqueza, vivienda, educación o incluso seguridad (por ejemplo, los ricos pueden gozar de los servicios de guardias jurados mientras que los pobres tienen que confiar en la

protección policial, tal como es) son omnipresentes. Robert Evans, por ejemplo, al examinar el monopolio del gobierno canadiense del seguro de asistencia sanitaria, que tiene como objetivo la imposición de un sistema sanitario que abarque a toda la población, reconoce que muchos fusionan la libertad de utilizar los propios medios para comprar mejor asistencia sanitaria con «la idea de que la vida y el cuerpo de una persona tiene más valor que los de otra, que merece más la pena de ser salvada basándose en su capacidad de pago, que se parece a la negación de una ilusión muy apreciada y fundamental de igualdad que subyace a nuestro sistema político y judicial».<sup>16</sup> Si se considera que este aborrecimiento y la ilusión que la sostiene tienen la importancia moral de crear (o permitir la admisión de) la obligación de utilizar la fuerza para evitar tales condiciones, nos habremos comprometido con un sistema sanitario que tiene como objetivo proporcionar asistencia igual para todos, incluso si ello exige la restricción coercitiva de la elección privada pacífica. Por ejemplo, Canadá actúa de forma inmoral para defender esa ilusión, y el plan de Clinton sugiere una serie de intervenciones que son inmorales en términos seculares generales. Con el fin de evitar tal inmoralidad, los sistemas sanitarios deben reconocer los límites morales seculares del poder estatal y evitar tales excesos.

Las ciencias y las artes de la asistencia sanitaria son proyectos de hombres y mujeres finitos que poseen recursos finitos, que viven y ejercen su profesión en presencia de la frecuentemente horrible tragedia humana, y en un ámbito moralmente limitado, que les impide intentar todo lo que estaría en sus manos para ayudar a otros. Estos límites definen cuándo las desigualdades no son injusticias y dónde los resultados desafortunados no son injustos. Con todo, todavía hay la posibilidad de restar fuerza a gran parte de los resultados desafortunados de las fuerzas naturales y de las empresas sociales. Dentro del ámbito definido por las limitaciones de la autoridad moral secular, será adecuado intentar eliminar ciertas desigualdades utilizando recursos públicos para ayudar a los necesitados, pero esto exigirá que distingamos entre dos formas de igualitarismo: el igualitarismo de la envidia y el igualitarismo del altruismo.

El igualitarismo de la envidia afirma que un segundo mundo es peor que el primero si, *ceteris paribus*, el segundo mundo difiere del primero en que en el segundo mundo hay una persona que vive en mejores condiciones que las demás, sin que nadie resulte perjudicado. Desde este punto de vista se podrá interpretar la buena fortuna como algo injusto. En primer lugar, se afirma que la buena



fortuna de tener más que los demás es injusta si la suerte no se basa en ningún tipo de principios, si simplemente sucede y no es merecida. Según la explicación de Rawls, del que hablaremos en breve, la buena fortuna es justa si redundaba en beneficio de la clase menos afortunada, de otro modo, la buena suerte ocurre injustificadamente, sin garantía de justicia y es, por tanto, injusta. En segundo lugar, la buena suerte es rotundamente injusta al alterar la igualdad. Este tipo de igualitarismo legitima la acción de quitarles algo a quienes, debido a la buena fortuna, han recibido más. En su forma más contundente, legitima el conseguir que todos estén peor situados, si con ello se consigue la igualdad. Esta actitud igualitaria saca partido de la envidia porque justifica «un sentimiento moral de disgusto, indignación o rencor hacia la superioridad de [otra persona] en su felicidad, éxito, reputación o posesión de todo objeto deseable». <sup>17</sup> Esta forma de igualitarismo es inmoral, en términos seculares generales, porque afirma el rencor, en el sentido de que aprueba el uso de la fuerza coercitiva para quitar algo a los que tienen más con el fin de situar a todos en el nivel de los menos afortunados. <sup>18</sup> Desde esta perspectiva, no se admite que la buena suerte sea algo que no está basado en principios morales, algo que no es justo ni injusto. La fortuna de algunos y la consiguiente (esto es, comparativa) desgracia de otros, no se contempla como algo que simplemente sucede, sino que justifica la exigencia de que haya que rectificar esas circunstancias.

Por lo que respecta a la asistencia sanitaria, el igualitarismo de la envidia contrasta un mundo en el que nadie puede acceder a trasplantes de pulmón (o a otras intervenciones de coste elevado) con un mundo en el que sólo los ricos pudiesen acceder a ellos. Esta concepción puede conducir al uso ilegítimo de la fuerza: a) para prohibir a los ricos adquirir mejor asistencia o b) para frenar el desarrollo tecnológico y así asegurar que ésta sólo estará disponible cuando pueda proporcionarse a todos por igual. Se apoyará esta estrategia de limitar el acceso o el progreso médico, incluso si conduce a la muerte y al sufrimiento, mientras se consiga la igualdad.

El que la suerte relativa de algunos se interprete en términos de la satisfacción o del bien realizados para alcanzar la perfección humana (por ejemplo, la nobleza del carácter humano expresada en las personas educadas, de amplios medios y de modales cultivados —en quienes viven *humaniter*) o en términos de la insatisfacción que engendra debido a la fortuna relativamente inferior de los demás, depende de la visión del bien o de la justicia a que se recurra. Para jus-

tificar en términos morales seculares generales el igualitarismo coercitivo basándose en algo más que una ideología particular, habría que asegurar la normatividad canónica de una clasificación concreta de valores y la autorización de la fuerza en su nombre, algo que, como ya vimos en los capítulos III y V, no es posible.

Por el contrario, el igualitarismo del altruismo apela a la compasión ajena para ayudar a quienes sufren. Este igualitarismo sostiene que un segundo mundo es peor que el primero si uno de los habitantes del segundo mundo padece dolor, deformidad, incapacidad, o muere prematuramente y todo esto no sucede en el primer mundo. A este igualitarismo no le preocupa si alguien tiene más que lo demás, sino si alguien sufre. Las desigualdades no se desvalorizan por sí mismas, sino que se desvaloriza el sufrimiento o el hecho de que alguien carezca de un bien importante. La igualdad de bienes, capacidades, posesiones y experiencias no se valora en sí misma, sino se valora el bien a conseguir por medio de una intervención concreta. El igualitarismo del altruismo se preocupa de proporcionar un tratamiento de coste elevado a quien lo necesite, pero no de negárselo a las personas que tengan los recursos suficientes para adquirirlo. Esta forma de igualitarismo puede de forma legítima, dentro del ámbito definido por las limitaciones impuestas por el principio de permiso, motivar las decisiones que se tomen sobre la utilización de los recursos de propiedad colectiva.

#### *De las macroasignaciones a las microasignaciones y viceversa*

Hay que decidir cuánto invertir en la asistencia sanitaria y quién debe ser el destinatario de las intervenciones médicas costosas. Los distintos niveles de opción sanitaria interactúan y cada uno arrastra consigo su propio conjunto de problemas e intereses morales, al tiempo que influye sobre los demás, y contribuye a configurar el carácter de sus dilemas, que, *grasso modo*, se pueden percibir en cuatro niveles de importancia. <sup>19</sup>

#### *Opciones macroasignacionales de alto nivel*

Interesa determinar qué nivel de recursos hay que dedicar a la sanidad, pero sin embargo ningún gobierno secular, ni ningún individuo pueden determinar qué parte de los recursos totales dispo-

nibles hay que asignar a la sanidad. Los fondos colectivos en manos de la sociedad o del Estado son objeto de opciones asignacionales explícitas. Una sociedad debe decidir, por ejemplo, qué porción de los recursos colectivos destinará a defensa, educación, construcción de museos, sanidad, etc., con lo que se suscitará la cuestión de si los gastos de la sanidad ejercen una presión superior sobre la atención y recursos de la sociedad que el trazado de jardines oficiales o la protección de especies en peligro de extinción. Como veíamos anteriormente, la dificultad radica en que no existe una clasificación canónica de las «necesidades», como son la necesidad que justifica alimentar a los hambrientos, proporcionar alojamiento para los que carecen de él, fomentar las bellas artes o salvar especies en peligro de extinción. Dicha clasificación se debe establecer con arreglo a acuerdos concretos sobre tareas comunes concretas.

#### *Opciones macroasignacionales de bajo nivel*

Para valorar correctamente la dificultad de descubrir el modelo adecuado de las asignaciones a la categoría sanidad, examinaremos el alcance de dicho término porque la sanidad incluye no sólo el tratamiento de enfermedades coronarias, cáncer, neumonías y tuberculosis, sino el cuidado de la artritis, las cefaleas, el pie de atleta y el acné. También incluye el tratamiento psiquiátrico de la neurosis y la asistencia general que dan los médicos a los sanos con problemas y a los enfermos con padecimientos. Abarca también el asesoramiento genético y la prescripción de anticonceptivos. La cirugía estética para fortalecer los pechos caídos o las nalgas flácidas, o para mejorar la nariz, cirugía que se ajusta a normas estéticas y culturales predominantes, también entra en su órbita de acción. Para dilucidar qué tareas de la sanidad merecen más o menos una atención urgente, habrá que decidir cuáles de ellas son verdaderas necesidades y cuáles son meros deseos. Se debe crear además una jerarquía de necesidades y deseos con objeto de clasificar las exigencias de apoyo presentadas por las diferentes áreas sanitarias. Ya vimos en el capítulo III la razón de que sea imposible descubrir, en términos seculares generales, una jerarquía normativa única y unívoca que establezca el porcentaje del presupuesto nacional que hay que aplicar al tratamiento de la leucemia infantil frente al tratamiento de las cataratas de las personas ma-

yores. Si no se llega a descubrir esa jerarquía, habrá que determinar cómo podemos crearla honrada y equitativamente para la asignación de recursos colectivos.

#### *Opciones microasignacionales de alto nivel*

Al decidir el tipo de tratamiento que debe recibir un enfermo, tomamos una serie de decisiones sobre unos supuestos de fondo relativos a los distintos modos de asignar recursos a un determinado tipo de paciente y, aunque hagamos referencia a tipos de enfermos concretos (por ejemplo, pacientes que tienen una probabilidad concreta de supervivencia si se invierten unos recursos concretos), los contemplamos a través de presunciones sobre las pautas adecuadas que hay que seguir al adoptar dichas decisiones. Si se trata de proporcionar un trasplante de riñón a un enfermo que padece una enfermedad renal en estado terminal, y el número de órganos disponibles es insuficiente, o no hay fondos suficientes para atender a todos, tendremos que decidimos por un modo general de seleccionar candidatos. Hay que aclarar si dicha asistencia se prestará a) por igual a todos los que la necesitan (y si los recursos no alcanzan, a quienes resulten elegidos por sorteo), b) a todos los que pueden pagarla, o tienen familiares, amigos, conocidos o terceras personas solidarias que se hagan cargo del tratamiento, c) a aquellas personas, cuyo retorno a la vida activa se considere probable y, por tanto, más beneficiosa para la sociedad o d) en función de otras consideraciones, como sería la de procurar tratamiento a quienes lo merecen por sus especiales servicios a la sociedad. Al elegir una visión de lo que deben ser decisiones microasignacionales correctas, así como al reconocer los límites de la propia autoridad moral para imponer coercitivamente modelos de asignación concretos, se proporciona un marco para esas decisiones, pero no se determinan de forma absoluta, aunque se podría aducir que en casos particulares se deben permitir formas particulares de excepción. Además, ya que no se dispone de la suficiente autoridad moral secular para prohibir que las personas privadas o los sistemas hospitalarios se aparten de modelos de asignación respaldados por todos, debe existir el derecho moral secular a crear varios enfoques paralelos para la microasignación de órganos.

*Opciones microasignacionales de bajo nivel*

Charles Fried piensa que los médicos y otros proveedores de asistencia sanitaria no deben tomar decisiones asignacionales.<sup>20</sup> Las personas responsables de los fondos públicos (los funcionarios designados para esta función por los gobiernos o a través de contratos de seguros), deben establecer modelos de disponibilidad de los recursos públicos. Los administradores hospitalarios pueden determinar también la cantidad del presupuesto del hospital asignable a cada servicio hospitalario, fijando además las pautas y procedimientos de asignación de recursos para servicios determinados a enfermos determinados y fijando, por tanto, las pautas microasignacionales.

El papel de médicos y demás profesionales sanitarios consistirá, por el contrario, en intentar garantizar la mejor asistencia posible a los enfermos, incluso en el caso de que dicha asistencia entre en conflicto con las pautas ideales de microasignación. Se entiende la postura de Fried en el sentido de que la tensión entre médicos y administradores es positiva, análogamente a la que existe entre el abogado de la defensa y el de la acusación. El primero, trata de demostrar la inocencia de su defendido con todas sus energías, incluso cuando cree que es de hecho culpable, mientras que el fiscal trata de demostrar su culpabilidad, incluso teniendo dudas sobre ella. El sistema legal angloamericano presume que este conflicto revelará óptimamente la verdad en el servicio de la justicia. Igualmente, el conflicto entre la administración hospitalaria empeñada en conseguir un sistema eficiente o justo de asistencia sanitaria y el médico empeñado en conseguir la mejor asistencia para el enfermo, con independencia del sistema, propiciará el mejor equilibrio de fuerzas necesario para garantizar un sistema sanitario atento al objetivo común de eficacia y preocupación por las necesidades y deseos particulares del enfermo.

Hay límites morales que delimitan hasta qué punto deben esforzarse los profesionales sanitarios en conseguir recursos para sus pacientes, incluso cuando se trata de salvarles la vida. Los profesionales sanitarios pueden estudiar esforzadamente todas las vías de apoyo y velar por los pacientes todo lo posible, pero no pueden engañar al sistema con mentiras o a través del fraude. Después de todo, si consideran que tienen que proporcionarles a sus pacientes el tratamiento que les salve la vida, pero ni el gobierno, ni el seguro privado, ni la caridad ajena están dispuestos a proporci-

narlo, los profesionales sanitarios pueden vender sus propios bienes para reunir fondos. Los médicos están equivocados si piensan que están obligados a proporcionar a los pacientes todo el tratamiento que éstos necesitan; ellos tan sólo están obligados a dar el tratamiento que los pacientes a) necesitan y b) que tienen derecho a recibir (por ejemplo, que pueden pagar, que la firma de un contrato les ha garantizado, o que otros van a pagar).

Cuanto más funcione el modelo o principio de decisión microasignacional como regla general, mayor será la distancia entre las decisiones microasignacionales de alto nivel en lo que respecta al modelo de elección de niveles de tratamiento particular que es el más conveniente para un determinado tipo de paciente, y las decisiones microasignacionales de bajo nivel sobre el adecuado nivel de tratamiento de un paciente determinado. Al aumentar esta distancia, las decisiones microasignacionales de bajo nivel presionan sobre el sistema, provocando un replanteamiento de las reglas generales y una remodelación de las decisiones macroasignacionales de bajo nivel, para llegar, finalmente, a la revisión del modelo macroasignacional de alto nivel. Si, debido a la consideración hacia determinados pacientes, los médicos continuamente reservan fondos para salir al paso de tratamientos costosos de urgencia, precipitarán un replanteamiento de la política de decisiones macroasignacionales. Estos cuatro niveles se encuentran en relación dialéctica entre sí y, precisamente mediante esta relación, intentamos encontrar un equilibrio entre estos cuatro niveles de inquietud moral.

*Jugar con la vida humana y poner precio a la salud y a la supervivencia*

Los sistemas sanitarios deben tener presente el carácter probabilístico del conocimiento empírico con el fin de determinar los recursos que se deben invertir en disminuir determinados riesgos de muerte, incapacidad, sufrimiento, disfunción y desfiguramiento. Las muchas incertidumbres del conocimiento médico junto con los elevados costes de las intervenciones médicas invitan a jugar con la vida y el sufrimiento humanos. Tales apuestas forman parte de la vida humana. Se construyen puentes, coches y fábricas que son seguros hasta cierto punto, pero no completamente seguros. Se acepta un índice de seguridad que es menor que el que se logra-

ría si se intentase proteger la vida de las personas a cualquier precio. De este modo se pone un precio al salvamento de una vida, y se juega con la vida y el sufrimiento del individuo. En general, evitamos admitir esta circunstancia, ya que muchos la encuentran especialmente problemática en la asistencia sanitaria, pero es precisamente el ámbito de la salud en donde hay que tomar repetidamente decisiones de este tipo. Si un paciente tiene, como máximo, una probabilidad de supervivencia de un 3% y el coste del tratamiento se eleva por encima de los doscientos mil dólares, entonces el salvamento de esa vida tendrá un coste de más de seis millones de dólares. ¿Es importante el hecho de que un paciente tenga una expectativa de vida de uno, diez o sesenta años? ¿Cómo debemos considerar los datos que indican que se invierte casi medio millón de dólares en el tratamiento de cuidados intensivos de los pacientes que padecen un cáncer hematológico por cada año de vida garantizado en casa?<sup>21</sup> No podemos dar respuestas morales seculares dotadas de contenido a estas preguntas. Resulta aceptable crear políticas que indiquen cuándo merece la pena salvar una vida humana, apoyándose en una teoría de la asignación de asistencia sanitaria basada en el permiso. Un sistema sanitario secular tiene que cargar con la tarea de formular opciones acerca de cómo invertir los recursos colectivos cuando se juega con el sufrimiento y la muerte de seres humanos.

Por este motivo, las personas buscan una guía moral, quieren consejo moral concreto sobre los asuntos relacionados con la vida, la muerte, el sufrimiento y la incapacidad. De este modo, volvemos a la cuestión fundamental acerca de la posibilidad de descubrir modelos justos para la distribución de recursos para la asistencia sanitaria y dentro de ésta; o si se deben, y de qué forma, crear a través de algún tipo de negociación o acuerdo común y justo. La cuestión esencial en el problema de la justicia en materia sanitaria consiste en determinar si se puede conocer fehacientemente cuál debe ser el modelo justo de distribución sanitaria o si, por el contrario, hay que crear un modelo de distribución sanitaria mediante un procedimiento imparcial y, en ese sentido, justo. Tenemos que decidir hasta qué punto se puede descubrir el modelo de justicia en la distribución de asistencia sanitaria a un micro y a un macronivel, y hasta qué punto es el resultado de un procedimiento justo de negociación y acuerdo entre los individuos implicados.

*Modelos contrapuestos de justicia:  
del contenido al procedimiento*

John Rawls en *A Theory of Justice* y Robert Nozick en *Anarchy, State, and Utopia* ofrecen concepciones opuestas de la justicia y la imparcialidad. Defienden sugerencias divergentes acerca de la naturaleza de la justicia en materia sanitaria. Ofrecen un contraste entre la justicia entendida primordialmente como una estructura, es decir, un modelo de distribución susceptible de ser revelado racionalmente, frente a una visión de la justicia entendida primordialmente como un procedimiento, es decir, un asunto de negociación imparcial.<sup>22</sup> Rawls presenta en *A Theory of Justice* la perspectiva ahistórica<sup>23</sup> como recurso explicativo, desde la cual se puede descubrir el modelo adecuado de distribución de recursos y por lo tanto, presumiblemente, de la distribución de recursos sanitarios. En esta concepción se da por sentado que los derechos con base social tienen prioridad moral. Por el contrario, Nozick presenta una explicación histórica de la distribución justa, en la cual la justicia depende de lo que los individuos han acordado hacer con, y por, los demás. Nozick defiende que los derechos con base individual son moralmente superiores a los derechos con base social. Contrariamente a Rawls, quien afirma que es posible descubrir un modelo idóneo de asignación de recursos, Nozick dice que es imposible, y que en su lugar únicamente podemos identificar las características de un proceso justo de configuración de derechos a la asistencia sanitaria.

Rawls es interesante para nosotros por su insistencia en la posibilidad de descubrir los principios adecuados a seguir en la distribución de los bienes sociales primarios. Aunque evita pronunciarse concretamente sobre la asignación de recursos sanitarios, y aunque ha limitado de modo significativo las exigencias de su teoría,<sup>24</sup> ésta se suele invocar en toda discusión sobre el tema.<sup>25</sup> Entenderemos la importancia de Rawls si planteamos el problema de la justicia distributiva, considerando la división de parcelas de tierra en una isla que no pertenece a nadie.<sup>26</sup> Imaginemos que algunos lectores de este libro navegan a la deriva en un bote y arriban a una isla desierta que carece de propietario. Imaginemos también que todos tienen igual interés por poseer tierras en la isla. Podríamos asignar a un individuo la tarea de organizar su distribución, para lo que tendría que inspeccionar la isla y dividirla en parte iguales. Para garantizar la imparcialidad destinaríamos a esta persona la parcela de tierra

que nadie quiera, la restante después de haber elegido todos. La persona encargada de la distribución pondría sumo cuidado en dimensionar las parcelas para asegurarse de que todas son iguales, o de que, si resultasen desiguales, dicha desigualdad conllevarse algunas ventajas para la persona que reciba la menor parcela, de modo que fuese tan deseable como las demás. Éste sería un procedimiento para conseguir una justa distribución de la tierra, ya que nadie tendría motivos para protestar por la parcela recibida. Se seguiría un procedimiento que protegiese los intereses de todas las personas.

Rawls desarrolló este procedimiento a gran escala, en función de una actitud contractual ahistórica, que sirve de recurso explicativo para poner al descubierto las consecuencias de una versión democrática liberal de la justicia y la imparcialidad. Presenta su postura intelectual pidiéndonos que imaginemos cómo sería a este tenor una distribución justa de los bienes sociales primarios. Al hacerlo, parte del supuesto de que las cosas de este mundo todavía no son propiedad de nadie. Presume también que todos desean una distribución igual de los ingresos y de la riqueza, salvo que la distribución desigual sea en ventaja de quien haya recibido la asignación menor. Rawls desarrolla el mecanismo conceptual de este sistema en torno a seis nociones claves: a) que existe una única visión normativa poco consistente de lo que caracteriza a un contratante racional, concretamente, alguien a quien desagrade el riesgo y es, por consiguiente, enemigo de asumir el de resultar miembro de una clase explotada (lo que podría ocurrir, por ejemplo, en un esquema utilitario que distribuyese los bienes sociales primarios con vistas a crear el mayor bien para el mayor número, pero con la posibilidad de perjudicar a un pequeña minoría),<sup>27</sup> pero que también b) carece de envidia, por lo que aceptaría distribuciones desiguales si redundan en beneficio de la clase menos favorecida de la sociedad<sup>28</sup> (asegurando con ello a todo el que se arriesga a una distribución desigual frente a la posibilidad de recibir menos de lo que recibiría en una distribución igual), c) que estos contratantes racionales tienen ciertos intereses expresados en una teoría mínima o poco coherente del bien, que sustenta una ordenación léxica concreta de los bienes sociales primarios, y que sitúa la libertad por encima de todos los demás,<sup>29</sup> d) que se puede especificar un estado de referencia de la igualdad (esto no se podría realizar si no existiese un acuerdo fundamental acerca de los valores, de forma que se pueda calcular la igualdad), e) que los

contratantes actúan como si fuesen cabeza de familia, y f) que podemos imaginar a estos contratantes racionales decidiendo sus circunstancias desde la perspectiva de una postura contractual original, según la cual desconocen las circunstancias que, de otro modo, los convertirían en contratantes influidos por prejuicios; circunstancias como a) su posición en la sociedad, b) sus ventajas y capacidades naturales, c) su concepto del bien, incluido su plan racional de vida, d) las particulares circunstancias de su sociedad, e) las características especiales de su psicología y f) la generación a la que pertenecen.<sup>30</sup>

Al situar la distribución de ventajas y capacidades naturales tras el velo de la ignorancia, así como la posición que se ocupa en la sociedad, Rawls borra muchas de las habituales líneas divisorias entre lo injusto y lo desafortunado. Sus contratantes hipotéticos quieren estructurar la sociedad de tal modo que queden compensados por haber recibido menos posesiones y talento, y así convertir en injustas las ventajas que no han sido corregidas y que se desprenden de tales posesiones y talento. De este modo Rawls intenta alcanzar una obligación moral que compense las demás por los desafortunados resultados de la lotería natural (es decir, los resultados de las fuerzas naturales) y de la lotería social (o los resultados de las elecciones individuales y sociales). Si ignoramos si la lotería natural o social nos va a favorecer y las cosas todavía no tienen propietario, queremos distribuir los recursos de manera que no resultemos perjudicados por alguna de estas dos loterías. Los resultados desafortunados se convierten de esta manera en resultados injustos, resultados que las personas en su posición de partida pensarían que requieren compensación como elemento de una estructura social aceptable. De este modo, podemos argüir que el seguro de enfermedad es un derecho básico.

Partiendo de estos supuestos, Rawls presenta sus dos principios de justicia como los principios que serían apoyados por las personas que se encontrasen en la posición original.

*Primer principio*

A toda persona le corresponde igual derecho al sistema más amplio de iguales libertades básicas que sea compatible con un sistema similar de libertades para todos.

*Segundo principio*

Las desigualdades sociales y económicas se deben disponer de manera que sean a la vez:

- a) para el mayor beneficio de los menos favorecidos, coherentes con el principio del justo ahorro, y
- b) unidas a un sistema de cargos y preeminencias abierto a todos en condiciones de justa igualdad de oportunidades.<sup>31</sup>

Por lo que respecta a la sanidad, habrá que decidir si ésta se rige por el primer principio (a saber, si es una condición de la libertad), o por el primero o por el segundo apartado (a saber, si es una condición de justa igualdad) del segundo principio.

Si la asignación de recursos sanitarios es como la de los ingresos y la riqueza, se justificarán las diferencias de asignación en la medida en que estas diferencias redunden en beneficio de las clases menos favorecidas. Existirá el problema de definir esas clases menos favorecidas con arreglo a características económicas o bien a características económicas más status sanitario.<sup>32</sup> Como mínimo, resulta difícil entender por qué los contratantes, dada la referencia que hace Rawls de su aversión al riesgo, no exigirían que la distribución de los recursos redundase en beneficio de los absolutamente menos favorecidos médicamente, hasta el punto de que dicha redistribución provocase un descenso del nivel de bienestar de los menos favorecidos. La exigencia de proporcionar tratamiento de coste elevado y bajo rendimiento a quienes fueran a morir prematuramente o a los jóvenes incapacitados sería probablemente significativa. Si la asignación de los recursos sanitarios es una parte esencial de la justa igualdad de oportunidades, la asignación de recursos a la asistencia sanitaria tendrá que ser previa a la asignación de recursos a otros bienes sociales primarios, como la ayuda a los ingresos o a alcanzar un nivel de vida atractivo. Mejorar la salud o compensar por sufrir incapacidad, precederían al aumento de bienestar de la clase menos favorecida, que de otro modo se hubiese tenido en consideración. Si esto fuese así, nos tendríamos que enfrentar a grandes exigencias por parte de los incapacitados o de quienes mueren prematuramente, lo que conduciría a gastar una parte importante de los recursos en la busca de sólo un modesto aumento del status sanitario con el fin de lograr un incremento mínimo de la igualdad de oportunidades. Dado que en materia sanitaria la igualdad de oportunidades parecería incluir el vivir saludablemente hasta la mediana edad, si no el tener una expectativa de vida igual a la mayoría, se quitarían recursos a los ancianos para dárselos a los jóvenes y así postergar la muerte y remediar las incapacidades. Las exigencias todavía estarían mejor

fundamentadas si se interpretase la asistencia sanitaria como condición para mantener las capacidades que permiten el ejercicio de las libertades básicas —esto es, desbancarían incluso a las consideraciones de igualdad de oportunidades.

Siguiendo a Nozick, podemos denominar el fundamento ahistórico de la asignación de recursos que utiliza Rawls como «perspectiva del estadio final» de la justicia distributiva, ya que proporciona principios concretos, cuya utilización como base de la distribución de recursos de propiedad colectiva debería ser considerada aceptable por los individuos, si piensan que están situados al margen de todo sistema reconocido de derechos de propiedad y que todo es propiedad colectiva. Nozick, por el contrario, aporta una explicación histórica, partiendo de la base de que: a) el respeto mutuo es condición necesaria de la moral y b) las personas poseen objetos con anterioridad a la configuración de una sociedad determinada y, por consiguiente, los principios de justicia son los de adquisición justa, transferencia justa y retribución por pasadas injusticias en adquisiciones o transferencias, según el principio formal general de justicia: «de cada cual según elija, a cada uno según sea elegido».<sup>33</sup> Como consecuencia, para Nozick los resultados de las loterías natural y social son desafortunados, aunque no injustos, en la medida en que no se han producido bajo la influencia de fuerzas, coacciones o engaños injustificados. Los resultados desafortunados, o también los afortunados, no crean por sí mismos obligaciones de justicia. Para Nozick, los agentes morales no están obligados por consideraciones de imparcialidad a intentar paliar las consecuencias de la lotería natural, por la que unos nacen saludables y otros con enfermedades graves. Además, según este autor, los resultados adversos de la lotería social, por los que unos son ricos gracias a donaciones, herencia o la cooperación de los demás, y otros se empobrecen, son simplemente desafortunados si no ha existido intervención justificada de fuerza social, coacción o engaño. Aunque las personas hayan actuado de forma injusta, y por la cual los individuos responsables tendrán que pagar una compensación, cuando esto no sea posible, las circunstancias, contempladas desde la perspectiva ajena, serán simplemente desafortunadas, ya que los demás no estarán obligados a restituir la situación anterior. El hecho de que algunos no dispongan de medios para pagar la asistencia sanitaria no crea por sí mismo una obligación social de reparación. La circunstancia de que algunas personas posean medios para adquirir asistencia sanitaria que no

está al alcance de otras personas que la necesitan, no supone una afrenta moral.

Estas discrepancias entre Nozick y Rawls se expresan en sus diferentes teorías sobre derechos y propiedad y en concepciones diferentes de la buena y la mala fortuna que no están basadas en principios. Para Rawls, se tiene un derecho justificado a bienes, si ese derecho forma parte de un sistema que garantice el máximo beneficio para los menos favorecidos, sea congruente con un principio justo del ahorro, los cargos y preeminencias están abiertos a todos en condiciones de igualdad y oportunidad justas, y toda persona tenga el mismo derecho al sistema más amplio de iguales libertades básicas compatible con un sistema semejante de libertad para todos. Contrariamente, para Nozick simplemente poseemos los objetos: «los objetos vienen al mundo vinculados ya a personas que tienen derechos sobre ellas». <sup>34</sup> Si uno realmente posee objetos, existirán limitaciones, basadas en la libertad, del principio de la justicia distributiva. No se puede utilizar a personas, o a su propiedad, sin que den su permiso o autorización. Las necesidades ajenas no invalidan nuestros derechos de propiedad. Los lectores de este libro deberían meditar que quizá lleven alianzas de matrimonio y otras alhajas que no son esenciales en sus vidas, alhajas que se podrían vender para comprar antibióticos que salvarían vidas identificables en el Tercer Mundo. Quienes retienen tales chucherías se comportan, en cierto modo, de acuerdo con la postura de Nozick al afirmar «tengo perfecto derecho a conservar mi anillo de boda, aunque su venta pudiese salvar vidas de personas que se encuentran en extrema necesidad».

La explicación de Nozick exige distinguir entre los derechos de una persona y lo que es conveniente o bueno hacer. A veces, vender algo (o todo) de nuestra propiedad para contribuir a la asistencia sanitaria de los necesitados será una buena iniciativa, aunque tengamos el derecho moral secular de negarnos a hacerlo. Este contraste procede de la diferenciación que hace Nozick entre *libertad como coacción indirecta*, como la condición misma para la posibilidad de existencia de una comunidad moral secular y *libertad como un valor entre otros*; contraste que se puede entender como distinción entre las exigencias de justicia basadas en la posibilidad en sí de una comunidad moral, y las que se centran en el interés en bienes y valores determinados, a pesar de los intereses reconocidos en la posición original. Según Nozick, no se puede utilizar a personas libres e inocentes sin su consentimiento, aunque nuestra inter-

vención salve sus vidas procurándoles la necesaria asistencia sanitaria o garantizándoles igualdad de oportunidades. Aunque fuese bueno hacerlo (por ejemplo, en el sentido de salvar vidas), nadie tiene el derecho de hacerlo. Como según Nozick es necesario el consentimiento *real* de personas *reales* para poder respetarlos como personas libres, sus derechos pueden obstaculizar moralmente la búsqueda de muchos objetivos moralmente valiosos. Rawls, por el contrario, contempla la libertad como un valor. Por consiguiente, al crear instituciones justas, Rawls no exige que los implicados den realmente su consentimiento, y, consiguientemente, permite la restricción del derecho a la autodeterminación con el fin de alcanzar objetivos sociales importantes.

La diferencia entre las posturas de Rawls y Nozick procede en gran medida de la circunstancia de que la teoría rawlsiana de la justicia se centra en su invitación a imaginar lo que supondría bosquejar los principios de justicia como imparcialidad, de manera que sin importar la clase social en cuyo seno se haya nacido, nadie tendrá motivos para pretender que pertenecer a dicha clase, sea racionalmente inaceptable. Visto desde esta perspectiva, hay que corregir tanto la buena suerte como el infortunio. Toda distribución causada por la fortuna se debe enfocar desde la perspectiva de la posición original. Sin embargo, en materia sanitaria esta perspectiva no parece ofrecernos una guía útil a la hora de tomar decisiones difíciles (por ejemplo, cómo sopesar la importancia de evitar una muerte prematura con la importancia de evitar el sufrimiento). Además, en la medida en que sí tuviésemos esta guía a nuestra disposición, esta perspectiva podría generar exigencias incontrolables (por ejemplo, hacer todo lo posible para igualar las expectativas de vida o para compensar por la incapacidad padecida). Si las personas realmente poseen los objetos, Nozick no ve la razón de que haya que asumir un punto de vista ahistórico. Una posición como la de Rawls ofrece un principio de justicia distributiva, que los individuos racionales sólo considerarían normativo si las personas no se poseyeran ya a sí mismas y a los objetos de forma privada, y además abrazaran ciertas visiones concretas de la racionalidad y de la justicia. Sin embargo las personas ya se poseen a sí mismas y a los objetos de forma privada, tal como arguye Nozick y como hemos demostrado en el capítulo V de este libro. La libertad no representa simplemente un valor entre otros, sino que es la fuente de autoridad moral expresada en forma de la elección o del permiso. Es la fuente de la autoridad moral cuando colaboran extraños morales.



De esta forma podemos conseguir un fundamento para el punto de partida de Nozick, que de otra forma no podríamos obtener.<sup>35</sup> Podemos formular las aseveraciones de Nozick en los términos kantianos de los capítulos III y IV, si interpretamos que exponen las condiciones necesarias para la posibilidad de una estructura moral que pueda vincular a extraños morales. El Estado limitado es la estructura dotada de autoridad moral, que los miembros de diversas comunidades morales pueden reconocer, siendo extraños morales, como moralmente vinculante. Como consecuencia de esta justificación, aun si se pudiese efectuar una distribución justa en términos rawlsianos, ésta sólo representaría un punto de vista ideológico y no tendría una autoridad vinculante de forma general. Además si se llegasen a producir unas circunstancias que se ajustasen a los requerimientos rawlsianos, el individuo tendría autoridad moral secular porque podría eliminar dichas circunstancias por medio de sus propias transacciones voluntarias. Dado que la autoridad procede del individuo, es éste quien otorga a las estructuras públicas su categoría moral. Expresando este hecho de un modo algo simplificado, diríamos que la autoridad proviene del gobernado y no de una visión de la justicia y de la imparcialidad racionalmente autoritativa. Contemplando la situación desde esta perspectiva, la cantidad apropiada de recursos destinada a la sanidad no se debe descubrir en una posición original, sino que se debe establecer a través de un acuerdo. No debemos intentar lo imposible para derivar principios normativos dotados de contenido, como si fueran conejos en una chistera filosófica, sino que, por el contrario, la autoridad se obtiene a partir del consentimiento otorgado por individuos reales.

El antagonismo entre Rawls y Nozick se puede apreciar en términos más generales como el contraste entre dos principios de justicia bastante diferentes, cada uno de los cuales trae consigo consecuencias notablemente diferentes para la asignación de recursos sanitarios.

1. La justicia basada en la libertad o en el permiso hace referencia a las distribuciones de bienes que se realizan en consonancia con la noción de una comunidad moral secular como estructura social pacífica que vincula a extraños morales, a miembros de diferentes comunidades morales concretas. La justicia entendida de esa forma requiere, por tanto, el consentimiento de las personas implicadas en el nexo histórico de las instituciones vinculadas a la

justicia y la conformidad con el principio de permiso. El principio de beneficencia sólo es alcanzable con sujeción a las limitaciones dimanantes del principio de permiso.

2. La justicia basada en los objetivos pretende conseguir el bien del individuo en una sociedad en la que la realización de la beneficencia no se vea constreñida por un riguroso principio de permiso. Una justicia que variará según se pretenda a) dar a cada uno una parte igual, b) dar a cada uno lo que necesita, c) dar a cada uno una distribución como parte de un sistema que tiene como fin lograr el mayor beneficio y el menor perjuicio para el mayor número de personas y d) dar a cada uno una distribución como parte de un sistema que tiene como fin maximizar las ventajas de las clases menos favorecidas, en condiciones de igual libertad para todos y de justas oportunidades.

Las asignaciones de asistencia sanitaria acordes con una justicia basada en la libertad o en el permiso se producirán con grandes limitaciones derivadas del respeto hacia los libres deseos de las personas y sus derechos de propiedad. Las asignaciones de asistencia sanitaria acordes con la justicia basada en objetivos tendrán que establecer lo que significa proporcionar un modelo asistencial justo, así como en qué consiste la verdadera necesidad, no los meros deseos, y cómo establecer un orden de prioridades entre distintos objetivos sanitarios, así como entre éstos y otros objetivos no sanitarios. Este enfoque de la justicia en el ámbito sanitario tendrá que encontrar un modo de descubrir ahistóricamente el modelo adecuado para la distribución de recursos.

Ambos enfoques de la justicia, el basado en la libertad y el basado en los objetivos, son contradictorios porque ofrecen interpretaciones divergentes de la máxima: *Justitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuens* («justicia es la voluntad constante y perpetua de dar a cada uno lo suyo»).<sup>36</sup> El enfoque basado en la libertad o en el permiso defiende que la justicia consiste ante todo y sobre todo en dar a cada uno el derecho de ser respetado como persona libre en su disposición de servicios personales y bienes privados: los individuos tienen derecho (*ius*) a que su autoridad sobre su propia persona y su propiedad sea respetada. Por el contrario, el enfoque basado en los objetivos mantiene que la justicia consiste en recibir una parte de los bienes, lo que se justifica invocando una serie de criterios ahistóricos que especifican lo que es una parte o porción justa, es decir, qué porción se le debe a cada

uno. Como existen varios sentidos de lo que es una porción justa (es decir, de una porción igual, de una porción congruente con el sistema que maximiza los beneficios y minimiza los perjuicios, etc.), en la asistencia sanitaria, y bajo la rúbrica de justicia basada en los objetivos, confluirán varios sentidos enfrentados de lo que es justicia.

Aquí volvemos a las cuestiones fundamentales, a las que ya nos referíamos en los capítulos III, IV y V. No existe una visión moral canónica, ni una interpretación de las exigencias básicas sobre los recursos, en función de las cuales se pueda fundamentar la exigencia de igualdad, como tampoco existe un modo de clasificar la libertad económica frente a la libertad política, o a verse exento de ser amenazado por la violencia arbitraria sin que se plantee la petición de principio fundamental acerca de cuál de esas exigencias es la más importante. Como señalábamos anteriormente, si se reconstruyen las intuiciones morales bien fundamentadas de un liberal de Cambridge, Massachussets, éstas diferirán bastante de las de quienes simpatizan con el gobierno de Singapur. La selección de una teoría poco coherente del bien que sirva de motivación a los contratantes que se encuentran en la situación original depende de una elección que no se puede justificar en términos seculares generales. No existe una interpretación canónica de lo que hay que considerar como riesgos aceptables, así como tampoco disponemos de una visión dotada de contenido y canónica de la justicia para crear una política de asistencia sanitaria secular. Por consiguiente, la justificación de las decisiones en lo que respecta a la asignación de recursos se debe limitar a los recursos colectivos, ya que estas decisiones obtienen su autoridad tan sólo del permiso de los implicados.

Contemplada bajo esta luz, se puede reformular la explicación de Nozick, se puede fundamentar e, incluso hasta cierto punto, se puede utilizar para ilustrar el dilema en que se encuentra la asistencia sanitaria secular en los Estados en gran escala. La autoridad para distribuir los bienes debe proceder del común acuerdo, ya que no existe una visión dotada de contenido canónica del bien o de la justicia. Si los Estados poseen legítimamente propiedad colectiva, ésta puede ser legítimamente objeto de decisiones asignacionales con las que se persigue la constitución de esos mismos Estados, pero habrá que distinguir cuidadosamente entre propiedad privada y colectiva. Además, no se podrá utilizar a las personas, ni a su propiedad ni servicios, sin su permiso.

### *La inevitabilidad moral de un sistema sanitario de varios niveles*

Un sistema sanitario es el intento colectivo de asegurarse contra las pérdidas sufridas en la lotería natural y social planeando racionalmente la beneficencia humana. Su función es restarle fuerza a las tragedias de la naturaleza, así como a las elecciones inicuas e indiferentes de las personas, incluyendo a quienes no muestran compasión hacia los necesitados. Son constructos sociales dirigidos a liberar a las personas de algunas ansiedades asociadas al miedo a la enfermedad y a la muerte.<sup>37</sup> Son uno de tantos intentos humanos de hacer más llevadera la naturaleza a las personas.

El análisis que hacemos en este libro de los principios de permiso y beneficencia, así como de los derechos de propiedad, refrenda un sistema sanitario de varios niveles. Por una parte, no toda propiedad es privada. Las naciones y otras organizaciones sociales pueden invertir sus recursos colectivos en asegurar a sus miembros frente a las pérdidas en las loterías natural y social. Por otra parte, y como veíamos en el capítulo VI, no toda propiedad es colectiva. Existen derechos privados que las personas pueden cambiar por servicios ajenos. La existencia de un sistema de varios niveles (oficial u oficiosamente) en casi todas las naciones y sociedades, refleja la existencia de derechos públicos y privados, de elecciones sociales y de aspiraciones individuales. Un sistema a dos niveles, con desigualdades en la distribución de asistencia sanitaria, es algo materialmente inevitable moral y prácticamente.

En presencia de tragedias inevitables e intuiciones morales contrapuestas, un sistema de asistencia sanitaria de varios niveles representa en muchos aspectos un compromiso. Por una parte ofrece cierta cuantía de asistencia sanitaria para todos, mientras que, por otra parte, permite a quienes tienen recursos adquirir servicios mejores o adicionales. Puede apoyar el uso de recursos públicos para la prestación de un nivel mínimo decente de asistencia sanitaria para todos, al tiempo que reconoce que algunos individuos disponen de recursos privados para adquirir mejor asistencia. Mientras que en un sistema igualitario la tendencia a buscar un tratamiento más que igual para uno mismo y para las personas queridas se convierte en una disposición rencorosa, un sistema de varios niveles permite la expresión del amor individual y la persecución de la ventaja privada, al tiempo que apoya la solidaridad social general para con los necesitados. Mientras que en un sistema igualitario se debe suprimir la tendencia humana, ampliamente di-

fundida, de invertir recursos privados en la búsqueda de una mejor asistencia para las personas queridas, un sistema de varios niveles admite la legitimidad de expresar tales inclinaciones. Un sistema de varios niveles a) debe apoyar a proveedores y consumidores individuales contra intentos de intrusión en su derecho a la libre asociación y a la utilización de sus propios recursos, aunque b) puede permitir la creación de derechos positivos a recibir asistencia sanitaria para los individuos que no han resultado beneficiados en la lotería social.

Lo esencial será decidir cómo definir y proporcionar un mínimo decoroso como soporte para todos los miembros de la sociedad, a la vez que se permite que el dinero y la libre elección configuren niveles especiales de servicios para las personas acaudaladas. El problema radica en definir lo que entendemos por «mínimo decoroso» o «cantidad mínima adecuada» de asistencia. Al abordar esta cuestión, la Comisión Presidencial Norteamericana sugirió en 1983 que en gran medida hay que crear, más que descubrir, el contenido mediante procesos democráticos y por las fuerzas del mercado. «En una democracia es el pueblo quien, dando expresión a sus valores, tanto a través de procesos sociales y políticos, como en el mercado, hace la valoración final de los resultados de políticas determinadas». <sup>38</sup> Sin embargo, esta Comisión también sugirió que el concepto de idoneidad se puede descubrir recurriendo a la cantidad de asistencia que satisfaría las pautas de un ejercicio médico solvente. «La suficiencia exige que cada uno reciba la asistencia sanitaria que satisfaga las pautas del ejercicio solvente de la medicina». <sup>39</sup> Pero lo que signifique «ejercicio médico solvente» dependerá de las interpretaciones concretas de culturas particulares. Los criterios de un ejercicio solvente se crean y se descubren. La inevitabilidad moral de múltiples niveles de asistencia conlleva múltiples niveles de un ejercicio solvente y correcto de la medicina. <sup>40</sup>

En efecto, los argumentos expuestos en los capítulos III, IV, V y VI nos llevan a concluir que el concepto de asistencia adecuada no se puede descubrir fuera de una visión determinada de la buena vida y del ejercicio correcto de la medicina. En países que engloban numerosas comunidades morales, habrá que crear una percepción de lo que se quiere decir con «nivel adecuado» o «mínimo decoroso» de asistencia sanitaria, si es que se puede crear, mediante discusiones abiertas y una negociación imparcial. En algunas pequeñas comunidades, como la de los BaMbuti, se dedicarán pocos recursos colectivos a las tareas de la sanidad moderna, ya

que para ellos un nivel decoroso de asistencia será el de poca o ninguna asistencia. En países como el Reino Unido, ese mínimo decoroso no incluye la diálisis para personas por encima de una edad determinada, y cirugía coronaria sólo para los candidatos más prometedores (o por lo menos, existirán modos informales de desestimular ese tratamiento). <sup>41</sup> A mucha gente de otros países, estos niveles mínimos de inversión no les parecerán decorosos. Los católicos romanos, y otras personas, en el Reino Unido no aceptarán que el Servicio de Sanidad Pública (*National Health Service*) proporcione servicios de aborto. Por consiguiente, será moralmente problemático decidir en qué debe consistir el «paquete» básico de asistencia sanitaria en el Reino Unido.

A través de la negociación se llega a una cuantía de asistencia sanitaria que se convierte *de facto* en la cuantía mínima decorosa para una comunidad, aunque queda abierta a ulterior crítica, discusión o alteración. En grupos sociales pequeños, en los que las personas comparten un punto de vista común de la buena vida, se puede apelar a una visión común para decidir cuál es el mínimo decente de asistencia sanitaria, pero las visiones morales varían en las diferentes comunidades, así como las concepciones de lo que constituye un mínimo decente de asistencia sanitaria o un nivel de servicios que concuerde con el sólido ejercicio de la medicina. Esta diversidad justifica que grupos concretos ofrezcan «paquetes» concretos de asistencia sanitaria. Podemos imaginar, por ejemplo, que la Iglesia Católica Romana exigiría que sus fieles entregasen un 40% del diezmo que deben a la Iglesia a la asistencia sanitaria, para así evitar tener que apoyar una asistencia moralmente impropia (el aborto o la eutanasia, por ejemplo), y de este modo establecer un «paquete» básico a escala mundial para todos sus miembros. Así, todos los católicos romanos podrían llevar consigo en todo el mundo un «paquete» básico de servicios garantizado, que concordaría con sus compromisos morales. Quienes desearan algo más, podrían adquirirlo. La asistencia se recibiría *secundum status*.

En comunidades que no comparten una visión moral será el diálogo entre los ciudadanos, los políticos y los expertos en materia sanitaria el encargado de encontrar las respuestas y modelar un «paquete» básico de asistencia sanitaria para todos los ciudadanos, pero la existencia de diferentes niveles de asistencia será inevitable. Quienes posean recursos exigirán asistencia básica de primera clase junto con asistencia complementaria. Utilizando una metáfora de Gilbert Welch, podemos decir que se puede ofrecer a

todos asistencia sanitaria de tipo *coach* de forma que nadie reciba tratamiento de tipo *stand-by*, pero siempre habrá alguien que reciba asistencia del tipo *business class* y *first class*.<sup>42</sup>

El denominado «Plan de Oregón» es el mejor ejemplo de un modo de crear un «paquete» básico de asistencia sanitaria por medio del diálogo abierto y democrático.<sup>43</sup> Este plan se diseñó con el objetivo de dar asistencia sanitaria a todos los habitantes de Oregon situados por debajo del nivel mínimo de pobreza. Se pretendía reducir la utilización de intervenciones médicas de coste elevado y bajo rendimiento con el fin de ofrecer a todos los indigentes un nivel de asistencia que garantizara un descenso de la tasa de morbilidad y de mortalidad igual que el conseguido mediante la asistencia básica garantizada en otros muchos países.<sup>44</sup> Se confiaba poder exigir a todos los patronos que ofreciesen este «paquete» mínimo a sus empleados. Se hizo una encuesta para determinar qué importancia otorgaban los ciudadanos a los diversos servicios de asistencia sanitaria que se ofrecían. Se realizaron reuniones públicas en cuarenta y siete de los cuarenta y nueve condados de Oregon para investigar el interés mostrado por diferentes tratamientos. Después de todo, hay que decidir si un «paquete» básico de asistencia debe cubrir tanto cuidados básicos como cuidados intensivos para neonatos, cuyo peso sea inferior a los quinientos gramos. El Plan de Oregon estaba firmemente a favor de la prestación de asistencia sanitaria a varios niveles. No se consideraría a los profesionales sanitarios responsables civil o penalmente si no proporcionaban tratamiento, en el caso de que el tratamiento en cuestión no estuviese cubierto por el Plan de Oregon básico, pero ellos hubiesen indicado su conveniencia y la necesidad de adquirirlo con medios privados.

El Plan de Oregón no llegó a configurarse como un programa global y reductor de gastos para los ciudadanos de Oregón debido a que la ley federal y los limitados derechos efectivos de los Estados obligaron al Plan de Oregón a abordar únicamente cuestiones de *Medicaid* y del seguro obligatorio para empleados, y también debido a la intrusión del *Americans with Disabilities Act* (el Plan de Oregón no ofrecía cuidados intensivos para los recién nacidos de peso inferior a 500 gramos, ni transplantes de hígado a alcohólicos que no hubiesen dejado de ingerir alcohol durante seis meses, y estas omisiones se consideraron discriminatorias). Con todo, el plan demostró que se podía establecer un diálogo entre los ciudadanos, los políticos y los expertos en materia sanitaria, cuyo objetivo fue-

se crear un «paquete» básico de cuidados sanitarios sin interferir en el derecho de los individuos a adquirir un mejor cuidado básico o cuidados adicionales. Sentó las bases de un importante logro cultural: reconocer y trabajar dentro de las limitaciones impuestas por el carácter probabilístico de la realidad del ámbito sanitario y por la naturaleza limitada de la autoridad moral, de la vida humana y de los recursos humanos.

El Plan de Oregón representó un primer paso vacilante y la difícil ruptura con la ideología norteamericana acerca de la sanidad y los engaños a que conducía. Visto en esta luz el Plan de Oregón tenía la virtud especial de reconocer: a) la inevitabilidad moral de la desigualdad en el ámbito sanitario; b) la necesidad moral de crear el carácter adecuado de los «paquetes» básicos de asistencia sanitaria, antes que descubrir el contenido apropiado; c) la necesidad moral de reconocer la finitud de la vida y de los recursos y, por consiguiente, de poner un precio al salvamento de vidas y al tratamiento del sufrimiento, de la incapacidad y de la deformidad; d) la concesión moral de responder con compasión y altruismo, expresada en la configuración de un «paquete» básico sanitario financiado con recursos públicos; e) el desafío moral que supone sostener una cultura secular capaz de jugar con la vida y el sufrimiento humanos en presencia de autoridad y visión moral limitadas; y f) la necesidad moral que conduce al carácter limitado de todos los proyectos seculares, inclusive el de tratar médicamente la enfermedad, la incapacidad y la deformidad.

Sometiéndolo a la interpretación más amplia posible, podemos considerar que el Plan de Oregón señala la inevitabilidad moral del principio que presentamos a continuación a la hora de configurar la asignación de asistencia sanitaria.

#### Principio de asignación de la asistencia sanitaria

Las personas tienen la libertad de adquirir la asistencia sanitaria que deseen comprar y de ofrecer la asistencia sanitaria que otros deseen adquirir.

A. El principio de permiso permite actuar a las personas que poseen recursos comunes de forma benéfica creando un «paquete» sanitario, que se puede garantizar a otros estableciendo expectativas básicas concernientes al tratamiento. Este principio reconoce las siguientes limitaciones morales seculares:

1. La inevitabilidad moral de un nivel privado de asignación de asistencia sanitaria.
2. Un nivel de sanidad público puede, pero no tiene que ser financiado con fondos públicos.
3. Toda clasificación o comparación de necesidades y deseos en materia sanitaria tiene que ser creada porque no existe una clasificación o comparación canónica normativa, que se pueda descubrir secularmente, de las necesidades y deseos sanitarios entre sí o con otras necesidades y deseos.
4. En casi todas las circunstancias moralmente defendibles, la asistencia sanitaria se tiene que proporcionar a varios niveles, de modo que cuando se ofrece un «paquete» básico al indigente, las personas acaudaladas puedan adquirir «paquetes» más amplios.
5. Un plan global, como el existente en Canadá, está prohibido porque viola principios fundamentales de la moralidad secular y es, en este sentido, inmoral.
6. La desigualdad en la asistencia sanitaria es moralmente ineludible, ya que los individuos son libres de diferir en el alcance de sus necesidades y recursos.

B. Máxima: Da a quienes necesiten asistencia sanitaria lo que ellos, tú, u otras personas estéis dispuestos a pagar o a proporcionar gratuitamente.

Este principio, al igual que todos los principios enumerados en este libro, resume un elemento de la moralidad que comparten los extraños morales. Subraya el hecho de que el fundamento de la autoridad moral secular que vincula a extraños morales procede del permiso concedido por los individuos. El principio de la distribución de asistencia sanitaria no pone al descubierto lo que es bueno, conveniente, loable o moralmente apropiado que las personas proporcionen a otros necesitados de cuidados sanitarios. Esto sólo se puede descubrir en el seno de la comunidad apropiada de amigos morales.

*Conclusiones: la creación de derechos a recibir asistencia sanitaria frente a la diversidad moral*

Los sistemas sanitarios concretos, que conllevan niveles básicos garantizados concretos de servicios sanitarios, son un reflejo

de elecciones implícitas y explícitas de objetivos y valores; implican que ciertos objetivos y valores se clasifican en un nivel más alto que otros. La circunstancia de que en un sistema o nivel a los pacientes les sean garantizados unos cuidados que no recibirán en otros, de que unos pacientes que pueden ser salvados en un sistema o nivel, mueran en otros por no recibir la misma asistencia, no es testimonio de delincuencia moral, sino de los diferentes poderes, fortunas, elecciones y visiones de los hombres y mujeres libres. Nuestra capacidad para descubrir secularmente lo que conviene hacer colectivamente es limitada. La autoridad moral que poseemos para exigir a otros que estén de acuerdo con una visión moral o una concepción dotada de contenido de la justicia y de la imparcialidad concreta es restringida.

Nuestras limitaciones morales seculares representan argumentos en contra de la uniformidad de los «paquetes» de asistencia sanitaria y a favor de la aceptación de diferentes modos de enfocar la prestación de asistencia sanitaria. Uno de los argumentos más convincentes que apoyan el reconocimiento de esta diversidad está enraizado en la obligación de no interferir en la valoración religiosa pacífica de la inmoralidad de muchos de los servicios sanitarios que los no creyentes no consideran problemáticos (por ejemplo, el aborto). Además, el interés por la comodidad y por una calidad superior de tratamiento hace que los «paquetes» básicos aumentados y los «paquetes» adicionales sean más atractivos a los ojos de quienes poseen los recursos necesarios para adquirirlos. Si se toma la diversidad moral en serio, expresada tanto en forma de concepciones religiosas como en forma del deseo por unos cuidados aumentados o superiores, se tiene que tolerar la creación de sistemas sanitarios paralelos, que ofrecen diferentes «paquetes» básicos de asistencia. Las preocupaciones, que ya planteamos en los capítulos VII y VIII, respecto a la incorrección moral de gran parte de las intervenciones que las instituciones morales seculares deben tolerar, refuerzan aún más la obligación de reconocer en el ámbito sanitario la diversidad que caracteriza a la condición humana. Cuando nos encontramos como extraños morales debemos acordar decidir imparcialmente qué vamos a realizar juntos. Cuando no podamos descubrir de forma conjunta qué debemos hacer, tendremos que acordar pacíficamente seguir nuestros propios caminos.

## CAPÍTULO X

### LA REMODELACIÓN DE LA NATURALEZA HUMANA Y LA BÚSQUEDA DE LA VIRTUD JUNTO CON EXTRAÑOS MORALES: RESPONSABILIDAD CARENTE DE CONTENIDO MORAL

Nos encontramos solos. Nos hemos refugiado en nuestros propios recursos. Sin fe, estamos condenados a guiarnos por nosotros mismos. Durante un tiempo Sísifo deberá enfrentarse desafiadamente a la roca. Para algunos «la lucha misma por llegar a la cima es suficiente para llenar el corazón de un hombre. [Algunos] piensan que Sísifo es feliz» y no que está atormentado.<sup>1</sup> En el acto de rebelión existe un íntimo, aunque perverso, gozo.<sup>2</sup> Pero sea cual fuere la situación de los dioses, nosotros, al contrario que Sísifo, no empujamos la roca eternamente; nosotros tomamos nuestras decisiones ante la muerte y junto a quienes no comparten nuestras convicciones últimas. El pensamiento contemporáneo se caracteriza por un creciente distanciamiento de una orientación y propósitos últimos. Con la intención de encontrar un sentido, y careciendo de una intención última, centramos la atención sobre nosotros mismos. Armados con una visión humana empobrecida y sin una guía final, nos enfrentamos, como extraños morales, en el contexto de la moralidad secular a elecciones cuasi divinas.

En estas circunstancias, nos vemos obligados a articular una ética y una bioética seculares. La bioética secular se encuentra enmarcada en un contexto de desmoronamiento moral de grandes dimensiones y de reorientación intelectual. Nuestra cultura dominante ya no es capaz de encontrar nuestro lugar especial en el universo. Se han abandonado los compromisos que durante un milenio dieron forma a nuestro pensamiento. Una serie de sucesos y de personas han representado un papel primordial en estos cambios dramáticos. Nicolás Copérnico, amanuense de la catedral de Frauenburg en la Prusia Oriental, con su *De Revolutionibus orbium caelestium* (1543) propició involuntariamente una visión que oculta nuestra unicidad cósmica, y consolida una perspectiva laica

de la realidad. El cambio de perspectiva astronómica resultó metáfora de una radical alteración en el modo de entender nuestra condición. Ya no nos consideramos el centro de todas las cosas, sino que vivimos en un oscuro planeta que gira alrededor de una estrella insignificante que, a su vez, es parte de una entre innumerables galaxias. Ya no hay nada especial acerca de quiénes somos. Como reconocía Nietzsche, la ciencia moderna ha sido una fuente de nihilismo.<sup>3</sup> Con la publicación el 24 de octubre de 1859 de la obra de Charles Darwin y A. R. Wallace *Sobre el origen de las especies por selección natural o la conservación de las razas favorecidas en la lucha por la vida* nuestra posición especial como seres humanos parece igualmente haber dejado de estar claramente definida. Pasamos a contemplar nuestra naturaleza como un resultado del azar. En lugar del origen de la naturaleza humana a partir de un acto creativo divino, «Adán, el hijo de Dios» (Mateo 3:38), se nos ofrece *El origen del hombre y la selección en relación al sexo* (1871).

Finalizamos este libro donde empezábamos. En el momento actual nos encontramos en una situación que es el resultado de los profundos cambios enumerados en las líneas precedentes. Nos enfrentamos al desafío de colaborar como extraños morales en un mundo secular carente de contenido moral canónico que nos sirva de orientación. Comenzábamos con las consecuencias que esta situación tiene para los aspectos morales de la asistencia sanitaria, para crear una bioética secular. Cuando no éramos capaces de descubrir pautas morales seculares finales, examinábamos qué pautas morales están a nuestra disposición. En el capítulo VI sugeríamos que estos problemas no sólo están relacionados con valores morales, sino con los valores en general, y en particular con los asociados a criterios de enfermedad y salud. No solamente nos preocupa lo que hombres y mujeres deban hacer, cómo y qué deben ser, sino de qué modo podemos remodelarnos, dado que la medicina y las ciencias biomédicas son, cada vez más, medios para remodelar y rehacer la naturaleza humana. Estas decisiones implican valores estéticos que afirman lo que es la buena forma y estructura humana. Estos criterios también implican puntos de vista sobre lo que es natural o antinatural.

El recurso a la naturaleza humana como guía de la acción moral ya no está a nuestra disposición, cuando ya no somos capaces de reconocer un designio, sino sólo las fuerzas ciegas de la mutación y de la selección natural, lo que nos lleva en el contexto secular general —como afirmábamos en el capítulo VI— a especificar

enfermedades, en función de los valores propios de culturas e individuos concretos. Ya que la composición de los valores que estructuran el lenguaje de la enfermedad y de la salud son creados, pero también descubiertos, todo recae nuevamente en nosotros. El resultado se traduce en desorientación, en el sentido de pérdida de asideros trascendentes, y también en una reorientación en función de lo que podríamos llamar un nuevo asidero trascendental: las personas como centro y fuente de significado. Aunque no reconozcamos nuestro lugar especial en la naturaleza y, aunque nuestra naturaleza como seres humanos parezca el resultado arbitrario de ciegas fuerzas causales, podemos emitir juicios sobre nosotros mismos.

Existe una distancia entre lo que somos como personas y lo que somos como seres humanos, y es el abismo que se abre entre un ser reflexivo y manipulador y el objeto de sus reflexiones y manipulaciones. Desde nuestra perspectiva como persona con concepciones, opiniones y esperanzas particulares, podemos decidir si el nuestro es el mejor lugar del universo. Si lo creemos insatisfactorio, todavía podemos idear modos de cambiar nuestra situación. Podemos decidir si la nuestra es la mejor de las naturalezas y buscar modos de remodelarla, si creemos que lo necesita. Nosotros, como personas, podemos hacer de nuestros cuerpos objetos de nuestro juicio y manipulación, discernir de qué modo hubiésemos sido mejor modelados y diseñar, de acuerdo con ello, nuestra reconstrucción genética.

Hasta ahora nuestras intervenciones han sido modestas. Mediante la inmunización tanto activa como pasiva, hemos conseguido inmunidad frente a las enfermedades sin padecer realmente dichas enfermedades. Hemos desarrollado válvulas y articulaciones protésicas. Hemos aprendido a controlar los mecanismos humanos normales que rechazan tejidos extraños, para llegar al trasplante de órganos. Al desarrollar los anticonceptivos, hemos comprendido los mecanismos hormonales, hasta el punto de romper el vínculo natural entre el acto sexual y la reproducción.<sup>4</sup>

En el futuro aumentará nuestra capacidad de dominar y manipular la naturaleza humana adaptándola a objetivos previamente seleccionados por las personas. Al desarrollar la capacidad de profundización en la ingeniería genética, no sólo de células somáticas, sino de la línea germinativa humana, podremos configurar y modelar nuestra naturaleza a imagen y semejanza de los objetivos elegidos por las personas humanas, y no por la naturaleza o por Dios.



Al final, todo esto significaría un cambio tan radical en nuestra naturaleza humana que los taxonomistas del futuro seguramente contemplarán a nuestros descendientes como una especie nueva. Si no existe nada sagrado en la naturaleza humana (y ningún argumento meramente secular puede revelar lo sagrado) no existe razón —con la precaución que es de rigor— para que no se pueda cambiar radicalmente. Este replanteamiento secular de nuestra naturaleza nos lleva a entender más claramente la afirmación de Protágoras: «El hombre es la medida de todas las cosas, de las que son en cuanto que son, y de las que no son en cuanto que no son».<sup>5</sup> La persona es la medida de todas las cosas, porque nadie, excepto la persona, puede hacer esta medición. Debemos ser responsables para con nosotros mismos, y en nuestros propios términos, porque reconocemos que la naturaleza o Dios tienen el derecho canónico, dotado de contenido, independiente de exigimos algo y, por desgracia, ni siquiera podemos descubrir un contenido en la responsabilidad contraída con nosotros mismos.

*Dr. Feelgood y la búsqueda de la salud: fármacos, tratamientos, bienestar artificial y la realización de la felicidad*

En su ensayo «Sobre el final de la medicina y la búsqueda de la salud», Leon Kass se compromete a intentar fijar los límites de lo médico.<sup>6</sup> Si la medicina se centra primordialmente en la curación de las enfermedades somáticas, y se pueden descubrir las normas que regulan la salud somática, el alcance de la medicina no dependerá de los deseos individuales ni de caprichos culturales, y podremos discernir fehacientemente la medicina que hay que ejercer. Con razonamientos de esta índole, Kass pretende excluir de la medicina propiamente dicha toda intervención que no remedie problemas somáticos individuales, desde la cirugía estética de anatomías flácidas hasta la inseminación artificial y la fecundación *in vitro*,<sup>7</sup> pero como decíamos en el capítulo VI, estos argumentos no pueden prosperar porque la medicina siempre ha sido un conjunto de empresas centradas en las miles de quejas que nos traen los pacientes sobre incapacidades, dolencias, deformidades y la amenaza de una muerte prematura. La medicina, como veíamos en el capítulo VI, se dirige a un abanico heterogéneo de enfermedades, trastornos, dificultades y problemas que van desde el acné, nalgas flácidas, neurosis, obstrucción de arterias coronarias, hasta el cán-

cer de pulmón, los embarazos no deseados, la esterilidad y la jaqueca. No podemos basarnos en una noción canónica de forma o estructura somática, o en una explicación somática de las enfermedades, los trastornos, las dificultades y los problemas para decidir cuáles son las peticiones que deben respetar los profesionales sanitarios. Se puede realizar una cierta clasificación de tareas sobre la base de si el interés se centra sobre el paciente en función de explicaciones causales anatómico-patológicas y psicopatológicas, más que de las explicaciones de culpabilidad, negligencia y responsabilidad. Vemos que la medicina se singulariza con respecto a otras importantes empresas sociales, en la medida en que queda delimitada a) a causa de especiales valores no morales concernientes a la capacidad humana, la liberación del dolor, la forma adecuada y el alcance de la vida; b) por el carácter de las explicaciones médicas y c) por el carácter del papel de enfermo frente al delincuente, pecador, etc.<sup>8</sup> Aunque estas distinciones pueden ser útiles en algunas circunstancias, no pueden hacer las veces de guía moral para determinar qué es lo que no deben hacer los profesionales sanitarios. Después de todo, hay que esperar que un médico católico romano dé consejo de tipo religioso sobre temas bioéticos en un hospital católico romano.

Nuestra preocupación por la plenitud, por la salud como algo distinto de la mera ausencia de enfermedad, no nos libera de la ambigüedad resultante de un espectro de intereses configurados por un abanico de valores. En este punto tenemos que darle la razón a Christopher Boorse: El concepto positivo de salud gira en torno a objetivos específicos —o a grupos de objetivos— que suelen excluirse mutuamente.<sup>9</sup> Boorse piensa en los tipos incompatibles de excelencia funcional que hacen que una constitución física sea mejor para el maratón olímpico y otra para el levantamiento de pesos. La medicina deportiva, en la medida en que no se dedique simplemente a reparar lesiones atléticas, sino a lograr determinadas capacidades atléticas, se convierte en la búsqueda de una especial comprensión de la salud —de particulares constelaciones de capacidades físicas y psicológicas, de particulares sentidos de plenitud.

Podemos decir aquí que en principio nada malo hay, en términos morales seculares generales, en intentar alcanzar objetivos deportivos concretos haciendo uso de hormonas y fármacos. El problema estriba en que el uso de tales auxilios alterará las características de un deporte que supuestamente se debe practicar sin estimula-

ción médica de la capacidad física, además de exponer a los deportistas que los utilicen al peligro de efectos secundarios. Con todo, algunos sentirán la tentación de recurrir a la intervención médica para facilitar la escalada de una montaña difícil y peligrosa, escalada que se podría anotar como un éxito en el libro de records. El problema estriba en que no se puede descubrir la respuesta a tales cuestiones. Podemos decidir cómo deseamos lograr excelencias y objetivos determinados y cómo sopesar los posibles riesgos y beneficios.

Como la medicina es capaz no sólo de controlar el dolor y la ansiedad, sino también de ser instrumento para aumentar las capacidades e incrementar el placer, probablemente su futuro estará todavía más vinculado que en el pasado a la tarea de conseguir que las personas funcionen y se sientan mejor. Leon Kass censura al Dr. Feelgood que «dedica su profesión por entero a administrar inyecciones de anfetaminas a todo el que desea levantar su estado de ánimo»,<sup>10</sup> pero en principio resulta difícil, en términos morales seculares generales, presentar objeciones serias a tales prácticas, esto es, si se pueden evitar efectos secundarios nocivos y efectos secundarios psicológicos. Si esas drogas que elevan y controlan el ánimo careciesen de efectos secundarios graves, y se limitasen a ayudar a que las personas lograsen con mayor facilidad sus objetivos, ¿qué motivos morales seculares generales habría para oponerse a su uso generalizado?

Si no existe una perspectiva dirigida hacia fines últimos, ¿por qué sería peor o inferior una vida compuesta por experiencias virtuales configurada en una máquina de experiencia virtual?<sup>11</sup> ¿Desde qué perspectiva se puede afirmar que una vida vivida en una máquina de experiencia virtual es mejor o peor que una vida real?<sup>12</sup> Si la muerte es eterna, ¿por qué ha de ser una forma de existencia menos importante que otras, ya que todas las vidas se olvidarán en la eternidad y, al final, todas carecerán igualmente de un significado perdurable? De nuevo difieren las opiniones, al menos en un contexto moral secular, sin que se pueda llegar a una resolución definitiva. Partiendo de perspectivas concretas de la buena vida, según las cuales la felicidad adquirida a través de la autodisciplina es preferible a la tranquilidad adquirida mediante la intervención médica, las intervenciones mencionadas pueden ser censurables. Para quienes consideran que existe una perspectiva objetiva ortodoxa, la vida en la máquina de los sueños constituiría una mentira colosal.<sup>13</sup>

Lo que no nos impide criticar al Dr. Feelgood en el ámbito de la bioética secular, algunas de cuyas más frecuentes intervenciones se pueden considerar obstinadamente perniciosas, nace del hecho de que también admitimos que algunas enfermedades son transculturales o que los pasados intentos de los médicos de curar con sangrías las afecciones inflamatorias pueden considerarse perjudiciales desde la perspectiva actual. Algunos efectos paralelos (ciertas formas de adicción, por ejemplo) desvirtúan hasta tal punto las metas de las personas, que la mayoría de las personas pertenecientes a la mayor parte de las culturas admite que son perjudiciales. Además, la tranquilidad o el bienestar conseguidos por medio de fármacos es superficial o anula la personalidad. Muchos intentos de conseguir una vida mejor, no simplemente de curar la enfermedad, perjudican más que benefician. Por el contrario, cuando tratamos las enfermedades, en lugar de limitarnos a incrementar las capacidades humanas tenemos que superar daños de fondo que pueden contrarrestar los daños iatrógenos ligados al tratamiento. El objetivo que consiste simplemente en intentar que la gente se sienta mejor no puede sacar partido de los costes negativos sustanciales de no tratar, como sí lo pueden hacer las intervenciones que tienen como finalidad la curación de la artritis o del cáncer. En pocas palabras, siempre que se intenta curar una enfermedad grave con un tratamiento solvente, existen grandes probabilidades de que los beneficios superen a los perjuicios, consideración que no nos brinda un argumento contrario en principio a las metas del Dr. Feelgood o en contra de la máquina de experiencia virtual; más bien argumentos basados en los peligros de determinadas modalidades de intervención, y en sus posibles fallos y efectos secundarios. A lo sumo, esto refuerza la antigua máxima *festina lente* (apresúrate despacio).

La búsqueda de la plenitud es la búsqueda de una constelación de «saludes» en plural.<sup>14</sup> Existen numerosas visiones de la plenitud, de la salud y de la realización humana. Esto destaca un problema recurrente para hombres y mujeres finitos, pues aunque tengan algunas de las aspiraciones de los dioses, sus limitados recursos les fuerzan a elegir entre bienes alternativos. Carecen de la capacidad de un ser infinito para realizarlo todo a un tiempo, y no nos referimos simplemente a lo menguado de sus carteras, una limitación que, por cierto, desempeña un importante papel en la elección entre diversas modalidades de asignación de recursos para la sanidad, sino de limitaciones debidas a la circunstancia de tener que elegir entre un cuerpo evolucionado o una mente desa-

rollada primordialmente para conseguir un conjunto de bienes y no otro. Ser finito significa poder hacer solamente algunas cosas, no todas, limitación que nos hace ser como somos. Diferentes capacidades biológicas nos abren diferentes destinos.

Poco a poco iremos dejando de aceptar nuestro futuro, para ir eligiéndolo, aunque todos los destinos van a seguir siendo particulares. Como sucede en la obra de Aldous Huxley *Un mundo feliz*, algunas personas podrían eliminar las diferencias sexuales primarias entre hombre y mujer que dependen de la gestación y el alumbramiento mediante la práctica de la gestación *in vitro*, la fecundación *in vitro* y la ingeniería genética. Incluso se podrían remodelar las características sexuales secundarias para conseguir un Mundo Feliz unisexual u otro poblado por los numerosos sexos de *Slaughterhouse-Five* de Kurt Vonnegut,<sup>15</sup> posibilidades de ingeniería genética que requieren prudencia, como en el caso del Dr. Feelgood. Todo lo que podemos decir en términos morales seculares generales es que hay que garantizar que los medios utilizados en la ingeniería genética conduzcan a los fines propuestos sin efectos secundarios graves o no deseados. Hay que formarse meticulosamente una idea de esos objetivos a perseguir, así como de los valores y circunstancias que éstos presuponen. Como quiera que las capacidades humanas se integran en un todo, será prudente valorar detenidamente los cambios sociales o de cualquier otro tipo que probablemente resulten de un rediseño de la naturaleza humana. En la moralidad secular general también habrá que asegurarse de que los individuos tratados o producidos por la ingeniería genética no resulten perjudicados, aunque en todo caso, las restricciones morales en relación con este último punto no tendrán por qué ser más severas que las aplicadas actualmente al tratamiento experimental o a los padres que se reproducen pese al riesgo de engendrar hijos deficientes.<sup>16</sup>

Probablemente no sucederá nada dramático a corto plazo. La ingeniería genética se centrará probablemente, en un futuro cercano, fundamentalmente en alterar las células somáticas para auxiliar a las personas que sufren, aunque mirando a largo plazo —en el sentido serio de largo plazo— no se podrán evitar cambios importantes si permanecemos como especie libre y tecnológicamente avanzada. El ser humano, *homo sapiens*, tan sólo ha existido durante el último medio millón de años.<sup>17</sup> Si tenemos descendientes que sobrevivan los próximos millones de años (una corta etapa en términos geológicos) muy probablemente decidirán remodelarse

para vivir mejor adaptados al entorno transformado de la Tierra, y quizá de otros planetas. ¿Qué les va a hacer desistir de esas intervenciones genéticas, que a largo plazo demostrarán ser posibles y seguras, ya que no hay motivos morales seculares para prohibir tales intervenciones en principio? A largo plazo no existen razones para pensar que de nosotros se desarrolle una única especie porque puede haber tantas como razones haya para readaptar considerablemente la naturaleza humana a éste o sucesivos entornos.

Desde esta perspectiva, la ciencia ficción puede ser una heurística. En su novela de 1931, *Last and First Men*, Olaf Stapledon describe la historia del ser humano durante un período de aproximadamente dos billones de años a partir del presente,<sup>18</sup> explicando que nuestros descendientes experimentarán un cambio tan radical durante ese período que dejarán de pertenecer a nuestra especie, y quizá hasta a nuestro género, pero, aún así, serán nuestros descendientes, con independencia de que se tornen más o menos inhumanos. Si fuésemos capaces de concebir una conversación con extraterrestres que careciesen de todo vínculo histórico o biológico con nosotros, pero compartiesen la capacidad de análisis y razonamiento, podemos imaginar incluso una afinidad mayor con nuestros descendientes, a pesar de que ya no fuesen humanos. Esta visión cercana a la ciencia-ficción es moralmente, como mínimo, reveladora en dos aspectos. En primer lugar, porque nos recuerda que nada hay sacrosanto en la naturaleza humana que pueda ser entendido en términos seculares generales. En segundo lugar, las personas somos moralmente libres de remodelarla, siempre que lo hagamos prudentemente, con colaboradores anuentes. El atractivo que ejercen el desarrollo, el progreso y la evolución ilimitados, ofrece una imagen secular de la concepción cristiana de la *theosis* o deificación.<sup>19</sup> Las opciones de futuro y de posibles visiones a realizar son múltiples y se fragmentan en opciones diversas e incompatibles entre sí, ya que la visión secular del progreso carece de una meta última. La moralidad secular en general, y la bioética secular en particular, no pueden ofrecer una guía dotada de contenido ante tales opciones.

### Vicios y virtudes

¿Qué virtudes deben guiar a quienes se dediquen a manipular y configurar su propia naturaleza? ¿Qué características deben tener? ¿Qué clase de seres deben ser? Después de haber analizado los

principios de permiso y beneficencia, ¿qué podemos decir, en términos seculares generales, sobre las características de un buen médico, de una buena enfermera o de un buen paciente? ¿Qué podemos decir de la virtud dentro de los límites de la moral secular examinada en el presente libro? Aristóteles afirmaba que la virtud o excelencia (*arete*) tiene que ver con el medio, y que, de hecho, es una especie de medio.<sup>20</sup> Pero, ¿en qué contexto hemos de entender ese medio? Los escolásticos afirmaban que la virtud es lo que hace que una persona y sus acciones sean buenas (*quae bonum facit habentem, et opus eius bonum reddit*), pero si una idea concreta de la bondad únicamente es realizable en el marco de una determinada percepción de la vida buena, ¿qué podemos decir de la virtud en términos generales? La respuesta la encontraremos dando una interpretación especial a la afirmación de Kant de que la virtud es una fuerza de voluntad moral.<sup>21</sup>

El enfermo virtuoso o el dispensador de asistencia sanitaria virtuoso, en una sociedad laica y pluralista, es el que ha desarrollado como hábito la voluntad de respetar la libertad de los demás y de intentar conseguir su bien, al tiempo que tiene en cuenta los posibles perjuicios y beneficios. Sus virtudes fundamentales serán entonces la tolerancia, la liberalidad y la prudencia. La tolerancia es una virtud primordial en la moral del respeto mutuo. Dado el choque de ideas discrepantes sobre la vida buena, todos tendremos que fomentar una predisposición a tolerar que los demás desarrollen sus propias ideas sobre la vida buena, por muy equivocadas o depravadas que éstas sean, en la medida en que estas ideas estén marcadas por similar tolerancia. La intolerancia se convierte así en el vicio fundamental. Por su parte, la moral del bienestar y de la solidaridad social apoya la liberalidad, la predisposición moral desarrollada de dar con generosidad para ayudar a los demás. También será necesaria la prudencia para conseguir un saldo positivo de beneficios frente a los perjuicios. La intolerancia, la mezquindad y la imprudencia serán los vicios que principalmente socaven esa moral.

Estas virtudes necesitan de otras. La defensa de una comunidad pacífica exigirá a veces amabilidad, valor, modestia, temperancia y capacidad de aguante. La realización de la moral del bienestar y de la solidaridad social requerirá temperancia y amistosidad. Éstas y otras virtudes serán necesarias para realizar y mantener la estructura concreta de una vida moral. En el seno de comunidades morales concretas particulares y reales, las virtudes y los vicios ganan cohesión y substancia.<sup>22</sup> Sin embargo, la singu-

lar tarea de lograr una moral pacífica, laica, que abarque una sociedad pluralista, debe descansar en personas con características especiales de carácter y virtud que son estimuladas en el contexto abstracto de una moral secular y pluralista. Esto trae nuevamente a colación el concepto hegeliano de los burócratas como clase universal.<sup>23</sup> El buen burócrata en una sociedad laica y pluralista (incluidos los que supervisan las tareas de ingeniería genética humana) deberá ejercer como mínimo la tolerancia y la imparcialidad en su auxilio a todo el que le demande protección y bienestar. Cada cual recibirá lo que le corresponda, con independencia de su visión de la vida buena, de sus compromisos religiosos o de su filiación ideológica. En este sentido, ser un buen burócrata requiere especial dedicación a aquel nivel de la vida moral que se articula en la moral secular y pluralista, cuyo núcleo es la moral del respeto mutuo.

La tolerancia y la beneficencia son necesarias allí donde no exista un vínculo con una visión concreta de la buena vida. Personas pertenecientes a distintas comunidades morales deben considerar esta empresa, cada uno a su modo y de acuerdo con su propósito, como algo útil, valioso y digno de consideración. Cada una de ellas explicará de forma diferente la necesidad de sustentar una estructura pacífica común de la moral. Todo ciudadano y todo proveedor de asistencia sanitaria que no se encierre en enclaves especiales, como hacen los Amish, tendrá muchas veces que cargar con estas virtudes del buen burócrata.

Nuestra tradición nos ha instruido escasamente en esas austeras virtudes, pero son precisamente las necesarias para conseguir el justo medio entre la imposición dictatorial de un determinado punto de vista sobre la vida buena y la apatía nihilista que abandona toda preocupación por lo correcto y lo bueno. Hay que estimular una virtud que afiance a hombres y mujeres en la dedicación perdurable a tolerar la pacífica búsqueda de muchos modos, incompatibles entre sí, de entender la vida buena y de lo que es una buena asistencia sanitaria, incluso cuando las concepciones empleadas sean erróneas, incluso cuando desemboquen en la pérdida final y permanente. Los hombres y mujeres que dan ejemplo en este contexto moral son los que se dedican a evitar todo ejercicio de la fuerza no consentida sobre los demás. El compromiso a la tolerancia no excluye la censura, el vilipendio, la abominación, el ostracismo, la excomunión, ni el intento de convertir a aquellos con quienes se está en desacuerdo, ya que aunque se les tolera —ni

se utiliza la violencia contra ellos, ni se invade su propiedad— no se está obligado a estar de acuerdo con ellos.

*Posmodernidad, pluralismo y secularidad:  
La visión de una bioética secular*

Volvemos adonde empezábamos, a múltiples interpretaciones del bien, a disociar los motivos que fundamentan la acción moral de la justificación de la moralidad, a nuestra falta moral secular de una orientación hacia fines últimos, a la fragmentación moral que caracteriza a la posmodernidad, y que el proyecto filosófico moderno no ha sido capaz de frenar. Son innumerables las maneras en que hombres y mujeres desean superar sus enfermedades, trastornos e incapacidades, y pugnar por un mejor control de sus cuerpos para lograr su determinada visión de la vida en plenitud. Este heterogéneo abanico de visiones morales exigirá como pacífico aglutinante moral el compromiso con una ética secular y pluralista, incluida una bioética secular.<sup>24</sup> Hemos ofrecido aquí una visión de esa ética, y al hacerlo, parece ser que hemos apoyado propuestas que muchos lectores estimarán provocativas, si no ofensivas. Tengan por seguro que esta situación también inquieta al autor, pero esto es a todo lo que podemos llegar mediante el razonamiento secular.

La moralidad de una bioética secular no sirve de orientación para vivir la vida, sino que es más bien una moralidad capaz de vincular a extraños morales que se encuentran y colaboran pacíficamente, ya que es lo poco que comparten personas provenientes de distintas comunidades morales y portadoras de visiones diferentes. Por tanto hay que tolerar muchas cosas que sabemos que son profundamente erróneas. No podemos utilizar la argumentación racional para corregir estos errores. Esta corrección sólo se podrá conseguir a través de la conversión a una comunidad moral que otorgue una guía adecuada y sustancia moral.

De nuestros razonamiento no se deduce que haya que abandonar tradiciones morales como la judeo-cristiana. Muy al contrario, las proposiciones de una moral secular y pluralista, de una bioética secular, son inevitables, aunque no en el sentido de que tengan o deban sustituir las vidas morales concretas que viven los individuos en compañía de otras personas anuentes. Proporcionan el lenguaje poco denso de la comunicación pacífica que se establece con los

extraños morales, así como la textura del discurso que se puede compartir, incluso con aquellos con quienes se está en profundo desacuerdo.

Nos vemos compelidos a vivir nuestras vidas en dos dimensiones morales. Por un lado, y en virtud de pertenecer a una comunidad moral real y concreta, tenemos un compromiso con determinadas concepciones morales de lo que es una buena asistencia sanitaria, en razón de lo cual seríamos buenos baptistas, hindúes, católicos romanos o judíos. Sin embargo, en la medida en que nuestra comunidad no incluye a todas las demás, necesitamos acercarnos a ellas dentro de los límites de una moral secular y pluralista. Si nuestro único contacto con esa moral secular y pluralista tiene lugar cuando nos encaminamos a la línea que delimita la propiedad del propio enclave moral, pacíficamente establecido, de nuestra comuna comunista, de nuestra comunidad Amish, o de nuestro desierto ortodoxo, reconocemos la existencia de limitaciones morales seculares, en cuanto que no llevamos la imposición de nuestros criterios más allá de esa línea, y en cuanto que esperamos una tolerancia recíproca hacia nuestra propia manera de vivir.

La moral secular y la bioética secular se fundamentan, por tanto, en limitaciones: las que establecen la razón y la autoridad, y esto es inevitable, no porque esté bien fundamentada, sino porque otras concepciones son incapaces de fundamentar el derecho a usar la fuerza para controlar las vidas de otros sin su consentimiento. Disponemos, pues, de una moral que permite a muchas morales crecer y florecer gracias a las limitaciones de nuestra capacidad, en términos racionales generales, para defender el descubrimiento de un correcto orden moral concreto, para fundamentar la autoridad que permita imponer coercitivamente una visión moral particular, y gracias también al criterio, siempre esgrimible intelectualmente, de una comunidad pacífica. La asistencia sanitaria de hombres y mujeres finitos presupone, por tanto, una visión moral de generosidad y tolerancia.

## NOTAS CAPÍTULO I

1. Esta frase introduce dos términos de relevancia técnica: «moralidad dotada de contenido» y «extraños morales». Tenemos que contrastar la moralidad dotada de contenido con la moralidad de procedimiento en la que las personas imprimen a sus esfuerzos colectivos la autoridad moral de su consentimiento, pero no encuentran otras señales morales que les sirvan de guía que todos puedan compartir. Una moralidad dotada de contenido proporciona considerable orientación acerca de lo que es correcto o equivocado, bueno o malo, más allá de la exigua exigencia de que no se debe utilizar a otras personas sin su autorización. «Amigos morales» son los que comparten una moralidad dotada de contenido y pueden así resolver sus disputas morales mediante argumentos racionales bien fundados o apelando a una autoridad moral reconocida por todos, cuya jurisdicción todos aceptan que procede de una fuente distinta al mutuo acuerdo. Los extraños morales tienen que resolver sus acuerdos morales por mutuo acuerdo, ya que no comparten una visión moral que les permita encontrar soluciones dotadas de contenido de las controversias morales.

2. El término «ideología» conlleva una connotación peyorativa desde que Napoleón ridiculizó el término «idéologues» y Karl Marx empleó el término «Ideologie» para denotar una ilusión colectiva, una falsa conciencia de la realidad, primordialmente de la realidad social y económica. Antoine Louis Claude Destutt, Comte de Tracy (1754-1836), acuñó en 1796 el término «Idéologie» para designar su teoría materialista de las ideas, su psicología, que él consideraba parte de la zoología. Tracy presentó una teoría reductivista de las ideas basándose en el desarrollo de la teoría de las ideas de John Locke que realizó Étienne Bonnot de Condillac (1715-1780) hacia un sensacionalismo empírico (teoría según la cual se considera que todas las ideas se derivan de las sensaciones) y siguiendo el materialismo de Pierre Jean George Cabanis (1757-1808). De este modo, Tracy presentó su ciencia, la ideología, como una teoría de la actividad «ideológica» o psicológica humana. Tracy buscaba junto con Condillac, Cabanis y otros, a la luz de su forma de entender la ideología, efectuar reformas sociales radicales, incluidas las reformas del sistema educativo. Napoleón se opuso a los «idéologues» y les ridiculizó llamándoles «idéologues». En el s. XIX se pasó a utilizar el término «ideología» para denotar un género particular de la filosofía de la mente, la ciencia de las ideas, la especulación, la reflexión visionaria, la teorización sin aplicación práctica y el entusiasmo revolucionario poco realista.

En la explicación que presentan en *Die deutsche Ideologie*, Karl Marx (1818-1883) y Friederich Engels (1820-1895) otorgan a la ideología una serie de significados especiales como parte de su explicación acerca de la manera en que los sistemas de ideas reflejan las circunstancias económicas que se deben a la división del trabajo que separa a los trabajadores de la estructura social gobernante así como del valor de su trabajo. La ideología es una superestructura de ideas y creencias que imprime a una organización social concreta (el capitalismo burgués, por ejemplo) a un tiempo verosimilitud y efectividad. La ideología respresenta «las ideas dominantes de la época ... Éstas no son más que la expresión ideal de las relaciones ma-

teriales dominantes, las relaciones materiales dominantes concebidas como ideas; y, por tanto, de las relaciones que convierten a una clase en la clase dominante, por consiguiente, las ideas de su dominación». Marx y Engels, *The German Ideology* (Nueva York: International Publishers, 1967), pág. 39. La ideología es una falsa consciencia porque canoniza un conjunto concreto de circunstancias políticas, sociales y económicas, condicionadas históricamente y cuando racionaliza la alienación de los trabajadores de su trabajo. En este contexto, los pensadores elaboran y sostienen la ideología que protege los intereses de la clase dominante. Son «ideólogos conceptuales que convierten el perfeccionamiento de las ilusiones que esa clase se forma sobre sí misma en su principal fuente de ingresos». *Ibid.*, pág. 40. Sin embargo, ya que en las explicaciones marxistas la historia conduce a la victoria del proletariado, se produce, por consiguiente, un conflicto entre las malas ideologías y la buena, es decir, la ideología comunista. En este último caso, el marxismo-leninismo es la ideología de la clase trabajadora revolucionaria en la lucha contra la ideología burguesa de los capitalistas. Así, cuando Gorbachev intenta justificar la *perestroika* habla de una vuelta a Lenin como fuente ideológica de la *perestroika*. Mikhail Gorbachev, *Perestroika* (Londres: Collins, 1987), por ejemplo, págs. 25-26. En este caso la ideología socialista se considera un nuevo tipo de ideología.

Como consecuencia, en círculos marxistas la ideología ha adquirido también un significado neutral, en cuanto que abarca ideologías que se encuentran a ambos lados de la «lucha ideológica». «Todas las ideologías tienen la misma raíz, verbigracia, la *psicología* de la época en cuestión que es característica de esa época, la totalidad de sus costumbres, valores morales, sentimientos, opiniones, aspiraciones e ideales». B. M. Boguslavsky y otros, *ABC of Dialectical and Historical Materialism* (Moscú: Progress, 1978), pág. 451. Así, la ideología también se define como «System von Anschauungen, Ideen und Theorien über die soziale Wirklichkeit als Ganzes bzw. über einzelne ihrer Seiten, Prozesse und Probleme, in denen die jeweiligen Klasseninteressen konzentrierten Ausdruck finden sowie dementsprechende soziale Verhaltensweisen». Georg Assman y otros (comps.), *Wörterbuch der Marxistisch-Leninistischen Soziologie* (Berlín: Dietz, 1977), pág. 261. Véanse también, F. W. Konstantinov y otros, *Grundlagen der marxistischen Philosophie*, trad. del ruso por Otto Finger y otros (Berlín: Dietz, 1966), especialmente págs. 193-651; y Wolfgang Eichhorn y otros, *Marxistisch-leninistische Philosophie* (Berlín: Dietz, 1979), especialmente págs. 661-674. Para ejemplos de ideología, incluidas las interpretaciones de la ciencia y del mundo físico, véanse G. Domin y H.-H. Laufman (comps.), *Imperialismus und Wissenschaft* (Berlín: Akademie-Verlag, 1977); Herbert Hörz, *Marxistische Philosophie und Naturwissenschaften* (Berlín: Akademie-Verlag, 1974), y Alexander Wernecke, *Biologismus und ideologischer Klassenkampf* (Berlín: Dietz, 1976). Para una breve crítica de los fervorosos intentos de explicar las estructuras sociales y las creencias en función de análisis ideológicos, véase Jon Elster, *An Introduction to Karl Marx* (Nueva York: Cambridge University Press, 1986), especialmente págs. 168-185. Para una visión global excelente de muchas de estas cuestiones, véase Klaus Hartmann, *Die marxische Theorie* (Berlín: de Gruyter, 1970), págs. 196-204, 554-566.

En este libro denotamos con el término «ideología», *grosso modo*, la concatenación de ideas, imágenes, valores morales, supuestos metafísicos y epistemológicos que proporcionan a un conjunto de personas una concepción de la moralidad, de la justicia, de las estructuras sociales adecuadas y de la autoridad política legítima. Se utiliza este término para designar el equivalente secular del nexo de interpretaciones morales, axiológicas, políticas, epistemológicas y metafísicas que proporciona

la religión. Este uso está estipulado porque, entre otras cosas, según las explicaciones marxistas, las creencias religiosas forman parte de la ideología. Además, en la utilización que yo hago del término, admito que en la *Weltanschauung* las ideas no sólo representan el papel de dirigir los actos. Así, la definición de Copleston es demasiado estricta. «La palabra «ideología» se entiende como un sistema de ideas orientado hacia la realización de objetivos políticos o sociales por medio de la acción humana coordinada, la acción de un grupo». Frederick Copleston, *Philosophy in Russia* (Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 1986), pág. 4.

3. Jean-François Lyotard, *The Postmodern Condition*, trad. inglesa de G. Benington y B. Massumi (Manchester: Manchester University Press, 1984), pág. 37.

4. Con el término «cosmopolita» designo a las personas que consideran que poseen una moralidad (y bioética) secular, dotada de contenido, canónica y piensan que ésta es justificable al margen de toda historia o tradición moral particular. Utilizo el término «ecumenista cosmopolita» para referirme a las personas que afirman que, si existe una discusión suficiente, los individuos se darán cuenta de que comparten una moralidad dotada de contenido común, aunque el área de coincidencia sea pequeña. Para reflexiones sobre temas afines, véase Alasdair MacIntyre, *Whose Justice? Which Rationality?* (Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 1988). Véase también H. T. Engelhardt, Jr., *Bioethics and Secular Humanism* (Philadelphia: Trinity Press International, 1991), págs. 33-40.

5. Francis Fukuyama ofrece una interesante defensa de la perspectiva del ecumenismo cosmopolita en su conocido trabajo, en el cual arguye que la historia culminará en el reconocimiento universal de la corrección moral de la democracia liberal capitalista. Fukuyama sostiene que la conjunción de la capacidad del capitalismo de satisfacer los deseos, la capacidad de la democracia liberal de proporcionar un reconocimiento mutuo pacífico, y la contribución de la ciencia moderna a mejorar las condiciones de vida han transformado la historia. Ésta ha pasado de estar aplicada a deberes y proyectos que trascienden este mundo o implican alguna forma de conquista, a aplicarse a deberes y proyectos que tienen como finalidad satisfacer los deseos y los intereses realizables en este mundo por medio del consumo y sin necesidad de conquista. «El proyecto liberal moderno trató de cambiar la base de las sociedades humanas, desde el *thymos* al fundamento más seguro que representan los deseos ... El liberalismo también hizo posible el mundo económico moderno al liberar al deseo de todo imperativo de codicia, y al aliarlo a la razón en forma de la ciencia natural moderna» (pág. 333). Fukuyama arguye que, en esas circunstancias, el lenguaje dotado de contenido de las comunidades morales concretas se desvanecerá. «Ya que las diferencias aparentes entre los «lenguajes del bien y del mal» de las personas demostrarán ser un producto artificial del período concreto en el que viven en el desarrollo histórico» (pág. 338). *The End of History and the Last Man* (Nueva York: Free Press, 1992). Philip Grier critica duramente a Fukuyama y la peculiar dependencia que demuestran sus argumentos de las ideas de Alexander Kojève [«The End of History, and the Return of History», *Owl of Minerva* 21 (Primavera de 1990), 131-144]. Kojève arguye que las aspiraciones comunistas rusas y chinas encontraron su realización en los norteamericanos de los años cuarenta y cincuenta del presente siglo. Kojève, por ejemplo, señala que «Varios viajes realizados [entre 1948 y 1958] por los Estados Unidos y la U.R.S.S. con el objetivo de comparar estos países, me han causado la impresión de que si los norteamericanos parecen chino-soviéticos acaudalados es porque los rusos y los chinos son solamente norteamericanos todavía pobres, pero que se están enriqueciendo rápidamente. Mi conclusión es que el *American way of life* es la forma de vida específica del período posthistóri-



co, y la presencia actual de los Estados Unidos en el mundo es una prefiguración del "eterno presente" que será el futuro de la humanidad. Así, la vuelta del hombre al estado animal no es una posibilidad que está por venir, sino una certeza que ya está presente». El tener la condición animal, el haber salido de la esfera de la historia, significa haberse convertido en un buen consumidor ecumenista cosmopolita que renuncia a ulteriores confrontaciones dirigidas al reconocimiento o a la satisfacción del *thymos*. Según la teoría de Kojève los únicos seres humanos que no se convertirán en animales al final de la historia serán los japoneses porque les salva su esnobismo. «La civilización "posthistórica" japonesa emprendió un camino diametralmente opuesto al *American way of life*. Sin duda, en Japón ya no existía ninguna Religión, Moral o Política en el sentido "europeo" o "histórico" de estas palabras, pero el esnobismo en su estado puro creó una serie de disciplinas para negar lo "natural" o lo "animal", cuya efectividad superó a aquellas otras disciplinas que surgieron tanto en Japón como en otros lugares a partir de la Acción "histórica" —esto es, a partir de enfrentamientos bélicos o revolucionarios o del trabajo forzado. Ciertamente, la cima (que no encuentra su parangón en ninguna otra parte) del esnobismo específicamente japonés —el teatro Noh, la ceremonia del té, el arte de decoración floral— fue y sigue siendo una prerrogativa de los nobles y de los ricos. ... Teniendo en cuenta que ningún animal puede ser esnob, todo período posthistórico "de estilo japonés" tendrá que ser específicamente humano». *Introduction to the Reading of Hegel* (Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1969), págs. 161-162.

La película canadiense *El declive del imperio americano* (1986), dirigida por Denys Arcand, es un retrato cinematográfico de la América posmoderna y posthistórica.

6. Aquí considero el politeísmo en sentido metafórico como la presentación personalizada de las diversas posibilidades del florecimiento humano. Las posibilidades se encarnan en biografías contrarias y contrapuestas de la excelencia humana, ninguna de las cuales tiene prioridad ni puede ser plenamente integrada en una única actitud moral. En términos seculares, y siguiendo con la metáfora politeísta, esta última sería una visión moral monoteísta. Se podría considerar como un ejemplo de la actitud politeísta la devoción demostrada por Severo Alejandro (emperador 222-235 d. de J.C.) a los dioses. «Su forma de vida era la siguiente: primero, si estaba permitido, es decir, si no había yacido con su mujer, en las primeras horas de la mañana veneraba el santuario de sus Lares, en los que había estatuas de los emperadores divinizados —de los cuales, sin embargo, sólo se habían seleccionado los mejores— y también de ciertas almas santas, como Apolonio, y según un escritor contemporáneo, de Cristo, Abraham, Orfeo y otros del mismo tipo, y además los retratos de sus antepasados». Aelius Lampridius, «Severus Alexander», en *Scriptores Historiae Augustae*, trad. inglesa de David Magie (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1967), XXIX, 2, pág. 235. Las exigencias morales realizadas por Cristo y Abraham no gozaban de una singularidad particular. Tan sólo se consideraban visiones de la verdad parciales, atractivas, pero contrapuestas, similares de algún modo a las bioéticas contrarias.

7. Matizando la explicación que ofrece Kant de la motivación, el filósofo alemán se refiere a la posición que ocupa Dios con el fin de justificar coherentemente una ética filosófica secular dotada de contenido. Kant está obligado a partir de la suposición de que Dios existe para comprender racionalmente el deber de fomentar el bien supremo. «Es nuestro deber fomentar el bien supremo, y esto no es un mero privilegio, sino una necesidad unida al deber como requisito para presuponer la posibilidad de este bien supremo. Esta suposición sólo se puede realizar bajo la con-

dición de reconocer la existencia de Dios, y esta condición relaciona indisolublemente esta suposición con el deber. Es, por consiguiente, moralmente necesario presuponer la existencia de Dios ... De esta forma, mediante el concepto del bien supremo como objeto y fin último de la razón práctica pura, la ley moral conduce a la religión ... Por consiguiente, la moral realmente no es una doctrina que nos indica cómo alcanzar la felicidad, sino cómo hacernos merecedores de la felicidad. Sólo si añadimos la religión a la moral podemos tener la esperanza de participar algún día de esa felicidad en proporción al esfuerzo que hayamos realizado para merecerla». *Critique of Practical Reason*, trad. inglesa de L. W. Beck (Indianapolis: Library of Liberal Arts, 1956), pág. 130, 134, AK V, 125, 129-130. En líneas generales, Kant está en lo cierto. La perspectiva divina unifica los fundamentos del ser, la justificación de la moralidad y la razón que causa la actuación moral.

8. Este retrato de la divinidad y del Dios de los filósofos refleja la concepción judeo-cristiana de la divinidad. En este libro hablaremos de Dios y de religión en el contexto de esta concepción general. En términos seculares generales se justifica este uso debido a la gran influencia que ha tenido esta interpretación sobre el pensamiento contemporáneo y sobre la experiencia de la posmodernidad.

9. Una explicación muy útil de la necesidad de adoptar un punto de vista moral concreto con el fin de obtener contenido moral lo encontraremos en la *Philosophy of Right* de Hegel. La necesidad dialéctica de que haya que pasar del Derecho y la Moralidad Abstractas a la Vida Ética (*Sittlichkeit*) radica en que ninguno de ambos proporcionan el contenido necesario para entender qué contratos se deben hacer o qué bien se debe perseguir. Esto sólo lo podemos hacer de una forma dotada de contenido en el contexto de una comunidad moral particular. Hegel lo expresa de la siguiente manera al principio de «Sittlichkeit»: «En una comunidad ética resulta fácil decir lo que debe hacer el hombre, cuáles son los deberes que debe cumplir para ser virtuoso: sólo debe seguir las normas explícitas y conocidas de su propia situación». *Hegel's Philosophy of Right*, trad. inglesa de T. M. Knox (Oxford: Clarendon Press, 1965), § 150, pág. 107. Encontraremos un análisis de los argumentos aducidos por Hegel para justificar la necesidad de la contingencia del contenido moral en el artículo de Allen Wood, «Does Hegel Have an Ethics?», *The Monist* 74 (julio de 1991), págs. 358-385.

10. Para un análisis de esa cuestión, junto con una reimpresión de un excelente estudio sobre la distinción entre cuidados ordinarios y extraordinarios, véase Russell E. Smith (comp.), *Conserving Human Life* (Braintree, MA: Pope John Center, 1989).

11. Tan pronto como el paciente se encuentra en el estado denominado *goses*, se está obligado a no iniciar el uso de estimulantes que prolonguen la agonía. Véase Immanuel Jakobovits, *Jewish Medical Ethics* (Nueva York: Bloch, 1962). También Fred Rosner, «The Jewish Attitude Toward Euthanasia», en *Jewish Bioethics*, comp. Fred Rosner y J. D. Bleich (Nueva York: Sanhedrin, 1979), págs. 260-264.

12. El judaísmo ortodoxo sostiene que los imperativos morales en contra del aborto son más severos para los no judíos que para los judíos. Baruch A. Brody señala en un estudio realizado a este respecto que el aborto es un ofensa capital para un *bnai Noah*. «The Use of Halakhic Material in Discussions of Medical Ethics», *Journal of Medicine and Philosophy* 8 (1983), 317-328.

13. El motivo estriba en que la Torá no prohíbe a un hombre tener más de una mujer, aunque sí a una mujer tener más de un marido. Por lo tanto, es más fácil considerar que la donación de óvulos de una mujer soltera no plantea problemas de adulterio, que considerar la donación de esperma para la inseminación artificial.

Para el análisis de algunas de estas complejas cuestiones, véase Avraham Steinberg, «Jewish Medical Ethics», en *Theological Developments in Bioethics: 1988-1990*, comp. B. A. Brody y otros (Dordrecht: Kluwer, 1991), pág. 184. Véase también David M. Feldman, *Health and Medicine in the Jewish Tradition* (Nueva York: Crossroads, 1986), pág. 71.

## NOTAS CAPÍTULO II

1. Existe una bibliografía muy amplia, compuesta de libros y artículos, que trata el tema de la justicia en política sanitaria y que proporciona un amplio espectro de criterios de la imparcialidad entre los que poder elegir. Véanse, por ejemplo, Henry J. Aaron y William B. Schwartz, *The Painful Prescription* (Washington, D.C.: Brookings Institution, 1984); Thomas J. Bole III y William B. Bondeson (comps.), *Rights to Health Care* (Dordrecht: Kluwer, 1991); Larry R. Churchill, *Rationing Health Care in America* (Notre Dame, Ind.: University of Notre Dame Press, 1987); Norman Daniels, *Just Health Care* (Nueva York: Cambridge University Press, 1985); Paul T. Menzel, *Strong Medicine* (Nueva York: Oxford University Press, 1990); E. Haavi Morreim, *Balancing Act* (Dordrecht: Kluwer, 1991); Martin A. Strosberg, Joshua M. Wiener y Robert Baker (comps.), *Rationing America's Medical Care: The Oregon Plan and Beyond* (Washington, D.C.: Brookings Institutions, 1992); y Robert M. Veatch, *The Foundations of Justice* (Nueva York: Oxford University Press, 1986).

2. Se encontrará un interesante intento de reexaminar la relación médico-paciente en el libro de Edmund Pellegrino y David Thomasma, en donde se critica la interpretación actual y se aboga por la vuelta a la naturaleza adecuada de esta relación. Véase *A Philosophical Basis of Medical Practice* (Nueva York: Oxford University Press, 1981), y *For the Patient's Good* (Nueva York: Oxford University Press, 1988).

3. En este libro se mencionan con frecuencia los argumentos filosóficos occidentales, así como el desarrollo de la cultura y el pensamiento occidental, ya que Occidente difundió su religión, sus leyes, sus culturas y sus lenguajes por todo el mundo por vía de su éxito científico, tecnológico, imperialístico y comercial. Occidente exportó en primer lugar sus culturas tradicionales, y en segundo lugar su concepto de cultura autocrítico y antitradicional, que ha configurado la cultura postradicional del mundo contemporáneo. Occidente, en general, ha creado la cultura mundial contemporánea.

Por consiguiente, las reflexiones y expectativas filosóficas occidentales, así como la bioética occidental, ocupan un destacado lugar en las discusiones sobre bioética tanto en Tokio, Beijing, Sydney, Jerusalén y México capital, como en Manila o Buenos Aires. Para un resumen de los diferentes enfoques bioéticos contemporáneos, véase, por ejemplo, B. A. Lustig y otros (comps.), *Regional Developments in Bioethics: 1989-1991* (Dordrecht: Kluwer, 1992). La creación de bioéticas indígenas es un intento de preservar algo de la cultura local tradicional ante la influencia moderna occidental, y se definen enfrentadas a la bioética occidental. Se encontrará un notable intento de dar una referencia de la bioética desde la perspectiva tercermundista en la obra en preparación de Angeles Tan Alora y sus colegas del *South-east Asian Center for Bioethics* de Manila, *Bioethics: Readings and Cases from the Developing World*.

4. Heráclito, «On the Universe», en *Hippocrates*, trad. inglesa de W. H. S. Jones

(Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1959), xci, vol. 4, pág. 499. Los estoicos vieron en la teoría de Heráclito una anticipación de su teoría del *koinos logos*.

5. La teoría racionalista de la fe cristiano-occidental se configuró en varias fases. También surgió la opinión de que la existencia de Dios se podía demostrar por medio de la razón, bien mediante la prueba ontológica, como hizo Anselmo de Canterbury (1033-1109 d. de J.C.) o por medio de las *quinque viae*, como es el caso de santo Tomás de Aquino (1225-1274 d. de J.C.). La incorporación del racionalismo, que se originó en la corte franca y se expresó en el apoyo de la nueva doctrina del *filioque*, fue previa a esta unión de filosofía y teología. John S. Romanides, *Franks, Romans, Feudalism and Doctrine* (Boston: Holy Cross Orthodox Press, 1981). Estos compromisos y aspiraciones estaban asimismo unidos a una interpretación legalista de la moralidad. Christos Yannaras, *The Freedom of Morality* (Crestwood, NY: St. Vladimir's Seminary Press, 1984). Para una breve referencia del período de transición durante el cual el cristianismo occidental se separó de la tradición y se dio a sí mismo su propia forma, véase Chrysostom Frank, «St. Bernard of Clairvaux and the Eastern Christian Tradition», *St. Vladimir's Theological Quarterly* 36 (1992), págs. 315-328.

6. En este libro hago referencia al mundo, era o edad, antiguo, medio, moderno, y posmoderno. Como mundo antiguo denoto la gran síntesis cultural pagana circummediterránea que se contruyó principalmente a partir de fuentes griegas y romanas, y que finalizó en el período transcurrido entre la promulgación del Edicto de Tolerancia (313 d. de J.C.) y mediados del s. vi. El saqueo de Roma por Alarico (410 d. de J.C.), la abdicación de Rómulo Augusto (476 d. de J.C.), el cierre de las academias paganas (529 d. de J.C.) y la gran plaga entre 542 y 546 d. de J.C. señalaron el desmoronamiento de una concepción y el principio de un nuevo mundo. Para reflexiones sobre el carácter del mundo circummediterráneo después de la plaga, véase, por ejemplo, John E. Sandys, *A History of Classical Scholarship* (Nueva York: Hafner, 1958), vol. 1, págs. 269-271, 383. Después de este período el mundo cambió decididamente su carácter y su tono. El papa Gelasio (492-496 d. de J.C.) de Roma ya distingue en una carta escrita en 494-495 d. de J.C. entre *antiquus* y *modernus*. Walter Freund, *Modernus und andere Zeitbegriffe des Mittelalters* (Colonia: Böhlau, 1957), pág. 4. En el s. vi el senador romano y comentarista de los Salmos, Magno Aurelio Casiodoro (480-575 d. de J.C.), utilizó esos términos en un sentido más evolucionado para identificar al mundo antiguo, de manera muy parecida a como lo haríamos hoy en día.

El concepto de la Edad Media como el milenio transcurrido entre la caída de la antigua Roma y la caída de Constantinopla (29 de mayo de 1453) parece estar determinado en parte por la historia monumental de Flavio Biondo, *Historiarum ab inclinatione Romanorum imperii decades*, escrita entre 1439 y 1453, que abarca el período entre el saqueo de Roma de Alarico (410 d. de J.C.) y 1442. Véanse, por ejemplo, Alfred Masius, *Flavio Biondo, Sein Leben und seine Werke* (Leipzig: B. G. Teubner, 1879), y Denis Hay, «Flavio Biondo and the Middle Ages», *Proceedings of the British Academy* (Londres: Oxford, 1960), págs. 97-125. Se empezaron a usar términos tales como *media tempestas* (1469), *media aetas* (1518), y *medium aevum* (1604). Otto Brunner, Werner Conze y Reinhart Koselleck (comps.), *Geschichtliche Grundbegriffe* (Stuttgart: Klett-Cotta, 1978), vol. 4, pág. 98. Véase también Christoph Cellarius, *Historia Universalis, breviter ac perspicue exposita, in Antiquam et Medii Aevi ac Novam divisa* (1685). Encontramos menciones de «escritores antiguos, medievales, o modernos». Nathan Edelman, «The Early Uses of Medium Aevum, Moyen âge, Middle Ages», *The Romanic Review* 29 (febrero de 1938), 7; véase

también «Other Early Uses of Moyen Âge and Moyen temps», *The Romanic Review* 30 (diciembre de 1939), 327-330. Desde la atalaya renacentista se consideró que este período era una época oscura que separó los tiempos modernos del mundo antiguo, creando así una triple división de la historia. La modernidad identificaba la Europa configurada por el Renacimiento y la Reforma.

Se incorporó al concepto de «modernidad» una relación crítica con la literatura, con la cultura y con el conocimiento del pasado. Una de las primeras expresiones de esta acepción de la modernidad se encuentra en la llamada *querelle* o disputa acerca de si la literatura y cultura de los modernos eran mejores que las de los antiguos. «Ya en el siglo XVIII el término "moderno" adquirió las connotaciones de un grito de guerra, pero sólo como antítesis del término "antiguo" —con lo que se infería el contraste con la antigüedad clásica». Carl E. Schorske, *Fin de Siècle Vienna* (Nueva York: Alfred Knopf, 1985), pág. xvii. Véase, también, Hans Baron, «The Querelle of the Ancients and the Moderns as a Problem for Renaissance Scholarship», *Journal of the History of Ideas* 20 (enero de 1959), 3-22; y J. W. Lorimer, «A Neglected Aspect of the "Querelle des anciens et des modernes"», *The Modern Language Review* 51 (abril de 1956), 179-185. Tras la Revolución Francesa (1789) y el subsiguiente intento del 3 de noviembre de 1793 de fundar un culto de la razón, la modernidad adquirió un carácter claramente anticlerical, anticatólico, si no anticristiano. André Latreille, *L'Église catholique et la révolution française* (París: Hachette, 1948), 2 vols. Los sentimientos contrarios a la religión oficial fueron apoyados por la secularización que tuvo lugar en Alemania como consecuencia del *Reichsdeputationshauptschluß* del 24 de agosto de 1803, que puso las posesiones de la Iglesia católica-romana en manos seculares, destruyendo así un sistema de asistencia eleemosinaria que databa de la Edad Media y que provocó un *Bildersturz* o iconoclasmo en el que se destruyeron libros y obras de arte. «Der Reichsdeputationshauptschluß» en *Quellen zum Verfassungsorganismus des heiligen römischen Reiches deutscher Nation*, comp. H. H. Hofmann (Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1976), págs. 329-358. Como indicó Octavio Paz, se puede caracterizar la Edad Moderna como la «ruptura con la sociedad cristiana». Octavio Paz, *Children of the Mire [Los hijos del limo]*, trad. inglesa de Rachel Phillips (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1974), pág. 27. Después de la Primera Guerra Mundial, y tras el desmoronamiento de las esperanzas de carácter progresista, la modernidad adquirió la acepción de ser un adversario de la cultura. Lionel Trilling, *Beyond Culture* (Londres: Secker & Warburg, 1966). Se opone no sólo al cristianismo, sino también a gran parte de la cultura occidental tradicional. La modernidad del s. XIX y de principios del s. XX estuvo llena de esperanza y confianza en el progreso científico y social. Véase, por ejemplo, J. Howard Moore, *The Universal Kinship* (Londres: George Bell, 1906). La modernidad posterior no sólo fue crítica con el pasado, sino también autocrítica y dudó de sí misma. La modernidad se convirtió en una «revolución permanente contra la totalidad de la existencia moderna». Marshall Berman, *All That Is Solid Melts Into Air* (Nueva York: Simon & Schuster, 1982), pág. 30.

En el ámbito religioso la modernidad adquirió la acepción de un intento de adaptación a la ciencia y a las circunstancias del mundo contemporáneo. En el seno del catolicismo romano esto incluía la herejía del modernismo condenada por el papa Pío X en su encíclica *Lamentabili*, 3 de julio de 1907; véase Joseph Schnitzer, *Der katholische Modernismus* (Berlín: Protestantischer Schriftenvertrieb, 1912). Véase también Gabriel Motzkin, *Time and Transcendence* (Dordrecht: Kluwer, 1992). Posteriormente, la modernidad adquirió un significado especial en la literatura y en el arte. Un elemento prominente del arte moderno ha sido el abandono del pasado

y del arte clásico. «La arquitectura moderna, la música moderna, la filosofía moderna, la ciencia moderna —todas se definen no con relación al pasado, escasamente contra el pasado, sino independientemente del pasado». Carl E. Schorske, *Fin de Siècle Vienna* (Nueva York: Alfred Knopf, 1985), pág. xvii. Véase también Matei Calinescu, *Faces of Modernity: Avant-Garde, Decadence, Kitsch* (Bloomington: Indiana University Press, 1977).

El término «posmodernidad» puede haber sido utilizado por primera vez por Arnold Toynbee para señalar el período histórico en el que tuvo lugar la reflexión sobre la Edad Moderna. Harry Levin, *Refractions* (Nueva York: Oxford University Press, 1966), pág. 277. Este término también se utilizó en un principio para designar los profundos cambios sociales, tecnológicos e industriales que ganaron prominencia después de la Segunda Guerra Mundial. Para captar los cambios, los autores empezaron a hablar de una sociedad postburguesa. George Lichtheim, *The New Europe: Today and Tomorrow* (Nueva York: Praeger, 1963). Esta sociedad era «postindustrial». Daniel Bell, *The Coming of Post-Industrial Society* (Nueva York: Basic Books, 1973). «La llegada del período posmoderno ha estado marcada por la rápida ascensión de una nueva tecnología del conocimiento, que sirve para la recogida de datos y su análisis, para la simulación y el análisis de sistemas. Se ha dicho que el ordenador significa para la producción de conocimiento lo mismo que en su día supuso la máquina de vapor para la producción de materiales». Amitai Etzioni, *The Active Society* (Nueva York, 1968), pág. 9. Por otra parte, la posmodernidad se identificó tanto con una condición sociológica, como con una epistemológica: la pérdida de una narrativa universal en virtud de la cual explicar la experiencia humana, así como la capacidad de justificar o de revelar en términos seculares generales el contenido de dicha narrativa. Jean-François Lyotard, *The Postmodern Condition*, trad. inglesa de G. Bennington y B. Massumi (Manchester: Manchester University Press, 1984, tr. esp.: *La condición posmoderna*, Madrid, Cátedra, 1989). Es esta última forma de entender la posmodernidad la que es de esencial importancia para este libro sobre bioética.

Resumiendo, cuando aludo al mundo, era o época antiguo, denoto el período politeísta y multicultural del mundo circummediterráneo, durante el cual sólo hubo modestas expectativas de la razón que además estaban matizadas por sólidas tradiciones de escepticismo. Con el término «Edad Media» se identifica la síntesis cristiana europea occidental, período durante el cual se modeló la religión católico-romana, religión contra la que posteriormente reaccionó la Reforma Protestante. La Edad Media occidental proporcionó una visión moral monocultural y monoteísta, que no sólo estaba fuertemente comprometida con la fe, sino que también creía que la razón podía revelar gran parte del contenido y de la autoridad moral obtenidos mediante la fe. En este contexto, el escepticismo era considerado una forma de herejía.

La modernidad (al igual que expresiones como «el período moderno») se caracteriza por querer obtener la esencia de la moralidad judeo-cristiana mediante la razón, junto con una explicación de la autoridad moral basada en el argumento racional y no en la fe. Es el intento de llegar a lo que se considera el núcleo de la visión moral judeo-cristiana sin la necesidad de reconocer la existencia del Dios judeo-cristiano. Con frecuencia aludiremos en este libro al proyecto filosófico moderno o al proyecto filosófico moral moderno (o simplemente al proyecto filosófico moral) y con ellos indicaremos el intento de obtener ese núcleo de la explicación de la autoridad moral y de la moralidad judeo-cristiana, aunque ahora en términos seculares. Utilizaremos la expresión «proyecto filosófico moderno» con la esperanza

de no proporcionar tan sólo orientación moral, sino también guía ontológica o metafísica. Aunque el proyecto filosófico moderno precedió a la Ilustración y fue cuestionado por figuras importantes de la Ilustración, como David Hume (1711-1776), se puede decir que continuó durante la Ilustración y en los intentos progresistas de finales del s. xix y principios del s. xx de justificar y construir una narrativa moral secular universal. Utilizamos la expresión «proyecto de la Ilustración» (y expresiones similares) para identificar el esfuerzo de crear una moralidad dotada de contenido y canónica en términos seculares justificable para todas las personas. La posmodernidad es el reconocimiento de que este proyecto es vano.

7. Al final de la Ilustración, y seis años después de la Revolución Francesa, Kant escribió en apoyo de una liga de naciones que enmarcase la condición para la paz mundial. *Zum ewigen Frieden: Ein philosophischer Entwurf* (1795).

8. Ofreceremos la justificación de esta exigencia en el capítulo III. Para una referencia de sus raíces históricas y filosóficas, véanse Alasdair MacIntyre, *After Virtue* (Notre Dame, Ind.: University of Notre Dame Press, 1981); *Whose Justice? Which Rationality?* (Notre Dame, Ind.: Notre Dame University Press, 1988).

9. El número mundial de sacerdotes católicos descendió de 410.000 a 245.000 aproximadamente, en los siete años posteriores a la introducción, por parte del catolicismo romano, *Novus Ordo* de la Misa (1969) y a la severa limitación del uso de la Misa Tridentina «tradicional». También descendió en gran parte del mundo de forma drástica la asistencia a la Misa dominical. Por ejemplo, mientras la asistencia a la Iglesia Protestante descendió sólo en un 19% entre 1965 y 1974, la asistencia a la Iglesia Católica descendió en un 29%. *Index to International Public Opinion, 1978-1979* (Westport, Conn.: Greenwood Press, 1980). El descenso fue todavía más acentuado en algunas partes de Europa. En los dieciséis años anteriores a 1989, el número de asistentes a la iglesia en Amsterdam descendió de 45.000 a 10.000 y el número de iglesias abiertas de 65 a 45, con la probabilidad de que la mitad de éstas se cerraría a finales de siglo. Siggi Weidemann, «Altäre unter dem Hammer», *Süddeutsche Zeitung* (18 de abril de 1989). La adaptación a la modernidad no parece haber tenido éxito.

10. Aristóteles, *Ética a Nicómaco* IX, 10; *La Política* VII, 4.

11. Comisión *ad hoc* de la Facultad de Medicina de Harvard para examinar la definición de muerte cerebral, «A Definition of Irreversible Coma», *Journal of the American Medical Association* 205 (agosto de 1968): 336-340.

12. *Griswold contra Connecticut*, 381 U.S. 479, 85 S.Ct. 1678, 14 L.Ed. 2d 510 (1965). Esta misma protección constitucional se amplió al derecho de individuos solteros a disponer de medios anticonceptivos en el caso *Eisenstadt contra Baird*, 405 U.S. 438, 92 S.Ct. 1029, 31 L.Ed. 2d 349 (1972).

13. H.T. Engelhardt, Jr., «Physicians, Patients, Health Care Institutions —and the People in Between: Nurses», en A.H. Bishop y J.R. Scudder (comps.), *Caring, Curing, Coping: Nurse, Physician, Patient Relationships* (University, Ala.: University of Alabama Press, 1985), págs. 62-79.

14. Véase, por ejemplo, Kenneth Vaux, «A Year of Heart Transplants: An Ethical Valuation», *Postgraduate Medicine* 45 (enero de 1969): 210-205. Irving S. Wright, «A New Challenge to Ethical Codes: Heart Transplants», *Journal of Religion and Health* 8 (1969): 226-241. Patricia MacMillan, «But My Heart Belongs to Me ...», *Nursing Times* 76 (abril 1980): 677.

15. Para un estudio del desarrollo de los conceptos de la localización cerebral de las capacidades mentales, véase Robert Young, *Mind, Brain and Adaptation in the Nineteenth Century* (Oxford: Clarendon Press, 1970); S.F. Spicker y H.T. Engel-

hardt, Jr. (comps.), *Philosophical Dimensions of the Neuro-Medical Sciences* (Dordrecht: Reidel, 1976).

16. H. Tristram Engelhardt, Jr., «Defining Death: A Philosophical Problem for Medicine and Law», *American Review of Respiratory Diseases* 112 (noviembre de 1975): 587-590. Aunque, como expondré en este libro, la definición de orientación cerebral de la muerte se entiende mejor como el reconocimiento del cerebro como promotor de la conciencia, no han faltado tentativas para eludir dicho reconocimiento. Véase, por ejemplo, President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research [Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina y la investigación Biomédica y del Comportamiento], *Defining Death* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1981), esp. págs. 31-43. Véase también, R. M. Zaner (comp.), *Death: Beyond Whole-Brain Criteria* (Dordrecht: Kluwer, 1988).

17. Como comprobaremos más adelante, el fracaso o la renuncia pacífica a plantear las propias consideraciones morales en términos comprensibles para extraños morales no es pernicioso. Es simplemente el anuncio de un silencio moral secular.

18. El humanismo y las humanidades están asociados a nueve conjuntos de ideas y conceptos de los que se derivan ricas, ambiguas y complejas consecuencias para la comprensión de las humanidades médicas: a) *humanitas* como concepto grecorromano del estudio refinado; b) humanismo como disposición o sentimientos filantrópicos o humanitarios; c) humanidad como nobleza; d) humanismo como característica de un profesor, de un erudito, o de un estudiante; e) las humanidades como las artes liberales, las *belles lettres*, o *humanae litterae*; f) humanismo como una erudición mundana que contrasta con las *litterae divinae*; g) humanismo como un género especial de serenidad o equilibrio; h) humanismo como fundamento filosófico de concepciones morales comunes. Véase H. T. Engelhardt, Jr., *Bioethics and Secular Humanism: A Search for a Common Morality* (Philadelphia: Trinity International Press, 1991), págs. 43-86.

19. Los términos «secularidad», «secularismo» y «secularización» pueden adoptar al menos siete acepciones diferentes que están unidas entre sí por diversos «parecidos de familia»: a) secularidad como marco moral dentro del cual pueden colaborar individuos de diferentes religiones e ideologías; b) secular como identificación de eclesiásticos que no están atados por votos religiosos; c) secularización como proceso por el cual un miembro de una orden religiosa o la propiedad de una orden religiosa se convierte en un eclesiástico secular o en la propiedad de un eclesiástico secular; d) secularización como proceso por el cual la propiedad de la Iglesia pasa a manos públicas o privadas; e) secularización como intento de limitar el poder, la inmanidad y la influencia de la Iglesia; f) secularismo como un movimiento concreto, originado en el s. xix en Gran Bretaña con el objetivo de realizar ciertos cambios sociales, así como de crear asociaciones de individuos que comparten las mismas opiniones; y g) secularización como proceso por el cual una cultura pierde el sentido de la trascendencia y lo reemplaza por un significado mundano o immanente. Para una visión global de la naturaleza y los orígenes, véase *Bioethics and Secular Humanism*, págs. 20-42. En este libro utilizaremos el término «secularidad» en su primera acepción.

20. Daniel Callahan, «Minimalist Ethics», *Hastings Center Report* 11 (octubre de 1981): 19-25.

21. El cristianismo tradicionalmente no se consideraba una religión que tuviese que ser impuesta por la fuerza estatal, sino como una religión adoptada volunta-

riamente y aprendida a medida que aumentaba el compromiso con ella. Incluso tenía un carácter esotérico. Cirilo de Jerusalén (315-386 d. de J.C.) advierte, por ejemplo: «Si después de la clase un catecúmeno te pregunta qué han dicho los instructores, no les digas nada a los extraños, ya que lo que te entregamos es un secreto divino, es incluso la esperanza de la vida venidera. Guarda el secreto para El que te va a recompensar. Si alguien te dice "¿Qué daño hacemos con que yo también lo sepa?", no le escuches. Del mismo modo pide el enfermo vino, pero si se le da en un momento inadecuado, sólo le produce fiebre y ocurren dos hechos perniciosos: el efecto sobre el enfermo es desastroso y se difama al médico». [San Cirilo de Jerusalén, *Procatequesis* 12, Las obras de san Cirilo de Jerusalén, trad. inglesa de L. P. McCauley y A. A. Stephenson (Washington, D.C.: Catholic University of America Press, 1969), vol. 1, pág. 79]. Hay que resaltar la renuencia del cristianismo a revelar su liturgia, incluso a los no creyentes. Todavía hoy se encuentra antes de la primera oración de los creyentes la orden: «Partid todos vosotros, catecúmenos, partid. Partid todos los catecúmenos: que no permanezca ningún catecúmeno, pero dejadnos a los creyentes rezar una y otra vez en paz al Señor». Isabel Hapgood (traductora), *Service Book of the Holy Orthodox-Catholic Apostolic Church* (Englewood, NJ: Antiochian Orthodox Christian Archdiocese, pág. 92).

22. En Occidente se distinguía entre lo que se puede conocer por medio de la razón natural, la razón desasistida por la gracia y la revelación, y lo que se puede conocer por la revelación. Como afirma Tomás de Aquino: «Yo contesto que para la salvación del hombre era necesaria la existencia de un conocimiento revelado por Dios, aparte de la ciencia filosófica elaborada por la razón humana». *Summa Theologica* I, q. 1, art. 1 (Westminster, MD: Christian Classics, 1948), vol. 1, pág. 1.

23. Podemos comprender el carácter empobrecido de la bioética secular con ayuda de la tradicional distinción realizada en Occidente entre la naturaleza y la gracia, o también lo podemos observar a la luz de la más tradicional concepción cristiana; la concepción «carente de gracia» se puede interpretar como una fase ficticia previa al momento en que la mente se siente atraída por la ley de Dios, por la creación de una conciencia bien formada. Encontramos la formulación clásica de esta interpretación en el siguiente pasaje de Juan de Damasco (676-750). «La ley divina, por consiguiente, actúa sobre nuestra mente atrayéndonos hacia Dios y espolando nuestra conciencia ... De aquí que sólo sea posible cumplir los mandamientos del Señor a través de la paciencia y de la oración». San Juan Damasceno, «The Orthodox Faith», en *Saint John of Damascus Writings*, trad. inglesa de F. H. Chase, Jr., (Washington, D.C.: Catholic University of America Press, 1981), págs. 388-389. Así se puede entender la oración que se reza en la Gran Víspera como la petición de obtener una conciencia bien formada: «Bendito seas Tú, Señor, enséñame tu ley. Bendito seas Tú, Señor, hazme comprender tus mandamientos. Bendito seas Tú, Señor, ilumíname con tus preceptos». Hapgood, *Service Book*, pág. 10. No se puede fundar una moralidad dotada de contenido sobre argumentos racionales; sólo la plena integración en una moralidad dotada de contenido permite conocer la realidad. «Podemos estudiar tanto como queramos, pero no llegaremos a conocer al Señor a menos que vivamos según sus mandamientos, ya que no se conoce al Señor a través del estudio, sino gracias al Espíritu Santo». Archimandrita Sophrony, *Wisdom from Mount Athos: The Writings of Staretz Silouan 1866-1938*, trad. inglesa de R. Edmonds (Crestwood, NY: St. Vladimir's Seminary Press, 1974).

24. En Occidente, la metafísica ha incluido también tradicionalmente la teología natural y el problema de la inmortalidad del alma. Se podría pensar aquí en las tres preguntas de Kant: «1. ¿Qué puedo conocer? 2. ¿Qué debo hacer? 3. ¿Qué pue-

do esperar?», *Critique of Pure Reason* A805 = B833. Norman Kemp Smith (trad.), *Immanuel Kant's Critique of Pure Reason* (Londres: Macmillan, 1964), pág. 635. Tradicionalmente se ha abordado esta última pregunta a través de consideraciones sobre la existencia de Dios y sobre la inmortalidad del alma. Siguiendo a Kant, examino los límites de nuestra capacidad para responder a esas preguntas a través de la racionalidad secular. Centro mi atención en la segunda pregunta.

25. La Iglesia católica romana pretende que, a partir de la razón natural, se puede demostrar un abanico de verdades, desde la existencia de Dios a la inmoralidad de la anticoncepción. Por ejemplo, el primer Concilio Vaticano postuló como artículo de fe, que la existencia de Dios se puede demostrar basándose solamente en la razón natural. *Constitutio dogmatica de fide catholica, Canones, II. De revelatione*, 1, de la Cuarta Sesión del Concilio Vaticano, 24 de abril de 1870. *Conciliorum Oecumenicorum Decreta* (Basilea: Herder, 1962), pág. 786. Del mismo modo, también el catolicismo romano mantuvo que la anticoncepción es perniciosa según la ley natural. «La limitación o prevención artificial del nacimiento es inmoral porque se opone a la ley natural». John P. Kenny, *Principles of Medical Ethics* (Westminster, MD: Newman Press, 1962), 2ª ed., pág. 102. Como cuestión de ley natural, la anticoncepción se convierte en un acto que las personas deben considerar inmoral con independencia de cualquier compromiso moral. «Todas las personas deben obedecer la ley natural. Por lo tanto no importa si se es católico romano, protestante, judío, pagano o una persona sin ningún tipo de afiliación religiosa, se está, no obstante, obligado a conocer y a cumplir las enseñanzas de la ley natural». Edwin F. Healy, *Medical Ethics* (Chicago: Loyola University Press, 1956), pág. 7.

Partiendo de esta interpretación de la ley natural, los teólogos morales católicos romanos en general, y los expertos católicos romanos en cuestiones éticas médicas en particular, consideraron que tenían un derecho especial de adquirir conocimientos científicos acerca de una parte de la moralidad a la que, en principio, tenían acceso todas las personas como tales. «Pero los moralistas católicos [romanos] pueden exigir de una forma justa una competencia especial en la ciencia ética, la ciencia de lo que es correcto o equivocado moralmente, la ciencia que aplica la ley moral a los problemas de la vida humana. Son hombres sumamente educados y experimentados en este campo especial. Su preparación para esta capacidad profesional es intensa y exhaustiva; generalmente enseñan la ciencia de la moralidad durante varios años y se ocupan constantemente de las aplicaciones prácticas de esta ciencia. Aparte de cualquier cuestión religiosa, los moralistas católicos [romanos] representan el mayor grupo de especialistas en la ciencia ética del mundo y tienen una tradición de estudio científico que se extiende a lo largo de siglos». Gerald Kelly, *Medico-Moral Problems* (St. Louis, Mo.: Catholica Hospital Association, 1958), pág. 34. Del mismo modo, la ética marxista en la antigua Unión Soviética consideraba que estaba presentando conclusiones científicas objetivas. Loren R. Graham, «How History and Politics Affect Closure in Biomedical Discussions: The Example of the Soviet Union», en *Scientific Controversies*, comp. H. T. Engelhardt, Jr. y A. L. Caplan (Nueva York: Cambridge University Press, 1989), págs. 249-264. Santo Tomás de Aquino defendió con menos pasión la capacidad de conocer la ley natural a través de la razón. Aunque afirmaba que todas las personas pueden descubrir los principios primarios de la ley natural, admitía que la cultura y el contexto pueden limitar la capacidad de percibir acertadamente los principios secundarios. Santo Tomás de Aquino, *Summa Theologica*, I-II, q. 94, art. 6.

26. El reino de la razón secular es, mezclando metáforas, una especie de limbo. En este punto es la concepción Ortodoxa de la gracia y la naturaleza, no la oc-

cidental, la que llega al núcleo de la cuestión. No se pretende decir que alguna vez haya existido la naturaleza carente de gracia, porque la gracia no es un *donum superadditum*. Percibir el mundo secular no quiere decir que se vea al mundo carente de gracia, carente de la energía de Dios, sino que significa, más bien, que se utiliza el lenguaje moral que se debe emplear con aquellos que ignoran esa gracia y esa energía. La ley natural sólo se puede contemplar verdaderamente desde la perspectiva, visión y esfuerzo morales de la comunidad moral correcta, a ninguna de las cuales se puede acceder tan sólo por medio de la razón.

27. Como dijo santo Tomás de Aquino: «Contesto con respecto a los herejes ... que el pecado está de su lado, por lo que no sólo merecen ser apartados de la Iglesia a través de la excomunión, sino que también deben ser apartados del mundo por medio de la muerte. Es mucho más grave corromper la fe que aviva el alma, que falsificar el dinero que mantiene la vida temporal. Por lo que, si la autoridad secular condena a los falsificadores de dinero y a otros malhechores a la muerte, con mucha mayor razón se debe, no sólo excomulgar a los herejes tan pronto como se les condena por herejía, sino que se les debe ejecutar». *Summa Theologica of St. Thomas Aquinas* (Westminster, MD: Christian Classics, 1948), vol. 3, pág. 1220; II-II, q. 11, art. 3. Véase también II-II, q. 10, art. 8. A este respecto, santo Tomás de Aquino refleja el *ethos* generalizado del cristianismo occidental. El cuarto Concilio de Letrán, por ejemplo, concedía las mismas indulgencias a quienes exterminaban a herejes en su patria que a quienes viajaban a Tierra Santa. «Catholici vero qui, crucis assumpto charactere, ad haereticorum exterminium se accinxerint, illa gaudeant indulgentia, illoque sancto privilegio sint muniti, quod accedentibus in Terrae sanctae subsidium conceditur». «Concilium Lateranense IV» [1215], *Conciliorum Oecumenicorum Decreta* (Basilea: Herder, 1962), *Constitutiones* 3, pág. 210. Se podría señalar que, a este respecto, santo Tomás de Aquino y el Concilio se apartaban de las enseñanzas tradicionales de la Iglesia Católica. Un Canon (numerado como 27 ó 28 según diversas fuentes) de las 85 Constituciones Apostólicas postula: «Ordenamos que sea depuesto todo obispo, presbítero o diácono que golpee a un creyente que haya cometido una ofensa o a los no creyentes que hayan realizado actos inicuos e intente aterrorizarlos con esos medios, porque el Señor no nos enseñó a hacer esas cosas. Por el contrario, Él no golpeó cuando fue golpeado; no injurió cuando fue vilipendiado; cuando sufrió no amenazó». Alexander Roberts y James Donaldson (comps.), *The Ante-Nicene Fathers* (Grand Rapids, Michigan: Wm. B. Eerdmans, 1989), vol. 7, pág. 501. El Concilio de Cartago (418 ó 419 d. de J.C.) cuyos cánones fueron posteriormente adoptados por el Concilio Quinisexto (o Quinisextino) (conocido como Concilio Trulano, 692 d. de J.C.), subrayó su oposición a la conversión por la fuerza. «Canon CXIX. Se ha promulgado una ley, según la cual cada persona puede elegir libremente practicar el cristianismo». Nicodemus y Agapius (comps.), *The Rudder of the Orthodox Catholic Church* (Nueva York: Luna Printing, 1983), pág. 673. Debido tanto a la violación de estos cánones como a otras ofensas, el catolicismo ortodoxo consideró que el papa de Roma había sido depuesto y destituido de todos sus cargos eclesiásticos. «Tras estigmatizar repetidamente las transgresiones y las innovaciones de los papas [de Roma] la Iglesia Ortodoxa ha decretado que sean depuestos y les ha despojado de toda gracia exigida para la celebración de la Misa o de otros servicios divinos ... Es un hecho admitido ... que el papa [de Roma] no sólo golpea a fieles seguidores y a los infieles, sino que incluso asesina como un hombre sanguinario, del que abomina el Señor. Así, ¿cómo puede tener derecho a las órdenes sagradas un obispo que firma decretos de penas capitales, y actúa como instigador y causante de guerras y asesinatos y otros muchos hechos inicuos?», *The Rudder*, pág. 788.

28. Jesús dijo: «Si quieres ser perfecto, vete, vende cuanto tengas y dáselo a los pobres. Y tendrás un tesoro en el cielo. Entonces ven, y sígueme ...» (Mateo 19:21). No consta que haya dicho: «Si quieres ser perfecto, conviértete en un activista político para ayudar a los pobres, establece un sistema de impuestos redistributivo progresista, y utiliza la fuerza estatal para asegurar que todos apoyan el programa de asistencia social». Comprometerse a ayudar a los pobres no equivale a comprometerse a utilizar la fuerza del Estado para obligar a los no creyentes a ser caritativos. Además, el acento final recae sobre el seguimiento de Jesús. San Atanasio (296-373) da una interpretación Ortodoxa del sentido de esta frase, al contar que San Antonio Abad (250-356) cuando escuchó esta lectura de los Evangelios vendió todo lo que poseía y se convirtió en el fundador del movimiento monástico cristiano. Véase san Atanasio, *The Life of St. Anthony*. La crítica que el autor hace de los intentos filosóficos de encontrar una justificación filosófica secular de los modelos redistributivos impuestos coercitivamente por el gobierno no implica que él mantenga que no deben seguirse los auténticos mandatos de los Evangelios.

### NOTAS CAPÍTULO III

1. Platón, *La República*, 5. 459e, 5.461c.
2. Aristóteles, *La Política* VII 16, 335b20-26.
3. *La República* 3.405-410, y *Leyes* 4.720b-e.
4. Véase, por ejemplo, «El arte», «El decoro», «La ley», «El médico» y «Preceptos» para una presentación del *ethos* hipocrático.
5. Véase, por ejemplo, Samuel A. Cartwright, «Synopsis of Medical Etiquette», *New Orleans Medical and Surgical Journal* 1,2 (1844): 101-104; y Medical Association of North Eastern Kentucky, *A System of Medical Etiquette* (Kentucky: Maysville Eagle, 1839). Para un estudio del desarrollo de los códigos norteamericanos de ética médica, véase Donald E. Konold, *A History of American Medical Ethics, 1847-1912* (Madison, Wis.: The State Historical Society of Wisconsin, 1962).
6. *Code of Medical Ethics Adopted by the American Medical Association at Philadelphia in May, 1847, and by the New York Academy of Medicine in October, 1947* (Nueva York: H. Ludwig, 1848).
7. Aunque con frecuencia las reglas de etiqueta se tachan de simples «buenas maneras», sostienen una importante elemento ético. Véase por ejemplo, un artículo del que Miss Manners es coautora: Judith Martin y Gunter S. Stent, «I Think; Therefore I Thank», *American Scholar* 59 (primavera de 1990), págs. 237-254.
8. Como señala Tony Honoré, en las fuertemente homogeneizadas ciudades-Estado los griegos no establecían un agudo contraste entre costumbre y ley; *nomos* designaba tanto a una como a otra. Por el contrario, el latín posee *mos* (costumbre, manera, modo) y *consuetudo* (costumbre, hábito, uso), como distintas de *ius* (derecho, ley, justicia) y *lex* (ley). Véase Tony Honoré, *Tribonian* (Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 1978). La distinción entre costumbres, códigos de etiqueta y ley se hace necesaria cuando uno tiene que actuar en diversas comunidades de fe. Una ciudad-Estado griega trataba de abarcar una comunidad. Por el contrario, Roma pretendió incluir a varias comunidades dentro de un sistema imparcial de leyes. Con su evolucionado politesmo, Roma se esforzó también por englobar a varias religiones, lo que requirió ulteriores distinciones entre lo que era la ley y lo que caía dentro de costumbres particulares.



9. El reconocimiento de que los Estados en gran escala no son simplemente una comunidad moral concuerda con la visión que tiene Hegel del Estado como matriz neutral de libertad que incluye a numerosas comunidades, con diferentes visiones acerca del merecimiento de alabanza y la vida buena. Esta explicación justifica la defensa que hace Hegel de la tolerancia, en la que, en contra de los antisemitas de su tiempo, sostiene que los judíos deberían gozar de plenos derechos civiles en el Estado. Este último no debería ser ni cristiano ni judío, sino un marco neutral que pudiese abarcar pacíficamente a varias comunidades de fe. He aquí el razonamiento de Hegel:

«El indecible clamor suscitado contra los judíos y contra otros por ese motivo aparente (que deberían ser considerados una raza extranjera) desconoce el hecho de que unos y otros son, por encima de todo, *hombres*, y la Humanidad, lejos de ser una mera cualidad superficial y abstracta, constituye, por el contrario, por sí misma la base del hecho de que los derechos civiles susciten en sus poseedores el sentimiento de ser personas dotadas de derechos en la sociedad civil, y este sentimiento de mismidad, infinito y libre de toda restricción, es la raíz que da origen a la deseada semejanza en disposiciones y modo de pensar».

Hegel, *Philosophy of Right*, trad. inglesa de T.M. Knox (Londres: Oxford University Press, 1965), sec. 270, pág. 169. Esta visión del Estado como matriz neutral que abarca a varias comunidades está sugerida también en el pasaje en que Hegel describe a los funcionarios del Estado como la clase universal. Véase *Philosophy of Right*, sec. 303.

10. La época contemporánea se caracteriza por el neopaganismo y un resurgir de la simpatía por el politeísmo. Véase por ejemplo, David L. Miller, *The New Polytheism: Rebirth of the Gods and Goddesses* (Nueva York: Harper & Row, 1974). Gran parte de los sentimientos del movimiento *New Age* se pueden interpretar como un intento de recobrar las resonancias del paganismo y sus vínculos con las fuerzas de la naturaleza y de la tierra. Se pueden encontrar asimismo guías psicológicas en las que se habla de la espiritualidad y del Dios grecorromano. Véase por ejemplo, Thomas Moore, *Care of the Soul* (Nueva York: HarperCollins, 1992).

11. J. Cook, *Captain's Cook Journal 1768-1771*, comp. por el capitán W.S.L. Wharton (Londres: Elliot Stock, 1893), págs. 91-95.

12. Colin M. Turnbull, *The Mountain People* (Nueva York: Simon and Schuster, 1972), pág. 135.

13. N.R. Hanson, *Perception and Discovery* (San Francisco: Freeman, Cooper, 1969).

14. I. Lakatos y A. Musgrave (comps.), *Criticism and the Growth of Knowledge* (Cambridge: Cambridge University Press); también resulta pertinente la obra de Fleck con respecto a la historia de la sífilis. Ludwig Fleck, *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache, Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv* (Basilea: Benno Schwabe, 1935); *Genesis and Development of a Scientific Fact*, comps. T. J. Trenn y R. K. Merton, trad. ingl. de F. Bradley y T. J. Trenn (Chicago: University of Chicago Press, 1979). Véase también, Thomas S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions* (Chicago: University of Chicago Press, 1962, tr. esp.: *La estructura de las revoluciones científicas*, Madrid, FCE, 1980).

15. Se trata de un problema ampliamente discutido. De A.J. Ayer, en *Language, Truth and Logic* (Londres: Peter Smith, 1935) a Charles Stevenson en *Facts and Values: Studies in Ethical Analysis* (Westport, Conn.: Greenwood Press, 1962, reeditado en 1975), no han faltado filósofos que en la época moderna han planteado la cuestión acerca de si las afirmaciones morales pueden ser verdaderas o falsas en al-

gún sentido o si se limitan a expresar emociones o funcionan como formas de persuadir a otros a colaborar en una acción común.

16. Henry Sidgwick, *The Methods of Ethics*, 7ª ed. (Londres: Macmillan, 1907), págs. 338-342.

17. Con frecuencia se apela a la casuística en el vano intento de encontrar un enfoque no fundamentalista que ayude a encontrar respuestas a las controversias bioéticas. Como hemos demostrado, los análisis casuísticos presuponen un conjunto de compromisos morales que sirvan de marco.

18. La apelación secular a la casuística es una actitud errónea. Véase por ejemplo, Albert Jonsen y Stephen Toulmin, *The Abuse of Casuistry* (Berkeley: University of California Press, 1988). En primer lugar, tal apelación no puede funcionar en un marco de contenido moral que todos aceptan y dentro del cual se interpretan casos concretos. En el seno del Catolicismo Romano había tanto un cuerpo de enseñanzas autorizadas, como individuos dotados de autoridad. En segundo lugar, la apelación secular a los casos no tiene lugar en el seno de una concepción moral, sino en un ámbito caracterizado por diferentes visiones morales, con la esperanza de así poder determinar cuál de ellas debiera dominar. Utilizando una metáfora de Thomas Kuhn, diremos que los moralistas seculares que apelan a la casuística se dedican a una casuística de crisis, no a una casuística normal. Esta última era el campo al que se dedicó la casuística católico-romana. El desafío consiste en encontrar un marco en el que se puedan resolver las controversias morales a las que se enfrenta la casuística secular. Para un estudio de estas dificultades, véase Kevin Wm. Wildes, S.J., *A View from Somewhere* (manuscrito). Como ejemplo de la casuística católico-romana reciente, consideremos el siguiente examen del problema planteado a un confesor católico romano.

«Cierta mañana de domingo, el lugar todavía está más oscuro que de costumbre debido a la lluvia. Se acerca al confesonario una mujer anciana, como deduce el confesor de su voz y manera de hablar. En el momento en el que termina su confesión suena la campana para indicar que se va a realizar la elevación. El confesor pide a la anciana que haga una pequeña pausa, hasta que finalice la elevación, y ésta le contesta: «Sí, padre». El confesor hace la señal de la cruz y adopta una actitud recogida para dar consejo. Tras la elevación se dirige de nuevo a la anciana, le proporciona consejo y consuelo, etc., le impone su penitencia y pronuncia la absolución, finalizando con la usual expresión «Alabado sea el Señor» hacia el penitente, que le contesta, para su gran sorpresa, con la palabra «Amen» pronunciada por una grave voz masculina. El confesor, levantando rápidamente la mirada, ve cómo un hombre joven se aleja del confesonario y desaparece. ¿Cómo llegó este joven a ocupar el lugar de la anciana? Sólo hay una explicación. La anciana debe de haber entendido mal al confesor cuando éste le dijo que esperara hasta que finalizase la elevación. Cuando el confesor hizo la señal de la cruz, ella probablemente entendió que era la absolución. Abandonó su lugar silenciosamente, y éste fue, con igual silencio, ocupado por el joven, quien recibió la absolución seguramente con algo de sorpresa. Pudo estar agradablemente sorprendido por el hecho de que este confesor ni siquiera exigiese la confesión de sus pecados. Este hecho plantea ahora las siguientes preguntas: 1. ¿Es el confesor culpable de *laesio sigilli* al haber dirigido su consejo al joven, pero refiriéndose a los pecados de la anciana? 2. ¿Está absuelta la anciana de sus pecados? 3. ¿Queda el joven absuelto de sus pecados?»

En cuanto a la primera pregunta, se juzga que el confesor ha violado la promesa del confesonario *ob errorem invincibilem* y por tanto no es culpable, es decir, no podía saber que estaba informando a otra persona de los pecados de la anciana. En



cuanto a esta última, la respuesta es que el sacerdote, cuando dijo «Ego te absolvo», se refería a la anciana cuando dijo «te». El sacerdote puede suponer que la anciana no ha abandonado la iglesia y que se encontraba, por tanto, cerca del confesonario y de la absolución. Por lo que se refiere a la tercera pregunta, los pecados del joven no han sido absueltos, ya que al no confesar sus pecados, no cumplió con las obligaciones esenciales del sacramento. El comentario concluye: «Supongamos, sin embargo, que el joven pensó realmente que sus pecados habían quedado absueltos y, aunque posiblemente en estado de pecado mortal, recibió la Sagrada Comunión. En este caso se cree que fueron perdonados sus pecados a través de la Comunión *per accidens* si comulgó *bene attritus*». Anónimo, *The Casuist* (Nueva York: Joseph Wagner, 1906), vol. 1, págs. 73-74.

19. Roderick Firth, «Ethical Absolutism and the Ideal Observer», *Philosophy and Phenomenological Research* 12 (1952): 331-341.

20. Richard B. Brandt, *A Theory of the Good and the Right* (Oxford: Clarendon Press, 1979).

21. La teoría de Rawls se presenta como una «teoría de elección racional» (16), que toma en consideración el acuerdo en una situación en la que existen diversas concepciones del bien. La elección del contratante depende, entre otras cosas, de si tiene o no tiene una teoría poco consistente del bien (pág. 396 sig.).

22. John Rawls, *A Theory of Justice* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1971), págs. 17-22, 126-142. Una exposición de la postura original en términos más ahistóricos se encuentra en el capítulo titulado «La interpretación kantiana de la justicia como imparcialidad» (págs. 251-257). Para una exposición de la relación entre la postura original y la elaboración de la constitución y las leyes, véanse también págs. 195-201.

23. Como afirma Rawls, «... en la postura original las personas no tienen ningún deseo de obtener mayores ventajas a expensas de las mismas libertades» (*Theory of Justice*, pág. 156).

24. Para Rawls, una cantidad aceptable de los bienes sociales primarios sería la que estuviese distribuida de acuerdo con los dos principios de justicia. Véase especialmente su formulación del segundo de estos principios, parte (a), pág. 302, en *Theory of Justice*.

25. *Ibíd.*, pág. 137.

26. *Ibíd.*, pág. 302.

27. «La división equitativa de todos los bienes primarios es irracional a la vista de la posibilidad de mejorar las circunstancias de todos, si se aceptan ciertas desigualdades». *Ibíd.*, pág. 546.

28. Rawls da la siguiente explicación de la envidia. «Hasta cierto punto, el sentido del propio valor depende de la posición institucional y de los ingresos. Sin embargo, si la explicación de la envidia social está bien fundada, entonces si se realizan los arreglos de trasfondo necesarios, estas tendencias no deberían ser excesivas, al menos cuando se sostiene la prioridad de la libertad». *Ibíd.*

29. Las aplicaciones de la teoría de Rawls en el ámbito sanitario difieren dependiendo de si concede menos importancia a las consideraciones de la asistencia sanitaria que al principio de libertad (véase por ejemplo, Ronald Green, «Health Care and Justice in Contract Theory Perspective», en R. Veatch y R. Branson (comps.), *Ethics and Health Policy* [Cambridge, MA: Ballinger, 1976], págs. 111-126, y «The Priority of Health Care», *Journal of Medicine and Philosophy* 8 [noviembre de 1983], págs. 373-380) o al principio de la justa igualdad de oportunidades (véase por ejemplo, Norman Daniels, *Just Health Care* [Cambridge: Cambridge University Press, 1985]).

30. Véase Rawls, pág. 396.

31. *Ibíd.*, págs. 152-158.

32. *Ibíd.*, págs. 143, 546.

33. *Ibíd.*, pág. 128.

34. Para una exposición de los BaMbuti, véase Colin Turnbull, *Forest People* (Nueva York: Simon and Schuster, 1961); y *Wayward Servants: The Two Worlds of the African Pygmies* (Westport, Conn.: Greenwood Press, 1965).

35. Rawls reconoce la naturaleza limitada de sus conclusiones. Por ejemplo, al final de *A Theory of Justice* afirma:

«Así pues, es del todo adecuado que el argumento en favor de los principios de justicia avance a partir de cierto consenso ... Ciertamente, el argumento en favor de los principios de justicia resultaría fortalecido si se mostrase que ellos continúan siendo la mejor elección de una lista más exhaustiva y más sistemáticamente evaluada. No sé hasta qué punto es esto realizable. Dudo, sin embargo, que los principios de justicia (como yo los he descrito) representen la concepción preferida de entre los temas incluidos en una lista más o menos completa. (Presupongo aquí que, dado un salto superior en complejidad y otras limitaciones, la clase de alternativas razonables y prácticas es de hecho finita). Aunque el argumento que yo he ofrecido es sólido, lo único que demuestra es que una teoría finalmente adecuada (si es que existe) se parecerá a la idea del contrato más que a cualquiera otra de las doctrinas discutidas por nosotros. Pero, incluso esta conclusión, no se debe considerar probada en sentido estricto» (pág. 581).

En *Political Liberalism* Rawls menciona de nuevo el mismo argumento, pero esta vez asocia su concepción de justicia al concepto de la democracia constitucional moderna.

«Mientras que esa concepción [esto es, una concepción política de la justicia] es, por supuesto, un concepto moral, es un concepto moral diseñado para un tipo de sujeto específico, a saber, para instituciones políticas, sociales y económicas. En concreto, es aplicable a lo que yo voy a designar como «la estructura básica» de la sociedad, que para nuestros fines será una democracia constitucional moderna. (Los términos «democracia constitucional», «régimen democrático», y otras expresiones similares son intercambiables, a menos que se indique lo contrario)» [pág. 11].

Los términos «moderno», «condicional» y «democracia» tienen un contenido muy rico. En *Theory of Justice* se reconstruye una de las muchas visiones posibles de la justicia o de la imparcialidad.

36. Para un examen de diversas nociones contrapuestas del liberalismo, véase John Gray, *Liberalisms* (Nueva York: Routledge, 1991).

37. Bruce A. Ackerman, *Social Justice in the Liberal State* (New Haven, Conn.: Yale University Press, 1980).

38. Robert Nozick, *Anarchy, State and Utopia* (Nueva York: Basic Books, 1974).

39. Jürgen Habermas, *The Theory of Communicative Action* (Boston: Beacon Press, 1984), trad. ingl. de Thomas McCarthy, vol. 1, pág. 42; tr. esp.: *Teoría de la acción comunicativa*, Madrid, Cátedra, 1989.

40. *Ibíd.*

41. *Ibíd.*, vol. 1, pág. 115.

42. *Ibíd.*, vol. 2, pág. 339.

43. Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (Nueva York: Oxford University Press, 1979).

44. Los marcos teóricos exigirán modificar parcialmente las opiniones mora-

los originales. Así, si dos individuos analizan la cuestión del engaño de pacientes, siendo uno de ellos partidario de Bentham y el otro de Kant, el primero encontrará circunstancias en las que esté permitido el engaño (y éste sea obligatorio), mientras que el segundo considerará que el engaño es siempre inmoral. Estoy en deuda con el Rev. Dr. Kevin Wm. Wildes, S.J. por las conversaciones mantenidas con él acerca de este punto, así como sobre la significación de la apelación a los principios de nivel medio.

45. En ocasiones, dos visiones morales diferentes reconstruidas de dos formas teóricas distintas pueden llegar a la «misma» conclusión moral en circunstancias particulares, pero el significado de ésta no será el mismo. Un católico romano puede, por ejemplo, considerar que es apropiado rechazar el tratamiento médico extraordinario porque constituye una seria carga moral y una ocasión de pecado. Este compromiso se puede interpretar como el reconocimiento deontológico de una obligación. Dados los costes psicológicos, y de cualquier otra índole, para un consecuencialista ateo también será obligatorio rechazar el tratamiento, pero así como el deontólogo considera que el acto es apropiado, con independencia de las consecuencias, el consecuencialista no comparte tal acepción de la rectitud sin que importen las consecuencias, pero dará su apoyo a la misma acción. El contraste entre la reconstrucción deontológica y la consecuencialista sólo capta parcialmente el distinto sentido que adquiere la elección cuando la realiza un consecuencialista católico romano o, por el contrario, la realiza un ateo. El contexto en el que se toma la decisión moral configura el significado de la elección y de la acción. Estas últimas pueden parecerle iguales a un observador carente de información, pero su significado es bastante diferente.

46. John Rawls, *A Theory of Justice* (Cambridge, Mass.: Belknap Press, 1971), pág. 8.

47. John Rawls, «Justice as Fairness: Political not Metaphysical», *Philosophy and Public Affairs* 14 (verano de 1985), 225-228.

48. John Rawls, *Political Liberalism* (Nueva York: Columbia University Press, 1993), pág. 369.

49. Rawls saca partido de una noción previa de razonabilidad con el fin de señalar el consenso que desea designar como normativo. «Un consenso de ese tipo consiste en todas las doctrinas religiosas, filosóficas y morales opuestas que probablemente perdurarán a lo largo de generaciones y ganarán un número considerable de partidarios en un régimen constitucional más o menos justo, un régimen en el que el criterio de justicia sea el concepto político en sí.» *Ibid.*, pág. 15.

50. En este punto, mi análisis está en deuda con las conversaciones mantenidas con el Rev. Dr. Kevin Wm. Wildes, S.J.

51. Robert Nozick, *Anarchy, State and Utopia* (Nueva York: Basic Books, 1974), pág. 160.

52. Tengo una gran deuda con el Rev. Dr. Kevin Wm. Wildes, S.J. por nuestras conversaciones acerca de los modos en que se puede llegar a la apariencia de consenso.

53. Karl Marx y Friederich Engels, *The German Ideology* (Nueva York: International Publishers, 1967), pág. 39.

54. John Gray, *Post-Liberalism* (Nueva York: Routledge, 1993), pág. 82.

55. *Ibid.*, pág. 82.

56. El desmoronamiento del bloque soviético ha puesto de manifiesto, que lo que parecía un consenso en gran escala, no era sino la ideología dominante. Después de setenta años de gobierno comunista han resurgido muchos de los partidos

existentes antes de la Revolución de Octubre para reclamar un lugar propio en la vida política. Países enteros que parecían unidades políticas estables, se han dividido a causa de concepciones que parecían olvidadas por la historia. La fuerza, junto con las circunstancias, habían creado un consenso no perdurable.

57. Richard Rorty, *Contingency, Irony and Solidarity* (Cambridge: Cambridge University Press, 1989; tr. esp.: *Contingencia, ironía y solidaridad*, Barcelona, Paidós, 1991).

58. *Ibid.*, pág. 196.

59. Ministerio de Sanidad de Singapur, «Overview of Singapore Health Care System», abril de 1993.

60. Las actuaciones del Tribunal Militar Internacional durante los juicios de Nüremberg presuponen la idea de ley natural. Aunque dada su naturaleza, al describir crímenes de guerra (esto es, crímenes contra la paz) y crímenes contra la Humanidad el Tribunal no mencione explícitamente la ley natural o el *ius gentium*, ésta es la forma más razonable de entender la plena autoridad del tribunal. En el artículo 6, el Tribunal afirma claramente que no constituirá una defensa contra las acusaciones de crímenes contra la Humanidad el hecho de que las acciones «no hayan supuesto una violación de la ley nacional del país donde fueron perpetradas». «Charter of the International Military Tribunal II, art. 6c», en *Trial of War Criminals* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1945), pág. 16. Aunque en el «Informe de Robert Jackson al Presidente», publicado como prefacio de *Trial of War Criminals*, se intenta justificar la jurisdicción del Tribunal basándose en tratados anteriores, Jackson apela igualmente a la distinción de Hugo Grocio entre guerras justas y guerras injustas, que como se sabe se inspira en argumentos de ley natural.

61. Como afirma Gayo, «quod vero naturalis ratio inter omnes homines constituit, id apud, omnes populos peraeque custoditur vocaturque ius gentium, quasi quo iure omnes gentes utuntur». *Institutes of Gaius*, trad. inglesa de Francis de Zulueta (Londres: Oxford University Press, 1976), pág. 3, vp. 1.

62. En palabras de Justiniano, «la ley natural es la ley que enseña la naturaleza a todos los animales. Como tal ley, no pertenece exclusivamente a la especie humana, sino a todos los animales ...» Flavio Pedro Sabacio Justiniano, *Institutes of Justinian*, trad. inglesa de Thomas C. Sanders (Westport, Conn.: Greenwood Press, 1922, reimpresso en 1970), libro I.2, pág. 7.

63. Blackstone habla de las leyes naturales que se pueden descubrir por medio de la razón. Estas leyes naturales son «las leyes-eternas e inmutables de lo bueno y lo malo, a las cuales se atiene el mismo creador en todos sus designios; Dios ha capacitado a la razón humana para que las descubra, en la medida en que las mismas son necesarias para la rectitud de las acciones humanas. Tales son, entre otros, los siguientes principios: que debemos vivir honradamente, que no deberíamos dañar a nadie, y que se ha de dar a cada uno lo que se le debe; a estos tres preceptos generales redujo Justiniano toda la doctrina de la ley».

Véase William Blackstone, *Commentaries on the Laws of England*, comp. St. George Tucker (Nueva York: Augustus and Kelly, 1969), vol. I, pág. 40. Hay que señalar que las leyes naturales así entendidas son sumamente abstractas. No se especifica ni la naturaleza de la honradez ni la del daño causado a otros, y menos aún el alcance de lo debido a los demás. Tal especificación requeriría un sentido moral concreto.

64. Durante la Edad Media se discutió el problema de si era el papa o más bien los concilios ecuménicos el sujeto de la autoridad final. Una toma de posición a fa-

vor de la preeminencia de la autoridad conciliar se encuentra en el documento que el 30 de marzo de 1415 aprobó el Concilio de Constanza, en el cual se afirma la opinión tradicional (esto es, la opinión anterior al s. xi) que la autoridad del Concilio es de hecho superior a la del Papa. En él se sostenía que el Concilio «había recibido su autoridad directamente de Cristo, y que todos, de cualquier estado o dignidad, incluido el papa, están obligados a obedecer (al Concilio) en materias de fe». *Conciliorum Oecumenicorum Decreta* (Basilea: Herder, 1962), pág. 384 (trad. del autor). La aseveración de que el Concilio ejercía su autoridad sobre toda la Iglesia se apartaba en ciertos puntos de las enseñanzas tradicionales. Los pontífices romanos han sostenido siempre el punto de vista contrario. De hecho, los puntos de vista del movimiento conciliarista fueron condenados de forma explícita. Véase, por ejemplo, la bula *Exsecrabilis*, del 18 de enero de 1460. Henricus Denzinger (comp.), *Enchiridion Symbolorum*, 33ª ed. (Roma: Herder, 1965), pág. 345. Heido A. Oberman y otros (comps.), *Defensorium Obedientiae Apostolicae et alia Documenta* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1968) ofrecen una buena perspectiva general de esta disputa. El actual dogma católico-romano de la supremacía papal fue articulado finalmente durante el Concilio Vaticano I. El 18 de julio de 1870 el Concilio promulgó la doctrina de la infalibilidad papal.

65. La doctrina tradicional católico-romana afirma que la razón es capaz de discernir los fundamentos de la ley natural o el *ius gentium*. Véase, por ejemplo, la encíclica de Pío XII *Summi Pontificatus*, del 20 de octubre de 1939. Esta posición fue defendida también por el Concilio Vaticano I.

La concepción católico-romana de la ley natural gira en torno a una interpretación racionalista de los elementos que constituyeron las enseñanzas cristianas originales. San Pablo dice que los no judíos tienen «escritas sobre sus corazones ... las exigencias de la ley» (Rom 2:15). La interpretación ortodoxa dice que san Pablo se refería al corazón humano, una facilidad del alma que, con la disposición adecuada, puede apreciar la orientación ofrecida por Dios. Véase, por ejemplo, John S. Romanides, *Franks, Romans, Feudalism and Doctrine* (Brookline, MA: Holy Cross Orthodox Press, 1981), págs. 45 y sig. Por el contrario, los católicos romanos sostienen que sólo la razón, y no el corazón, puede descubrir la ley de Dios.

66. A modo de ejemplo, se podría pensar aquí en la crítica que Thomas Paine hace del cristianismo en su obra *Age of Reason*.

67. Hablar de este modo sobre la razón y la gracia, significa hacerlo utilizando términos que se crearon en el seno del cristianismo occidental y que con el tiempo llegaron a caracterizarlo, y ha desembocado en la opinión de que el razonamiento moral y teológico puede funcionar, al menos con éxito parcial, fuera del contexto de la verdadera fe y el verdadero culto. En esto se apoya la peculiar opinión occidental, según la cual se sostiene que incluso los ateos pueden ser teólogos. Por el contrario, el punto de vista tradicional subrayaba la «inseparable relación entre la teología y la espiritualidad». Archimandrita Vasileios, *Hymn of Entry* (Crestwood, NY: St. Vladimir's Press, 1984), pág. 24. La teología es tanto resultado como expresión de la oración y el ayuno. Así, el abad Damian postula: «Nuestra Fe no es intelectual, de la cabeza; es mística, sobrenatural y espiritual, del corazón, porque es en un corazón roto y contrito donde reside el Espíritu Santo y desde el que sana, dirige y enseña. Es el corazón, en ese y sólo en ese sitio, roto y contrito, donde nuestras plegarias vocales aprenden el silencio y donde podemos permanecer callados y conocer a Dios». *The Dawn* 15 (octubre de 1992).

68. Durante la Edad Media se aceptaba que los herejes, especialmente los que no se arrepentían o habían recaído por segunda vez en la herejía, fuesen condena-

dos a muerte. Este punto de vista aparece claramente expuesto en la *Summa theologica* (II, q. xi, art. 3-4) de santo Tomás de Aquino. Como ya hemos señalado, estas ideas encontraron eco en las constituciones del cuarto Concilio de Letrán (1215), donde se afirma que los «católicos que verdaderamente tomen sobre sí la cruz y se consagren al exterminio de herejes gozarán de la misma indulgencia que se otorga, por sagrado privilegio, a los que van a Tierra Santa»: *Conciliorum Oecumenicorum Decreta*, pág. 210 (trad. inglesa del autor).

Después de la Reforma la idea de quién debía ser tenido por hereje se complicó, en razón de que no sólo la Iglesia católica sino los diversos grupos heréticos, que se habían independizado, se sintieron obligados a exterminar herejes. El decreto *De haeretico comburendo* (decreto que autorizaba la quema de los herejes) continuó en uso hasta el siglo xvii. No cabe duda de que el decreto en cuestión habría sido utilizado por las autoridades de la época contra el autor de este libro y contra muchos de sus lectores.

69. De hecho, se ha argüido que el cristianismo occidental minó su propia base cuando intentó establecer el cristianismo mediante la razón. El cristianismo occidental invitó al ateísmo al intentar probar por medio de la razón lo que sólo debe demostrarse a través de la fe. Michael Buckley, *At the Origins of Modern Atheism* (New Haven, CN: Yale University Press, 1987).

70. Una excelente evaluación de las consecuencias del colapso de las esperanzas suscitadas por el cristianismo y la Ilustración nos la ofrece Alasdair MacIntyre en *After Virtue* (Notre Dame, Ind.: University of Notre Dame Press, 1981). Con el respeto que me merece MacIntyre, personalmente creo que puede seguir teniendo validez una parte del sueño de la Ilustración: la posibilidad de una moralidad general mediante la resolución de las controversias por mutuo acuerdo. En cualquier caso, MacIntyre hace una contribución muy importante al trazar las líneas generales del dilema moderno que en parte está determinado por los vestigios de las culturas que le precedieron. La posmodernidad sólo ofrece fragmentos de visiones que en un tiempo conformaron un todo. Los supuestos racionales tanto de la síntesis cristiana occidental como de la Ilustración han desorientado a la ética, lanzándola a la búsqueda de fundamentos racionales últimos que le permitan establecer un punto de vista moral concreto dotado de contenido y dotado también de verdadera autoidad moral.

71. Me siento especialmente en deuda con Tom L. Beauchamp por su artículo «Ethical Theory and the Problem of Closure», en H.T. Engelhardt, Jr. y Arthur Caplan (comps.), *Scientific Controversies: A Study in the Resolution of and Closure of Disputes Concerning Science and Technology* (Cambridge: Cambridge University Press, 1987), págs. 27-48. En efecto, las conversaciones mantenidas con los colaboradores del libro *Controversies* me ayudaron a desarrollar *Los fundamentos de la bioética*.

72. Uso aquí *trascendental* para referirme a un argumento que diseña las condiciones de posibilidad de un importante ámbito de la experiencia humana de la acción. Como definitorias, estas condiciones trascendentales son a priori. En este punto, me muevo bajo el influjo de Kant, quien subraya el presupuesto de moralidad de la libertad (por ejemplo, *Crítica de la razón pura*, B XXVIII-b XXIX; *Crítica de la razón práctica*, 31, 43s, 46). Kant restringe las afirmaciones trascendentales a determinadas áreas del conocimiento teórico, y no las amplía a afirmaciones acerca de la moralidad. «Personalmente, califico de *trascendental* todo conocimiento que no se ocupa tanto de objetos cuanto del modo de nuestro conocimiento de objetos, en la medida en que dicho modo de conocimiento ha de ser posible a priori».

*The Critique of Pure Reason*, A 11 = B 25, pág. 59. Sin embargo, no hay razón para restringir el ámbito de los argumentos trascendentales de una forma tan estricta. Véase especialmente Klaus Hartmann, «On Taking the Transcendental Turn», págs. 224-225. Véase *Crítica de la razón pura*, A 12 = B 25. Aquí yo amplío la idea a la esfera de la experiencia moral.

73. La apelación a la intersubjetividad como objetividad muestra cierto parentesco con los argumentos trascendentales de Immanuel Kant (1724-1804). El filósofo alemán se reconoció incapaz de sentar argumentos concernientes a la naturaleza de la realidad apelando a la realidad como es en sí misma (es decir, la realidad no enmarcada por las condiciones de la experiencia humana, la realidad tal como la conoce el mismo Dios). En su lugar, apeló a las condiciones de la experiencia humana. El conocimiento de un mundo espaciotemporal y sensible debe contar con algunas precondiciones expresables conceptualmente. Y es que, para que se dé la experiencia, deben existir puntos de permanencia en la misma. Los cambios tienen que producirse conforme a algún modelo o regla. Los puntos de permanencia con sus cambios deben estar en correlación los unos con los otros. Éstas son condiciones necesarias para la posibilidad de una experiencia coherente, para que exista un mundo fenoménico compartido universalmente. «El principio de las analogías es: La experiencia únicamente resulta posible a través de la representación de un nexo necesario de percepciones» (A176 = B218, pág. 208). También: «Las condiciones de la posibilidad de experiencia en general son igualmente condiciones de la posibilidad de los objetos de experiencia» (*Immanuel Kant's Critique of Pure Reason*, traducción inglesa de Norman Kemp, Nueva York: St. Martin's Press, 1964, A158 = B197, pág. 194). Aunque mi exposición de las condiciones categoriales del conocimiento y la moralidad tienen un acento fuertemente kantiano, en principio pueden refundirse ventajosamente en términos más hegelianos. Una explicación categorial hegeliana sitúa el razonamiento enteramente dentro de los límites de la razón y evita la dificultad kantiana de tener que arbitrar entre la patencia absoluta del objeto y la situación difícil del sujeto cognoscente finito. No puedo detenerme aquí a mostrar cómo los intereses del conocedor finito pueden situarse dentro de una comprensión categorial general. El lector interesado puede consultar los apartados 445-450 de la *Encyclopaedia of the Philosophical Sciences* de G.W.F. Hegel (1830). Véase también Klaus Hartmann, «The "Analogies" and After», en L.W. Beck (comp.), *Proceedings of the Third International Kant Congress* (Dordrecht, Holanda: Reidel, 1972), págs. 47-62; y «On Taking the Transcendental Turn», *The Review of Metaphysics* 78 (diciembre de 1966): 223-249.

Kant pretendía esbozar el marco conceptual general dentro del cual es posible encuadrar y comprobar enunciados empíricos particulares. Según Kant, la estructura de lo conocido empíricamente procede del sujeto cognoscente, no de la cosa-en-sí. «Hasta ahora se ha dado por sentado que todo nuestro conocimiento debe conformarse a los objetos. Pero todas nuestros intentos de ampliar nuestro conocimiento de objetos afirmando algo a priori acerca de los mismos, por medio de conceptos, han terminado, en este supuesto, en fracaso. Por consiguiente, debemos probar si no tendríamos más éxito en las tareas metafísicas suponiendo que los objetos deben conformarse a nuestro conocimiento». *Kant's Critique of Pure Reason*, B XVI, pág. 22. «Sólo podemos conocer a priori de los objetos lo que nosotros mismos ponemos en ellos». *Ibid.*, B XVIII, pág. 23.

Esta explicación implicaba un desplazamiento singular de la atención filosófica. El punto de partida de Kant para justificar su explicación de la naturaleza de la realidad no es ya la perspectiva divina, sino la de una comunidad posible de sujetos

cognoscentes finitos que conocen espaciotemporal y sensiblemente. Kant presenta una explicación de la realidad (esto es, de la realidad tal como se nos aparece) en función de las condiciones de la experiencia humana.

«[la unidad trascendental de apercepción] es en verdad el primer principio de la comprensión humana, y es tan indispensable para esta última que resulta imposible formarse la mínima idea de cualquiera otra posible comprensión, ya se trate de una intuición en sí misma, o de otra que tal vez posea la modalidad subyacente de una intuición sensible, la cual es de diferente naturaleza que la intuición de espacio y tiempo» (B139, pág. 157). «Así pues, no podemos tener conocimiento de ningún objeto como cosa en sí, sino sólo en la medida en que se trata de un objeto de intuición sensible es decir, una apariencia ...» (B XXVI, pág. 27).

Personalmente, no estoy tan seguro como Kant de que los seres humanos sólo dispongan de una perspectiva finita como la que él sugiere. Kant no consideró nunca la posibilidad de que existieran, como en astrofísica y en física cuántica, modalidades de comprensión distintas de la euclidiana y la newtoniana. Sin embargo, era plenamente consciente de que nuestro modo de intuición no era necesariamente único.

«Esta modalidad de la intuición en el espacio y el tiempo no debe limitarse a la sensibilidad humana. Tal vez todos los seres finitos pensantes coincidan con el hombre en este respecto, aunque no estamos en condiciones de juzgar si esto es realmente así. Pero, por universal que pueda ser este modo de sensibilidad, no por eso deja de ser sensibilidad» (B72, pág. 90).

Con ciertos matices, no existe conflicto entre mi postura y la de Kant. Reconozco que: a) pueden existir muchas realidades humanas especiales (por ejemplo, la realidad de la macrofísica frente a la de la microfísica), b) la misma descripción detallada de las condiciones de realidad está condicionada por la perspectiva de un período histórico particular y c) que la ciencia y la moralidad secular constituyen dos importantes campos de la realidad humana. Cada una de ellas tiene sus propias condiciones para su posibilidad.

74. Los «inocentes» son, en el contexto de la moralidad secular general, los que no han utilizado a agentes morales sin el permiso de éstos.

75. En este punto estoy de acuerdo con Amartya Sen, quien afirma que:

«Conviene comenzar con la observación de que las teorías éticas más importantes sobre la situación social apoyan la igualdad en función de alguna variable focal, aunque las variables seleccionadas por una u otra teoría son frecuentemente muy diferentes. Se puede demostrar que incluso las teorías de las que se piensa que están "contra la igualdad" (y son así denominadas por los propios autores) resultan ser igualitarias en función de algún otro enfoque. El rechazo de la igualdad en ese tipo de teoría en función de alguna variable focal está asociado a la aprobación de la igualdad en función de otro enfoque diferente». *Inequality reexamined* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1992), pág. 3. Esta aseveración es bastante inocua, cuando nos damos cuenta de que su pretensión es falsa, si supone que están incluidos todos los sistemas éticos, incluso los de naturaleza teológica. Dios y los seres humanos no son iguales. Véase, por ejemplo, las homilias de san Juan Crisóstomo «Sobre la naturaleza incomprensible de Dios».

76. Se podría pensar aquí en las observaciones de Ludwig Wittgenstein sobre la gramática y la ontología: «La esencia se expresa por la gramática». *Philosophical Investigations*, trad. inglesa de G.E.M. Anscombe (Oxford: Basil Blackwell, 1963), sec. 371. O, «la gramática nos dice qué clase de objeto es cada cosa» (sec. 373). En este sentido, la gramática muestra la posibilidad de coherencia de una dimensión del significado humano. Para una consideración de los argumentos trascendentales en

Wittgenstein, véase Stanley Cavell, «Availability of Wittgenstein's Later Philosophy», en George Pitcher (comp.), *Wittgenstein: The Philosophical Investigations* (Nueva York: Doubleday, 1966). Cavell afirma, por ejemplo, que «nosotros podríamos decir que lo que tales respuestas están destinadas a ofrecernos no es un mayor conocimiento de "cuestiones de hecho", sino el conocimiento de lo que podría pasar por "cuestiones de hecho" de diverso tipo. ¿Se trata de conocimiento empírico? ¿Es un conocimiento a priori? Es un conocimiento de lo que Wittgenstein entiende por gramática: el conocimiento que Kant califica de "trascendental"» (pág. 175).

77. La presentación que hace Nozick de la libertad como coacción lateral o secundaria es inadecuada. En su explicación se ofrece hasta cierto punto como algo dado. Véase Robert Nozick, *Anarchy, State and Utopia* (Nueva York: Basic Books, 1974), págs. 30-34. Yo he llegado a un concepto muy parecido, pero por otro camino, por medio del examen de la posibilidad de encontrar un fundamento de la moralidad secular. El concepto tal como se encuentra en este libro puede interpretarse como integrante de un contexto radicalmente diferente —el contexto de un argumento trascendental.

Debido a una necesidad teórica que forma parte de su intento particular de resolver la compatibilidad de la necesidad física y de la libertad moral (así como debido a otras suposiciones), Kant no distingue entre libertad como valor y libertad como limitación secundaria. También yo subrayo, siguiendo a Kant, el supuesto de respeto de la libertad como condición necesaria de la posibilidad de la moralidad, de la censura y de la alabanza justificadas. La censura y la alabanza justificadas (por ejemplo, la censura y la alabanza debidas a otro, no asignadas precisamente por su utilidad) así como actuar con autoridad, presuponen fundamentos para mostrar que determinadas acciones son correctas o equivocadas. El fundamento mínimo requerido para este nexo moral reside en utilizar a las personas sólo si dan su permiso. El principio en cuestión nos proporciona la coherencia mínima de la moralidad secular general.

78. Mi explicación de la ética la describe como uno de los ámbitos más importantes de posible experiencia y acción. Al contrario que Kant, personalmente subrayo las condiciones trascendentales de la moralidad, no sólo las de la experiencia. En los mismos escritos de Kant encontramos algunas sugerencias sobre cómo se ha de proceder para dar una explicación trascendental de la moralidad. Además de las diversas perspectivas con que se pueden leer los escritos de Kant en torno a la ética, no se debería olvidar que, en el prefacio a la segunda edición de la *Crítica de la razón pura*, Kant mismo señala que podemos tener un conocimiento a priori o bien a través de una determinación del objeto de nuestro conocimiento, o bien dotando de realidad al objeto (B IX-X). En este capítulo se nos ofrece una explicación de las condiciones necesarias que hacen posible la conformación de un mundo moral secular. Prescindiendo de las ventajas o de los inconvenientes que las explicaciones trascendentales puedan poseer en otras áreas, aquí al menos ofrecen un medio para comprender cómo las condiciones mismas de moralidad se fundamentan en nuestro carácter de personas. Para una exposición más amplia de algunos de mis puntos de vista con respecto al desarrollo de los razonamientos trascendentales, véase *Mind-Body: A Categorical Relation* (La Haya: Martinus Nijhoff, 1973). Véase, por ejemplo, *Crítica de la razón pura*, A 783 = A 811 a través de A 790 = B 818; y A 808 = 836.

79. Se podría pensar aquí en la argumentación de Hegel de que la filosofía se justifica a sí misma dentro de un círculo de pensamiento. Cuanto más comprensivo sea éste, más poderosa se ha de considerar la explicación. Véase, entre otros, *The Encyclopedia of the Philosophical Sciences* (1830), sec. 17.

80. El antiguo gobierno de Texas ofrece un ejemplo interesante de cómo se desarrollaron estas ideas de derechos básicos o naturales dentro de una variante de la tradición norteamericana. Cuando los fundadores de la República de Texas plasmaron su concepción de la autoridad del Estado, se dejaron influir por los sentimientos deístas y anticlericales en una medida mucho más significativa que los mismos fundadores de la República Americana. La Declaración de Independencia de Texas (2 de marzo de 1836) denunciaba «al ejército y al sacerdocio como «eternos enemigos de la libertad civil, como lacayos siempre dispuestos a ponerse al servicio del poder, y como instrumentos habituales de los tiranos». La Declaración de Independencia de Texas, 2 de marzo de 1836, en Ernest Wallace (comp.), *Documents of Texas History* (Austin: Steck, 1963), pág. 98. La mejor interpretación de los legisladores tejanos es ver en ellos no una simple denuncia contra un sacerdocio en particular, sino contra cualquier ortodoxia moral impuesta por la fuerza. Es más, la declaración tejana de los derechos fundamentales (*Bill of Rights*), articulada en la Constitución de la República y repetida en la primera Constitución del Estado de Texas (1845), describe al gobierno como la creación de individuos libres, y no cabe suponer que los individuos libres cedan nunca a un gobierno tales derechos y prerrogativas fundamentales. Así, la Declaración de Derechos esboza el derecho a hacer la revolución: «Todo poder político radica en el pueblo, y todos los gobiernos libres se basan en la autoridad de ese mismo pueblo y han sido instituidos para estar a su servicio; el pueblo tiene en todo momento el derecho inalienable de alterar, reformar o abolir su forma de gobierno de la manera que juzgue más conveniente». El mismo texto está reflejado como primer derecho del *Bill of Rights* de la Constitución de 1845. The Constitution of the Republic of Texas, 17 de marzo de 1836; véase también la Constitución de Texas del 28 de agosto de 1845 y el *Bill of Rights; Documents of Texas History*, págs. 106, 149.

El pasaje en cuestión aparece también, con ligeras variantes, en la actual Constitución del Estado de Texas:

«Todo poder político radica en los ciudadanos, y todos los gobiernos libres se fundamentan en la autoridad de éstos y se constituyen para servicio de los mismos. Los ciudadanos de Texas se han comprometido formalmente a preservar una forma republicana de gobierno pero, fuera de esta única limitación, tienen en todo momento el derecho inalienable de cambiar, reformar o abolir su gobierno de la manera que ellos consideren más apropiada». Véase *Constitution of the State of Texas*, art. 1, sec. 2.

Si una declaración de derechos como la que acabamos de citar enumera una serie de derechos naturales, en el sentido de derecho sobre la propia persona y ve en ellos prerrogativas que nunca han sido cedidas a un gobierno, éste no debería tener ninguna autoridad para enmendarlos o cambiarlos. La sección 21 de la Constitución de 1845 afirma: «Como salvaguarda contra las transgresiones de los elevados poderes delegados en este apartado, declaramos que todo en esta Declaración de derechos queda fuera del campo de acción de los poderes generales del gobierno y será para siempre inviolable...» La Constitución de Texas del 28 de agosto de 1845, art. 1, sec. 21, *Documents of Texas History*, pág. 150. Este pasaje también existe en la actual Constitución del Estado de Texas. Véase art. 1, sec. 29.

La autoridad en esta explicación del gobierno no viene derivada ni de Dios ni de una visión particular de la vida buena, sino de un consentimiento libre de los agentes morales que configuran una cosa común, una *res publica*. Las características más generales que distinguen una legítima política social no son sus objetivos, sino los procedimientos de que se sirve para configurarse. El Estado y otras institucio-

nes sociales pueden identificarse como instancias dotadas de autoridad moral ante todo y sobre todo por tener su origen en el consentimiento de las personas implicadas.

El ejemplo de Texas es heurístico. Al contrario que Atenas, que personifica la metáfora de la interpretación política según la cual la naturaleza concreta de la vida buena es racionalmente desentrañable, y Jerusalén, en la que podemos ver la metáfora de la concepción política según la cual una relación común y personal con Dios nos revela la naturaleza concreta de lo bueno, Washington del Brazos (la primera capital de Texas) representa la imagen de todas las personas simplemente humanas que actúan dentro de los límites políticos del respeto mutuo para crear una estructura política donde cada uno puede, con otras personas que se adhieren libremente al mismo proyecto, dar forma concreta a la substancia de la vida buena. La República de Texas se mostró heredera de las tradiciones políticas que guiaban a los paganos reunidos en el *Althing* (asamblea nacional o parlamento de Islandia) el año 930 de nuestra era, en Thingvellir, lugar escogido por Siniestro Zapato de Cabra, a treinta millas al este de Reykiavik. De elementos de esta tradición pagana, de la que forman parte los islandeses, proviene el sistema de jurado anglo-americano junto con otras concepciones de los derechos individuales (esto es, de los «derechos de los ingleses»). Sin embargo, no será necesario escoger entre Atenas, Jerusalén y Reykiavik, porque esta última (o, si se prefiere, Washington del Brazos) pone a nuestra disposición un espacio apacible para seguir tras los pasos de Atenas y Jerusalén —un lugar donde las personas puedan decidir por sí mismas si quieren ir al cielo o al infierno y cómo hacerlo.

81. En el seno de ciertas comunidades morales puede interpretarse que el Estado secular posee una autoridad que no es secular. Así, por ejemplo, Pablo escribe en su carta a los Romanos: «Dejad que todas las almas estén sometidas a las autoridades gobernantes porque sólo existe la autoridad de Dios y las autoridades existentes han sido nombradas por Dios». Rom. 13:1. Aquí encontramos un tema que ocupó un lugar destacado en el cristianismo tradicional: hay que someterse humildemente a la autoridad, así como a los diversos castigos por los pecados cometidos que se experimentan en forma de enfermedad y del dolor. Con todo, resulta evidente que de la orden de san Pablo no se derivaba que hubiese que obedecer al emperador romano cuando éste pedía que se renunciase al cristianismo. La sumisión tenía sus límites, cuya frecuente expresión era el martirio.

Se plantea entonces la cuestión acerca de cuál debe ser la actitud religiosa cuando el Estado no es secular ni pagano, sino cristiano. La tradición prohíbe nuevamente el uso de la fuerza para obligar a otros a convertirse a la verdad (véase la nota 27, del capítulo II). Esta tradición ha perdurado. «No puedes obligar a nadie a que se convierta en lo que tú eres... No hay que avergonzarse de ser como se es, pero eso no quiere decir que debamos utilizar medios desautorizados para conseguir que otros se unan a nosotros, o para imponer nuestra fe a los demás. No, pertenece a la naturaleza de la libertad, de la total lucidez y de la serenidad que proclamemos lo que somos». Patriarca Ignacio IV de Antioquía, *Again* 15 (junio de 1992), 17-18. Sin embargo, cuando hay un emperador ungido, aunque esté vinculado por tales limitaciones, también posee prerrogativas secularmente injustificables. En la liturgia de san Basilio se reza: «Recuerda Señor, a nuestro soberano que es temeroso de Dios y ama a Cristo, a quién Tú has otorgado el derecho de gobernar en la tierra. Coronale con la armadura de la verdad, con la panoplia del contento. Protege su cabeza en el día de la batalla. Fortalece su brazo, exalta su mano derecha; haz poderoso a su reino; somete bajo su mandato a todas las naciones bárbaras que buscan la gue-

rra; dale la paz profunda e inviolable; inspira en su corazón hechos nobles para con tu Iglesia y para con tu gente; que gracias a su serenidad vivamos tranquila, piadosa y sensatamente». *Service Book of the Holy Orthodox-Catholic Apostolic Church*, trad. inglesa de Isabel Hapgood (Englewood, NJ: Antiochian Orthodox Christian Archdiocese), 6ª ed., pág. 109.

La tensión existente entre la moralidad (y la bioética) que proviene de la fe, y la moralidad (y la bioética) que se obtiene para vincular a extraños morales la experimentan con mayor fuerza aquellos cuya ideología o creencias servirían de fundamento para legitimar la Inquisición y la conversión obligatoria de los que no se comportan de una forma política o religiosamente «correcta».

82. En este libro utilizaré el término «comunidad» para designar una asociación de individuos basada en una visión concreta común a todos ellos del bien. El término «sociedad» lo reservaré, en cambio, para designar las asociaciones de individuos que no comparten una visión concreta común del bien, aunque pueden tratar de alcanzar juntos una serie de importantes objetivos. En este sentido, las sociedades pueden incluir a individuos de diversas comunidades. Hay que señalar que, en la medida en que una sociedad consigue reunir a varias comunidades en torno a objetivos y tareas comunes, está creando una comunidad de orden superior. Desde otra perspectiva también se pueden considerar a las sociedades como comunidades. Las naciones en gran escala incluyen a individuos y sociedades dispuestos a colaborar pacíficamente, al mismo tiempo que defienden criterios de lo que constituye la vida buena que difieren del criterio general de la sociedad. Podemos pensar en las comunidades Amish y Hassidim en los Estados Unidos. Con todo, los Amish y los Hassidim pueden constituir junto con otras personas una comunidad moral, aunque en un sentido muy limitado y atenuado.

83. Cuando los peces aparecían en el río durante la primavera, el Padre Herman empezaba a cavar en la arena para que los peces pudieran pasar y, en cuanto se acercaban a la orilla, se introducían en su trampa. Entonces el anciano utilizaba el siguiente procedimiento, como relata Ignatii: El Apa (anciano) ordenaba que se capturase y a golpes se dejase sin sentido a los peces, que se destripasen y se cortasen en dos tiras para alimentar a los pájaros que estaban constantemente alrededor de su celda, y lo que era aún más singular, a los visones que vivían y tenían sus camadas debajo de su celda. Normalmente es imposible acercarse a estos pequeños animales cuando tienen cría, y sin embargo, al Padre Herman le comían de la mano. Ignatii pregunta, ¿no es milagroso lo que acabamos de ver? Después de morir Herman, los pájaros y los animales abandonaron ese lugar». Michael Oleksa (comp.), *Alaskan Missionary Spirituality* (Nueva York: Paulist Press, 1987), pág. 79.

84. En la *Heimskringla*, Snorre Sturlason le atribuye a Sigvat la siguiente caracterización de Olaf Haraldsson:

Algunos jefes confían en Dios, otros no.  
Lo mismo sucede con sus hombres; pero yo sé que  
el piadoso Olaf combatió y venció,  
una tras otra, en cien batallas campales.  
Y por encima de su derecho siempre puso  
a sus hombres cristianos en dura lucha.  
Ruego que Dios haya sido clemente  
con él, que nunca rehuyó el combate.



En la actualidad, tanto la Iglesia católico-romana, la católico-ortodoxa como la protestante ven en Olaf al santo patrono de Noruega. Véase Snorre Sturlason, *The Heimskringla*, trad. inglesa de Samuel Laing (Londres: Norroena, 1906), vol. 2, pág. 645.

85. Stanley Hauerwas, *A Community of Character: Toward a Constructive Christian Ethics* (Notre Dame, Ind.: University of Notre Dame Press, 1981).

86. Para algunos fanáticos religiosos, esta situación puede resultar frustrante, o incluso intolerable: no podrán inmiscuirse en las libertades ajenas. Algunos antiguos creyentes sentirán que su vida carece del sentido que sólo les proporcionaba el compromiso desinteresado e ilimitado. Pueden llegar a la falsa conclusión de que su propia necesidad de compromiso implica la necesidad de obligar a los demás a estar tan comprometidos como ellos. Tal vez muchos de los muchachos de clase media que se unen a grupos revolucionarios lo hagan como parte de una búsqueda metafísica de esta dedicación absoluta. El equilibrio —la tolerancia, la *sophrosyne* exigida por las sociedades pluralistas seculares— es algo vacío, insípido y decadente en comparación con la entrega avasalladora que se puede experimentar como miembro de la banda Baader-Meinhof, de movimientos comunistas como el Sendero Luminoso, del partido Nacionalsocialista, de la Inquisición o de cualquier grupo religioso o ideológico que requiere una consagración agresiva de la propia persona y de todos los demás a la verdad, incluso a la conversión obligada de los no creyentes. Estos individuos que andan en busca del compromiso total, normalmente viven sumergidos en una sociedad con tonos amortiguados de dedicación. No se sienten capaces de perseguir sus objetivos dentro de enclaves morales, como hacen los Hasidim o los Amish, que como máximo aspiran a convertir por medio del testimonio, nunca por coacción.

87. Archimandrita Vasileios, *Hymn of Entry* (Crestwood, NY: St. Vladimir's, 1984), págs. 75-76.

88. Para un examen del mundo vital en el que viven los cosmopolitas ecuménicos y la forma en que se expresa en un tipo de experiencia aceptada por los *yuppies*, véase H. T. Engelhardt, Jr., *Bioethics and Secular Humanism* (Philadelphia: Trinity International Press, 1991), esp. págs. 33-40.

#### NOTAS CAPÍTULO IV

1. Hans Reichenbach, *Theory of Probability* (Berkeley: University of California Press, 1949), págs. 470-482.

2. Esta visión del conocimiento inductivo cuenta, de hecho, con suposiciones ontológicas, en el sentido de que su discurso presupone una estructura conceptual general.

3. Considérese la primera formulación del imperativo categórico: «Actúa como si la máxima de tu acción se fuera a convertir, por tu voluntad, en una ley universal de la naturaleza». Immanuel Kant, *Foundations of the Metaphysics of Morals*, trad. inglesa de L.W. Beck (Indianapolis: Library of Liberal Arts, 1959). pág. 39; *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, Akademie Textausgabe (Berlín: Walter de Gruyter, 1968), vol. 4, pág. 421. Todas las citas del texto alemán de los escritos de Kant están hechas sobre esta edición.

4. G.W.F. Hegel, *The Philosophy of Right*, trad. inglesa de T.M. Knox (Londres: Oxford University Press, 1965), sec. 135.

5. Alasdair MacIntyre, *A Short History of Ethics* (Nueva York: Macmillan, 1973), págs. 190-198.

6. Karen Lebacqz y H. Tristram Engelhardt, Jr. «Suicide», en D. J. Horan y D. Mall (comps.), *Death, Dying and Euthanasia* (Washington, D.C.: University Publications, 1977), págs. 669-705; véase también Kant, *Grundlegung*, págs. 421 y sigs. Apoyándose en una serie de razones interrelacionadas, Kant rechaza que se pueda dar consentimiento al propio suicidio. Seis de estas razones merecen nuestra especial atención. Todas ellas giran entorno a la concepción dotada de contenido kantiana de la moralidad, que posee un contenido que una ética secular general no puede justificar. En primer lugar, el ser persona (*personhood*) no es, según Kant, la fuente de autoridad moral, sino el objeto de un deber concreto: «un hombre está obligado a preservar su vida sencillamente porque es una persona y debe, por tanto, reconocer que tiene un deber para consigo (que es además muy estricto)». *Metaphysical Principles of Virtue*, trad. inglesa de J. Ellington (Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1964), pág. 83, AK VI 422. En segundo lugar, Kant opina que, quitándose la vida, uno se resta valor. «Si se da muerte a sí mismo, se da el valor de una bestia. El que así se comporta, quien no respeta la naturaleza humana y se convierte a sí mismo en un objeto, se convierte en el objeto del libre albedrío de cualquiera ... El suicidio no es abominable e inadmisibles porque la vida deba ser algo que hay que tener en gran estima ... sino que la regla moral no lo admite bajo ninguna condición porque degrada la naturaleza humana por debajo del nivel de la naturaleza animal y, de esta manera, la destruye». *Lectures on Ethics*, trad. inglesa de L. Infield (Indianapolis: Hackett, 1863), pág. 152. En tercer lugar, el suicidio está prohibido porque a través de la autodestrucción se socava la existencia, que es la condición para todos nuestros deberes. «Al quitarse la vida no preserva su persona; se deshace de su persona y no de sus circunstancias concomitantes; se roba su propia persona. Esto se opone al deber más elevado que tenemos para con nosotros mismos, ya que anula la condición de todos los demás deberes ...» *Lectures on Ethics*, pág. 149. En cuarto lugar, Kant considera que la decisión de suicidarse significa el deseo de que la comunidad moral deje de existir. «Destruir el objeto de la moralidad en forma de la propia persona equivale a borrar del mundo ... la misma existencia de la moralidad en sí». *Metaphysical Principles of Virtue*, pág. 83, AK VI 422. Kant fusiona la posesión de una comunidad moral y la existencia de una comunidad moral con la decisión de actuar contra su propia noción o existencia; asocia y une una condición material con una condición moral. Kant también ve una contradicción en la decisión racional de dejar de ser racional. En quinto lugar, Kant sostiene que la decisión del suicidio es una contradicción de impulsos.

«Inmediatamente veríamos una contradicción en un sistema natural cuya ley fuese destruir la vida a través del sentimiento, pero cuya función especial es obligar a mejorar la vida. En este caso, no existiría como naturaleza; por consiguiente, la máxima no puede prevalecer como una ley natural, y, por tanto, contradice totalmente al principio supremo del deber». *Foundations of the Metaphysics of Morals*, trad. inglesa de L. W. Beck (Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1976), pág. 40, AK IV 423.

En sexto lugar, debido a los deberes que tenemos para con nosotros mismos, y ya que el suicidio sucede desautorizadamente, podemos considerarlo como el asesinato de la propia persona. «La exigencia de que el hombre debe tener el permiso de renunciar a toda obligación, es decir, de poder actuar como si su renuncia no necesitase ser autorizada, implica una contradicción». *Metaphysical Principles of Virtue*, pág. 83, AK VI 422. Todas estas consideraciones kantianas giran en torno a su explicación del determinismo y de la elección moral. Kant excluye de las elecciones



la decisión causada por una inclinación. Para que una elección sea libre, derivar del carácter de lo que constituye ser un agente racional. Las elecciones no son las que deseamos realizar (esto es, aquellas a las que proscribimos), sino las que se siguen de la ley moral. Kant se compromete con esta opción a la solución que propone del problema de la libertad y del deber.

En resumen, la opinión de Kant sobre la cuestión del suicidio deja bien clara la implicación de la autonomía se opone al principio de permiso, ya que esta misma solución particular del problema del libre albedrío frente al determinismo que Kant se dé cuenta de ello, su explicación incorpora en su noción de autonomía varias concepciones positivas acerca de lo que significa actuar racionalmente. Como consecuencia, según Kant, las decisiones que se toman acerca de la vida propia no se diferencian de las decisiones tomadas acerca de otras personas. Llegar, por consiguiente, a la conclusión de que todo suicida no tendría razón para no asesinar a los demás. «Si el hombre fuese en todo momento dueño de su propia vida, sería asimismo dueño de la vida de los demás». *Lectures on Ethics*, p. 151.

Armin G. Singer, «On Duties to Oneself», *Ethics* 69 (1959): 202-211.

Immanuel Kant, *Grundlegung*, pág. 424.

Immanuel Kant, *Foundations of the Metaphysics of Morals*, pág. 41; *Grundlegung*, p. 424.

ibid.

Kant no considera que las preocupaciones de prudencia constituyan preocupaciones morales. Pero, de hecho, tampoco habría reconocido que las preocupaciones relacionadas con la beneficencia se pudiesen reducir a simples preocupaciones de prudencia.

Lo que aquí se ha ofrecido es una explicación de la base de la justicia retributiva. Sin embargo, esta es una explicación en forma negativa. Se limita a mostrar cuándo determinadas acciones de castigo no estarían prohibidas. Esta interpretación revela ciertas afinidades entre teorías germánicas antiguas y las teorías kantianas acerca de la justicia retributiva. El criminal que actúa contra la base misma de la comunidad rechaza el respeto mutuo, rechaza la ley de la comunidad pacífica, y se convierte en un proscrito que ni puede apelar a la comunidad pacífica en demanda de justicia, ni está en condiciones de protestar coherentemente contra el uso de una fuerza punitiva.

En tal circunstancia, únicamente se dispondría de una conmovedora excepción de la ética. Charles L. Stevenson, *Facts and Values* (Nueva York: Yale University Press, 1967), esp. págs. 1-70.

Según Hume, en la naturaleza humana existe un poderoso principio que nos mueve a nuestros sentimientos morales: la simpatía. Como él afirma: «La justicia es un principio moral simplemente porque tiende al bien de la humanidad; y, en realidad, es una cosa que una solución artificial pensada con ese fin. Lo mismo se podría decir de la fidelidad, de las leyes de la naturaleza, de la modestia y de las buenas costumbres. Todas estas cosas son simples artulugios humanos en interés de la sociedad. En todas las épocas ha sido tenido en consideración, hemos de reconocer que la inclinación sobre la tendencia de los caracteres y las cualidades mentales es su causa. Nos damos sentimientos de aprobación y de culpa. Ahora bien, uno sólo puede sentir a un medio para un fin cuando el fin mismo merece asentimiento; a su vez, donde no está en juego el propio interés o el interés de los amigos, el bien de

la sociedad sólo se puede satisfacer por simpatía: de ello se sigue que la simpatía es la fuente de la estima que todos mostramos hacia esas virtudes artificiales». David Hume, *A Treatise of Human Nature* (Oxford: Clarendon Press, 1964), pág. 577.

15. Para un análisis de la noción bíblica de alianza, véase George E. Mendenhall, *The Tenth Generation* (Baltimore: John Hopkins University Press, 1973), y Diebert R. Hillers, *Covenant: The History of a Biblical Idea* (Baltimore: John Hopkins University Press, 1969).

16. Kant señala las condiciones de la experiencia posible en general, como lo que se presupone para la posibilidad de encontrarse con objetos. Véase *Critique of Pure Reason*, A108-B197.

17. Eugen Bleuler definió el autismo como «este desapego de la realidad, juntamente con el predominio relativo o absoluto de la vida interior». *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, trad. inglesa de Joseph Zinkin (Nueva York: International University Press, 1950), pág. 63. La realidad de que habla Bleuler es la que debemos reconocer para los esfuerzos comunes. Esta realidad tiene ciertas semejanzas con la realidad fenoménica de Kant. Bleuler sostiene que no es posible demostrar la existencia de la realidad externa en sí misma. Se ha de partir de ella como de la condición necesaria para la posibilidad de acciones intersubjetivas. «Pero no existen pruebas en favor de la existencia del mundo externo. Que la mesa que vemos exista es sólo un supuesto, aunque de necesidad práctica. Pero si una vez doy por sentada la existencia de la mesa, así como de otras personas y del mundo externo, esta mesa se puede mostrar a esas otras personas. Como yo mismo, ellos están en condiciones de percibirla con sus sentidos. La realidad del mundo físico es, por consiguiente, incierta y relativa, es decir, no es posible probarla, pero, por otra parte, es objetivamente demostrable». Eugen Bleuler, *Textbook of Psychiatry* (Nueva York: Macmillan, 1936), pág. 8.

18. La lista de las categorías de Kant la encontrará el lector en *Critique of Pure Reason*, A80-B106.

19. Personalmente, distingo aquí entre principios deontológicos, que serían los que no se pueden reducir al interés por obtener determinados bienes y valores, y principios teleológicos, que sí se reducen a intereses de ese tipo. Como señala John Rawls, «una teoría deontológica [es] la que o no especifica el bien independientemente del derecho, o no interpreta el derecho como una forma de maximizar el bien». *Theory of Justice* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1971), pág. 30. Por el contrario, dentro de las teorías teleológicas, «el bien se define independientemente del derecho, y luego, el derecho se define como lo que maximiza el bien». *Ibid.*, pág. 24.

20. «Iustitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuens». Flavio Pedro Sabacio Justiniano, *The Institutes of Justinian*, trad. ingl. de T.C. Sandars (Westport, Conn.: Greenwood Press, 1970), libro I, 1, pág. 5.

21. Robert Nozick, *Anarchy, State and Utopia* (Nueva York: Basic Books, 1974).

22. H. Tristram Engelhardt y Michele Malloy, «Suicide and Assisting Suicide: a Critique of Legal Sanctions», *Southwestern Law Review* 36 (noviembre de 1982): 1003-1037.

23. Como subrayaría Hegel, este conflicto abstracto se resuelve en la vida ética concreta, en la *Sittlichkeit*; véase *The Philosophy of Right*. En cualquier caso, mirado abstractamente, existe una antinomia en la razón práctica, entre los deberes de autonomía y los deberes de beneficencia.

24. Louis Jacobs, *TEYKU* (Nueva York: Cornwall Books, 1981).

## NOTAS CAPÍTULO V

1. Kant, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, Akademie Textausgabe, vol. 4 (Berlín: Walter de Gruyter, 1968), pág. 438.

2. *Ibid.*, pág. 452.

3. *Ibid.*, pág. 453; *Foundations of the Metaphysics of Morals*, trad. inglesa de Lewis White Beck (Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1959), pág. 72.

4. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, pág. 452.

5. Kant estudia este punto con detenimiento cuando trata la tercera antinomia en la *Crítica de la Razón Pura*. La tercera antinomia presenta el contraste inevitable entre la perspectiva determinista y la perspectiva moral. Este contraste o tensión no se puede resolver, como argumenta Kant, únicamente en función de una de las perspectivas particulares. Por consiguiente, esto conduce a afirmar por una parte, que todas las acciones humanas son en principio predecibles (*Kritik der reinen Vernunft*, 2d. ed., 1787, pág. 578, B578), mientras que por otra parte, se mantiene que debemos imaginarnos libres, aunque no podamos demostrar que lo seamos.

6. Ramsey no estuvo dispuesto a permitir la experimentación con fetos y niños porque éstos no pueden dar su consentimiento. Esta línea de argumentación presupone que los fetos pueden ser sensatamente objeto de ese respeto. Ramsey también está en contra de la utilización de niños en una investigación que no tiene como meta su beneficio, ya que con ello se estaría utilizando al individuo «sin su voluntad». Sin embargo, no hay una voluntad a la que respetar en el caso de los bebés. Paul Ramsey, *The Patient as Person* (New Haven, Conn.: Yale University Press, 1970), pág. 35.

7. Dr. Jerome Lejeune durante un testimonio en el Senado de los Estados Unidos afirmó: «Ahora podemos decir inequívocamente que la cuestión acerca de cuándo empieza la vida ya no es materia de disputa teológica o filosófica, ya que es un hecho científicamente demostrado. Teólogos y filósofos pueden seguir debatiendo sobre el sentido o propósito de la vida, pero es un hecho reconocido, que toda vida, incluida la vida humana, comienza en el momento de su concepción». Testimonio ofrecido por el Dr. Jerome Lejeune sobre el Human Life Bill: Hearings before the Subcommittee on Separation of Powers of the Committee of the Judiciary, 97th Congress (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1982), vol. 1, pág. 13.

8. La cuestión del aborto pone al descubierto el abismo existente entre lo que se puede demostrar en términos morales seculares generales, y lo que puede ser debidamente apreciado en función del contenido canónico. Es importante señalar que el Cristianismo no utilizaba tradicionalmente argumentos similares a los que se desarrollaron durante la Edad Media occidental para determinar en qué casos se debía considerar el aborto como un asesinato. El aborto y el infanticidio se interpretaban simplemente como actos incorrectos. «No abortarás, ni cometerás infanticidio». *Didajé in The Apostolic Fathers*, trad. inglesa de Kirsopp Lake (Cambridge: Harvard University Press, 1965), vol. 1, págs. 313, 315, III, 5. Tampoco se hacían distinciones en función del desarrollo del embrión, ya que su destrucción en cualquier estadio se consideraba un asesinato. *Council in Trullo*, Canon XCI. Ahí queda reflejado el criterio cristiano original de que hay que respetar la vida desde el momento de su concepción.

9. En la *Summa Theologica* I, 118, art. 2, santo Tomás de Aquino distingue entre la posición de un feto en el comienzo de su desarrollo y un feto en una fase tardía de desarrollo. También indica en su comentario sobre Aristóteles, que éste de-

muestra sensibilidad moral al apoyar el aborto temprano, antes que el infanticidio o el aborto tardío. El aborto temprano no se consideraba asesinato. *Aristoteles Stagiritae: Politicorum seu de Rebus Civilibus*, Libro VII, Lectio XII, en *Opera Omnia* (París: Vives, 1875), vol. 26, pág. 484. Santo Tomás también discute esta cuestión en *Summa Theologica* II, II, 64, art. 8. Véase también *Commentum in Quartum Librum Sententiarum Magistri Petri Lombardi*, Distinctio XXXI, Expositio Textus, en *Opera Omnia*, vol. 11, pág. 127.

10. Se encuentra un buen resumen de la historia del aborto en la ley canónica católico-romana en John T. Noonan, Jr., «An Almost Absolute Value in History», en John T. Noonan, Jr. (comp.), *The Morality of Abortion* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1971). La perspectiva adoptada por la Iglesia católico-romana se desarrolló bajo la influencia de varias tendencias. Se pensó que la traducción del Éxodo 21:22 en la versión de los Setenta del Antiguo Testamento sugería que existe una diferencia entre los embriones formados y los que todavía no lo están, entre embriones con alma y sin ella. Esta distinción bíblica es similar a la que realiza Aristóteles entre el feto antes y después de poseer un alma animal. *De Generatione Animalium*, 2.3.736a-b, e *Historia Animalium*, 7.3.583b. Las reflexiones teológicas y filosóficas basadas en estas y otras consideraciones desembocaron en la disputa que tuvo lugar en el seno de la teología católico-romana entre quienes eran partidarios de la animación mediada (el alma penetra en algún momento posterior a la concepción del cuerpo) y quienes defendían la animación inmediata (el alma penetra en el momento de la concepción del cuerpo). J. Donceel, «Abortion: Mediate v. Immediate Animation», *Continuum* 5 (Primavera de 1967): 167-171, y «Immediate Animation and Delayed Hominization», *Theological Studies* 13 (marzo de 1970): 76-105. Véase también Canon Henry de Dordodot, «A Vindication of the Mediate Animation Theory», en E. C. Messenger (comp.), *Theology and Evolution* (Londres: Sands, 1952), págs. 259-283. Un caso de la ley canónica del siglo XII introducido en la ley canónica católico-romana en el siglo XIII sentó un precedente, según el cual se reconocía la diferencia entre el delito de asesinato y el acto de destruir un feto todavía no formado (es decir, sin alma). *Corpus Juris Canonici Emendatum et Notis Illustratum cum Glossae: decretalium d. Gregorii Papae Noni Compilatio* (Roma, 1585), *Glossa ordinaria* at bk. 5, título 12, cap. 20, pág. 1713.

Al parecer, el colocar la fecha de la celebración de la Inmaculada Concepción (8 de diciembre) nueve meses antes del nacimiento de la Virgen María (8 de septiembre) influyó en el cambio en la forma de tratar el aborto en la Iglesia católico-romana.

Esto no impidió que algunas personas mantuviesen que el aborto temprano se debía considerar equivalente al acto de asesinato. Véase, por ejemplo, Papa Sixto V, *Contra Procurantes, Consulentis et Consentientes, quorunque modo Abortum Constitutio* (Florenca: Georgius Marescottus, 1888). El Papa Sixto V (1588-1591) equiparó durante tres años el aborto con el asesinato.

11. Para un excelente estudio del significado del pecado católico-romano de la anticoncepción y su relación con el pecado del aborto véase John T. Noonan, Jr., *Contraception* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1965). Para un tratamiento útil de la actual opinión católica sobre estas cuestiones véase también James J. McCartney, «Some Roman Catholic Concepts of Person and Their Implications for the Ontological Status of the Unborn», en W. B. Bondeson y otros (comps.), *Abortion and the Status of the Fetus* (Dordrecht: Reidel, 1983), págs. 313-323.

12. Pero el aborto previo a la penetración del alma todavía era considerado un mal grave.

13. S. I. Benn, «Abortion, Infanticide, and Respect for Persons», en Joel Feinberg (comp.), *The Problem of Abortion* (Belmont, Calif.: Wadsworth, 1973), págs. 92-104.

14. Investigan la distinción entre el dolor y el sufrimiento George Pitcher, «Pain and Unpleasantness», págs. 181-196; David Bakan, «Pain - The Existential Symptom», págs. 197-207; Bernard Tursky, «The Evaluation of Pain Response: A Need for Improved Measures», págs. 209-219; y Jerome A. Shaffer, «Pain and Suffering», págs. 221-233; en *Philosophical Dimensions of the Neuro-Medical Sciences*, S. F. Spicker y H. T. Engelhardt, Jr. (comps.) (Dordrecht: Reidel, 1976).

15. Robert Nozick, *Anarchy, State, and Utopia* (Nueva York: Basic Books, 1974), pág. 39.

16. *Ibíd.*

17. Kant emplea los términos «persona», «ego» y «sujeto» al menos en seis acepciones diferentes. La primera acepción es el ego trascendental, la forma lógica de la espontaneidad del intelecto, cuya función de juicio son las categorías (*Critique of Pure Reason*, B137, 140, 143). Este ego trascendental acompaña todos y cada uno de nuestros juicios (*Critique of Pure Reason*, B406, 419). En segundo lugar, existe la consciencia del hecho de la propia existencia (*Critique of Pure Reason*, B156). No se puede considerar este hecho como verdadero conocimiento (*Critique of Pure Reason*, A346=B404), pero puede aprehenderse como representación intelectual o pensamiento (*Critique of Pure Reason*, B158). En tercer lugar tenemos el ego empírico, que es el sujeto tal como se aparece a sí mismo en un sentido interior, pero no como un objeto (*Critique of Pure Reason*, B278, A347=B405, A381 sig.). La cuarta acepción, el ego como psicología racional, es el resultado de conceder erróneamente esencia a la función lógica «yo pienso» (*Critique of Pure Reason*, A403 sig.). La quinta acepción, el ego noumenal, es la persona como agente moral, a través de la cual pensamos nuestros actos, pero con respecto a la cual no poseemos ningún conocimiento, ya que el sujeto no puede ofrecerse en la experiencia (*Critique of Pure Reason*, A538-40=B566-68). Esta quinta acepción es la que tiene mayor importancia para las reflexiones que realizamos en este libro acerca de las personas como agentes morales. Son las personas entendidas en este sentido quienes constituyen las fuentes del mundo moral. La última acepción en que Kant entiende el concepto de persona es la de una idea psicológica que proyectamos sobre la experiencia: a través de la utilización regulativa de esa idea damos mayor unidad a nuestro conocimiento de las personas. *Critique of Pure Reason*, A665=B693, A671-674=B699-702, A682-684=B710-712. Kant necesita conseguir una categoría general de sujeto. La explicación de esa categoría se debe enfocar a través de una teoría categórica más amplia. Véase H. T. Engelhardt, *Mind-Body: A Categorical Relation* (The Hague: Martinus Nijhoff, 1973).

18. *Metaphysik der Sitten*, en *Kants Werke* (Berlín: Walter de Gruyter, 1968), vol. 6, pág. 223; *Metaphysical Principles of Virtue*, trad. inglesa de J. Ellington (Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1964), pág. 23. Véase un intento de elaborar una bioética kantiana general en Mats G. Hansson, *Human Dignity and Animal Well-being: A Kantian Contribution to Biomedical Ethics* (Uppsala: Almqvist & Wiksell, 1991).

19. Immanuel Kant, *Lectures on Ethics*, trad. inglesa de Louis Infield (Indianapolis: Hackett, 1979), pág. 240.

20. *Ibíd.* Kant indica que un perro se debe tener hasta su muerte, ya que «dicho acto nos sirve de apoyo para cumplir con nuestras obligaciones para con los seres humanos, cuando son deberes vinculantes». *Ibíd.* Sin embargo, si un hombre dispare contra su perro, no incumple por ello sus obligaciones para con su perro, se-

gún Kant, pero su acción es inhumana y daña esa humanidad que es su deber mostrar hacia la Humanidad». El dueño del perro no tiene un deber hacia su perro, pero sí un deber hacia la Humanidad con respecto al perro. He indicado en mi argumentación que el amo del perro tiene además un deber de beneficencia para con el perro. Estoy de acuerdo con Kant en que los fines de los seres humanos son de mayor importancia que las consideraciones de beneficencia hacia los animales. «Los viviseccionistas, que utilizan animales vivos en sus experimentos, actúan ciertamente de un modo cruel, aunque su objetivo sea loable, y pueden justificar su crueldad, ya que hay que considerar a los animales como instrumentos del hombre, pero tal crueldad realizada simplemente por diversión es injustificable». *Ibíd.*, págs. 240-241. La moralidad secular general no excluye el uso de animales para fines de entretenimiento. Consideremos por ejemplo el informe de un club de tiro que utiliza palomas vivas en las prácticas de tiro. Olive Talley, «Gun Club Again Using Live Pigeons», *Houston Chronicle* (febrero de 16, 1985), sec. 1, pág. 32.

21. Yo planteo aquí el equivalente moral de algunos de los argumentos aducidos en apoyo de los juicios por vida (legalmente) injusta. Si se inicia un embarazo, se daña al feto y no se aborta ese feto sobre el que se tiene autoridad, entonces puede uno convertirse en el autor de un daño que se podría haber evitado si se hubiese abortado oportunamente. Para una perspectiva general de las cuestiones planteadas por los juicios por vida (legalmente) injusta véase Angela Holder, «Is Existence Ever an Injury?»: *The Wrongful Life Cases*, en S. F. Spicker y otros (comps.), *The Law-Medicine Relation: A Philosophical Exploration* (Dordrecht: Reidel, 1981), págs. 225-239.

22. Richard H. Feen, «Abortion and Exposure in Ancient Greece: Assessing the Status of the Fetus and "Newborn" from Classical Sources», en Bondeson y otros (comps.), *Abortion and the Status of the Fetus*, págs. 283-300. En la ley vikinga no se podía exponer al recién nacido a la intemperie una vez que había sido amamantado. P. G. Foote y D. M. Wilson, *The Viking Achievement* (London: Sidgwick & Jackson, 1980), pág. 115.

23. El rabino Solomon Ganzfried señala este punto en *Kitzur Shulhan Arukh* (la versión estándar abreviada del código de la ley religiosa judía, titulado *Shulhan Arukh*, recopilado por Joseph Karo [1488-1575], sec. 203, par. 3): «... si un niño muere durante los primeros treinta días de vida o incluso el trigésimo día, e incluso si le han crecido el pelo y las uñas, no habrá que observar un período de luto, ya que se considerará que ha tenido lugar un aborto espontáneo» (adaptado y traducido por el Profesor Isaac Franck).

24. Podemos pensar en las sugerencias de Raymond S. Duff y A.G.M. Campbell respecto al modo de ayudar a los padres a tomar decisiones concernientes al rechazo de tratamiento para sus recién nacidos gravemente deficientes. «Moral and Ethical Dilemmas in the Special Care Nursery», *New England Journal of Medicine* 289 (octubre de 25, 1973): 890-894. Véase también Anthony Shaw, «Dilemmas of Informed Consent in Children», *New England Journal of Medicine* 289 (octubre de 25, 1973): 885-890.

25. El gobierno de los Estados Unidos intentó prohibir a los padres y a los médicos que discriminaran, a la hora de elegir el tipo de tratamiento, a neonatos, basándose en su incapacidad física o mental. Analizaremos los problemas que plantean tales intromisiones en el capítulo VII.

26. Gary E. Jones, «Engelhardt on the Abortion and Euthanasia of Defective Infants», *Linacre Quarterly* 50 (mayo de 1983): 172-181.

28. El padre de la neurología moderna, John Hughlings Jackson (1835-1902)

estudió esta cuestión en varios de sus escritos. Véanse, especialmente, «Evolution and Dissolution of the Nervous System», en *John Hughlings Jackson: Selected Writings*, comp. James Taylor (Londres: Staples Press, 1958), vol. 2, págs. 45-75; reproducción de la publicación inicial de las Croonian Lectures pronunciadas en el Royal College of Physicians, marzo de 1884, y publicado originalmente como «Evolution and Dissolution of the Nervous System», *British Medical Journal* 1 (1884): 591-593, 660-663; «Evolution and Dissolution of the Nervous System», *Medical Times Gazette* 1 (1884): 411-413, 445-458, 485-487; y «Evolution and Dissolution of the Nervous System», *Lancet* 1 (1884): 555-558, 649-652, 739-744. Véase también H. T. Engelhardt, Jr., «John Hughlings Jackson and the Mind-Body Relation», *Bulletin of the History of Medicine* 49 (verano de 1975): 137-151.

29. H. T. Engelhardt, Jr., *Mind-Body: A Categorical Relation* (The Hague: Martinus Nijhoff, 1973).

30. John Locke, *The Treatises of Government, in the Former, the False Principles and Foundation of Sir Robert Filmer, and His Followers, Are Detected and Overthrown; the Latter, Is an Essay concerning the True Original, Extent, and End, of Civil Government*, libro II, cap. V, sec. 25.

31. Kant, *Metaphysik der Sitten*, Akademie Textausgabe, vol. 6, págs. 245-258. Según Kant, la propiedad externa se posee en un estado natural previamente a la existencia de una sociedad civil.

32. William Blackstone, *Commentaries on the Law of England* (1765), libro II, cap. 1, págs. 8-9.

33. Hegel, *The Philosophy of Right*, trad. inglesa de T. M. Knox (Londres: Oxford University Press, 1965), pág. 54.

34. John Locke, *The Treatises of Government*, libro II, cap. V, sec. 27.

35. Gayo, *The Institutes of Gaius*, trad. inglesa de F. de Zulueta (Oxford: Clarendon Press, 1946), parte I, sec. 67, pág. 83.

36. Locke, *Treatises of Government*, # 27.

37. Thomas Paine, *Agrarian Justice* (Londres: T. G. Ballard, 1798).

38. W. Ogilvie, *Essay on the Right of Property in Land* (Londres: J. Walter, 1781).

39. Baruch Brody, «Health Care for the Haves and Have Nots: Toward a Just Basis of Distribution», en Earl E. Shelp (comp.), *Justice and Health Care* (Dordrecht: Reidel, 1981), págs. 151-159.

40. John Locke, *Treatises of Government*, libro II, cap. V, # 27. Este concepto del derecho que tienen todas las personas a la renta de las cosas en general, no da a ninguna persona el derecho específico a ninguna parcela de terreno. En la medida en que las personas trabajan o transforman un trozo de tierra concreto, tienen el derecho a no ser molestados por otros, por ejemplo, el derecho a que otras personas no atraviesen su propiedad por la noche, pretendiendo que la tierra es de todos. Una intrusión de este tipo violaría su derecho a ese terreno, en la medida en que lo han transformado mediante su actividad. A lo que los demás tienen derecho, es a ser compensados por la inconveniencia de tener que dar un rodeo alrededor de la propiedad privada y de tener que usar los parques públicos para ir de picnic en lugar de utilizar los jardines de las casas privadas. La estipulación de Locke es un principio de compensación por la inconveniencia, así como por oportunidades de obtener ganancias a las que se renunció. La persona que ha transformado la tierra, o que ha adquirido de forma correcta la propiedad de terreno transformado, tiene un derecho que está en conflicto con los derechos de quienes pudieron haber asimismo deseado esa tierra. Estos últimos no poseen tierra, pero tienen el derecho a ser compensados por las oportunidades perdidas.

La respuesta a la pregunta acerca de cuánta renta se tiene que pagar, no puede ser descubierta, sino que tiene que ser creada. La mejor forma de hacerlo es utilizar aquella de máxima autoridad, es decir, debería ocurrir a través de algún proceso democrático. Esto no nos hace regresar al *status quo*. En primer lugar, se puede recaudar la renta sólo de la tierra y de las materias primas. En segundo lugar, la cantidad de renta no se puede determinar sobre la base de una meta redistributiva. En efecto, el concepto de renta sobre la tierra conduciría a algo muy parecido a un impuesto de propiedades internacional.

41. Baruch Brody, «Health Care for the Haves and Have Nots», págs. 151-159.

42. Gayo, *The Institutes of Gaius*, parte II, págs. 75-80.

43. Hipócrates, «La Ley», trad. inglesa de W. H. S. Jones (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1969), vol. 2, pág. 263.

44. Darrel Amundsen ha estudiado exhaustivamente el carácter de los «juicios por negligencia médica» en la antigua Grecia y Roma, «The Liability of the Physician in Roman Law», en H. Karplus (comp.), *International Symposium on Society, Medicine and Law* (Nueva York: Elsevier, 1973), págs. 17-30; «The Liability of the Physician in Classical Greek Legal Theory and Practice», *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 32 (abril de 1977): 172-203.; «Physician, Patient and Malpractice: An Historical Perspective», en S. F. Spicker y otros (comps.), *The Law-Medicine Relation*, págs. 255-258.

45. Marcia Angell, «Should Heroin be Legalized for the Treatment of Pain?», *New England Journal of Medicine* 311 (agosto de 1984): 529-530; y Edward N. Brandt, Jr., «Compassionate Pain Relief: Is Heroin the Answer?», *New England Journal of Medicine* 311 (agosto de 1984): 530-532.

Tanto desde la perspectiva libertaria como desde la utilitarista, se podría preguntar el porqué de la prohibición del acceso a las drogas. ¿Qué es más peligroso para el individuo, el riesgo de caer en la adicción a una droga peligrosa o verse implicado involuntariamente en delitos relacionados con la droga? En las circunstancias actuales, los adictos roban propiedad para venderla por una fracción de su precio con el fin de comprar droga a un precio muy elevado. Como las drogas son ilegales, existe una floreciente industria ilícita de la droga, cuyos beneficios se cuentan por miles de millones. La existencia de este mercado ilícito justifica entonces la creación de fuerzas policiales especiales, cuyas intervenciones consiguen mantener los elevados precios de las drogas ilegales y, por tanto, apoyan los continuados incentivos de la venta ilegal.

46. Papa Inocencio III, «Sicut universitatis» ad Acerbum consulem Florentinum, 30 de octubre de 1198», en H. Denzinger (comp.), *Enchiridion Symbolorum*, 33ª ed. (Roma: Herder, 1965), pág. 244.

47. Véase, «Erronea propositio de tyrannicidio», en *Enchiridion Symbolorum*, pág. 326.

48. William Blackstone, *Commentaries on the Laws of England* (Nueva York: Augustus M. Kelley, 1969), vol. 2, libro I, págs. 191 sig.

49. John Rawls, *A Theory of Justice* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1971), págs. 62 sig., 136-142, 302 sig.

50. *Ibid.*, págs. 195-201, 221-234.

51. Tenemos que tener en cuenta que en el transcurso de la historia de los Estados Unidos se ha discutido acaloradamente el significado del consentimiento original otorgado a la Constitución Norteamericana de 1789. Aunque la disputa llegó a su punto álgido durante la Guerra de Secesión, se puede encontrar su origen ya bien articulado en las resoluciones tomadas durante la asamblea legislativa de Ken-

tucky que afirmó la anulación y en la asamblea general de Virginia que apoyó el veto durante la época en que John Adams restringió las libertades civiles. Véanse la Resolution of the Kentucky Legislature in the House of Representatives, 14 de noviembre de 1799, y la General Assembly of Virginia in the House of Delegates, 7 de enero de 1800, reimpresión en *We the States* (Richmond, Va.: William Byrd Press, 1964), págs. 155-159.

52. Blackstone, *Commentaries*, libro I, pág. 193.

53. Thomas Hobbes, *Leviathan, or the Matter, Forms, & Power of a Commonwealth Ecclesiastical and Civill* (Londres: Andres Crooke, 1651), parte 1, cap. 13, pág. 62.

54. *Ibíd.*, parte 2, cap. 17, pág. 87.

55. *Ibíd.* También se puede interpretar que Hobbes no estaba apelando a un contrato, sino a una solución racional, similar a las soluciones que se basan en la teoría del juego, de los problemas de hacer cumplir la ley, de coordinación y de los «que viajan gratis» (*free riders*). En el capítulo III estudiábamos algunos de los problemas que presentan esas soluciones basadas en la teoría del juego.

56. *Ibíd.*, pág. 88.

57. *Ibíd.*, parte 2, cap. 18, pág. 90.

58. Podemos recordar la defensa de la esclavitud que hizo Hugo Grocio en su *De jure belli ac pacis*, en donde arguye que la esclavitud hereditaria moralmente justificada nace cuando se captura, pero no se da muerte, a una persona en tiempos de guerra. Al renunciar a matar al prisionero, se obtienen los derechos sobre los descendientes del esclavo *ad infinitum*. Véase libro 3, cap. 7, esp. sec. 1-5. Los teólogos cristianos occidentales de la época respaldaron estas consideraciones, aunque se suponía que los cristianos estaban obligados a abstenerse de tener esclavos cristianos. Véase libro 3, cap. 7, sec. 9.

Habría que observar que aunque los esclavos no eran personas ante la ley, la teoría misma de la esclavitud presumía que eran personas morales. Esto era así, incluso a pesar de razonamientos especiales que subrayaban la debilidad o incapacidad moral y psicológica de los esclavos con el fin de hacer esa singular institución más aceptable. Se puede observar, por ejemplo, que antes de la Guerra de Secesión, tanto en Tennessee como en Texas se consideraba que los esclavos ocupaban una posición analoga a la de los individuos en el villanaje normando, que confería a los esclavos un cierta categoría ante la ley. A. E. Keir Nash, «Texas Justice in the Age of Slavery: Appeals Concerning Blacks and the Antebellum State Supreme Court», *Houston Law Review* 8 (1971): 438-456.

59. Una réplica requeriría establecer, en términos seculares generales, una visión moral dotada de contenido canónica parcial, mientras el consentimiento no esté disponible y los habitantes del enclave sean pacíficos.

60. David Friedman, «Efficient Institutions for the Private Enforcement of Law», *The Journal of Legal Studies* XIII (junio de 1984): 379-397; «Private Creation and Enforcement of Law: A Historical Case», *The Journal of Legal Studies* VIII (marzo de 1979): 399-415. La experiencia islámica se originó a partir de las mismas raíces teutónicas paganas generales que dieron origen a gran parte de la ley anglosajona. Para un estudio del sistema legal y social de Islandia véase P. B. Foote y D. M. Wilson, *The Viking Achievement* (Londres: Sidgwick & Jackson, 1970). Material original sobre las antiguas leyes y costumbres islámicas se puede encontrar en la saga Njals y en el Gragas, la compilación más antigua de la ley islámica.

## NOTAS CAPÍTULO VI

1. Charles S. Peirce, *Collected Papers of Charles Sanders Peirce*, comps. Charles Hartshorne y Paul Weiss (Cambridge, Mass.: Belknap Press, 1965), 5.316.

El punto de vista que defiendo aquí, al igual que el punto de vista de Peirce, está en deuda tanto con Kant como con Hegel. Ya reconocimos este argumento en el capítulo III, pero merece ser repetido y ampliado. En primer lugar, la argumentación de Kant es correcta en esencia (al menos cuando se le da un acento hegeliano): conocemos la realidad a través de nuestros conceptos. Para utilizar la terminología kantiana, no conocemos los objetos en sí, tal como son independientemente de nuestras categorías, sino sólo como los percibimos a través de nuestras categorías y concepciones. «No sé como son los objetos-en-sí, ni necesito saberlo, dado que un objeto sólo puede llegar a mí a través de su apariencia». Kant, *The Critique of Pure Reason*, trad. inglesa de Norman Kemp Smith (Londres: Macmillan, 1964), pág. 286, A277=B333. No podemos explicar la realidad al margen de nuestra concepción de la realidad. Seguimos la indicación de Hegel, según la cual podemos dejar de hablar de una realidad inaccesible en sí misma. Incluso como límite de la experiencia, como una dirección hacia un objeto, como un mero «algo=x» (*Critique of Pure Reason*, A250) al que nos referimos durante la investigación empírica, el objeto-en-sí es un producto del pensamiento (G. W. F. Hegel, *The Encyclopaedia of the Philosophical Sciences* [1830], sec. 44). Si nunca nos encontramos con lo que es puramente otro, el objeto tal como es en sí mismo, podemos considerar que la lucha por conocer la realidad consiste en superar la otredad y el estado incompleto por medio de explicaciones cada vez más coherentes de la realidad. El elemento de otredad nos lleva a buscar una explicación que elimine esta otredad.

Esta tarea representa un esfuerzo cultural. Considérense las reflexiones de Hegel acerca de este punto: «Cuando pensamos los objetos, los transformamos en algo universal, sin embargo los objetos son singularidades y el león en general no existe. Los convertimos en algo subjetivo, producido por nosotros y que nos pertenece, y que, por supuesto, son característicos de nosotros como personas, ya que los objetos de la naturaleza no piensan, y no son representaciones ni pensamiento». *Hegel's Philosophy of Nature*, trad. inglesa de M. J. Petry (Londres: Allen & Unwin, 1970), pág. 198, sec. 246 Zusatz. Nuestra meta es captar y comprender la naturaleza, convertirla en algo nuestro, para que no sea algo ajeno a nosotros que está fuera de nuestro alcance. Como consecuencia, al intentar conocer la naturaleza no vemos simplemente la naturaleza, sino que, como indica Hegel, llegamos a contemplarnos a nosotros mismos, «a encontrar en esa externalidad tan sólo nuestro propio espejo». *Ibíd.*, vol. 3, pág. 213, sec. 376 Zusatz.

Al contrario que Kant, Hegel reconoció que las categorías del conocimiento son históricas. El modo en que vemos la naturaleza, los conceptos a través de los cuales contemplamos la apariencia, si se especifican minuciosamente, cambiarán en el transcurso del tiempo. Las revoluciones científicas tienen lugar cuando cambian las categorías. «Todos los cambios culturales se reducen a diferencias de categorías. Todas las revoluciones, tanto las científicas como las de la historia mundial, suceden meramente porque el espíritu cambia sus categorías para poder comprender y examinar lo que le pertenece, con el fin de poseerse y captarse a sí mismo de una manera más cierta, más profunda, más íntima y unificada». *Ibíd.*, vol. 1, pág. 202, sec. 246 Zusatz. La cita de Peirce subraya a la vez la dirección que debe tomar la investigación, esto es, intentar encontrar una interpretación de la naturaleza cada vez más articulada, y el reconocimiento de que la ciencia es un proceso histórico.

Para una introducción a las cuestiones filosóficas implicadas en las nociones hegelianas del conocimiento como negación frente al conocimiento como un encuentro con un objeto en su otredad, véase Werner Flach, *Negation und Andersheit* (Munich: Ernst Reinhardt, 1959). La dificultad estriba en hablar de conocimiento cuando hay varias concepciones metafísicas y empíricas opuestas (por ejemplo, interpretaciones feministas y católico-romanas). Nos vemos obligados a articular una ciencia para extraños morales y metafísicos.

2. Ludwig Fleck, *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv* (Basilea: Benno Schwabe, 1935); versión inglesa *Genesis and Development of a Scientific Fact*, comp. T. J. Trenn y R. K. Merton, trad. de F. Bradley y T. J. Trenn (Chicago: University of Chicago Press, 1979).

3. Thomas Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions* (Chicago: University of Chicago Press, 1962; 2ª ed. aumentada, 1970; tr. esp.: *La estructura de las revoluciones científicas*, Madrid, FCE, 1980).

4. Para otras discusiones del carácter contextual del pensamiento científico, véanse Peter Achinstein, *Law and Explanation* (Oxford: Oxford University Press, 1971) y *The Nature of Explanation* (Nueva York: Oxford University Press, 1983). Imre Lakatos y Alan Musgrave (comps.), *Criticism and the Growth of Knowledge* (Cambridge: Cambridge University Press, 1970). Larry Laudan, *Progress and Its Problems* (Berkeley: University of California Press, 1977).

5. Isaac Baker Brown, *On the Curability of Certain Forms of Insanity, Epilepsy, Catalepsy, and Hysteria in Females* (Londres: Robert Hardwicke, 1866).

6. H. Tristram Engelhardt, Jr., «The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease», *Bulletin of the History of Medicine* 48 (verano de 1974): 234-248.

7. Para los informes de muerte causada por la masturbación, véanse, por ejemplo, *Report of the Boards of Administrators of the Charity Hospital to the General Assembly of Louisiana* (de 1872) (Nueva Orleans: The Republican Office, 1873), pág. 30; y *Report of the Board of Administrators of the Charity Hospital to the General Assembly of Louisiana* (de 1887) (Nueva Orleans: A. W. Hyatt, 1888), pág. 53.

8. Un informe de autopsia publicado en Birmingham (Inglaterra) de un practicante de la masturbación fallecido demostró que la masturbación «parece haber actuado sobre la médula espinal del mismo modo en que pequeñas hemorragias repetidas afectan al cerebro, agotando paulatinamente su energía, hasta que sucumbió poco después de la aplicación de la agotadora influencia, probablemente a través de la instrumentalidad de un proceso atrofiante inducido previamente, como evidencia el estado enfermo de los pequeños receptáculos». James Russell, «Cases Illustrating the Influence of Exhaustions on the Spinal Cord in Inducing Paraplegia», *Medical Times and Gazette*, Londres 2 (1863): 456.

9. Baker Brown, *On the Curability of Certain Forms ...*, pág. 11.

10. *Ibid.*, pág. 17.

11. *Ibid.*, págs. 51-52.

12. Asociación Norteamericana de Psiquiatría, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1952), págs. 38-39.

13. Asociación Norteamericana de Psiquiatría, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2ª ed. (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1968), pág. 44.

14. Asociación Norteamericana de Psiquiatría, *Diagnostic and Statistical Ma-*

*nual of Mental Disorders*, 3ª ed. (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980), págs. 281.

15. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3ª ed. (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1987), págs. 296.

16. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)* [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales], 3ª ed. revisada, págs. 367-374. Estas categorías de diagnóstico impugnadas políticamente y de otras formas aparecen bajo el taxón general «Categorías de diagnóstico propuestas que necesitan ulterior estudio».

17. Para un resumen de algunos de los debates centrados en la creación de clasificaciones psiquiátricas, véanse Bernard Gert, «A Sex Caused Inconsistency in DSM-III-R: The Definition of Mental Disorder and the Definition of Paraphilias», *Journal of Medicine and Philosophy* 17 (abril de 1992), 155-171; y Sue V. Rosser, «Is There Androcentric Bias in Psychiatric Diagnosis?», *Journal of Medicine and Philosophy* 17 (abril de 1992), 215-231.

18. T. Gaillard Thomas, *A Practical Treatise on the Diseases of Women* (Philadelphia: Henry C. Lea's Son, 1880), pág. 778.

19. William Cullen, *Synopsis nosologiae methodicae* (Edinburgh: William Creech, 1769).

20. Hipócrates, *Epidemics* III, caso 16, en *Hippocrates*, trad. inglesa de W. H. S. Jones (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1962), vol. I, págs. 285, 287.

21. Hipócrates, *Epidemics* I.1, vol. I, págs. 147, 149.

22. Ivan Illich, *Medical Nemeses* (Nueva York: Pantheon Books, 1976).

23. Lee B. Lusted, *Introduction to Medical Decision Making* (Springfield, Ill.: Thomas, 1968), págs. 98-140.

24. Ronald Bayer, *Homosexuality and American Psychiatry* (Nueva York: Basic Books, 1981).

25. American Joint Committee on Cancer, *Manual for Staging of Cancer* (Philadelphia: Lippincott, 1983)

26. U.S. Department of Health, Education and Welfare [Ministerio de Sanidad, Educación y Servicios Sociales de Estados Unidos], *Eighth Revision International Classification of Diseases*, 2 vols. (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1968).

27. Carolus Linnaeus, *Genera morborum, in auditorum usum* (Upsalae: Steiner, 1763).

28. François Boissier de Sauvages de la Croix, *Nosologia methodica sistens morborum classes juxta Sydenhami mentem et botanicorum ordinem*, 5 vols. (Amsterdam: Fratrum de Tourne, 1763); 2ª ed., 2 vols. (Amsterdam: Fratrum de Tourne, 1768), vol. 2, págs. 1-149.

29. Horacio Fabrega, Jr., «Disease Viewed as a Symbolic Category», en H.T. Engelhardt, Jr., y S. F. Spicker (comps.), *Mental Health: Philosophical Perspectives* (Dordrecht: Reidel, 1977), págs. 79-106.

30. Maryland Annotated Code (1979 Cumulative Supplement), art. 27, sec. 554. Hay que señalar, que una vez más, el castigo de los actos antinaturales era muy severo en América. Considérese el caso de Benjamin Goad, que fue ahorcado y cuya yegua fue ejecutada ante sus ojos, después de ser descubierto en 1763 cometiendo el acto «antinatural y horrible de bestialidad con una yegua en un campo». *Records of the Court of Assistants of the Colony of the Massachusetts Bay 1630-1682* (1901), vol. I, págs. 10-11.

31. Richard H. Post, «Population Differences in Red and Green Color Vision



Deficiency: A Review and a Query on Selection Relaxation», *Eugenics Quarterly* (marzo de 1962): 131-146.

32. Santo Tomás de Aquino, *Summa Theologica* II-II, 153-154. La cuestión es bastante diferente en la esfera de las creencias cristianas tradicionales, en la que se comprende la inmoralidad de los actos sin que haya necesidad de enmarcarlos en una explicación metafísica concreta. Desde este punto de vista, la masturbación provoca una respuesta mucho menos seria que la fornicación o el adulterio. Véanse, por ejemplo, los cánones de St. John the Faster (d.595), san Nicodemo y san Agapito, *The Rudder of the Orthodox Catholic Church* (Chicago, IL: Orthodox Christian Educational Society, 1957), págs. 936, 939, 940, 942, Cánones VIII, XI, XIII, y XVIII.

33. Christopher Boorse, «On the Distinction between Disease and Illness», *Philosophy and Public Affairs* 5 (otoño 1975): 61.

34. Christopher Boorse, «Health as a Theoretical Concept», *Philosophy of Science* 44 (1977): 562, 567.

35. Robert Trivers; «Parent-Offspring Conflict»; *American Zoologist* 14 (1974): 259-64.

36. F. B. Livingstone, «The Distribution of the Abnormal Hemoglobin Genes and Their Significance for Human Evolution», *Evolution* 18 (1964): 685. Christopher Boorse reconoce la existencia de rasgos polimórficos y de variaciones intraespecíficas, pero no llega a una conclusión sobre el modo en que diversos equilibrios entre las características maximizan la aptitud, con frecuencia teniendo que pagar el precio del sufrimiento individual. Christopher Boorse, «Health as a Theoretical Concept», *Philosophy of Science* 44 (1977): 542-571; véanse especialmente las págs. 546-547, 558 y 563.

37. Christopher Boorse, «On the Distinction between Disease and Illness», *Philosophy and Public Affairs* 5 (otoño de 1975): 63.

38. William K. Goossens, «Values, Health and Medicine», *Philosophy of Science* 47 (marzo de 1980): 100-115.

39. Una distinción útil entre las diferentes acepciones de la normalidad y una discusión de la diferencia entre el interés taxonómico de un biólogo por la normalidad y el de un médico se encontrará en Marjorie Grene, «Individuals and Their Kind: Aristotelian Foundations of Biology», en Stuart Spicker (comp.), *Organism, Medicine and Metaphysics* (Dordrecht: Reidel, 1978), págs. 121-136.

40. Para un intento neor aristotélico de descubrir el límite entre la salud y la enfermedad, véase Georg Henrik von Wright, *The Varieties of Goodness* (Nueva York: Humanities Press, 1963).

41. Una extensa bibliografía apoya lo que podríamos llamar una teoría normativista poco coherente de la enfermedad, esto es, un criterio según el cual el concepto de enfermedad, aunque parcialmente basado en determinaciones empíricas, tiene un componente esencialmente de evaluación. Esta opinión contrasta con el criterio neutralista de otros autores, como Boorse por ejemplo, quienes sostienen que el concepto de enfermedad es descriptivo y explicativo, pero no de evaluación. Un artículo ya clásico que argumenta a favor de un criterio normativista débil se encontrará en Lester King, «What is Disease?» *Philosophy of Science* 21 (julio de 1954): 193-203. Tenemos que señalar que el criterio normativista sugiere que los conceptos de enfermedades que afectan a animales y plantas dependen de la interpretación que dan los seres humanos a los propósitos de éstos. Por consiguiente, los ejemplos paradigmáticos de enfermedades de animales y plantas son las enfermedades que padecen animales caseros y plantas y animales criados para producir ali-

mento, etc. Resulta difícil calificar a plantas o animales salvajes como enfermos (o al menos enfermos en la acepción médica del término), excepto por analogía. Podríamos elaborar una noción boorsiana, neutralista de las enfermedades que padecen animales y plantas salvajes en virtud de niveles atípicos de la especie de funciones típicas de la especie, pero ésta no centraría su atención en el sufrimiento que experimentan los animales. El concepto de enfermedad que sostienen los veterinarios y los científicos que se dedican a temas de agricultura depende, por el contrario, de las funciones, niveles de dolor, y el carácter de la gracia y de la forma que los seres humanos consideran adecuados para grupos concretos de entidades vivas. Las «enfermedades» generalizadas en una especie concreta de animales o plantas se reconoce como enfermedad, únicamente si ese animal o planta se cría como animal o planta casero o para fines comerciales y la «enfermedad» obstaculiza la consecución de esos objetivos. Véanse, por ejemplo, Peter Sedgwick, «Illness - Mental and Otherwise», *Hastings Center Studies* I (1973): 19-40; y H. T. Engelhardt, Jr., «Is There a Philosophy of Medicine?», en F. Suppe and P. D. Asquith (comps.), *PSA 1976*, vol. 2 (East Lansing, Mich.: Philosophy of Science Associations, 1977), págs. 94-108.

42. Para un desarrollo de este argumento véanse Joseph Margolis, «The Concept of Disease», *Journal of Medicine and Philosophy* I (sept. de 1976): 238-255; H. T. Engelhardt, Jr., «Ideology and Etiology», *Journal of Medicine and Philosophy* I (sept. de 1976): 256-258.

43. Para apreciar la variedad de visiones de la forma y de la capacidad humana se podrían comparar las dispares valoraciones presentadas por las diversas concepciones feministas y no feministas de la forma e incapacidad corporal. Véanse, por ejemplo, Barbara Stafford, John La Puma y David Schiedermayer, «One Face of Beauty, One Picture of Health», *Journal of Medicine and Philosophy* 14 (abril de 1989): 213-230; Susan Wendell, «Toward a Feminist Theory of Disability», *Hypathia* 4 (verano de 1989): 63-81; Iris Marion Young, «Breasted Experience: The Look and the Feeling», en *The Body in Medical Thought and Practice*, comp. Drew Leder (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992), págs. 215-238.

44. Deberíamos indicar que intentos como el de Clouser, Culver y Gert de introducir un término como «enfermedad» (*malady*) no proporciona lo que aquí necesitamos. K. Danner Clouser, Charles M. Culver y Bernard Gert, «Malady: A New Treatment of Disease», *Hastings Center Report* 11 (junio de 1981): 29-37. Presentan la siguiente definición del término «*malady*»: «Una persona padece una enfermedad (*malady*) si, y sólo si, él o ella padece una aflicción, diferente de una creencia o deseo racional, de tal forma que él o ella sufre, o tiene el riesgo de sufrir, un mal (muerte, dolor, incapacidad, pérdida de libertad o de oportunidad, o pérdida de placer) sin que haya una causa continuada inequívoca» (pág. 36). La medicina, sin embargo, trata una serie de *maladies* que tienen una causa continuada inequívoca como es, por ejemplo, la esterilidad proporcionando inseminación artificial. Dicha *malady* no se puede considerar como tal bajo la rúbrica de Clouser y otros, ya que existe una causa continuada inequívoca que es el bajo número de espermatozoides del marido. Por consiguiente, necesitamos un término más general. Yo he propuesto el término «problema clínico». Engelhardt, «Clinical Problems and the Concept of Disease», en L. Nordenfelt y B.I.B. Lindahl (comps.), *Health, Disease and Causal Explanations in Medicine* (Dordrecht: Reidel, 1984), págs. 27-41.

45. Para un análisis del conflicto entre la llamada explicación ontológica de la enfermedad (que describe las enfermedades como entidades, como objetos en cierto sentido) y la explicación fisiológica o funcional de la enfermedad (las articuladas por los nominalistas en sus criterios de la realidad de la enfermedad y que descri-



ben a los taxones de las enfermedades como designaciones artificiales), véase A. L. Caplan, H. T. Engelhardt, Jr. y J. J. McCartney (comps.), *Concepts of Health and Disease* (Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1918), esp. págs. 143-263.

46. John L. Gedye, «Simulating Clinical Judgment», en H. T. Engelhardt, Jr., S. F. Spicker, y B. Towers (comps.), *Clinical Judgment: A Critical Appraisal* (Dordrecht: Reidel, 1979), págs. 93-113.

47. Constitution of the World Health Organization (preámbulo), *The First Ten Years of the World Health Organization* (Ginebra: W.H.O., 1958).

48. Chester R. Burns, «Diseases Versus Health: Some Legacies in the Philosophies of Modern Medical Sciences», en *Evaluation and Explanations in the Biomedical Sciences*, comp. H. T. Engelhardt, Jr., y S. F. Spicker (Dordrecht: Reidel, 1975), págs. 29-47.

49. Por ejemplo, Christopher Boorse distingue entre un concepto negativo y otro positivo de la salud, así como entre los diferentes conceptos positivos de salud entendidos en función de si acentúan el aumento del potencial individual, del potencial de la especie, o si se preocupan globalmente por aumentar la capacidad humana. «Health as a Theoretical Concept», *Philosophy of Science* 44 (1977): 542-573. Para un estudio general de las cuestiones asociadas a los conceptos de salud, véase Lennart Nordenfelt, *On the Nature of Health* (Dordrecht: Reidel, 1987).

50. Las ideas sobre lo que es saludable (normal, y una realización del bienestar son totalmente opuestas a los criterios respecto a lo que es perverso o antinatural. En las comunidades concretas se cultivan y florecen conceptos determinados del bienestar, del mismo modo que sucede con las moralidades concretas dotadas de contenido. En el ámbito de las comunidades concretas se aprende qué es la virtud, el carácter, y la acción correcta, así como qué tendencias y capacidades son apropiadas y convenientes. Las comunidades concretas deben poseer una concepción del bienestar, de la salud y del florecimiento que son específicos de una edad, de un género y de un rol.

51. Para un estudio de algunas de las ambigüedades implícitas en el concepto de «ciencia de la salud», véase R. John Bench, «Health Science, Natural Science, and Clinical Knowledge», *Journal of Medicine and Philosophy* 14 (1989): 147-164.

52. Committee on Nomenclature and Classification of Disease [Comisión para la nomenclatura y clasificación de la enfermedad], *Systematized Nomenclature of Pathology* (Chicago: College of American Pathologists, 1969), pág. xvii.

53. *Eighth Revision International Classification of Diseases*, 2 vols. (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1968).

54. Alvan R. Feinstein, *Clinical Judgment* (Huntington, N.Y.: Kreiger, 1974), pág. 968.

55. Norwood R. Hanson, *Patterns of Discovery* (Cambridge: Cambridge University Press, 1961); *Perception and Discovery* (San Francisco: Freeman, Cooper, 1969).

56. Henrik Wulff, *Rational Diagnosis and Treatment*, 2ª ed., (Londres: Blackwell Scientific, 1918), págs. 30-41.

57. Podemos pensar aquí en el expediente médico orientado hacia los problemas de Lawrence Weed, que incluye la orden de describir los problemas de los pacientes al menos parcialmente en función de cómo los experimenta el paciente. Véase *Medical Records, Medical Education and Patient Care* (Chicago: Year Book Medical Publications, 1970).

58. Hegel examina estos argumentos en el segundo libro de *La Lógica*, «Wesen» (Esencia), y en la segunda sección de la primera parte de la *Enciclopedia*, «Die

Lehre vom Wesen» (La doctrina de la esencia). También elabora estos argumentos en su *Phenomenology of Mind*, en su *Fenomenología del Espíritu*, en su estudio de la certeza, percepción, fuerza y comprensión de los sentidos. Hegel proporciona un análisis pormenorizado de las maneras en que el significado de la apariencia y las leyes que subyacen a la experiencia se presuponen mutuamente en la estructura misma de la explicación.

59. Para una introducción a algunas de las cuestiones suscitadas por el papel que representan la predicción y la manipulación en la formulación de explicaciones científicas, véase R. G. Collingwood, *The Idea of Nature* (Nueva York: Oxford University Press, 1960). Véase también Stephen Toulmin, *Foresight and Understanding* (Nueva York: Harper & Row, 1961) y *The Philosophy of Science* (Nueva York: Harper & Row, 1953).

60. Thomas Sydenham, «Answer to Henry Paman, M.D. Fellow of St. John's College in Cambridge, publick Orator of that University; and Professor of Physic in Grethan College; containing the history and Treatment of the Venereal Disease», en *The Entire Works of Dr. Thomas Sydenham*, comp. y trad. ingl. de John Swan, 3ª ed. (Londres: E. Cave, 1753), pág. 339.

61. Véase la nota 28 de este capítulo.

62. Véase la nota 27 de este capítulo.

63. Fredrik Berg, «Linné et Sauvages: Les rapports entre leurs systèmes nosologiques», *Lynchonos* (1956): 36.

64. Sauvages, *Nosologia Methodica* (1768), vol. 1, págs. 92-95. El lector debe tener en cuenta que resulta difícil transmitir a los lectores contemporáneos la significación de las clases más importantes de la nosología de orientación clínica de Sauvages. Esta clasificación reúne enfermedades y problemas en una forma desastrosamente. Por ejemplo, la subclase X, *cachexiae: coloris, figurae, molis in corporis habitu depravatio* (trastornos constitucionales: deformación de la condición del cuerpo en el color, figura, y forma) [vol. 1, pág. 95] es el orden *tumores, corporis generalis intumescencia, seu adauctum volumen* (tumefacciones: tumescencia general del cuerpo o aumento de volumen), que incluye el *genus graviditas*, o embarazo. Parece extraño introducir el embarazo en una clasificación de enfermedades, pero esta peculiaridad se disipa cuando se reconoce que se trata de una clasificación de problemas clínicos, y que el embarazo puede ocasionar dificultades clínicas, incluida la hinchazón de los pies, etc. La dificultad reside en ver que el embarazo es clasificado como tumefacción y considerar entonces la tumefacción como un tipo de trastorno constitucional. La impresión de impropiedad está ligada a nuestros criterios contemporáneos reconocidos sobre cómo clasificar fenómenos clínicos, así como también está ligada a dar a los *cachexiae* (mal estado generalizado del cuerpo) un significado que tenga la suficiente amplitud.

Además de esta clasificación de orientación clínica de la enfermedad, Sauvages nos ha dejado cerca de ochenta páginas dedicadas a una clasificación etiológica (*Classes morborum aetiologicae*) y a una clasificación anatómica (*Methodus anatomica morborum*). Sauvages elaboró tres clasificaciones alternativas entre las que se pudiese elegir según el caso.

Para una perspectiva general de las dotes de Sauvages, véase Lester S. King, «Boissier de Sauvages and 18th Century Nosology», *Bulletin of the History of Medicine* 60 (primavera de 1966): 43-51.

65. American Psychiatric Association, *DSM-III*.

66. Sydenham, en *The Entire Works*, (E. Cave, 1753), sec. 9, págs. iv-v.

67. *Ibid.*, pág. v.

68. *DSM-III*, págs. 6-7
69. *DSM-III-R*, pág. xxiii.
70. Theophile Bonet, *Sepulchretum sive anatomia practica ex cadaveribus morbo denatis* (Ginebra: L. Chouet, 1679).
71. Giovanni Morgagni, *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (Venecia: Ex Typographis Remondiniana, 1761).
72. Michel Foucault, *Naissance de la Clinique* (París: Presses Universitaires de France, 1963). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, trad. ingl. de A. M. Sheridan Smith (Nueva York: Random House, 1973).
73. F.-J.-V. Broussais, *On Irritation and Insanity*, trad. inglesa de Thomas Cooper (Columbia, S.C.: S. J. McMorris, 1831), pág. ix. *De L'irritation et de la Folie* (París: Delaunay, 1828).
74. Rudolf Virchow, «One Hundred Years of General Pathology (1895), en *Disease, Life and Man*, trad. ingl. de L. J. Rather (Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1958), pág. 214.
75. Xavier Bichat, «Preliminary Discourse», en Bichat, *Pathological Anatomy* (Philadelphia: John Grieg, 1827); reimpresso en A. Caplan y otros, *Concepts of Health and Disease*, págs. 167-168.
76. F.-J.-V. Broussais, *Examen des Doctrines Medicales et des Systèmes de Nosologie* (París: Meguignon-Marvis, 1821), vol. 2, pág. 646. De especial interés es el uso que hace Broussais del término «ontología» (*ontologie*) para describir explicaciones médicas referidas a entidades de enfermedad. Estoy en deuda con el Profesor Yoshio Kawakita por sus sugerencias respecto al uso que hace Broussais de ese término y de su neologismo griego ονολογία. Véase también Thomas H. Bole, «The Neologism ονολογία in Broussais's Condemnation of Medical Ontology», *Journal of Medicine and Philosophy* 19 (1994), en imprenta.
77. Carolus Linnaeus, *Genera morborum in auditorum usum* (Hamburgo: Buchenröder & Ritter, 1773 [?]), págs. 16-17.
78. Sauvages, *Nosologia* (1768), vol. 2, págs. 1-42 sig.
79. Talcott Parsons desarrolló este argumento en una serie de trabajos. Véase en particular, *The Social System* (Nueva York: Free Press, 1951); y «Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure», en E. G. Jaco (comp.), *Patients, Physicians and Illness* (Glencoe, Ill.: Free Press, 1958), págs. 165-187.
80. M. Siegler y H. Osmond, «The "Sick Role" Revisited», *Hastings Center Studies* 1 (1973): 41-58.
81. Alfred Schutz y Thomas Luckmann, *The Structures of the Life-World*, trad. ingl. de R. N. Zaner y H. T. Engelhardt, Jr. (Evanston, Ill.: Northwestern University Press, 1973).
82. Para un examen del cuerpo en la experiencia médica, véase Drew Leder (comp.), *The Body in Medical Thought and Practice* (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992).
83. Para una discusión de la construcción social de la realidad médica, véase P. Wright y A. Treacher (comps.), *The Problem of Medical Knowledge* (Edimburgo: Edinburgh University Press, 1982).
84. Consideremos como ejemplo el siguiente esquema de los diferentes estadios del cáncer de vejiga presentado en un manual de cirugía utilizado por internos y por otras personas.
- Estadio 0: el tumor papilar no invade la *lamina propria*
- Estadio A: invasión de la *lamina propria*, pero no del músculo

- Estadio B: invasión superficial (B1) o profunda (B2) del músculo de la vejiga
- Estadio C: el tumor se extiende fuera de la pared de la vejiga hacia la grasa perivesical o al peritoneo que lo cubre.
- Estadio D: metástasis lejanas.
- Theodore R. Schrock (comp.), *Handbook of Surgery*, 7ª ed. (Greenbrae, Calif.: Jones Medical Publications, 1982), pág. 374.
85. American Joint Committee on Cancer, *Manual for Staging of Cancer*, 2ª ed. (Philadelphia: Lippincott, 1983), pág. vii.
86. *Ibíd.*, pág. viii.
87. *Ibíd.*, pág. xi.
88. Véase A. S. Elstein, L. S. Shulman y S. A. Sprafka (comps.), *Medical Problem Solving* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1978); Alvan R. Feinstein, *Clinical Judgment* (Huntington, N.Y.: Krieger, 1967); Edmond A. Murphy, *The Logic of Medicine* (Baltimore: John Hopkins University Press, 1976); y Wulff, *Rational Diagnosis and Treatment*.
89. Para un examen de algunas de estas cuestiones, véase José Luis Peset y Diego Gracia (comps.), *The Ethics and Diagnosis* (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992).
90. H. L. A. Hart y A. M. Honoré, *Causation in the Law* (Oxford: Clarendon Press, 1959); véase esp. págs. 35-36.
91. Para algunos estudios del concepto de causalidad empleado en medicina, véanse José Luis Peset, «On the History of Medical Causality», págs. 57-74; Dietrich von Engelhardt, «Causality and Conditionality in Medicine Around 1900», págs. 75-104; Anne Fagot-Largeault, «On Medicine's Scientificity», págs. 105-126; Eric Jünger, «Causation and the Conceptual Scheme of Medical Knowledge», págs. 127-152; y Anne Marie Moulin, «The Dilemma of Medical Causality and the Issue of Biological individuality», págs. 153-162 en *Science, Technology and the Art of Medicine*, comp. Corinna Delkeskamp Hayes y Mary Ann Cutter (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1993). Véase, también, Paul Humphreys, *The Chances of Explanation* (Princeton: Princeton University Press, 1989).
92. Para un examen del concepto de causalidad (*causality, causation*) en medicina, véanse Kenneth F. Schaffner, «Causation and Responsibility: Medicine, Science and the Law», págs. 95-122, y H. T. Engelhardt, Jr., «Relevant Causes: Their Designation in Medicine and Law», págs. 123-127, en S. F. Spicker y otros (comps.), *The Law-Medicine Relation: A Philosophical Exploration* (Dordrecht: Reidel, 1981).
93. B. Brody and H. T. Engelhardt, Jr., (comps.), *Mental Illness: Law and Public Policy* (Dordrecht: Reidel, 1980).
94. A. Koryagin, «Unwilling Patients», *Lancet* 1 (1981): 821; Harold Mersky, «Variable Meanings for the Definition of Disease», *Journal of Medicine and Philosophy* 11 (agosto de 1986), 215-232.
95. S. A. Cartwright, «Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race», *New Orleans Medical and Surgical Journal* 7 (mayo de 1851): 691-715.
96. En efecto, la experiencia de enfermedad y dolencia está estructurada por expectativas de evaluación, explicativas y sociales. Para un estudio reciente, véase S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness* (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992).
97. Para una comparación del papel representado por los valores epistémicos y no epistémicos en la configuración de las ciencias aplicadas y no aplicadas, véase H. T. Engelhardt, Jr., y Arthur Caplan, *Scientific Controversies* (Nueva York: Cambridge University Press, 1987).

## NOTAS CAPÍTULO VII

1. Kan. Stat. Ann., §77-202 (Cum. Supp. 1979) [promulgado en 1970].
2. Md. Ann. Code, art. 43, §54F (1980) (se hizo efectivo el 1 de julio de 1972).
3. Santo Tomás de Aquino, *Summa Theologica*, 1, Q 118, art. 2, respuesta a la objeción 2.
4. Para un análisis del contraste entre el significado experimentado de la vida mental y el significado presentado de los objetos físicos, véase H. T. Engelhardt, Jr., *Mind-Body: A Categorical Relation* (The Hague: Martinus Nijhoff, 1973).
5. Utilizo aquí el término «principio» para designar los componentes esenciales o características. Los principios de la vida mental requieren como parte de su explicación una teoría de la interioridad de esa vida.
6. Arthur C. Clarke, *2001: A Space Odyssey* (Nueva York: New American Library, 1968).
7. *Black's Law Dictionary*, 4ª ed. rev. (St. Paul, Minn.: West, 1968).
8. Roland Puccetti, «Brain Transplantation and Personal Identity», *Analysis*, 29 (1969): 65.
9. François Joseph [Franz Joseph] Gall, *On the Functions of the Brain and of Each of Its Parts: with Observations on the Possibilities of Determining the Instincts, Propensities, and Talents, or the Moral and Intellectual Dispositions of Men and Animals, by the Configuration of the Brain and Head*, trad. inglesa de Winslow Lewis (Boston: Marsh, Capen and Lyon, 1835).
10. J. G. Spurzheim, *Phrenology or the Doctrine of the Mental Phenomena*, 2 vols. (Boston: Marsh, Capen and Lyon, 1833).
11. M. J. P. Flourens, *Examen de la Phrenologie*, 2ª ed. (París: Paulin, 1845).
12. Para una discusión sobre este punto véase Robert M. Young, *Mind, Brain and Adaptation in the Nineteenth Century* (Oxford: Clarendon Press, 1970).
13. Véase H. T. Engelhardt, Jr., «John Hughlings Jackson and the Mind-Body Relation», *Bulletin of the History of Medicine* 49 (verano de 1975): 137-151.
14. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research [Comisión presidencial para el estudio de los problemas éticos en Medicina y la Investigación Biomédica y del Comportamiento], *Defining Death* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1981), págs. 13-15.
15. John Hughlings Jackson, «Remarks on Evolution and Dissolution of the Nervous System», en *Selected Writings of John Hughlings Jackson* (Londres: Staples Press, 1958), págs. 76-91.
16. Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death [Comisión ad hoc de la Facultad de Medicina de Harvard para examinar la definición de muerte cerebral], «A Definition of Irreversible Coma», *Journal of the American Medical Association* 205 (1968): 337-343.
17. World Medical Association [Asociación Mundial de Medicina], «Declaration of Sydney», *Medical Journal of Australia Supplement* 58 (1973): 2.
18. Ad Hoc Committee of the American Electroencephalographic Society on EEG Criteria for Determination of Cerebral Death [Comisión ad hoc de la Sociedad Electroencefalográfica Norteamericana sobre criterios electroencefalográficos para determinar la muerte cerebral], «Cerebral Death and the Encephalogram», *Journal of the American Medical Association* 209 (1969): 1505.
19. Han aparecido noticias en la prensa sobre mujeres que han dado a luz estando clínicamente muertas. Puede que algunas de ellas no estuviesen totalmente

clínicamente muertas en función de criterios rigurosos basados en todo el cerebro. Con todo, hay que señalar que tal suceso no sería paradójico. El cuerpo con vida de la mujer fallecida habría podido mantener con vida al feto hasta el momento del parto.

20. Gray y otros v. Sawyer y otros, Gray y otros v. Clay y otros, 247 S. W. 2d 496, 497 (Ky.App. 1952).

21. Para un estudio reciente de definiciones de muerte basadas en los centros cerebrales superiores véase Richard Zaner (comp.), *Death: Beyond Whole-Brain Criteria* (Dordrecht: Kluwer, 1988). El interés por reinterpretar la definición de muerte basada en todo el cerebro ha estado motivado en parte por la inquietud que ocasiona la recogida de órganos de bebés anencefálicos. Véanse Fritz Beller y Julia Reeve, «Brain Life and Brain Death - The Anencephalic as an Explanatory Example», *Journal of Medicine and Philosophy* 14 (febrero de 1989): 5-23; y James Walters y Stephen Ashwal, «Anencephalic Infants as Organ Donors and the Brain Death Standard», *Journal of Medicine and Philosophy* 14 (febrero de 1989): 79-87. Véanse también American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics [Comisión de bioética de la Academia Norteamericana de Pediatría], «Infants with Anencephaly as Organ Sources: Ethical Considerations», *Pediatrics* 89 (junio de 1992): 1116-1119; Donald Medearis y Lewis Holmes, «On the Use of Anencephalic Infants as Organ Donors», *New England Journal of Medicine* 321 (agosto de 10, 1989): 391-393; Joyce Peabody, Jane Emery, Stephen Ashwal, «Experience with Anencephalic Infants as Prospective Organ Donors», *New England Journal of Medicine* 321 (agosto de 10, 1989): 344-350; y Robert Truog y John Fletcher, «Anencephalic Newborns: Can Organs be Transplanted before Brain Death?», *New England Journal of Medicine* 321 (agosto de 10, 1989): 388-390.

22. Comisión Presidencial para el Estudio de problemas éticos en Medicina y en la investigación Biomédica y del Comportamiento, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1983), pág. 6.

23. Roland Puccetti, «The Life of a Person», en W. B. Bondeson y otros (comps.), *Abortion and the Status of the Fetus* (Dordrecht: Reidel, 1983), págs. 169-182. Debemos señalar que existe una enconada disputa respecto a la obligatoriedad moral de alimentar e hidratar artificialmente a personas que están en coma permanente. Por ejemplo, algunos católicos romanos opinan que es obligatorio. Office of the Vicar General, Archdiocese of New York, «Principles in Regard to Withholding or Withdrawing Artificially Assisted Nutrition/Hydration», *Issues in Law & Medicine* 6 (1990): 89-93. Por el contrario, obispos católicos-romanos de Tejas afirman que la alimentación e hidratación artificial pueden implicar verosímilmente una carga extraordinaria. Texas Bishops, «On Withdrawing Artificial Nutrition and Hydration», *Origins* 20 (junio de 1990): 53-55.

24. Se puede hacer una excepción, si los individuos pertenecen a una religión que requiere que se mantengan los cuerpos hasta que tenga lugar la muerte total del cerebro o del cuerpo, pero los médicos y los hospitales deberían poder cobrar honorarios más elevados a dichos pacientes.

25. American Bar Association [Asociación Norteamericana de Abogacía], *Annual Report* 231-232 (1978) (febrero de 1975 reunión semianual).

26. Comisión Presidencial para el estudio de problemas éticos en Medicina y en la investigación Biomédica y del Comportamiento, *Defining Death* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1981), pág. 3.

27. *Ibid.*, págs. 31-34, 37-38.

28. *Ibid.*, pág. 40

29. Immanuel Jakobovits, *Jewish Medical Ethics* (Nueva York: Block, 1959), pág. 277; también *Tzitz Eliezer*, 9:46 y 10:25:4, y *Babylonian Talmud*, Yoma 85a, Soncino ed.

30. Para un estudio de cómo la ley de Nueva Jersey permite a una opción religiosa utilizar solamente una definición de muerte referida a todo el cuerpo, véase Robert S. Olick, «Brain Death, Religious Freedom and Public Policy: New Jersey's Landmark Legislative Initiative», *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1 (1991): 275-288. Esta exención religiosa será de importancia no sólo para los judíos ortodoxos, sino también para los japoneses y para los indios norteamericanos. Si se adoptan definiciones de muerte basadas en los centros cerebrales superiores que declaren muertos a individuos que no están total o irreversiblemente inconscientes, sino sólo no conscientes o sólo reversiblemente inconscientes, sería un requisito, en términos de la concepción cristiana tradicional, que los cristianos también hicieran uso de tales exenciones.

31. *Planned Parenthood of Central Missouri v. Danforth*, 428 U.S. 52 (1976).

32. Immanuel Kant, *Metaphysik der Sitten*, AK VI 425.

33. El análisis que realizamos en este libro de la trascendencia moral secular general de actos como el aborto y el infanticidio no se debe interpretar como una defensa de dichos actos, sino como la revelación de la impotencia de la moralidad secular y de las tensiones y decepciones de la posmodernidad.

34. Para un análisis de los problemas planteados por los juicios por vida (legalmente) injusta, véase Angela R. Holder, «Is Existence Ever an Injury?: The Wrongful life Cases», en S. F. Spicker y otros (comps.), *The Law-Medicine Relation: A Philosophical Exploration* (Dordrecht: Reidel, 1981), págs. 225-239. También, G. M. Lehr y H. L. Hirsch, «Wrongful Conception, Birth and Life», *Medicine and Law* 2 (1983): 199-208; y E. Haavi Morreim, «Conception and the Concept of Harm», *Journal of Medicine and Philosophy* 8 (1983): 137-57.

35. *Zepeda v. Zepeda*, 41 Ill. App. 2d 240, 1963.

36. *Williams v. New York*, 223 N.E. 2d 849, 1963.

37. *Curlender v. Bio-Science Laboratories and Automated Laboratory Sciences*, 165 Cal. Rptr. 477 (Ct. App. 2d Dist. Div. 1, 1980). Esta consideración del tribunal en el caso *Curlender* ha sido sustituida de acuerdo con la ley después de presentarse un recurso de casación. En un segundo proceso por vida (legalmente) injusta, algunos tribunales de justicia californianos consideraron que los padres no podían considerarse responsables. *Turpin v. Sortini*, 31 Cal. 3d 220, 643, p.2d 954, 182 Cal. Rptr. 337 (1982). Además California excluyó por ley los procesos de hijos contra sus padres basándose en esos motivos. Cal. Civ. Code, Sec. 43.6 (1982), promulgado en 1981. Para otro proceso por vida (legalmente) injusta que tampoco admitió una forma de reivindicación contra los padres, véase *Harbeson v. Parke-Davis, Inc.* 98 Wash. 2d 460, 656 P. 2d 483 (1983). Para dos discusiones adicionales de algunas de estas cuestiones, véase Jeffrey Botkin, «The Legal Concept of Wrongful Life», *Journal of American Medical Association* 259 (marzo de 1988): 1541-1545; Deborah Mathieu, *Preventing Prenatal Harm* (Dordrecht: Kluwer, 1991).

38. El lector reconocerá aquí una distinción inspirada en la tradición de la teología moral católico-romana entre previsión e intención, que tiene fundamental importancia para el concepto del doble efecto. Los individuos pueden actuar previendo consecuencias que no desean, pero que si hubiesen deseado, harían que la acción fuese inmoral. De este modo, un buen católico romano no deseará claramente suicidarse, pero puede, en una guerra justa, lanzarse sobre una granada que haya caído en su trinchera para salvar a sus compañeros. Esto es permisible, en tan-

to en cuanto no desee matarse, sino sólo absorber la metralla con su cuerpo, aunque puede prever con certeza que esto le conducirá a la muerte. Una consecuencia es deseada (la absorción de la metralla); la segunda consecuencia (su muerte) es previsible, pero no deseada.

Tradicionalmente se distinguen cuatro puntos en la doctrina del doble efecto: a) el resultado pernicioso no se ha deseado, b) el buen resultado no se sigue del resultado pernicioso, c) el acto cometido no es intrínsecamente inmoral, d) las consecuencias buenas superan a las perniciosas. En circunstancias morales seculares se pueden emplear estas consideraciones para distinguir entre las diversas circunstancias que previsiblemente causarán un perjuicio que uno no está obligado a evitar, pero que sería inmoral (malevolente) desear. Para una discusión de estas cuestiones, véanse Thomas J. Bole III, «The Theoretical Tenability of the Doctrine of Double Effect», *Journal of Medicine and Philosophy* 16 (octubre de 1991): 467-473; Joseph Boyle, «Who is Entitled to Double Effect?», *Journal of Medicine and Philosophy* 16 (octubre de 1991): 475-494; Alan Donagan, «Moral Absolutism and the Double-Effect Exception», *Journal of Medicine and Philosophy* 16 (octubre de 1991): 495-509; Frances Kamm, «The Doctrine of Double Effect: Reflections on Theoretical and Practical Issues», *Journal of Medicine and Philosophy* 16 (octubre de 1991): 571-585; Donald Marquis, «Four Versions of Double Effect», *Journal of Medicine and Philosophy* 16 (octubre 1991): 515-544; y Warren Quinn, «Actions, Intentions, and Consequences: The Doctrine of Double Effect», *Philosophy and Public Affairs* 18 (1989): 334-351.

39. Examinaremos la cuestión de cuándo pueden los niños dar su consentimiento a sufrir un daño, junto con la cuestión de la emancipación de los niños, en el capítulo VIII. Aquí basta con indicar que, en efecto, será necesario decidir a partir de qué momento se puede considerar que los niños son competentes. Necesitaremos un criterio que determine cuándo son capaces de entender y valorar el significado de sus elecciones, de tal modo que éstas se deban respetar, al menos no siendo coaccionadas. Pero incluso en circunstancias en las que los hijos pueden tomar decisiones competentemente, la obligación de los padres a obedecer tiene un límite. Tal como analizamos en el capítulo V, los niños son en ciertos aspectos ejemplo de siervos contractuales que tienen obligaciones especiales para con sus amos.

40. *Jessie Mae Jefferson v. Griffin Spalding County Hospital Authority*, 247 Ga. 86, 274 S.E. 2d 457 (1981). *Jessie Mae Jefferson* dio a luz vaginalmente, *mirabile factu*, y sin dificultad. Dependiendo de las propias convicciones religiosas o de la opinión que se tenga de las pruebas falsamente positivas del diagnóstico de *placenta previa*, se llegará a la conclusión de que la oración hace milagros. Para una referencia de este caso, véase George Annas, «Forced Cesareans: The Most Unkindest Cut», *Hastings Center Report* 12 (junio de 1982): 16-17, 45.

41. *Jefferson v. Griffin Spalding*, at 460.

42. P. H. Soloff, S. Jewell y L. Roth, «Civil Commitment and the Rights of the Unborn», *American Journal of Psychiatry* 136 (1979): 114-115. Para un análisis de algunas demandas judiciales y de circunstancias que pueden conducir a demandas judiciales para obligar a las mujeres a someterse a cesáreas, véanse por ejemplo, Watson A. Bowes, Jr., y Brad Selgestad, «Fetal Versus Maternal Rights: Medical and Legal Perspectives», *Obstetrics & Gynecology* 58 (agosto de 1981): 209-214; J. R. Lieberman, M. Mazor, W. Chaim y A. Cohen, «The Fetal Right to Live», *Obstetrics & Gynecology* 53 (abril de 1979): 515-517; Thomas L. Shriner, Jr., «Maternal Versus Fetal Rights - A Clinical Dilemma», *Obstetrics & Gynecology* 53 (abril de 1979): 518-519; Ronna Jurow y Richard H. Paul, «Cesarean Delivery for Fetal Distress without

Maternal Consent», *Obstetrics & Gynecology* 63 (abril de 1984): 596-599. Véanse también, Veronika Kolder, Janet Gallagher, Michael Parson, «Court-Ordered Obstetrical Interventions», *New England Journal of Medicine* 316 (7 de mayo de 1987): 1192-1196; Deborah Mathieu, *Preventing Prenatal Harm* (Dordrecht: Kluwer, 1991); Lawrence Nelson y Nancy Milliken, «Compelled Medical Treatment of Pregnant Women», *Journal of the American Medical Association* 259 (19 de febrero de 1988): 1060-1066. También ha habido sentencias que otorgan, al menos, una autonomía limitada a las mujeres en estas circunstancias. Véanse American College of Obstetrics and Gynecologists, «Patient Choice: Maternal-Fetal Conflict», *ACOG Committee Opinion* 55 (octubre de 1987); y Board of Trustees, «Legal Interventions During Pregnancy», *Journal of the American Medical Association* 264 (28 de noviembre de 1990): 2663-2670.

43. Anthony Shaw, «Dilemmas of "Informed Consent" in Children», *New England Journal of Medicine* 289 (octubre de 1973): 885-890.

44. Raymond S. Duff y A.G.M. Campbell, «Moral and Ethical Dilemmas in the Special-Care Nursery», *New England Journal of Medicine* 289 (octubre de 1973): 890-894. Se encontrará un examen de estas cuestiones realizado en función de la ley actual y de la política pública en R. C. McMillan y otros (comps.), *Euthanasia and the Newborn*.

45. Robert F. Weir, «Sounding Board: The Government and Selective Nontreatment of Handicapped Infants», *New England Journal of Medicine* 309 (sept. de 1983): 661-663; y *Selective Nontreatment of Handicapped Newborns* (Nueva York: Oxford University Press, 1986).

46. *Federal Register* 48 (marzo de 1983): 9630-9632; *Federal Register* 48 (julio de 1983): 30846-30852; las regulaciones finales aparecieron en el *Federal Register* 49 (enero de 1984): 1622-1654.

47. American Academy of Pediatrics v. Heckler, 561 F. Supp. 395 (D.D.C. 1983).

48. *Federal Register* 49 (12 de enero de 1984): 1654. Estas regulaciones, así como las posteriores regulaciones propuestas, esbozan y sugieren la utilización de comisiones de análisis de asistencia infantil. Esto ha conducido a que aumentase el interés por la creación de comisiones de ética institucionales. El alcance de la utilidad de estas comisiones dependerá de hasta qué punto permitirán acceder a una pericia especial, al arbitraje de disputas o a la difusión de reponsabilidad. No tendrán autoridad moral para sustituir a los acuerdos de médicos y pacientes, sin que las partes implicadas den su consentimiento. Esto será así tanto en el caso de la asistencia pediátrica como de la asistencia sanitaria en general. Para una historia reciente de las comisiones de análisis institucionales, véase R. E. Cranford y A. E. Doudera, «The Emergence of Institutional Ethics Committees», *Law, Medicine & Health Care* 12 (febrero de 1984): 13-20.

49. American Academy of Pediatrics [Asociación Norteamericana de Pediatría], «Principles of Treatment of Disabled Infants», *Pediatrics* 73 (abril de 1984): 559. Una serie de casos en los cuales se decidió no tratar a niños con síndrome de Down basándose en decisiones sobre la calidad de vida, sirvió de inspiración para estos principios de tratamiento. Véase George F. Smith y otros, «Commentary: The Rights of Infants with Down's Syndrome», *Journal of the American Medical Association* 251 (enero de 1984): 229.

50. U.S.A. v. University Hospital, n. 83-6343 (2d Cir. Febrero de 1984).

51. Pub. L. n. 98-457, 98 Stat. 1749 (1984).

52. Department of Health and Human Services [Ministerio de Salud y de Ser-

vicios Humanos], «Child Abuse and Neglect Prevention and Treatment Program; Proposed Rule. Interim Model Guidelines for Health Care Providers to Establish Infant Care Review Committee; Notice», *Federal Register* 49 (diciembre de 1984): 48160-48173.

53. Ministerio de Salud y de Servicios Humanos, «Child Abuse and Neglect Prevention and Treatment Program; Final Rule», *Federal Register* 50 (abril de 1985): 14878-14901. Las regulaciones definitivas son el resultado de la enmienda de 1984 del Child Abuse Prevention and Treatment Act [Ley de prevención y tratamiento del abuso infantil] y enumeran como excepciones a los casos en que la negación del tratamiento indicado se considera abuso infantil las siguientes circunstancias: «1. El niño está en estado de coma crónico e irreversible; 2. El tratamiento sólo prolongaría la agonía, y no mejoraría o corregiría todas las aflicciones que ponen en peligro la vida del niño, o sería vano de cualquier otro modo para salvar la vida del niño; o 3. El tratamiento sería virtualmente inútil para la supervivencia del niño y el tratamiento mismo sería, en tales circunstancias, inhumano». *Ibid.*, pág. 14888. Así, las regulaciones parecen inferir que se está obligado a tratar al niño de forma agresiva, incluso si se piensa que morirá a la edad de dieciocho meses. Parece inverosímil que el Estado tenga la autoridad moral secular general para impedir a los padres decidir si desean un tratamiento agresivo de su hijo que sólo sirve para que muera un año más tarde. Para ulteriores reflexiones sobre estos debates, véanse Earl Shelp, *Born to Die?* (Nueva York: Free Press, 1986); Richard McMillan y otros (comps.), *Euthanasia and the Newborn* (Dordrecht: Reidel, 1987); y un informe de la Comisión Norteamericana de Derechos Civiles, *Medical Discrimination Against Children with Disabilities* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, September 1989).

54. Pub. L. n. 98-457, 121, 98 Stat. 1749 (1984).

55. *Current Opinions of the Judicial Council of the American Medical Association - 1984* (Chicago: American Medical Association, 1984), pág. 10.

56. *Ibid.*, pág. 11.

57. *Ibid.*, pág. 10.

58. Para un resumen de la tácita aceptación del infanticidio en épocas recientes, véase W. L. Langer, «Checks on Population Growth: 1750-1850», *Scientific American* 226 (1972): 3-9. Para un estudio de la generalidad del fenómeno del infanticidio, véase Glenn Hausfater y Sarah Blaffer Hardy (comps.), *Infanticide. Comparative and Evolutionary Perspectives* (Nueva York: Aldine, 1984).

59. Pío XII, Alocución «Le Dr. Bruno Haid», 24 de nov. de 1957, *Acta Apostolicae Sedis* 49 (1957): 1031. Para un examen del desarrollo de la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios, véase James J. McCartney, «The Development of the Doctrine of Ordinary and Extraordinary Means of Preserving Life in Catholic Moral Theology Before Karen Quinlan Case», *Linacre Quarterly* 47 (agosto de 1980): 315-224. Como indica McCartney, Soto en 1582 y Báñez en 1595 elaboraron la distinción entre cuidados ordinarios y extraordinarios. Para más información sobre esta distinción, véanse José Janini, «La operación quirúrgica, remedio ordinario», *Revista Española de Teología* 18 (1958): 331-348; Daniel A. Cronin, *The Moral Law in Regard to the Ordinary and Extraordinary Means of Conserving Life* (Roma: Typis Pontificiae Universitatis Gregorianae, 1958); y Gerald Kelly, «The Duty of Using Artificial Means of Preserving Life», *Theological Studies* 11 (1950): 203-220.

60. Una serie de artículos filosóficos y sobre materias afines se ocupan de la significación moral de la distinción entre actuación y abstención, y entre eutanasia pasiva y activa. Véanse, por ejemplo, Natalie Abrams, «Active and Passive Euthana-

sia», *Philosophy* 54 (1978): 257-269; Gary Atkinson, «Ambiguities in "Killing" and "Letting die"», *Journal of Medicine and Philosophy* 8 (mayo de 1983): 159-168; Jonathan Bennett, «Whatever the Consequences», *Analysis* 26 (enero de 1966): 83-102; Daniel Dinello, «On Killing and Letting Die», *Analysis* 31 (abril de 1971): 83-86; P. J. Fitzgerald, «Acting and Refraining», *Analysis* 27 (marzo de 1967): 133-139; James Rachels, «Active and Passive Euthanasia», *New England Journal of Medicine* 292 (9 de enero, 1975): 78-80. También analiza estas cuestiones de forma muy concienzuda el libro de Robert Weir, *Selective Nontreatment of Handicapped Newborns* (Nueva York: Oxford University Press, 1984). Véase también Dennis J. Horan y Melinda Delahoyde (comps.), *Infanticide and the Handicapped Newborn* (Provo, Utah: Brigham Young University Press, 1982).

61. Aristóteles, *Politics*, en *The Basic Works of Aristotle*, Richard McKeon (comp.) (Nueva York: Random House, 1941), VII.6.335b, pág. 1302.

62. Sexto Empírico, *Outlines of Pyrrhonism*, en *Sextus Empiricus*, trad. ingl. de R. G. Bury (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1976), III. 211, vol. 1, pág. 467. Para una crítica de la aseveración de Sexto Empírico, así como un reconocimiento de la aceptación generalizada de los derechos del padre a exponer a sus hijos a la intemperie, véase A. R. W. Harrison, *The Law of Athens: The Family and Property* (Oxford: Clarendon Press, 1968).

63. Sorano, *Soranus' Gynecology*, trad. ingl. de Owsei Temkin (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1956), pág. 80. Constantino eliminó en 318 d. de J.C. (*Codex Justinianus* 9.17.1) —Valentiniano lo hizo nuevamente en 374 d. de J.C. (*Codex Justinianus* 9.16.7)— el derecho del padre romano a matar a su descendencia, o al menos a hijos deformes, con taras o débiles. Darrel Amundsen examina estas cuestiones en «Medicine and the Birth of Defective Children: Approaches of the Ancient World», en R. C. McMillan y otros (comps.), *Euthanasia and the Newborn* (Dordrecht: Reide, 1986), págs. 3-22.

64. Para un análisis del infanticidio y cuestiones afines, véase Paul Carrick, *Medical Ethics in Antiquity* (Dordrecht: Reidel, 1985).

65. La *Didajé*, en *The Apostolic Fathers*, trad. inglesa de Kirsopp Lake (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1965), vol. 1, pág. 311-313.

66. Véanse, por ejemplo, las regulaciones federales norteamericanas, que exigen que «ningún feto *in utero* puede ser implicado como sujeto en ninguna actividad realizada por la subparte a menos que: a) el propósito de esa actividad sea satisfacer las necesidades sanitarias de ese feto concreto y el feto sólo corra los riesgos mínimos necesarios para que sean satisfechas dichas necesidades, o b) el riesgo impuesto por el investigador al feto sea mínimo, y el fin de la actividad sea el desarrollo de importantes conocimientos biomédicos que sólo puedan obtenerse de esa manera». *Protection of Human Subjects*, 45 Code of Federal Regulations, 46.208 (a).

67. Véanse, por ejemplo, leyes estatales como Minn. Stat. §145, 422-423 (1973) y Louisiana tit. 14 §87.2 (1973).

68. Véanse, por ejemplo, Jerome Kassirer y Marci Angell, «The Use of Fetal Tissue in Research on Parkinson's Disease», *New England Journal of Medicine* 327 (noviembre de 1992): 1591-1592; y Daniel Garry, Arthur Caplan, Dorothy Vawter, y Warren Kearney, «Are There Really Alternatives to the Use of Fetal Tissue from Elective Abortions in Transplantation Research», *New England Journal of Medicine* 327 (noviembre de 1992): 1592-1595.

69. Aunque el criterio tradicional cristiano considera la masturbación como un acto que no alcanza el objetivo de centrarse en Dios, considera al mismo tiempo que realizado en el marco del matrimonio y con fines reproductores es una adapta-

ción comprensible al carácter de perdición moral de la naturaleza humana. Véase, por ejemplo, William Zion, *Eros and Transformation* (Lanham, MD: University Press of America, 1992), págs. 263-285. De este modo se tolera la masturbación para fines de inseminación artificial utilizando el esperma del marido, aunque no se considera ideal.

70. El papel representado por el donante en el intento de superar artificialmente la esterilidad de la pareja, incluye ahora, además de la donación de esperma, también la de óvulos. Según el judaísmo ortodoxo la donación de gametos de mujeres solteras representa un menor problema que la donación de esperma.

71. Mary Warnock, *A Question of Life*, (Oxford: Basil Blackwell, 1985), pág. 44.

72. Se expresaron estas preocupaciones a medida que se iban desarrollando las nuevas tecnologías reproductoras. Véanse, por ejemplo, Paul Ramsey, «Ethics of a Cottage Industry in an Age of Community and Research Medicine», *New England Journal of Medicine* 284 (abril de 1971): 700-706; «Shall we Reproduce? I. The Medical Ethics of *In Vitro* Fertilization», *Journal of the American Medical Association* 220 (junio de 1972): 1345-1350; «Shall We Reproduce? II. Rejoinders and Future Forecasts», *Journal of the American Medical Association* 220 (junio de 1972): 1480-1485. Para una crítica más conservadora y general de la fecundación *in vitro*, véase Leon Kass, «Babies by Means of *In Vitro* Fertilization: Unethical Experiments on the Unborn?», *New England Journal of Medicine* 285 (noviembre de 1971): 1174-1179. Para un resumen de las consideraciones morales seculares, legales y religiosas, véase Office of Technology Assessment, *Infertility: Medical and Social Choices* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, Mayo de 1988).

73. Paul Ramsey, *Fabricated Man*, (New Haven, Conn.: Yale University Press, 1970), pág. 39.

74. Congregación para la doctrina de la fe, *Instruction on Respect for Human Life in its Origin and on the Dignity of Procreation* (Ciudad del Vaticano, 1987), págs. 28, 29-30. Para una discusión de *Donum Vitae*, véase Lisa Cahill, «Moral Traditions, Ethical Language, and Reproductive Technologies», *Journal of Medicine and Philosophy* 14 (octubre de 1989), 497-522. Véase también Stanley Harakas, *Living the Faith* (Minneapolis: Light and Life, 1992), especialmente págs. 133 sigs.

75. Joseph Fletcher, «Ethical Aspects of Genetic Controls», *New England Journal of Medicine* 285 (Septiembre 30, 1971): 776-783; *The Ethics of Genetic Control* (Garden City, N.Y.: Doubleday Anchor, 1974); *Morals and Medicine* (Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1854).

76. La utilización de madres de alquiler para la fecundación *in vitro* plantea el problema general de la necesidad de crear un contrato que dirija estas tareas. Aunque estos contratos deberían ser moralmente vinculantes, suscitan una serie de importantes cuestiones legales. Véase, Steven R. Gersz, «The Contract in Surrogate Motherhood: A Review of the Issues», *Law, Medicine and Health Care* 12 (junio de 1984): 115-117. Para un estudio sobre madres de alquiler, véase Lori Andrews, *Between Strangers* (Nueva York: Harper & Row, 1989).

77. Los contratos aclaran la naturaleza de los deberes y de los derechos mutuos en el seno de la moralidad secular general, incluidos los deberes para con los embriones. En el contexto de la moralidad secular general, lo máximo que podemos alcanzar es tener claro lo que está en juego y hacer los acuerdos lo más explícitos que sea posible, teniendo en cuenta el contexto y los deseos de los participantes. Para una declaración relacionada con estos problemas, véase Board of Trustees, «Frozen Pre-embryos», *Journal of the American Medical Association* 263 (9 de mayo de 1990): 2484-2487.

78. Gerald Kelly, *Medico-Moral Problems* (St. Louis, Mo.: Catholic Hospital Association, 1958), págs. 228-244; y John P. Kenny, *Principles of Medical Ethics*, 2ª ed. (Westminster, Md.: Newman Press, 1962), págs. 90-96.

79. Sería un error entender la valoración tradicional cristiana de la reproducción y la sexualidad en el contexto de la Escolástica que se desarrolló con posterioridad en Occidente.

«... nuestra capacidad de controlar la procreación expresa los poderes de libertad y razón que poseemos para colaborar con Dios en el orden moral. Un ser humano no es sólo un sujeto que recibe pasivamente la "ley natural", sino también una persona que representa un papel activo en su formulación. Así, la ley natural, según los pensadores orientales ortodoxos, no es un código impuesto por Dios a los seres humanos, sino una norma de vida expuesta por inspiración divina y por nuestra respuesta a ella libre y razonadamente. Esta perspectiva impide que la Iglesia oriental ortodoxa llegue a la conclusión de que la píldora y los anticonceptivos artificiales en general violan la ley humana». Chrysostomos Zaphiris, «The Morality of Contraception: An Eastern Orthodox Opinion», *Journal of Ecumenical Studies* 11 (1974): 688.

La explicación estoica y otras explicaciones griegas de la naturaleza que se incorporaron en la perspectiva cristiana occidental no forman parte integrante del cristianismo tradicional. Por consiguiente, «Los procesos naturales no son intrínsecamente sagrados ni están fuera del alcance de la intervención humana. Desde el punto de vista médico, hay poca diferencia entre los procesos que interfieren para prolongar la vida, y los que interfieren para postergar embarazos o, con motivos suficientes, suprimirlos completamente». William Zion, *Eros and Transformation* (Lanham, MD: University Press of America, 1992), pág. 256.

Además, el cristianismo afirma el *eros* del amor conyugal. «La ascensión hacia Dios por la vía del amor humano se convierte en otra forma del camino ascético, que triunfa sobre el egoísmo, sobre la exigencia de gratificación inmediata y sobre el poder de la muerte revelado por el paso del tiempo. El poder del amor para trascender todas las limitaciones es un don del Espíritu Santo». Zion, *Eros and Transformation*, pág. 361.

80. Podemos pensar aquí en la propuesta de declarar la defunción de las personas basándose en la asistolia prolongada tal como lo proponen Stuart Youngner y Robert Arnold, «Ethical, Psychosocial, and Public Policy Implications of Procuring Organs from Non-Heart-Beating Cadaver Donors», *Journal of the American Medical Association* 269 (2 de junio de 1993): 2769-2774. La fiabilidad de los donantes llamados «cadáveres, cuyos corazones no laten» (*non-heart-beating cadaver donors*), pero cuyos cerebros están relativamente intactos, puede colisionar con las intuiciones que llevaron a la Asociación Norteamericana de Abogacía a proponer en 1975 la siguiente definición de muerte basada en el cerebro: «Se considerará muerto para todo propósito legal, un cuerpo humano cuya función cerebral total haya cesado irreversiblemente según las pautas usuales y acostumbradas del ejercicio médico». Comisión Presidencial para el estudio de problemas éticos en Medicina y en la investigación Biomédica y del Comportamiento, *Defining Death* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1981), pág. 117.

81. El núcleo del cristianismo tradicional afirma que el matrimonio es un misterio que goza de la bendición de Dios y que da fruto a través del placer. «Celebramos un gran misterio: ¡fuera las prostitutas!, ¡fuera lo profano! ¿En qué forma es un misterio? Se unen, y los dos se convierten en uno ... Vienen para convertirse en un solo cuerpo. ¡Contemplamos de nuevo el misterio del amor! Si los dos no se con-

vierten en uno, mientras que sigan siendo dos no se convertirán en muchos, pero cuando forman una unidad se convierten en muchos. ¿Qué debemos aprender de ello? Que grande es el poder de la unión». San Juan Crisóstomo, «Homilía 12 sobre los Colosenses», trad. inglesa de John Broadus, en *Nicene and Post-Nicene Fathers of the Christian Church*, sermón 1, vol. 13 (Grand Rapids, MI: Wm B. Eerdmans, 1956), pág. 318.

«Cuando Cristo entró en la Iglesia, y ésta se hizo a partir de Él, y Él se unió a ella en una relación espiritual ... Pensando en estas cosas, no cubramos de vergüenza tan gran misterio. El matrimonio es una de las formas de la presencia de Cristo ...» *Ibid.*, pág. 139. «En efecto, desde el principio, Dios parece haber previsto algo especial para esta unión; y hablando de los dos como si fuesen uno, Él dijo, "los creó como hombre y mujer" (Gén. 1:27)». Crisóstomo, «Homilía 20 sobre los Efesios», en *Nicene and Post-Nicene Fathers*, vol. 13, pág. 143. «¿Y cómo se convirtieron en una sola carne? De la misma forma que si tu extrajeras la parte más pura de oro y la mezclaras con más oro; así, la mujer, como si recibiese la parte más rica unida al placer, la debe cuidar y apreciar, y además aportando su propia parte, se la debe devolver al hombre. El niño es un puente, de modo que los tres se convierten en una sola carne, unidos ambos por el niño». «Homilía 12 sobre los Colosenses», en *Nicene and Post-Nicene Fathers*, vol. 13, pág. 319. Al margen de un contenido y contexto moral particular no se puede interpretar el matrimonio como un misterio bendecido por Dios, celebrado tan sólo por el marido y la mujer, y en el que nadie más puede intervenir.

#### NOTAS CAPÍTULO VIII

1. Hipócrates, «Epidemics» I, XII.10-15, en *Hipócrates*, trad. inglesa de W. H. S. Jones (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1962), vol. 1, pág. 165.
2. El conjunto de técnicas y conocimientos que poseen los miembros de una profesión especializada constituye una estructura conceptual que dirige y define a la comunidad. Véase, por ejemplo, cómo Karl Popper trata las ideas como un mundo de objetos cuasi-platónicos: Karl R. Popper y John C. Eccles, *The Self and Its Brain* (Nueva York: Springer, 1977), págs. 36-50.
3. En la época de Hipócrates (h. 460-377 a. de J.C.) no existía una asociación formal o grupo de presión similar a la Asociación Norteamericana de Medicina, ni la profesión médica estaba controlada. Véase, por ejemplo, el tratado hipocrático *La ley*. Sin embargo, ya existían en la Antigüedad vías para demandar a los médicos que se parecían a los procesos por negligencia médica actuales. Darrel W. Amundsen, «The Liability of the Physician in Classical Greek Legal Theory and Practice», *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 32 (abril de 1977): 172-203; «The Liability of the Physician in Roman Law», en H. Karplus (comp.), *International Symposium on Society, Medicine and Law* (Nueva York: Elsevier, 1973); págs. 17-30; «Physician, Patient and Malpractice: An Historical Perspective», *Philosophical Explorations* (Dordrecht: Reidel, 1981), págs. 255-258.
4. Alfred Schutz proporciona un tratamiento muy útil de los problemas asociados con la distribución social del conocimiento, y la relación que tiene este hecho con la diferencia existente entre expertos, legos y legos bien informados. Alfred Schutz y Thomas Luckman, *The Structures of the Life-World*, trad. ingl. de R. M. Zaner y H. T. Engelhardt, Jr. (Evanston, Ill.: Northwestern University Press, 1973), págs. 304-331.



5. En las intervenciones con poderosos aparatos mecánicos, como el transbordador espacial, está mezclado un cierto temor reverencial. Se puede sentir un respeto especial por las personas que reparan esos aparatos, que depende en parte de la complejidad del mecanismo en reparación.

6. Alasdair MacIntyre ofrece un examen del problema que se presenta a los pacientes cuando prevén los compromisos morales y profesionales de los médicos, «Patients as Agents», en S. F. Spicker y H. T. Engelhardt, Jr. (comps.), *Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance* (Dordrecht: Reidel, 1977), págs. 197-212.

7. Alfred Schutz, «The Stranger: An Essay in Social Psychology», en Arvid Brodersen (comp.), *Collected Papers* (La Haya: Martinus Nijhoff, 1964), vol.2, pág. 99.

8. Edmund D. Pellegrino y David C. Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice* (Nueva York: Oxford University Press, 1981), págs. 64-66, 72, 86, 187, 200; véase también Pellegrino y Thomasma, *For the Patient's Good* (Nueva York: Oxford University Press, 1988).

9. Platón trata la cuestión de la amistad entre el paciente y el médico debida a la salud en *Lysis*, 218d-219d.

10. La interpretación de Pellegrino y de Thomasma de este pasaje depende de la presunción de Platón de que existe una acepción unívoca de la salud y que, tanto el médico como el paciente, comparten una comprensión del bien que se puede alcanzar mediante la medicina, es decir, de la salud.

11. Aristóteles, *Magna Moralia*, 2.12115-121116.

12. «El enfermo, como acabamos de decir, es amigo del médico, ¿no es verdad? Sí, lo es. ¿Debido a la enfermedad y por motivo de la salud? Sí». Platón, *Lysis*, 218e, en Edith Hamilton y Huntington Cairns (comps.), *The Collected Dialogues of Plato* (Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1969), págs. 162-163.

13. Pellegrino y Thomasma, *Philosophical Basis of Medical Practice*, pág. 72.

14. G.W.F. Hegel, *Philosophy of Right*, trad. ingl. de T. M. Knox (Londres: Oxford University Press, 1965), sec. 303; tr. esp.: *Filosofía del derecho*, Madrid, Libertarias-Prodhufi, 1993.

15. *Ibid.*, sec. 270 con Zusatz. Hegel critica en esta sección el antisemitismo de su época y ofrece lo que podemos interpretar como un argumento en apoyo de un Estado neutral y tolerante en materia religiosa. Para un examen del apoyo de Hegel a un Estado limitadamente tolerante, véase H. T. Engelhardt, Jr. «Sittlichkeit and Post-Modernity: An Hegelian Reconsideration of the State», en *Hegel Reconsidered: Beyond Metaphysics and the Authoritarian State*, comps. H. T. Engelhardt, Jr. y Terry Pinkard (Dordrecht: Kluwer, 1994), págs. 211-224.

16. Robert A. Burt, *Taking Care of Strangers* (Nueva York: Free Press, 1979), pág. 19.

17. Incluso en comunidades unidas por una visión concreta de la vida buena hay espacio para el imperio de la ley, no del hombre: la ley siempre debería ser una fuente de protección de las personas contra la fuerza no consentida. En muchas comunidades esto no exigirá normas burocráticas, ya que cuanto más se trate de una comunidad en la que todos se conocen, habrá menos necesidad de reglas formales elaboradas.

18. Para un análisis de algunas de las cuestiones legales suscitadas por el consentimiento libre e informado, véanse Alexander M. Capron, «Informed Consent in Catastrophic Disease Research and Treatment», *University of Pennsylvania Law Review* 123 (dic. 1974): 340-438; Donald G. Hagman, «The Medical Patient's Right to Know: Report on a Medical-Legal-Ethical, Empirical Study», *UCLA Law Review* 17 (1970): 758-816; Leslie J. Miller, «Informed Consent: I», *Journal of the American Me-*

*dical Association* 244 (7 de noviembre de 1980): 2100-2103, «Informed Consent: 2», *Journal of the American Medical Association* 244 (21 de noviembre de 1980): 2347-2350; «Informed Consent: III», *Journal of the American Medical Association* 244 (5 de dic. de 1980): 2556-2558; «Informed Consent: IV», *Journal of the American Medical Association* 244 (12 de dic. de 1980): 2661-2662; Marcus L. Plante, «An Analysis of 'Informed Consent'», *Fordham Law Review* 36 (1968): 639-672; M. L. Plante «The Decline of 'Informed Consent'», *Washington & Lee Law Review* 92 (1978): 91-99. J. R. Waltz y T. W. Scheuneman, «Informed Consent to Therapy», *Northwestern University Law Review* 64 (1970): 628-650. Véanse también, Paul Appelbaum, Charles Lidz, y Alan Meisel, *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice* (Nueva York: Oxford University Press, 1987); Ruth Faden y Tom Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent* (Nueva York: Oxford University Press, 1986); Comisión Presidencial para el estudio de problemas éticos en Medicina y en la investigación Biomédica y del Comportamiento, *Making Health Care Decisions*, 3 vols. (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1982); y Stephen Wear, *Informed Consent: Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine* (Dordrecht: Kluwer, 1993). Estos artículos pueden servir de introducción a algunas de las cuestiones legales planteadas por el análisis realizado en este libro del consentimiento libre e informado. El lector debe tener en cuenta que este libro no se centra directamente en problemas legales, sino en el análisis de problemas conceptuales.

19. A.W. Broadwell, E. V. Boisauvin, J. K. Dunn y H. T. Engelhardt, Jr., «Advance Directives on Hospital Admission», *Southern Medical Journal* 86 (febrero de 1993): 165-168.

20. Natalie Abrams, «Medical Experimentation: The Consent of Prisoners and Children», en S. F. Spicker y H. T. Engelhardt, Jr. (comps.), *Philosophical Medical Ethics* (Dordrecht: Reidel, 1977), págs. 111-124. Véase también, Loretta Kopelman y John Moskop (comps.), *Children and Health Care: Moral and Social Issues* (Dordrecht: Kluwer, 1989).

21. Mary Ann Cutter and Earl E. Shelp (comps.), *Competency* (Dordrecht: Kluwer, 1991).

22. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine, «Consensus Report on the Ethics of Foregoing Life-sustaining Treatments in the Critically Ill», *Critical Care Medicine* 18 (dic. de 1990): 1439.

23. *Ibid.*

24. A. B. Seckler, D.E. Meier, M. Mulvihill y B.E. Cammer, «Substituted Judgment: How Accurate are Proxy Predictions?», *Annals of Internal Medicine* 15 (15 de julio de 1991): 92-98.

25. La ideología dominante determinará, para bien o para mal, qué debe considerarse una elección razonable y prudente en una sociedad concreta. Idealmente, algunos criterios predominantes deberían servir de orientación.

26. La Carta Magna (15 de Junio de 1215) ofrecía a los individuos protección general contra el uso injustificado de la fuerza del gobierno. «Ningún hombre libre será encarcelado, desahuciado, proscrito, desterrado o destruido de algún otro modo, ni le perseguiremos, si no es por el juicio legal de los que son iguales a él o según la ley del país» (sec. 39).

También había motivos para actuar contra aquellos individuos que golpeaban a otros injustificadamente. Así, William Blackstone hace el siguiente comentario sobre la violencia:

«Se considera como uso de violencia rozar a otra persona voluntariamente, o con ira, ya que la ley no puede distinguir entre diferentes grados de violencia y pro-

híbe, por tanto, el primer y más bajo nivel de violencia: la persona de cada hombre es sagrada y nadie tiene derecho a entrometerse con ella. Basándose en un principio similar la ley *Cornelia de injuriis* prohibía los dos tipos de castigo por azote (*pulsation, verberation*), distinguiendo entre *verberation*, que iba acompañada de dolor, de *pulsation*, que no lo hacía ...

William Blackstone, *Commentaries on the Laws of England* (1765), libro III, pág. 120. Blackstone publicó su obra originariamente entre 1765 y 1769. Comentarios anteriores ofrecen una noción más restringida de la violencia (*battery*), como la que da Thomas Wood (1661-1722) por ejemplo: «Se considera violencia cualquier injuria realizada a la persona de otro de forma ofensiva o airada, como es el golpear, empujar, coger del brazo o de la nariz, escupir en la cara, arrancar un botón de forma ofensiva o insolente». *An Institute of the Laws of England* (Londres: Nutt y Gosling, 1724; reimpresión 1979). Se podría establecer una comparación con el código penal de Texas, en donde se afirma que una persona comete un delito de violencia si «provoca intencionadamente o a sabiendas contacto físico con otra persona, sabiendo o debiendo suponer razonablemente que el otro considerará ese contacto una ofensa o provocación». *Texas Penal Code Annotated*, sec. 22.01(a) (3) (Vernon supp. 1982). Los códigos modernos han desarrollado los criterios de la ley *Cornelia* respecto a la violencia física a los que aludía Blackstone.

27. Bajo la antigua ley germánica los individuos libres estaban exentos de la tortura que se utilizaba regularmente en el mundo mediterráneo y más tarde en la Inquisición del cristianismo occidental. El ejercicio de la violencia contra un individuo libre era considerado delito. Considérese el siguiente pasaje de un clásico tratado sobre la tortura: «En lugar del rastroero suplicante de la cámara de audiencia, que se postra de forma abyecta ante el monarca, quien combina en su persona toda función legislativa y ejecutiva, nosotros tenemos al hombre libre de los bosques germánicos que se sienta en el consejo con su jefe, que formula las leyes que ambos deberán respetar, y que sólo debe a su jefe la obediencia que éste es capaz de exigir por razón de su superior vigor e intelecto ... La independencia personal del hombre libre era una de las características que distinguía a las primitivas instituciones teutónicas». Henry Charles Lea, *Torture* (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1866; reimpresión en 1973), págs. 24-25. Existía una aversión generalizada por el servilismo de cualquier tipo. Consideremos, por ejemplo, el relato que da Dudo de St. Quentin (h. 970-1043) del encuentro entre Rollo, Primer Duque de Normandía (gobernó entre 911 y 932) y Carlos el Simple (gobernó entre 898 y 929), rey de Francia. Se pidió a Rollo rendir homenaje al rey besándole el pie, a lo que el duque respondió, obligando a uno de sus hombres a realizar ese acto de obediencia en su nombre. El hombre lo hizo levantando el pie del rey hacia su boca y haciendo que éste cayera de espaldas. Peter Foote y David M. Wilson, *The Viking Achievement*, (Londres: Sidgwick & Jackson, 1980), pág. 79.

28. *Slater v. Baker and Stapleton*, 2 Wils. 359, 95 Eng. Rep. 860 (Kings Bench 1767). La información que debía revelarse al paciente para que éste diese su consentimiento era muy limitada. Considérese el comentario del juez Oliver Wendell Holmes: «... el paciente no tiene más derecho a recibir toda la información, que a obtener todos los medicamentos de las alforjas del médico». Citado en Eugene M. Hoyt, «Mandatory Disclosure Standards or Informed Consent - Texas Style», *Texas Medicine* 79 (oct. de 1983): 56.

29. *Schlöndorff v. Society of N.Y. Hospital*, 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92, 93 (1914). El caso *Mohr contra Williams*, por ejemplo, se anticipó a esta decisión, ya que el tribunal decidió que se debía considerar un agravio cualquier procedimiento

empleado por el médico sin el consentimiento previo del paciente. *Mohr v. Williams*, 95 Minn. 261, 104 N.W. 12 (1905).

30. *Olmstead v. United States*, 277 U.S. 438, 478 (1928) (Brandeis, J., disiente).

31. *In re President & Directors of Georgetown College, Inc.*, 331 F. 2d 1000, 1017 (D.C. Cir.) cert. denied, 337 U.S. 978 (1964) (Burger, W., disiente).

32. *Natanson v. Kline*, 186 Kan. 393, 404, 350 P. 2d 1093, 1104 (1960).

33. Etienne Gilson trata en *History of Christian Philosophy of the Middle Ages* (Nueva York: Random House, 1955), pág. 45, la frase atribuida a Tertuliano (?/160-h. 230) «Credo quia absurdum est», y que no se encuentra en ninguno de sus escritos existentes, aunque se encuentran pasajes similares. Respecto a la muerte de Cristo, Tertuliano dijo, «Prorsus credibile est quia ineptum est» (Es perfectamente creíble, porque es absurdo) y respecto a la Resurrección de Cristo dijo, «Certum est, quia impossibile est» (Es cierto, porque es imposible). *De carne Christi*, sec. 5. Hay semejanzas con San Agustín, quien arguyó que hay que creer para comprender. *De Trinitate* 8.5.8 y 9.1.1 Como afirmó San Agustín en *In Ioannis evangelium tractatus* 40.8.9, «Non quia cognoverunt crediderunt, sed ut cognoscerent crediderunt. Credimus enim ut cognoscamus, non cognoscimus ut credamus». (No saben porque creen, sino para que sepan han creído. Ya que creen con el fin de saber, no saben con el fin de creer). Estos escritos son un ejemplo de la opinión según la cual sólo se puede conseguir el verdadero conocimiento de los fines importantes de la vida y de las verdades de la existencia a través de una gracia o creencia especial. Al margen de esa gracia, la fe parecerá una locura a los ojos de los griegos y un escándalo a los ojos de los judíos ( I Corintios 1:23).

34. Baruch A. Brody y T. H. Engelhardt, Jr. (comps.), *Mental Illness: Law and Public Policy* (Dordrecht: Reidel, 1980).

35. *In re President & Directors of Georgetown College, Inc.*, 1008. El tribunal afirmó que no se tenía el deber directamente para con la criatura, sino para con la comunidad respecto a la criatura.: «La paciente tenía la responsabilidad ante la comunidad de cuidar a su hijo, de tal modo que la gente estaba interesada en conservar la vida de la madre». El tribunal afirmó correctamente, que los individuos no deben crear nuevas cargas para la comunidad. Por otra parte, en la medida en que la comunidad permite a los padres entregar a sus hijos para adopción o a asilos estatales, y se restringe ese derecho simplemente porque el individuo quiere ejercerlo para rechazar el tratamiento que podría salvarle la vida, esa restricción puede implicar la imposición coercitiva de unos valores morales particulares. Además del interés de la comunidad por el niño y del interés de la sociedad por no verse sometida a una carga financiera excesiva, está la cuestión de la obligación que tienen los padres de garantizar el bienestar de sus hijos.

36. *In re Osborne*, 294 A.2d 372, 374 (D.C. 1972).

37. Colin M. Turnbull, *The Mountain People* (Nueva York: Simon and Schuster, 1972), pág. 121.

38. El lector debería observar que este criterio de la mentira se aparta radicalmente de la concepción kantiana. Véase, por ejemplo, Immanuel Kant, *The Metaphysics of Morals*, Akademie Textausgabe, vol. 6, págs. 429-431. Kant arguye sobre la inmoralidad de la mentira basándose en el hecho de que ésta viola los deberes para con uno mismo considerado como un ser moral, así como en la circunstancia de que hace al individuo responsable de todas las consecuencias imprevistas de la mentira. El significado de la mentira cambia cuando se distingue entre la libertad como un valor moral y la libertad como coerción secundaria. Si la libertad que está en juego en la moralidad del respeto mutuo es la libertad como coerción secunda-

ria, la libertad como fuente de la autorización —como hemos argüido en el capítulo IV—, entonces los individuos pueden liberarse a sí mismos de los deberes que tienen para consigo. Además, el significado moral de la mentira cambia cuando se considera como el uso justificado de la fuerza defensiva. Los mismos argumentos empleados por Kant para justificar el uso de la fuerza defensiva (y en cuanto a eso también el de la fuerza punitiva) se utilizarán para justificar la mentira y el engaño defensivos. El individuo que actúa contra la posibilidad misma del respeto mutuo pierde todo fundamento para protestar consecuentemente contra el uso de la fuerza defensiva, incluida la mentira. No se puede considerar que quienes utilizan la fuerza defensiva hayan violado la noción del respeto mutuo, ya que han tratado al violador de un modo consecuente con los principios morales expresados por él. No sólo es excusable del uso de la fuerza defensiva el individuo que la utiliza (la mentira inclusive), sino que se considerará al individuo causante de su utilización, al poner en peligro a un individuo inocente, responsable de las consecuencias ocasionadas por los medios de defensa. Este argumento demuestra, entre otras cosas, que a los espías en una guerra justa no sólo les está permitido matar al enemigo, sino también engañarlo.

39. William H. Masters y Virginia E. Johnson, *The Pleasure Bond* (Boston: Little, Brown, 1970). Sobre este punto, considérese el siguiente poema de William Blake, «La pregunta contestada»:

¿Qué requieren los hombres de las mujeres?

Las peculiaridades del Deseo Satisfecho.

¿Qué requieren las mujeres de los hombres?

Las peculiaridades del Deseo Satisfecho.

En la medida en que las relaciones se basan, al menos en parte, en la satisfacción de los deseos y no sólo en consideraciones racionales se pueden estructurar mediante manipulaciones pacíficas del tipo, «Haré esto por ti, si tú haces aquello por mí».

40. Si se es de la misma opinión que Frankfurt, se podrá afirmar que una manipulación es pacífica, incluso si la persona manipulada no puede rechazar el incentivo que se le ofrece mientras que la persona manipulada apruebe las circunstancias. Incluso si la manipulación motiva al individuo manipulado de tal modo que la volición de primer grado de la persona le obliga a dar su consentimiento, el acto todavía se considera libre si lo afirman las voliciones de segundo grado. Un ejemplo sería el caso de un investigador que ofrece a un potencial sujeto de investigación un millón de dólares si participa en un experimento arriesgado. Incluso si el individuo está tan interesado en el dinero que le sea imposible declinar la oferta, la elección todavía sería libre, desarrollando las indicaciones de Frankfurt, si el individuo aprobaba estas circunstancias. Compárese «Ojalá no me hubiese ofrecido ese dinero: ojalá pudiese rechazarlo, pero no puedo» con «Estoy contento de que me haya ofrecido ese dinero: no podría rechazarlo, aunque quisiese, pero no deseo rechazar una oferta semejante: estoy muy contento de que se haya realizado». H. Frankfurt, «Freedom of the Will and the Concept of a Person», *Journal of Philosophy* (1971): ~20; «Coercion and Moral Responsibility», en T. Honderich (comp.), *Essays on Freedom of Action* (Londres: Routledge, 1972), págs. 72-85; y H. Frankfurt y D. Locke, «Three Concepts of Free Action», *Proceedings of the Aristotelian Society*, supp. vol. 49 (1975): 95-125. Véanse también, Irving Thalberg, «Motivational Disturbances and Free Will», págs. 201-220, y Caroline Whitbeck, «Towards an Understanding of Motivational Disturbance and Freedom of Action», págs. 221-231, en H. T. Engelhardt, Jr. y S. F. Spicker (comps.), *Mental Health: Philosophical Perspectives* (Dordrecht: Reidel, 1978).

41. Robert Nozick, «Coercion», en S. Morgenbesser y otros (comps.), *Philosophy, Science and Method* (Nueva York: St. Martin's Press, 1969), págs. 44-72; Joel Rudinow, «Manipulation», *Ethics* 88 (1978): 338-347.

42. Debe resultar evidente al lector que el término «fuerza» en frases como «el uso de la fuerza no permitida contra el inocente» se emplea en un amplio sentido, que incluye todas las violaciones del principio del respeto mutuo, de la utilización desautorizada de las personas. Estas violaciones incluyen tanto el uso de la clara violencia, como el intento de intervenir en la vida ajena mediante engaño, amenazas, o compulsión. También hay que señalar que una infracción de contrato no constituye simplemente una omisión, sino una forma de intervención, en el sentido de que depende de la creación previa de un contrato.

La intervención no incluye el no proporcionar bienes que otro necesita, pero que no se deben a otro a través de un contrato o posesión previos. Si no existen una serie de comprensiones previas, dicha omisión no se puede considerar una forma de intervención. El término «fuerza» subraya la transgresión que implica el ejercicio de la violencia, la amenaza de violencia, la infracción de contrato, el empleo del engaño. En todas esas circunstancias se utiliza un medio para obligar a otro individuo con el fin de controlar a, o interferir con, ese individuo de una forma a la que ese individuo puede no haber dado su autorización.

En ciertas circunstancias se podrá ejercer la fuerza no permitida contra un individuo que es inocente en sentido estricto. Imaginemos que estamos sentados al pie de un edificio y disponemos de un misil tierra-aire. Un inocente es empujado desde el tejado del edificio y no tenemos tiempo de huir para evitar ser heridos gravemente o morir aplastados por él. Sin embargo, disponemos de suficiente tiempo para disparar el misil. Este hecho se justifica porque el individuo que está cayendo, inocente o no, con intención o sin ella, amenaza a la persona que está abajo. El individuo que está cayendo está a punto de realizar una transgresión, voluntaria o involuntaria. Si tuviésemos que tratar casos como éste detenidamente, estaríamos obligados a realizar un análisis más amplio de las expresiones «persona inocente» y «defensa adecuada contra el uso injustificado de la fuerza». Aquí basta con sugerir que en ciertas circunstancias la vacunación obligatoria puede asemejarse al uso del misil tierra-aire. Si otras personas van probablemente a contraer una enfermedad si no se vacunan, y van a contagiar a individuos inocentes que no se pueden vacunar o protegerse de algún otro modo, se puede justificar el ejercicio de la fuerza para exigir la vacunación con el fin de proteger a individuos que de otro modo entrarían en contacto con la enfermedad sin dar su consentimiento, sin la oportunidad de evitar el contacto, y sin la oportunidad de evitar contraer la enfermedad. Existe el problema de cuánta energía deben invertir terceros inocentes en evitar el contacto o en evitar el desarrollo de la enfermedad, antes de que se pueda vacunar a otros con el fin de proteger al grupo no vacunado. Hay que señalar que si los individuos que entran en contacto con la enfermedad lo hacen en parte por decisión propia, pueden anular totalmente su exigencia de que otros se tengan que vacunar o tomar otro tipo de precauciones. Por consiguiente, este argumento puede apoyar la vacunación obligatoria contra enfermedades altamente contagiosas como la viruela (con el fin de proteger a quienes no se puedan vacunar a tiempo), pero no contra enfermedades como el sida, que generalmente sólo se pueden contraer a través de actos positivos de los que ya se sabe que conllevan ciertos riesgos, incluido el de contraer el sida. Es difícil evitar enfermedades muy contagiosas como la viruela, pero fácil evitar enfermedades como el sida. Los hemofílicos se encuentran en la nada envidiable situación de necesitar un bien de otros (productos sanguíneos) a los que no tie-

nen derecho preferente. Podemos decir en los términos del capítulo IX, que si contraen el sida en esas circunstancias será algo sumamente desafortunado, pero no injusto.

43. Ciertas formas de psicoanálisis que centran su atención en el aumento de la capacidad de elegir libremente o responsablemente constituyen una excepción. Véase, por ejemplo, Thomas Szasz, *The Ethics of Psychoanalysis* (Nueva York: Basic Books, 1965). He analizado algunos de los problemas planteados por este tipo de enfoque que está influenciado por valores morales en H. T. Engelhardt, Jr., «Psychotherapy as Meta-ethics», *Psychiatry* 36 (noviembre de 1973): 440-445.

44. Nishi v. Hartwell, 473 P.2d 116, 119 (Hawaii, 1970), cita a Watson v. Clutts, 136 2d 617, 621 (N.C. 1964).

45. Platón, *Leyes*, trad. ingl. de A. E. Taylor, en Hamilton y Cairns (comps.), *Collected Dialogues of Plato*, págs. 1310-1311.

46. Alexander M. Capron, «Informed Consent in Catastrophic Disease Research and Treatment», *University of Pennsylvania Law Review* 123 (dic. de 1974): 364-376.

47. Natanson v. Kline, 186 Kan. 393, 404, 350 P. 2d 1093, 1106 (1960).

Para un análisis del fuerte apoyo prestado por los tribunales británicos a la pauta profesional, véase George J. Annas, «Why the British Courts Rejected the American Doctrine of Informed Consent», *American Journal of Public Health* 74 (nov. de 1984): 1286-1278.

48. Aiken v. Clary, 396 S.W.2d 668, 674-675 (Mo. Sup. Ct. 1965).

49. Sard v. Hardy, 397 A. 2d 1014, 1020 (Md. 1977).

50. Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772, 797 (D.C. Cir. 1972).

51. Cobbs v. Grant, 8 Cal. 3d 229, 245; 502 P. 2d 1, 11; 104 Cal. Rptr. 505, 515 (Calif. 1972).

52. Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772, 791 (D.C. Cir. 1972).

53. Capron, «Informed Consent in Catastrophic Disease Research and Treatment», págs. 407, 416.

54. Scott v. Branford, 606 P.2d 554 (Okla. 1980) at 558 y 559.

55. Spencer v. Seikel, 742 P.2d 1126 (Okla. 1987) at 1129.

56. Cobbs v. Grant, 502 P. 2d 1, 12 (Calif. 1972). Sard v. Hardy, 397 A. 2d 1014, 1022 (Md. 1977).

57. Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772, 789 (D.C. Cir. 1972).

58. Cobbs v. Grant, 8 Cal. 3d 229, 246; 502 P. 2d 1, 12; 104 Cal. Rptr. 505, 516 (Calif. 1972).

59. Hubert W. Smith, «Therapeutic Privilege to Withhold Specific Diagnosis from Patient Suffering with Serious or Fatal Illness», *Tennessee Law Review* 19 (1946): 349-360.

60. Natanson v. Kline, 350 P. 2d 1093, 1103 (1960).

61. En circunstancias de emergencia, en las que el médico actúa según su propio entendimiento, así como en las circunstancias en que éste se acoge al privilegio terapéutico, hay que presumir que no se puede consultar con nadie que tenga autoridad sobre el paciente o que pueda indicar con precisión los deseos del paciente respecto al tratamiento. Si dicha consulta fuese factible, sería moralmente exigible.

62. Para una introducción a la bibliografía concerniente al paternalismo, véanse Joel Feinberg, «Legal Paternalism», *Canadian Journal of Philosophy* 105 (1971): 113-116; Allan Buchanan, «Medical Paternalism», *Philosophy and Public Affairs* 7 (1978): 370-390; Charles M. Culver y Bernard Gert, «The Morality of Involuntary Hospitalization», en S. F. Spicker y otros (comps.), *The Law-Medicines Re-*

lation, págs. 159-175; y James F. Childress, *Who Should Decide? Paternalism in Health Care* (Nueva York: Oxford University Press, 1982).

63. John Mill, *On Liberty*, comp. G. Himmelfarb (Nueva York: Penguin, 1982): 165-166.

64. Calif. Welf. & Inst. Code, sec. 5150 (West 1972 & Supp. 1982).

65. *Ibid.*, sec. 5260.

66. James F. Drane, «Competency to Give an Informed Consent», *Journal of the American Medical Association* 252 (17 de agosto de 1984): 925-927.

67. Gerald Dworkin, «Paternalism», *Monist* 56 (1972): 6-84.

68. Charles M. Culver y Bernard Gert, «Paternalistic Behavior», *Philosophy and Public Affairs* 6 (1976): 49-50.

69. Childress, «Who Should Decide?», págs. 237-241.

70. Aquí, como en otros sitios, adopto la distinción realizada entre «tener autoridad» y «ser una autoridad», que Richard E. Flathman resume en, «Power, Authority and Rights in the Practice of Medicine», en George Agich (comp.), *Responsibility in Health Care* (Dordrecht: Reidel, 1982), págs. 105-125.

71. Como ya indiqué en el capítulo IV, he adoptado el término talmúdico TEY-KU para señalar los asuntos que no se pueden resolver de forma concluyente mediante argumentos racionales. Véase, Louis Jacobs, *TEYKU* (Nueva York: Cornwall Books, 1981).

72. Edward Wallerstein, *Circumcision: An American Health Fallacy* (Nueva York: Springer, 1980).

73. Este criterio conduce, en términos morales seculares generales, a tolerar las acciones de los defensores de Masada, entre las que se incluía la ejecución de niños. En la medida en que todos los participantes competentes consintieron al suicidio mutuo. Podemos señalar que existen algunas pruebas de coacción, Flavio Josefo, *La guerra de los judíos*, libro VII, cap. IX.

Podemos indicar que resulta difícil decidir en qué circunstancias demuestran las decisiones parentales que ha habido un descuido malevolente del bienestar del niño. En el caso de padres que rechazan tratar médicamente a sus hijos debido a compromisos religiosos contraídos con religiones poco corrientes, generalmente hay individuos dispuestos a intervenir y proporcionarles tratamiento. Considérese el informe sobre una pareja italiana que rechazó la intervención quirúrgica y la radioterapia para su hijo al que se había diagnosticado sarcoma de Ewing, y lo llevó a Lourdes. El niño experimentó una remisión espontánea de la enfermedad (o juna cura milagrosa!). Eugene F. Diamond, «Miraculous Cures», *Linacre Quarterly* 51 (agosto de 1984): 224-232.

El criterio de tolerancia al que conducen los argumentos en este libro (sin importar cuán desagradables resulten tales conclusiones) es similar al adoptado por el Estado de Ohio, al menos hasta 1983, respecto al derecho de los padres de renunciar a la asistencia médica para sus hijos y confiar en su lugar en la oración. «Nada se interpretará en esta sección para definir como un niño maltratado o desatendido a cualquier niño que se encuentre bajo tratamiento espiritual a través de la oración conforme a los dogmas y la práctica de una religión reconocida en lugar de en tratamiento médico, y no se requerirá ningún informe sobre dicho niño.» Código Juvenil de Ohio 2151.421. Las conclusiones no son tan radicales como parecen a primera vista.

74. Darrel Amundsen, «Casuistry and Professional Obligations: The Regulation of Physicians by the Court of Conscience in the Late Middle Ages», (Part I), *Transactions and Studies of the College of Physicians of Philadelphia* 3 (1961): 22-39;

104. Henry Charles Lea, *A History of Auricular Confession and Indulgences in the Latin Church* (Nueva York: Greenwood Press, 1968), vol. 1, pág. 444. Para una explicación general de la obligación de no revelar los pecados confesados, véase Bertrand Kurtzschid, *A History of the Seal of Confession* (Londres: Herder, 1927).

105. Lea, pág. 445.

106. Nancy Lee Beaty, *The Craft of Dying* (New Haven, Conn.: Yale University Press, 1970).

107. Se encontrará un análisis algo anticuado, pero todavía útil, de las leyes y de la política pública recientes respecto al rechazo de tratamiento y al uso de instrucciones previas en Comisión Presidencial para el estudio de problemas éticos en Medicina y en la investigación Biomédica y del Comportamiento, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1983). Para un estudio reciente, véase Nancy M. P. King, *Making Sense of Advance Directives* (Dordrecht: Kluwer, 1991).

108. *Rituale Romanum* (Tours: Typis Mame, 1952), págs. 233-257.

109. Darrel W. Amundsen, «Prolonging Life: A Duty without Classical Roots», *Hastings Center Report* 8 (agosto de 1978): 23-30.

110. Seneca, «On the Sadness of Life», en *The Stoic Philosophy of Seneca*, trad. inglesa de Moses Hadas (Nueva York: Norton, 1958), pág. 205.

111. Joseph T. Mangan, «An Historical Analysis of the Principles of Double Effect», *Theological Studies* 10 (marzo de 1949): 41-61. Véase también Richard McCormick, *Ambiguity in Moral Choice* (Milwaukee: Marquette University Press, 1973).

112. Para un análisis de los problemas que plantea el principio de doble efecto, véase Richard McCormick y Paul Ramsey (comps.), *Doing Evil to Achieve Good* (Chicago: Loyola University Press, 1978).

113. Gerald Kelly, *Medico-Moral Problems* (St. Louis, Mo.: Catholic Hospital Association, 1958), pág. 129.

Según la tradición, el tratamiento sólo se exigía cuando había esperanzas de salud (*si sit spes salutis*) o de recuperación (*ubi spes affulget convalescendi*). No se exigía el sometimiento a un tratamiento inútil (*nemo ad inutile tenetur*), ni cuando sólo se trataba de aplazar la muerte o restarle fuerza a la enfermedad por un corto espacio de tiempo (*parum pro nihilo reputatur moraliter*). Además, la aversión en sí al tratamiento (*horror magnus*) podía anular la obligación de aceptar el tratamiento por constituir éste una carga excesiva. Merece la pena señalar que un teólogo jesuita determinó en los años cuarenta del presente siglo, que la cantidad máxima de dinero que incluso un individuo rico estaba obligado a invertir en su propio tratamiento, era de dos mil dólares. Gerald Kelly, «The Duty of Using Artificial Means of Preserving Life», *Theological Studies* 11 (1950): 203-220.

Se debe advertir que también los eruditos judíos reconocían una coerción similar de la obligación de tratar. Uno de los análisis más interesantes se encuentra en el relato del Talmud sobre la muerte de Judas el Príncipe. «La criada del rabino subió al tejado y rezó: «Los inmortales desean que el rabino se una a ellos, los mortales desean que el rabino permanezca junto a ellos; que sea la voluntad de Dios que los mortales dominen a los inmortales». Cuando vio, sin embargo, la frecuencia con que se retiraba al cuarto de baño, quitándose penosamente los *tefillin* y volviéndose a poner, rezó: «Que sea la voluntad del Todopoderoso que los inmortales triunfen sobre los mortales». Mientras los rabinos continuaban incesantemente rezando sus plegarias e implorando la misericordia divina, ella cogió una jarra y la tiró desde el tejado. Durante un momento dejaron de rezar, y el alma del rabino abandonó esta vida para encontrar el descanso eterno». *Kethuboth* 104a (edición Soncino).

Debemos indicar que la actitud judío-ortodoxa sólo permitía la limitación del tratamiento cuando el enfermo se encontraba en la fase terminal de la enfermedad y la muerte era inminente, o más correctamente, «Goses» (esto es, cuando se esperaba que la muerte ocurriera en los tres días siguientes). Immanuel Jakobovits, *Jewish Medical Ethics* (Nueva York: Bloch, 1962), pág. 121. Por el contrario, la actitud católico-romana permitía a un paciente, cuya vida se podía salvar, rechazar el tratamiento basándose en costes financieros, psicológicos, sociales o de cualquier otro tipo. La actitud católico-romana, al obligar a aceptar el tratamiento sólo si a través de éste se podía recuperar la salud, dio importancia a las consideraciones sobre la calidad de vida.

114. Daniel Cronin, «The Moral Law in Regard to the Ordinary and Extraordinary Means of Conserving Life», tesis doctoral presentada en la Universidad Pontificia Gregoriana, Roma, 1958. Véase también H. T. Engelhardt, Jr., y Thomas J. Boles, «Entwicklungen der medizinischen Ethik in den USA: Die Verführung durch die Technik und der Irrtum einer Lebenserhaltung um jeden Preis», *Arzt und Christ* 36 (1990): 113-121.

115. Kelly, *Medico-Moral Problems*, pág. 132.

116. *Ibid.*, pág. 130.

117. «A Prayer in Time of Trouble», *A Pocket Prayer Book for Orthodox Christians* (Englewood, N.J.: Antiochian Orthodox Christian Archdiocese, 1990), pág. 21.

118. «A Prayer of a Sick Person», *ibid.*, págs. 22-23.

119. El creyente tradicional no está necesariamente obligado a sufrir una muerte dolorosa, y puede aceptar con satisfacción una salida fácil, si Dios así lo dispone. La siguiente oración se escucha con frecuencia en los servicios religiosos católico-ortodoxos: «Pidamos al señor un final cristiano de nuestra vida, sin sufrimiento, sin culpa, pacífico; y una buena defensa ante el pavoroso Asiento de Juicio de Cristo». *Ibid.*, pág. 82. De hecho, el oficio, en el momento en el que el alma se separa del cuerpo, incluye la petición que Dios permita que la muerte suceda rápidamente. «Por tanto te rogamos Padre eterno e inmortal, y a tu único hijo y a tu Espíritu Santo, que libres a N. de su cuerpo y le concedas reposo ...» *Service Book of the Holy Orthodox-Catholic Apostolic Church*, trad. inglesa de Isabel Hapgood (Englewood, N.J.: Antiochian Orthodox Christian Archdiocese, 1983), 6ª ed., págs. 366-367.

120. Natanson v. Kline, 186 Kan. 393, 404, 350 P. 2d 1093, 1104 (1960).

121. Para estudiar casos en los que se ha permitido a Testigos de Jehová rechazar el tratamiento que les podía salvar la vida, véase In re Estate of Brooks 205 N.E. 2d 435 (Ill. 1965); In re Milideo 390 N.Y.S. 2d 523 (Sup. Ct. 1976); para un caso en el que se sostuvo el derecho a rechazar el tratamiento, aunque equivalía al suicidio, y éste era considerado un delito, véase Erikson v. Dilgard, 252 N.Y.S. 2d 705, 706 (Sup. Ct. 1962).

122. Contra J.F.K. Mem. Hosp.v. Heston, 279 A.2d 670, 672-673 (N.J. 1971).

123. William Blackstone, *Commentaries on the Laws of England in Four Books*, libro IV, pág. 189.

124. H. T. Engelhardt, Jr., y Michele Malloy, «Suicide and Assisting Suicide: A Critique of Legal Sanctions», *Southwestern Law Journal* 36 (nov. de 1982): 1003-1037. Para un examen general de algunas de las cuestiones filosóficas planteadas por el suicidio véanse, M. Pabst Battin, *Ethical Issues in Suicide* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1982) y M. Pabst Battin y David J. Mayo (comps.), *Suicide: The Philosophical Issues* (Nueva York: St. Martin's Press, 1980).

125. Ernest Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud* (Nueva York: Basic Books, 1957), vol. 3, pág. 246.

126. *Ibíd.*
127. *Ibíd.*, págs. 144-145.
128. «The Struggle for Intellectual Integrity», *Harpers Magazine* 168 (dic. de 1933): 18-25.
129. Gerald Holto, «Percy Williams Bridgman», *Bulletin of the Atomic Scientists* 19 (febr. de 1962): 23.
130. *Ibíd.*
131. Seneca, *Stoic Philosophy of Seneca*, pág. 202.
132. *Ibíd.*, págs. 204-205.
133. Tácito documenta el suicidio de Séneca y de su mujer cuando se enfrentó a la alternativa de suicidarse o de ser ejecutado por Nerón. «Entonces, con uno y el mismo golpe cortaron con la daga las arterias de sus brazos. Seneca, con la figura debilitada por una dieta frugal, permitió que la sangre se escapara lentamente y se cortó también las venas de las piernas y de las rodillas. Angustiado cruelmente, y temiendo que su sufrimiento quebrantara la voluntad de su mujer y que él mismo vacilara en su resolución al contemplar la tortura de su mujer, consiguió convencerla de que se retirara a otra habitación. Incluso en el momento final no le falló su elocuencia; llamó a todos sus secretarios y les dictó gran cantidad de cosas, y como esto ya ha sido relatado en sus propias palabras, yo me abstengo de parafrasearlo.» Moses Hadas (comp.), *The Complete Works of Tacitus* (Nueva York: Random House, 1942), págs. 391-392.
134. David Hume, «Of Suicide», en H.T. Engelhardt, Jr., y T. H. Grose (comps.), *Essays Moral, Political, and Literary* (Londres: Scientia Verlag Aalen, 1964), pág. 414.
135. Sanders v. State, 54 Tex. Crim. 101, 105, 112 S.W. 68, 70 (1908).
136. El tribunal de apelaciones penales de Tejas afirmó que el suicidio nunca había sido delito en Tejas, como tampoco lo eran la ayuda ni la complicidad en el suicidio. En el caso estaba implicado un médico, Dr. Grace, quien, tras acostarse una noche, durmió en una cama, su mujer en la otra, y su amante en el suelo entre ambos. Ésta última, abatida, se suicidó con una pistola que el Dr. Grace había colocado en una mesilla de noche. Grace v. State, 44 Tex. Crim. 193, 69 S.W. 529 (1902). El duelo se penalizó en Tejas por primera vez el 21 de diciembre de 1836. Véase Oliver C. Hartley, *A Digest of the Laws of Texas* (Philadelphia: Thomas Cowperthwait, 1850), pág. 288.
137. La ley consuetudinaria no disculpaba a los individuos, que se defendían alegando consentimiento, de asesinar o mutilar. Véase, por ejemplo, Matthew v. Ollerton (1693), Comberbach 218, donde el tribunal afirmó que «si permito que un hombre me golpee, ese permiso es nulo ... porque "va en contra de la paz"».
138. Immanuel Kant, *The Metaphysical Principles of Virtue: Part II of the Metaphysics of Morals*, trad. ingl. de James Ellington (Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1964), págs. 83-84; Akademie Textausgabe, vol. 6, 423-424.
139. «Quien contempla el suicidio debe preguntarse si su acto es consecuente con la idea de la humanidad como un fin en sí mismo. Si para escapar de circunstancias dolorosas se destruye a sí mismo, estará utilizando a una persona meramente como un medio para mantener una condición tolerable hasta el final de la vida.» Kant, *Fundamental Principles of the Metaphysics of Morals*, en *Critique of Practical Reason and Other Works on the Theory of Ethics*, trad. inglesa de Thomas K. Abbott, 6ª ed. (Londres: Longmans, Green, 1909), pág. 47; Akademie Textausgabe, vol. 4, pág. 429.
140. Kant arguye, de hecho, que la masturbación es una violación de los debe-

- res para con uno mismo, y esto es más atroz que el suicidio. *The Metaphysical Principles of Virtue*, Akademie Textausgabe, vol. 6, pág. 425.
141. Ellington, pág. 84; Akademie Textausgabe, vol. 6, pág. 423.
142. David Hume, «Of Suicide», pág. 413.
143. H. T. Engelhardt, Jr., y Michele Malloy, «Suicide and Assisting Suicide: A Critique of Legal Sanctions», esp. págs. 1022-1027.
144. Norman Cantor, «A Patient's Decision to Decline Life-Saving Medical Treatment: Bodily Integrity Versus the Preservation of Life», *Rutgers Law Review* 26 (1973): 228-264.
145. Ludwig Edelstein, *The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation*, supl. n.º 1 del *Bulletin of the History of Medicine* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1943), págs. 10-15.
146. Paul Carrick, *Medical Ethics in Antiquity* (Dordrecht: D. Reidel, 1985).
147. Texas Penal Code Ann. § 22.08 (Vernon 1974).
148. Para un artículo que parece proponer la obligación de indicar una persona alternativa a quienes desean el suicidio asistido, si uno se opone moralmente a ayudarles, véase Timothy Quill, Christine Cassel, y Diane Meier, «Care of the Hopelessly Ill: Proposed Clinical Criteria for Physician-Assisted Suicide», *New England Journal of Medicine* 327 (5 de nov. de 1992): 1380-1383.
149. La expresión «capitán del barco» se introdujo en el contexto de la negligencia médica en el caso *McCannell v. Williams*, 361 Pa. 355, 65 A.2d 243 (1959). Esta doctrina convirtió a las enfermeras y a otras personas en servidores del cirujano. Como tales, no se consideraba a estos individuos como agentes independientes ni como empleados del hospital. La historia cambiante de esta doctrina plantea la pregunta acerca de las líneas de responsabilidad y de autoridad en la asistencia sanitaria en general.
150. S. J. Eisendrath y Albert R. Jonsen, «The Living Will: Help or Hindrance?», *Journal of the American Medical Association* 249 (15 de abril de 1983): 2054-2058.
151. A. M. Sadler, B. L. Sadler, y A. A. Bliss, *The Physician's Assistant-Today and Tomorrow* (New Haven, Conn.: Yale University Press, 1972).
152. Para un extenso análisis de las líneas de responsabilidad en la asistencia sanitaria, incluida la posición de las enfermeras, véase George J. Agich (comp.), *Responsibility in Health Care*.
153. Para un estudio de los conflictos implicados en mantener la integridad moral institucional, véase Kevin Wm. Wildes, S.J., «Institutional Integrity: Approval, Toleration and Holy War or "Always True to You in my Fashion"», *Journal of Medicine and Philosophy* 16 (abril de 1991): 211-220.

## NOTAS CAPÍTULO IX

1. Las discusiones concernientes a la asignación de los recursos sanitarios abarcan un amplio abanico de visiones contradictorias. Véanse, por ejemplo Thomas Bole y William Bondeson (comps.), *Rights to Health Care* (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1991); Daniel Callahan, *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress* (Nueva York: Simon & Schuster, 1990); Larry Churchill, *Rationing Health Care in America* (Notre Dame, Ind.: University of Notre Dame Press, 1987); Paul Mezel, *Strong Medicine: The Ethical Rationing of Health Care* (Nueva York: Oxford University Press, 1990).

2. Friedrich A. Hayek; *Law, Legislation and Liberty* (Chicago: University of Chicago Press, 1976), pág. 97.
3. The White House Domestic Policy Council, *The President's Health Security Plan* (Nueva York: Random House, 1993).
4. Platón, *La República*, III, 406a-b.
5. Platón, *La República*, III, 407-8.
6. Gregory Vlastos, «The Rights of Persons in Plato's Conception of the Foundations of Justice», en *Morals, Science and Sociality*, comp. H. T. Engelhardt, Jr., y Daniel Callahan (Hastings-on-Hudson, N.Y.: Hastings Center, 1978), págs. 172-201.
7. Véase, por ejemplo, la discusión en F. M. Kamm, *Mortality, Mortality*, vol. 1, *Death and Whom to Save from It* (Nueva York: Oxford University Press, 1993).
8. Al considerar cómo responder a la difícil situación de los indigentes, podríamos tener en cuenta la historia que cuenta Jesús del hombre rico que no dio limosna a «un cierto mendigo llamado Lázaro, lleno de llagas, que yacía en la entrada de su casa, y que quería alimentarse con las migas que caían de la mesa del rico» (Lucas 16: 20-21). El rico, que no dio limosna, fue condenado eternamente a un infierno de atroces tormentos.
9. Comisión Presidencial para el estudio de problemas éticos en Medicina y la investigación Biomédica y del Comportamiento, *Securing Access to Health Care* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1983), vol. 1, págs. 43-46.
10. The White House Domestic Policy Council [Consejo de la Casa Blanca sobre Política Nacional], «Ethical Foundations of Health Reform», en *The President's Health Security Plan* (Nueva York: Times Books, 1993), pág. 11.
11. H. Newman, «Exclusion of Heart Transplantation Procedures from Medicare Coverage», *Federal Register* 45 (6 de agosto de 1980): 52296. Véase también, H. Newman, «Medicare Program: Solicitation of Hospitals and Medical Centers to Participate in a Study of Heart Transplants», *Federal Register* 46 (22 de enero de 1981): 7072-7075.
12. Comisión Presidencial, *Securing Access to Health Care*, vol. 1, págs. 18-19.
13. Teniendo en cuenta que la teoría de la justicia de Rawls nos invita, desde la posición original, a considerar todas las reacciones a la buena y a la mala fortuna desde la perspectiva de cómo estableceríamos las instituciones sociales para reaccionar de tal forma que considerásemos las circunstancias como justas, todos los resultados afortunados o desafortunados se deben considerar como justos o injustos; los sucesos del destino y del azar no pueden ser meramente neutrales.
14. Estos asuntos se muestran de forma diferente en diferentes ideologías y religiones concretas. Por ejemplo, así como el cristianismo ha exigido tradicionalmente que los esclavos se mantengan sometidos a sus amos, también ha implantado el ideal de que sus miembros deben someterse a las leyes en la medida en que con ello no se violen los cánones de la Iglesia ni las enseñanzas recibidas de los Apóstoles. De este modo, al someterse se es un mártir por la Fe.
15. Véase, por ejemplo, M. G. Marmot, George D. Smith, Stephen Stansfeld, y otros, «Health Inequalities Among British Civil Servants: The Whitehall II Study», *The Lancet* 337 (8 de junio de 1991): 1387-1393, para un estudio de cómo influye la posición social en la expectativa de vida. Inglehart indica que en Canadá, después de quince años de existencia de un sistema sanitario global, la expectativa de vida de los hombres con los ingresos más altos es superior en 5,6 años a la de los hombres con los ingresos más bajos. J. K. Inglehart, «Canada's Health Care System Faces Its Problems», *New England Journal of Medicine* 322 (1990), 562-568.
16. Robert G. Evans, «Health Care in Canada: Patterns of Funding and Regu-

lation», *Journal of Health Politics, Policy and Law* 8 (primavera de 1983): 1-43. Véase también *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care* (Toronto: Butterworths, 1984).

17. *Oxford English Dictionary* (1993), vol. 3, pág. 232.
18. Quienes mantienen que el igualitarismo de la envidia está justificado, también tendrán intuiciones morales como la siguiente: preferirán un mundo en el que, *ceteris paribus*, los individuos sean iguales, a otro en el que algunas personas sean más felices, más poderosas, estén más satisfechas, etc. Así, si se les pregunta cuál es mejor, el mundo A con diez individuos totalmente iguales, o el mundo B en el que un individuo debido a una mutación es capaz de «ver» la radiación y por lo tanto puede evitar ciertos riesgos, contestarán que el mundo A es preferible. Los individuos que poseen dichas intuiciones igualitarias también preferirán el mundo A en el que todos son iguales, al mundo B en el que un individuo, sin mérito propio, es elegido por Dios para recibir de forma mística la gracia divina, que concede la salvación y una paz que trasciende cualquier satisfacción humana.
19. Con el término «macroasignación» denoto la asignación entre categorías generales de gastos. Con el término «microasignación» denoto la elección entre varios individuos respecto a quién recibirá recursos y en qué cuantía.
20. Charles Fried, «Rights and Health Care - Beyond Equity and Efficiency», *New England Journal of Medicine* 293 (31 de julio de 1975): 241-245.
21. David Schapira, James Studnicki y otros, «Intensive Care, Survival and Expenses of Treating Critically Ill Cancer Patients», *Journal of American Medical Association* 269 (10 de febrero de 1993): 783-788.
22. John Rawls, *A Theory of Justice* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1971), y Robert Nozick, *Anarchy, State and Utopia* (Nueva York: Basic Books, 1974).
23. El término «ahistórico» se utiliza para designar explicaciones que no prestan atención a la historia real o a los acuerdos reales que otorgan permiso o autoridad real, y no para designar a las explicaciones que no tienen en cuenta circunstancias sociales, culturales e históricas concretas. Se basan, en cambio, en una actitud conceptual que contempla el consentimiento, el permiso y el acuerdo como justificados racionalmente, incluso si éstos no han estado realmente disponibles en la historia real de los convenios humanos.
24. Rawls, en su *A Theory of Justice*, indica que no fundamenta filosóficamente el concepto de imparcialidad que él sostiene. Al leer su observación: «Estaré satisfecho si se puede formular una concepción razonable de la justicia para la estructura básica de la sociedad, que concibo por el momento, como un sistema cerrado y aislado de otras sociedades» (pág. 8), se podría pensar que Rawls evita dar una explicación de la justicia internacional. Pero en su artículo «Justice as Fairness: Political not Metaphysical», es evidente que la justicia entendida como imparcialidad es una concepción política y no una concepción moral fundamental. «La justicia entendida como imparcialidad se desea como una concepción política de la justicia para una sociedad democrática, intenta basarse solamente en ideas intuitivas básicas que están insertas en las instituciones políticas de un régimen democrático constitucional y en la tradición pública de su interpretación», *Philosophy and Public Affairs* 14 (verano de 1985), pág. 225. En *Political Liberalism* lo reconoce abiertamente. «El liberalismo político tiene como meta la concepción política de la justicia como un criterio independiente. No ofrece una doctrina metafísica o epistemológica específica que vaya más allá de lo que se infiere de la concepción política misma.» John Rawls, *Political Liberalism* (Nueva York: Columbia University Press,



1993), pág. 10. Por consiguiente, cualquier aplicación de la teoría de la justicia rawlsiana a la asignación de recursos sanitarios solamente será útil en una comunidad en la que todos estén de acuerdo respecto a los compromisos fundamentales.

25. Véase, por ejemplo, Norman Daniels, *Just Health Care* (Cambridge: Cambridge University Press, 1985), «Health Care Needs and Distributive Justice», *Philosophy and Public Affairs* 10 (1981): 146-179, y «Rights to Health Care and Distributive Justice: Programmatic Worries», *Journal of Medicine and Philosophy* 4 (1979): 174-191. También Ronald Green, «Health Care Justice in Contract Theory Perspective», en R. Veatch y R. Branson (comps.), *Ethics and Health Policy* (Cambridge, Mass.: Ballinger, 1976), págs. 111-126. Para un examen de algunas de estas cuestiones, véase John C. Moskop, «Rawlsian Justice and a Human Right to Health Care», págs. 329-338 y Lawrence Stern, «Opportunity and Health Care: Criticism and Suggestions», págs. 339-361, ambos en el *Journal of Medicine and Philosophy* 8 (nov. de 1983). Earl E. Shelp (comp.) ofrece un análisis pormenorizado sobre cuestiones de justicia en la asistencia sanitaria en *Justice and Health Care* (Dordrecht: Reidel, 1981).

26. Los lectores reconocerán esta isla como una de las pertenecientes al archipiélago de las islas de los filósofos: situaciones fictivas utilizadas para controlar las variables usuales de la vida. Aquí esa isla ofrece territorio antes sin propietario y deshabitado, y por tanto disponible para la posesión original. Utilizando este ejemplo podríamos preguntarnos, cómo se debe llevar a cabo el proceso de una justa distribución de la propiedad, sin referirnos a cuestiones especiales como es la restitución de antiguas injusticias.

27. John Hersanyi, «Can the Maxim Principle Serve as a Basis for Morality? A Critique of John Rawls's Theory», *American Political Science Review* 6 (1975), 594-606.

28. Véase Rawls, *Theory of Justice*, pág. 143.

29. *Ibid.*, págs. 395-399.

30. *Ibid.*, pág. 137.

31. *Ibid.*, pág. 302.

32. Véase por ejemplo, la discusión de Nozick acerca de qué clase se debe considerar menos privilegiada: los depresivos, los alcohólicos o los parapléjicos. *Anarchy, State, and Utopia*, págs. 189-191.

33. Nozick, *Anarchy, State, and Utopia*, pág. 160.

34. *Ibid.*

35. Hay muchas semejanzas entre Locke y Nozick. Ambos parten del supuesto de que existen ciertos derechos humanos. Locke fundamenta su suposición sobre una teología particular. A falta de tal teología, es decir, en un contexto secular, la teoría de Nozick necesita ser apuntalada. Afortunadamente para Nozick, el proyecto de obtener autoridad a través del permiso cuando se encuentran extraños morales puede servir de base para asegurar la importancia primordial de la libertad como coerción secundaria y de los individuos como fuente de autoridad moral secular.

36. Flavio Pedro Sabacio Justiniano, *The Institutes of Justinian*, trad. ingl. de Thomas C. Sandars (Westport, Conn.: Greenwood Press, 1922; reimpresión en 1970), libro I.1, pág.5.

37. El miedo a las fuerzas ciegas de la naturaleza ha sido un tema recurrente a lo largo de toda la historia de la humanidad. El desarrollo de la medicina preventiva, del tratamiento médico moderno y del seguro de enfermedad han restado fuerza al miedo a la enfermedad, a la pestilencia y a la peste. Para darse cuenta de la

fuerza de este miedo hay que mirar al pasado, cuando había menor sensación de control y un mayor sentimiento de desesperanza ante el destino. Estos sentimientos están muy bien expresados en el principio de una colección de canciones y poemas que data del s. XIII y a la que Carl Orff puso música para su cantata *Carmina Burana: Cantiones Profanae* (Mainz: B. Schott's Söhne, 1953) [traducción del autor]:

O Fortuna,  
velut Luna  
statu variabilis,  
semper crescis  
aut decrescis; ...

O Fortuna  
siempre cambias  
como la luna,  
siempre creces  
y menguas; ...

Esta valoración general de la lotería del destino en la que se pierde y se gana alternativamente incluía un sentido de la relación entre la lotería social y natural, y la salud. La segunda estrofa comienza así:

Sors immanis  
et inanis,  
rota tu volubilis,  
status malus,  
vana salus  
semper dissolubilis, ...

Lotería monstruosa  
y ciega,  
tu rueda  
siempre disuelve  
tanto la desventura  
como la muerte vana, ...

La tercera estrofa comienza así:

Sors salutis  
et virtutis  
mihi nunc contraria ...

Lotería de la salud  
y de la virtud  
ahora estás en contra de mí ...

Este poema capta lo que nosotros hemos olvidado, a saber, el terror que sintieron nuestros antepasados cuando las plagas asolaban continuamente las ciudades y cuando la vida en general era mucho menos segura. La mayoría de los habitantes de las sociedades industrializadas modernas no valoran en su justo modo estas realidades del pasado y de la vida actual de millones de personas que todavía viven en esas circunstancias en países del Tercer Mundo.

38. Comisión Presidencial, *Securing Access to Health Care*, vol. 1, pág. 37.

39. *Ibid.*

40. Para un estudio que se ocupa del problema de la adaptación a la existencia de diferentes niveles de asistencia sanitaria, véase E. Haavi Morreim, *Balancing Act* (Dordrecht: Kluwer, 1991).

41. Thomas Halper, *The Misfortunes of Others: End-stage Renal Disease in the United Kingdom* (Cambridge: Cambridge University Press, 1989). Para un análisis reciente del Servicio de Salud Pública (*National Health Service*), véase Baruch A. Brody y Reider K. Lie, «Methodological and Conceptual Issues in Health Care System Comparisons: Canada, Norway and the United States», *Journal of Medicine and Philosophy* 18 (oct. de 1993): 437-473; Jean-Pierre Poullier, «Eppur si muove: Comment on Baruch Brody and Reider Lie», 465-473; Brody y Lie, «Response to Poullier», 475-476.

42. H. G. Welch, «Health Care Tickets for the Uninsured», *New England Journal of Medicine* 321 (1989): 1261-1264.

43. Martin A. Strosberg, Joshua M. Wiener, Robert Baker (comps.), *Rationing America's Medical Care: The Oregon Plan and Beyond* (Washington, D.C.: Brookings Institution, 1992). Véase también Congress of the United States Office of Techno-

logy Assesment, *Evaluation of the Oregon Medicaid Proposal* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1992) y John K. Iglehardt, «Health Care Reform: The States», *New England Journal of Medicine* 330 (6 de enero de 1994): 75-79.

44. Cuando se compara la cantidad de recursos que los países miembros de la OCDE invierten en sanidad con la expectativa de vida lograda en el momento de nacer, a los sesenta años y a los ochenta años, se observa que, aunque hay diferencias significativas en la inversión absoluta y en el porcentaje del Producto Nacional Bruto desplegado en la asistencia sanitaria (los Estados Unidos invirtieron 2.868 dólares per capita en 1991, frente a 1.659 en Alemania, 1.043 en el Reino Unido y 404 en Grecia), la diferencia en la expectativa de vida es muy pequeña. G. H. Schieber, J.-P. Poullier, y L. M. Greenwald, «Health Spending, Delivery and Outcomes in OECD Countries», *Health Affairs* (verano de 1993): 120-129. Para una discusión de la fiabilidad de los datos de la OCDE, véase David Seedhouse, *Fortress NHS: A Philosophical Review of the National Health Service* (Chichester: John Wiley, 1994).

### NOTAS CAPÍTULO X

1. Albert Camus, *The Myth of Sisyphus* (Nueva York: Alfred Knopf, 1961), pág. 123; tr. esp.: *El mito de Sísifo*, Madrid, Alianza, 1988.

2. Dostoiévsky pone en boca del viejo Zosima la siguiente explicación: «Algunos permanecen orgullosos y furiosos incluso en el infierno, a pesar de la certeza de su conocimiento y de la contemplación de la verdad absoluta; algunos son temerosos y se han entregado completamente a Satán y a su espíritu orgulloso. Para estos, el infierno es voluntario y perpetuamente arrasador; son torturados por propia decisión, ya que, al maldecir a Dios y a la vida, han echado la maldición sobre sí mismos. Viven de su vengativo orgullo del mismo modo que un hombre hambriento bebe sangre de su propio cuerpo en el desierto, pero nunca están satisfechos y rechazan el perdón y maldicen al Dios que les llama. No pueden contemplar al Dios viviente sin sentir odio y gritan que el Dios de la vida debe ser aniquilado, que Dios debe destruirse a sí mismo y a su creación. Y arderán eternamente en el infierno de su ira, y ansiarán la muerte y la aniquilación, pero no conseguirán morir». Fyodor Dostoiévsky, *Los hermanos Karamazov* (Nueva York: W. W. Norton, 1976), sexto libro, capítulo III, pág. 302.

3. Al referirse Nietzsche a «las consecuencias nihilistas de la ciencia contemporánea», señala que «desde Copérnico el hombre rueda desde el centro hacia el X». Friedrich Nietzsche, «Aus dem Nachlaß der Achtzigerjahre», en *Werke in drei Bänden* (Munich: Carl Hanser, 1960), vol. 3, pág. 882.

4. La naturaleza misma de los diferentes estilos de vida modernos, en los que las mujeres están totalmente inmersas en el mundo laboral y tienen una vida sexual activa, al tiempo que planean cuándo y cuántos hijos tendrán, depende de la fiabilidad de la tecnología anticonceptiva moderna. El criterio tradicional de la Iglesia católica-romana acierta en este aspecto: la anticoncepción artificial es un medio de controlar la naturaleza, si por naturaleza se entienden los productos de nuestra historia evolutiva pasada o las consecuencias de la caída.

Debemos señalar que el cristianismo ortodoxo no se opone a la anticoncepción, aunque exige que los matrimonios se muestren dispuestos a tener descendencia. Paul Evdokimov señala, por ejemplo, que «la procreación voluntaria es más noble que la que se debe tan sólo al azar, que en la mayoría de los casos es imprevista y no

deseada». *The Sacrament of Love* (Crestwood, N.Y.: St. Vladimir's Seminary Press, 1985), pág. 179.

5. Sexto Empírico conservó este fragmento de Protágoras, *Outlines of Pyrrhonism*, trad. ingl. de R. G. Bury (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1976), I.216, pág. 131. Según la interpretación de Sexto Empírico, Protágoras apoyaba el relativismo moral. Considerar a la persona el centro de la vida moral no es lo mismo que considerar a una persona determinada o a un grupo determinado de personas el centro de la vida moral. Es la segunda consideración, y no la primera, lo que constituye el verdadero relativismo moral.

6. Leon Kass, «Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health», *Public Interest* 40 (verano de 1975): 11-24. Véase también, *Toward a More Natural Science* (Nueva York: The Free Press, 1985).

7. Leon Kass, «Babies by Means of *In Vitro* Fertilization: Unethical Experiments on the Unborn?», *New England Journal of Medicine* 285 (nov. de 1971): 1174-1179.

8. Como vemos en el capítulo VI, un problema (por ejemplo, el alcoholismo) no debe ser considerado exclusivamente como un problema médico o un problema legal, sino que se puede considerar como un problema médico, legal y religioso.

9. Christopher Boorse, «Health as a Theoretical Concept», *Philosophy of Science* 44 (1977): 542-573.

10. Leon Kass, «Babies by Means of *In Vitro* Fertilization», pág. 13.

11. Podríamos imaginar una máquina ideada médicamente y manejada por un ordenador que crease una experiencia virtual, que se percibiera de forma tan real como la vida actual, pero carente de los riesgos de la experiencia «real».

Una vez despojado de la perspectiva canónica de la realidad y de los valores, todo se convierte en una ficción dentro de otra ficción. No existe una posición final desde la que considerar que una visión de la vida buena es fundamentalmente mejor que las demás. Toda vida se convierte en vida virtual en el sentido de que carece de una significación perdurable. Jorge Luis Borges mostró el encuentro con el carácter efímero de la realidad en su relato «Las ruinas circulares», donde el personaje descubre: «Con alivio, con humillación, con terror, comprendió que él también era una apariencia, que otro estaba soñándolo». *Obras completas* (Buenos Aires: Emecé, 1974), pág. 455.

12. Véase el intento de Robert Nozick de demostrar la superioridad de la vida real, pero su argumento depende de una premisa no garantizada, según la cual la experiencia y las acciones reales poseen un valor del que carece la experiencia totalmente virtual. *Anarchy, State and Utopia* (Nueva York: Basic Books, 1974).

13. Una vez perdida la perspectiva última no se puede distinguir de forma normativa y canónica entre el valor de la realidad y de la ilusión, entre mentira y verdad. Por esta razón entre otras, Jesús nos recuerda que el demonio es «un mentiroso y el padre de las mentiras» (Juan 8:44).

14. Chester R. Burns, «Diseases Versus Healths: Some Legacies in the Philosophies of Modern Medical Science», en H. T. Engelhardt, Jr., y S. F. Spicker (comps.), *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences* (Dordrecht: Reidel, 1975), págs. 29-47.

15. Los Tralfamadorianos, que se comunican con Billy Pilgrim en *Slaughterhouse-Five*, tienen cinco sexos. Le dicen a Billy que los terrícolas tienen siete sexos, aunque cinco de ellos sólo son sexualmente activos en la cuarta dimensión. Kurt Vonnegut, Jr., *Slaughterhouse-Five* (Nueva York: Delacorte Press, 1969), págs. 98-99.

16. H. T. Engelhardt, Jr., «Persons and Humans: Refashioning Ourselves in a Better Image and Likeness», *Zygon* 19 (sept. de 1984): 281-295.

17. Linda Vigilant, Mark Stoneking, Henry Harpending y otros, «African Populations and the Evolution of Human Mitochondrial DNA», *Science* 253 (sept. de 1991): 1503-1507.
18. Olaf Stapledon, *Last and First Men* (1931; reimpresión Nueva York: Dover, 1968).
19. El cristianismo ortodoxo toma en serio la afirmación del Salmista, «Yo os digo, "vosotros sois dioses"» (Ps 82:6). Así como san Basilio el Grande comprendió, el hombre es una criatura que ha recibido la orden de convertirse en un dios. O según san Atanasio, Dios se encarnó en el hombre para que nosotros nos convirtiésemos en dioses. Véase Georgios Mantzaridis, *The Deification of Man*, trad. inglesa de Liadain Sherrad (Crestwood, N.Y.: St. Vladimir's Seminary Press, 1984); Panayiotis Nellas, *Deification in Christ*, trad. inglesa de Norman Russell (Crestwood, N.Y.: St. Vladimir's Seminary Press, 1987); y Vladimir Lossky, *The Mystical Theology of the Eastern Church* (Crestwood, N.Y.: St. Vladimir's Seminary Press, 1976; tr. esp.: *Teología mística de la Iglesia de Oriente*, Barcelona, Herder, 1982). Véase también, Gregory Palamas, *The Triads*, comp. John Meyendorff, trad. inglesa de Nicholas Gendle (Mahway, N.J.: Paulist Press, 1983).
20. Aristóteles, *Eudemian Ethics* II.3.1220b 35.
21. Immanuel Kant, *The Metaphysical Principles of Virtue: Part II of the Metaphysics of Morals*, Akademie Textverlag, vol. 6.
22. Para un tratamiento exhaustivo de las virtudes implícitas en la medicina, véase Earl E. Shelp (comp.), *Virtue and Medicine* (Dordrecht: Reidel, 1985).
23. G. W. F. Hegel, *The Philosophy of Right*, sec. 303; tr. esp.: *Filosofía del derecho*, Madrid, Literarias-Prodhufo, 1993.
24. H. T. Engelhardt, Jr., *Bioethics and Secular Humanism: The Search for a Common Morality* (Philadelphia: Trinity Press International, 1991).

## ÍNDICE DE AUTORES

- Aaron, H. J., 460  
 Abbott, T. K., 526  
 Abrams, N., 509, 515  
 Achinstein, P., 496  
 Ackerman, B. A., 75, 473  
 Adams, J., 494  
 Agapius, 468  
 Agich, G., 521, 527  
 Agustín, san, 517  
 Amundsen, D. W., 493, 510, 513, 521, 522, 524  
 Andrews, L., 511  
 Angell, M., 493, 510  
 Annas, G. J., 507, 520  
 Anscombe, G. E. M., 479  
 Anselmo de Canterbury, 461  
 Appelbaum, P., 515  
 Arcand, D., 458  
 Aristóteles, 32, 35, 49, 98, 99, 296, 320, 464, 469, 489, 510, 514, 534  
 — *Política*, 98, 296  
 Arnold, R., 512  
 Ashwal, S., 505  
 Asquith, P. D., 499  
 Assman, G., 456  
 Atanasio, san, 469, 534  
 Atkinson, G., 510  
 Ayers, A. J., 470
- Bacon, Francis, 236, 237  
 Bakan, D., 490  
 Baker, R., 460, 531  
 Bañez, 509  
 Baron, H., 462  
 Basilio el Grande, san, 482, 534  
 Battin, M. P., 525  
 Bayer, R., 497  
 Beaty, N. L., 524  
 Beauchamp, T. L., 79, 473, 477, 515  
 Beck, L. W., 459, 478, 484, 485, 488  
 Beecher, H., 265  
 Belarmino, R., cardenal, 58
- Bell, D., 463  
 Beller, F., 505  
 Bench, R. J., 500  
 Bentham, J., 474  
 Berg, F., 501  
 Berman, M., 462  
 Benn, S. I., 160, 490  
 Bennett, J., 510  
 Bennington, G., 457, 463  
 Bichat, X., 239, 502  
 Biondo, F., 461  
 Bishop, A. H., 464  
 Blackstone, W., 88, 175, 176, 190, 475, 492, 493, 494, 515, 516, 525  
 — *Comentaries on the Laws of England*, 88  
 Blake, W., 518  
 Bleich, J. D., 459  
 Bleuler, E., 487  
 Bliss, A. A., 527  
 Boguslavsky, B. M., 456  
 Boisaubin, E. V., 515  
 Bole III, T. J., 460, 507  
 Boles, T. J., 525, 527  
 Bondeson, W. B., 460, 489, 491, 505, 527  
 Bonet, T., 239, 502  
 — *Sepulchretum*, 239  
 Bonnot de Condillac, E., 455  
 Boorse, C., 219, 220, 221, 224, 225, 228, 445, 500, 533  
 Borges, J. L., 533  
 Botkin, J., 506  
 Bowers, W. A., Jr., 507  
 Boyle, J., 507  
 Bradley, F., 470, 496  
 Brandt, R. B., 70, 472  
 Brandt, E. N., Jr., 493  
 Branson, R., 472, 530  
 Bridgman, P., 388  
 Broadus, J., 513  
 Broadwell, A. W., 515  
 Brodersen, A., 514

- Brody, B. A., 180, 459, 460, 492, 493, 503, 517, 531  
 Broussais, F. J. V., 239, 241, 502  
 Brown, I. B., 209, 496  
 Brunner, O., 461  
 Buchanan, A., 520  
 Buckley, M., 477  
 Burger, W., 328, 329, 332  
 Burns, C. R., 500, 533  
 Burt, R. A., 323, 514  
 — *Taking Care of Strangers*, 323  
 Bury, R. G., 510, 533  
 Butler, S., 253
- Cabanis, P. J. G., 455  
 Cahill, L., 511  
 Cairns, H., 514, 520  
 Calinescu, M., 463  
 Callahan, D., 42, 465, 527, 528  
 Cammer, B. E., 515  
 Campbell, A. G. M., 491, 508  
 Camus, A., 532  
 Cantor, N., 527  
 Caplan, A., 477, 503, 510  
 Capron, A. M., 342, 514, 520  
 Carey, J. S., 523  
 Carlos el Simple, 516  
 Carrick, P., 510, 527  
 Cartwright, S. A., 469, 503  
 Cassel, C., 527  
 Cavell, S., 480  
 Cellarius, C., 461  
 Chaim, W., 507  
 Childress, J. F., 79, 473, 521  
 Churchill, L. R., 460, 527  
 Cirilo de Jerusalén, san, 465  
 Clarke, A. C., 504  
 Clinton, 404, 414, 415  
 Clouser, K. D., 499  
 Cohen, A., 507  
 Collingwood, R. G., 501  
 Constantino, 510  
 Conze, W., 461  
 Cook, Capitán John, 470  
 Copérnico, Nicolás, 33, 441  
 — *De Revolutionibus orbium caelestium*, 441  
 Copleston, F., 457  
 Clanford, R. E., 508  
 Crile, G., Jr., 523
- Cronin, D. A., 509, 525  
 Cullen, W., 236, 238, 240, 497, 522  
 Culver, C. M., 357, 499, 520, 521  
 Cutter, M. A., 503, 515
- Damian, Abad, 476  
 Daniels, N., 460, 472, 530  
 Darwin, C., 33, 442  
 — *El origen de las especies*, 33  
 Delahoyde, M., 510  
 Delkeskamp Hayes, C., 503  
 Denzinger, H., 476, 493  
 Descartes, René, 55, 262  
 Destutt, A. L. C., 455  
 Diamond, E. F., 521  
 Dilthey, W., 208  
 Dinello, D., 510  
 Domin, G., 456  
 Donagan, A., 507  
 Donaldson, J., 468  
 Donceel, J., 489  
 Dorlodot, Canon Henry de, 489  
 Dostoievsky, F., 532  
 Doudera, A. E., 508  
 Drane, J. F., 521  
 Dudo de St. Quentin, 516  
 Duff, R. S., 491, 508  
 Dunn, J. K., 515  
 Dworkin, G., 521
- Eccles, J. C., 513  
 Edelman, N., 461  
 Edelstein, L., 527  
 Edmonds, R., 465  
 Eichhorn, W., 456  
 Eisendrath, S. J., 527  
 Ellington, J., 485, 490, 526, 527  
 Elstein, A. S., 503, 523  
 Elster, J., 456  
 Emery, J., 505  
 Engelhardt, D. von, 503  
 Engelhardt, H. Tristram, Jr., 457, 464, 465, 467, 477, 484, 485, 487, 490, 492, 496, 497, 499, 500, 502, 503, 504, 513, 514, 515, 517, 518, 520, 523, 525, 526, 527, 528, 533, 534  
 Engels, F., 455, 456, 474  
 Etzioni, A., 463  
 Evans, R. G., 415, 528  
 Evdokimov, P., 532

- Fabrega, H., Jr., 497  
 Faden, R., 515  
 Fagot-Largeault, A., 503  
 Feen, R. H., 491  
 Feinberg, J., 520  
 Feinstein, A. R., 231, 500, 503  
 Feldman, D. M., 460  
 Finger, Otto, 456  
 Firth, R., 70, 472  
 Fitzgerald, P. J., 510  
 Flach, W., 496  
 Flathman, R. E., 521  
 Fleck, L., 208, 470, 496  
 Fletcher, J., 303, 505, 511  
 Flourens, M. J. P., 262, 504  
 Foote, P. G., 491, 494, 516  
 Forsmann, W., 367  
 Foucault, M., 239, 241, 502  
 — *The Birth of the Clinic*, 239  
 Frank, C., 461  
 Frankfurt, H. G., 518  
 Freedman, M. H., 523  
 Freud, S., 387  
 Freund, P. A., 522  
 Freund, W., 461  
 Fried, C., 420, 529  
 Friedman, D., 494  
 Fukuyama, F., 457  
 Fumus, B., 362  
 — *Summa Armilla*, 362
- Gall, F. J., 262  
 Gallagher, J., 508  
 Ganzfried, Rabino Solomon, 491  
 Garry, D., 510  
 Gayo, 88, 179, 475, 493,  
 — *Instituciones jurídicas*, 179  
 Gedye, J. L., 500  
 Gelasio, papa, 461  
 Gendle, N., 534  
 Gersz, S. R., 511  
 Gert, B., 357, 497, 499, 520, 521  
 Gilson, E., 517  
 Goethe, J. W. von, 127  
 — *Los sufrimientos del joven Werther*, 127  
 Gorbachev, 456  
 Gracia, D., 503  
 Graham, L. R., 466  
 Gray, J., 85, 473, 474, 505
- Green, R., 472, 530  
 Greenwald, L. M., 532  
 Grier, P., 457  
 Grocio, H., 176, 475, 494  
 Grose, T. H., 526
- Habermas, J., 75, 76, 77, 473  
 — *Theory of Communicative Action*, 75  
 Hadas, M., 524, 526  
 Hagman, D. G., 514  
 Halper, T., 531  
 Hamilton, E., 514, 520  
 Hanson, N. R., 470, 500, 523  
 Hansson, M. G., 490  
 Hapgood, I., 465, 483, 525  
 Harakas, S., 511  
 Hardy, S. B., 509  
 Harpending, H., 534  
 Harris, P., 411  
 Harrison, A. R. W., 510  
 Hart, H. L. A., 250, 503  
 Hartley, O. C., 526  
 Hartmann, H., 331  
 Hartmann, H., 331  
 Hartmann, K., 456, 478  
 Hartshorne, C., 495  
 Hauerwas, S., 484  
 Hausfater, G., 509  
 Hay, D., 461  
 Hayek, F. A., 402, 528  
 Healy, E. F., 466  
 Hegel, G. W. F., 115, 176, 178, 208, 321, 459, 470, 478, 480, 484, 487, 492, 495, 500, 501, 511, 534  
 Heráclito, 32, 460  
 Hersanyi, J., 530  
 Hillers, D. R., 487  
 Hipócrates, 212, 232, 311, 312, 393, 493, 497, 513, 523  
 — *Epidemia*, 311  
 Hirsch, H. L., 506  
 Hitler, 22  
 Hobbes, T., 190, 191, 494  
 Hoffman, R. G., 523  
 Hofmann, H. H., 462  
 Holder, A. R., 490, 506  
 Holmes, L., 505  
 Holton, G., 526  
 Honderich, T., 518  
 Honoré, A. M., 250, 503

- Honoré, T., 469  
 Horan, D. J., 485, 510  
 Hörz, H., 456  
 Hoyt, E. M., 516  
 Hume, D., 388, 389, 391, 464, 486, 487, 526, 527  
 Humphreys, P., 503  
 Huxley, A., 448  
 — *Un mundo feliz*, 448  
 Infield, L., 485  
 Iglehart, J. K., 528, 532  
 Ignacio IV de Antioquía, patriarca, 482  
 Illich, I., 213, 497  
 Inocencio III, papa, 188, 493  
 Jackson, John Hughlings, 172, 262, 491, 504  
 Jackson, R., 475  
 Jaco, E. G., 502  
 Jacobs, L., 487, 521  
 Jakobovits, I., 459, 506, 525  
 Janini, J., 509  
 Jewell, S., 507  
 Johnson, V. E., 518  
 Jonas, H., 362, 363, 368, 522  
 Jones, E., 388, 525  
 Jones, G. E., 491  
 Jones, J. H., 522  
 Jones, W. H. S., 460, 493  
 Jonsen, A. R., 471, 527  
 Josefo, Flavio, 521  
 Joseph, F., 504  
 Juan Crisóstomo, san, 479, 513  
 Juan de Damasco, san, 465  
 Jung, 339  
 Jüngst, E., 503  
 Jurow, R., 507  
 Justiniano, 88, 135, 475, 487, 530  
 — *Instituciones*, 88, 135  
 Kamm, F. M., 507, 528  
 Kant, Immanuel, 50, 77, 115, 116, 117, 118, 119, 130, 152, 153, 154, 163, 172, 175, 279, 390, 450, 458, 459, 464, 465, 466, 474, 477, 478, 479, 480, 484, 485, 486, 487, 488, 490, 491, 492, 495, 506, 517, 518, 526, 534  
 Karo, J., 491  
 Karplus, H., 493, 513  
 Kass, L., 444, 446, 511, 533  
 Kassier, J., 510  
 Katz, J., 363, 522  
 Kawakita, Y., 502  
 Kearney, W., 510  
 Kelly, G., 379, 466, 509, 512, 524, 525  
 Kemp, N., 478  
 Kenny, J. P., 466, 512  
 King, L. S., 501  
 King, N. M. P., 524  
 Knox, T. M., 459, 470, 484, 492, 514  
 Kojève, A., 457, 458  
 Kolder, V., 508  
 Konold, D. E., 469  
 Konstantinov, F. W., 456  
 Koplemand, L., 515  
 Koryagin, A., 503  
 Koselleck, R., 461  
 Kuhn, T., 208, 471, 496  
 Kurtscheid, B., 524  
 La Didajé, 510  
 La Puma, J., 499  
 Laing, S., 484  
 Lakatos, I., 470, 496  
 Lake, K., 488, 510  
 Lampridius, A., 458  
 Langer, W. L., 509  
 Latreille, A., 462  
 Laudan, L., 496  
 Laufman, H. H., 456  
 Lea, H. C., 516, 524  
 Lebacqz, K., 485  
 Leder, D., 499, 502  
 Lehr, G. M., 506  
 Leibniz, G. W., 55  
 Lejeune, J., 488  
 Lenin, 456  
 Levin, H., 463  
 Lewis, W., 504  
 Lichtheim, G., 463  
 Lidz, C., 515  
 Lie, R. K., 531  
 Lieberman, J. R., 507  
 Lindahl, B. I. B., 499  
 Linné, Carl von, 215, 236, 238, 242, 497, 502  
 — *Genera morborum*, 215  
 Locke, D., 518

- Locke, J., 175, 176, 179, 180, 181, 182, 186, 190, 455, 492, 530  
 Lorimer, J. W., 462  
 Lossky, V., 534  
 Louis, P. C. A., 365, 522  
 Luckmann, T., 502, 513  
 Lusted, L. B., 497  
 Lusting, B. A., 460  
 Lutero, Martín, 32  
 Lyotard, J. F., 18, 457, 463  
 MacIntyre, A., 27, 116, 457, 464, 477, 485, 514  
 MacMillan, P., 464  
 Magie, D., 458  
 Magno Aurelio Casiodoro, 461  
 Mall, D., 485  
 Malloy, M., 487, 525, 527  
 Mangan, J. T., 524  
 Matzaridis, G., 534  
 Mao Tse-tung, 256  
 Margolis, J., 499  
 Marmot, M. G., 528  
 Marquis, D., 507  
 Martin, J., 469  
 Marx, K., 321, 455, 456, 474  
 Masius, A., 461  
 Massuni, B., 457, 463  
 Masters, W. H., 518  
 Mathieu, D., 508  
 Mayo, D. J., 525  
 Mazor, M., 507  
 McCarthy, T., 473  
 McCartney, J. J., 489, 500, 509  
 McCormick, R. S. J., 524  
 McMillan, R. C., 508, 509, 510  
 Medearis, D., 505  
 Meier, D. E., 515, 527  
 Meisel, A., 515  
 Mendenhall, G. E., 487  
 Menzel, P. T., 460, 527  
 Mersky, H., 503  
 Merton, R. K., 470, 496  
 Messenger, E. C., 489  
 Mill, J. S., 50, 356, 521  
 Miller, D. L., 470  
 Miller, L. J., 514  
 Milton, J., 330  
 — *El paraíso perdido*, 330  
 Moore, J. H., 462  
 Moore, T., 470  
 Morgagni, G., 239, 502  
 — *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, 239  
 Morreim, E. Haavi, 460, 506, 531  
 Moskop, J. C., 515, 530  
 Motzkin, G., 462  
 Moulin, A. M., 503  
 Mulvihill, M., 515  
 Murphy, E. A., 503  
 Murphy, M. L., 523  
 Musgrave, A., 470, 496  
 Napoleón, 455  
 Nash, A. E. K., 494  
 Nellas, P., 534  
 Nelson, L., 508  
 Newman, H., 528  
 Nicodemus, 468  
 Nietzsche, F., 26, 442, 532  
 Noonan, J. T., Jr., 489  
 Nordenfelt, L., 499, 500  
 Nozick, R., 75, 80, 83, 84, 94, 135, 162, 164, 335, 423, 427, 428, 429, 430, 432, 473, 474, 480, 487, 490, 519, 529, 530, 533  
 — *Anarchy, State and Utopia*, 423  
 Oberman, H. A., 476  
 Ogilvie, W., 180, 492  
 Oleksa, M., 483  
 Olick, R. S., 506  
 Orff, C., 531  
 Osmond, H., 502  
 Pablo, san, 188, 476, 482  
 Paine, T., 180, 476, 492  
 Palamas, G., 534  
 Parson, M., 508  
 Parsons, T., 243, 502  
 Paul, R. H., 507  
 Paz, O., 462  
 Peabody, J., 505  
 Peirce, C. S., 207, 495  
 Pellegrino, E. D., 319, 320, 321, 460, 514  
 Peset, J. L., 503  
 Petit, J., 188  
 Petry, M. J., 495  
 Phillips, R., 462  
 Pinkard, T., 514

- Pío X, Papa, 353, 462  
 Pío XII, Papa, 294, 476, 509  
 Pitcher, G., 480, 490  
 Plante, M. L., 515  
 Platón, 32, 49, 202, 296, 319, 320, 336, 337, 405, 469, 514, 520, 528  
 — *La República*, 202, 296, 405  
 — *Lysis*, 319  
 Popper, K. R. 513  
 Post, R. H., 497  
 Poullier, J. P., 531, 532  
 Protágoras, 444, 533  
 Pucetti, R., 262, 504, 505
- Quill, T., 527  
 Quinn, W., 507
- Rachels, J., 510  
 Ramsey, P., 302, 488, 511, 524  
 Rather, L. J., 502  
 Rawls, J., 71, 72, 75, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 189, 416, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 472, 473, 474, 487, 493, 528, 529, 530  
 — *A Theory of Justice*, 75, 423  
 Reeve, J., 505  
 Reichenbach, H., 484  
 Roberts, A., 468  
 Rollo, 516  
 Romanides, J. S., 461, 476  
 Rorty, R., 86, 87, 89, 475  
 Rosner, F., 459  
 Rosser, S. V., 497  
 Roth, L. H., 507  
 Rousseau, Jean Jacques, 190  
 Rudinow, J., 519  
 Russell, J., 496  
 Russell, N., 534
- Sadler, A. M., 527  
 Sadler, B. L., 527  
 Sandars, T. C., 475, 487, 530  
 Sandys, J. E., 461  
 Sass, Hans-Martin, 363, 522  
 Sauvages de la Croix, F. B. de, 215, 236, 237, 238, 239, 240, 242, 497, 501, 502  
 — *Nosologia methodica sistens morborum classes juxta Sydenhami mentem et botanicorum ordinem*, 236
- Schaffner, K. F., 503  
 Schapira, D., 529  
 Scheuneman, T. W., 515  
 Schieber, G. H., 532  
 Schiedermayer, D., 499  
 Schnitzer, J., 462  
 Schorske, C. E., 462, 463  
 Schrock, T. R., 503  
 Schutz, A., 172, 317, 502, 513, 514  
 Schwartz, W. B., 460  
 Schweitzer, A., 88  
 Scriven, M., 523  
 Scudder, J. R., 464  
 Seckler, A. B., 515  
 Sedgwick, P., 499  
 Seedhouse, D., 532  
 Selgestad, B., 507  
 Sen, A., 479  
 Séneca, 377, 388, 389, 524, 526  
 Sexto Empírico, 510, 533  
 Shaffer, J. A., 490  
 Shaw, A. B., 491, 508  
 Shelp, E. E., 492, 509, 515, 530, 534  
 Sheridan Smith, A. M., 502  
 Sherrad, L., 534  
 Shriner, T. L., Jr., 507  
 Shulman, L. S., 503  
 Sidgwick, H., 471  
 Siegler, M., 502  
 Singer, M., 486  
 Sixto V, Papa, 489  
 Smith, G. F., 508, 528  
 Smith, H. W., 520  
 Smith, Kemp N., 466, 495  
 Smith, R. E., 459  
 Soloff, P. H., 507  
 Sorano, 296, 297, 510  
 Soto, 509  
 Spicker, S. F., 464, 490, 491, 493, 497, 500, 503, 506, 514, 515, 518, 520, 523, 533  
 Spinoza, B., 55  
 Spitzer, R., 238  
 Sprafka, S. A., 503  
 Spurzheim, J. G., 262, 504  
 Stafford, B., 499  
 Stalin, 22  
 Stansfeld, S., 528  
 Stapledon, O., 499, 534  
 — *Last and First Men*, 449

- Steinberg, A., 460  
 Stent, G. S., 469  
 Stern, L., 530  
 Stevenson, C. L., 470, 486  
 Stoneking, M., 534  
 Strosberg, M. A., 460, 531  
 Studnicki, J., 529  
 Sturlason, S., 483, 484  
 Suppe, F., 499  
 Swan, J., 501, 522  
 Sydenham, T., 211, 235, 236, 237, 238, 240, 242, 364, 501, 522  
 — *Observationes medicae*, 237  
 Szasz, T., 520
- Tácito, 388  
 Talley, O., 491  
 Talmud, 524  
 Tan Alora, Angeles, 460  
 Taylor, A. E., 520  
 Taylor, J., 492  
 Temkin, O., 510  
 Tertuliano, 330, 517  
 Thalberg, I., 518  
 Thomas, T. G., 497  
 Thomasma, D. C., 319, 460, 514  
 Tolomeo, 58  
 Tomás de Aquino, santo, 43, 44, 50, 159, 218, 259, 262, 461, 465, 467, 468, 477, 488, 489, 504  
 Toombs, Kay S., 503  
 Toulmin, S., 471, 501, 523  
 Towers, B., 500  
 Toynbee, A., 463  
 Treacher, A., 502  
 Trenn, T. J., 470, 496  
 Trilling, L., 462  
 Truog, R., 505  
 Tucker, G., 475  
 Turnbull, C. M., 470, 473, 517  
 Tursky, B., 490
- Urban, J. A., 523  
 Urbano VIII, papa, 58
- Valentiniano, 510  
 Vasileios, A., 476, 484  
 Vaux, K., 464  
 Vawter, D., 510  
 Veatch, R. M., 460, 472, 530
- Vico, G., 208  
 Vigilnat, L., 534  
 Virchow, R., 239, 502  
 Vlastos, G., 528  
 Vonnegut, K., 448, 533
- Wallace, A. R., 442  
 — *Sobre el origen de las especies por selección natural o la conservación de las razas favorecidas en la lucha por la vida*, 442  
 Wallace, E., 481  
 Wallerstein, E., 521  
 Walters, J., 505  
 Waltz, J. R., 515  
 Warnock, M., 511  
 Wear, S., 515  
 Weed, L., 232, 500  
 Weidemann, S., 464  
 Weir, R. F., 508, 510  
 Weiss, P., 495  
 Welch, G., 435  
 Welch, H. G., 531  
 Wendell, S., 499  
 Wernecke, A., 456  
 Wharton, W. S. L., 470  
 Whitbeck, C., 518  
 Wiener, J. M., 460, 531  
 Wildes, K. W., 471, 474, 527  
 Williams, J., 238  
 Wilson, D. M., 491, 494, 516  
 Winslade, W. J., 523  
 Wittgenstein, L., 479, 480  
 Wöhler, F., 260  
 Wood, A., 459  
 Wood, T., 516  
 Wright, I. S., 464  
 Wright, P., 502  
 Wulff, H., 231, 500, 503
- Yannaras, C., 461  
 Young, I. M., 499  
 Young, R. M., 464, 504  
 Youngner, S. J., 512
- Zaner, R. M., 465, 502, 503, 513  
 Zaphiris, C., 512  
 Zinkin, J., 487  
 Zion, W., 511, 512  
 Zulueta, F. de, 492

## ÍNDICE ANALÍTICO

- Aborto, 15, 16, 44, 45, 78, 83, 84, 90, 97, 99, 121, 122, 156, 167, 186, 249, 273, 278, 279, 280, 303, 304, 306, 307, 367, 392, 398, 435, 439, 459, 488, 491, 506  
 Abstención, 76, 145, 509  
 Agente moral, 132, 154, 156, 170, 171, 173, 260, 261, 269, 270, 274, 275, 299, 330, 331, 361, 490  
 Alcoholismo, 252, 253, 533  
 Alma, 157, 172, 259, 260, 371  
 Alzheimer, 165, 166, 168  
 Amphidromia, 167  
 Antisemitas, 470  
 Argumento trascendental, 94, 480  
 Asesinato, 15, 37, 78, 159, 175, 295, 297, 380, 381, 389, 393, 485  
 Autismo, 130, 487  
 Autonomía, 21, 78, 80, 81, 116, 117, 134, 135, 138, 139, 282, 284, 298, 331, 383, 384, 486, 487, 508  
 Autoridad del gobierno, 89, 190, 191, 197  
 Autoridad moral, 21, 25, 26, 42, 46, 59, 84, 86, 87, 89, 98, 99, 120, 121, 128, 134, 135, 161, 175, 195, 275, 287, 311, 328, 404, 419, 421, 439  
 Bambuti, 72, 283, 434, 473  
 Bebés, 165-171, 175, 177, 274, 488, 505  
 Beneficencia, 25, 47, 112, 113, 115-126, 129-137, 139-152 *passim*, 158, 161, 163, 164, 165, 166, 184, 185, 201, 202, 286, 287, 290, 291, 293, 304, 310, 357, 359, 360, 361, 366, 367, 375, 376, 384, 390, 391, 406, 413, 433, 450, 451, 486, 487  
 Bioética religiosa, 40  
 Bioética, 13, 15-22, 23, 24, 26, 28, 29, 31, 34-37, 39-40 *passim*, 55, 56, 59, 79, 81, 82, 87-91, 95, 96, 99, 103, 109, 110, 114, 136, 170, 195, 207, 253, 320, 442, 447, 453, 457, 460, 477, 483, 490  
 Cáncer, 101, 128, 130, 141, 147, 186, 193, 194, 207, 213, 214, 235, 243, 244, 246-248, 255, 316, 342, 387, 444, 447, 502  
 Catolicismo romano, 462, 464, 467  
*Ceteris paribus*, cláusulas, 59, 62, 218, 295, 381, 415, 529  
 Ciencia, 58, 59, 155, 208, 212, 255, 312, 362  
 Circuncisión, 360  
 Cirugía fetal, 286-288  
 Ciudad-Estado, 469  
 Clorosis, 211  
 Coerción, 34, 43, 181, 193, 196, 197, 366, 391, 517, 524, 530  
 Competencia, 37, 59, 167, 251, 355, 356, 358, 467  
 Comunidad moral, 21, 22, 26, 27, 35, 39, 92, 100, 126, 127, 129, 138, 139, 149, 152, 174, 175, 284, 348, 351, 452, 453  
 Comunidad pacífica, 53, 94, 116, 118, 119, 121, 123, 172, 202, 284, 287, 329, 333, 450, 453, 486  
 Concilio de Constanza, 476  
 Confidencialidad, 310, 371, 376  
 Consentimiento libre e informado, 17, 67, 95, 109, 118, 310, 311, 321, 324, 326, 327, 330, 343, 357, 363, 514, 515  
 Corporaciones, 90  
 Cuidado de la salud/sanidad, 394  
 Deber, 109, 125, 144, 145, 163, 290, 291, 336, 340, 344, 374, 379, 380, 384, 388, 389, 458, 485, 491, 523  
 Decepción, 42  
 Democratización de la realidad médica, 254  
 Derecho a rechazar el tratamiento, 334, 386, 525  
 Derecho a ser dejado solo, 93  
 Derechos, 28, 36, 37, 56, 111, 112, 125, 165, 166, 176, 177, 202, 204, 213, 229, 243, 284, 287, 299, 303, 423, 427, 428, 429, 431, 433  
 Doce Tablas, 296  
 Dolor, 37, 102, 141, 212, 215, 216, 226, 229, 277, 282, 297, 304, 317, 319, 346, 377, 378, 380, 387, 392, 393, 417, 445, 446  
 Drapetomanía, 252  
 Duelo, 389, 390, 526  
 Enfermedad, 37, 60, 99, 100, 102, 106, 109, 141, 147, 148, 165, 166, 194, 205-207, 209-216, 218, 219, 221-230, 232, 233, 235-237, 239, 240-253, 256, 267, 313, 316-319, 323, 331, 350, 364, 365, 371-373, 379, 381, 385, 387, 425, 437, 445, 447  
 Enfermedades venéreas, 233, 235, 314, 371  
 Esclavitud, 192, 494  
 Ética minimalista, 42  
 Ética, 13, 16, 17, 21, 23, 31, 35, 36, 42, 43, 49, 53, 59, 60, 61, 67, 77, 82, 87, 90-94, 102-104, 111, 114-116, 118, 120, 123, 136, 249, 253, 297, 376, 379, 380, 389, 398, 441, 452, 458, 459, 469, 480, 508  
 Eutanasia, 16, 24, 25, 29, 35, 42, 44, 97, 106, 295, 296, 298, 376, 380, 381, 391-394, 398, 435, 509  
 Evolución, 33, 218-223, 232, 234, 242, 258-260, 364, 391, 449, 523  
 Feto (embrión), 156, 159, 162, 165, 166, 173, 249, 274-279, 281, 286, 287, 289, 297-300, 304, 488, 491  
 Filosofía, 7, 15, 18, 26, 37, 40, 77, 123, 127  
 Gobierno, 80, 97, 147, 188, 194-197, 199, 280, 292-294, 323, 350, 366, 411, 413, 415, 417, 420, 432, 469, 474, 491  
 Gracia, 25, 28, 33, 41, 43, 51, 89, 90, 95, 205, 216, 229, 382, 466, 467  
 Herejes, 90, 296, 468, 476, 477  
 Homosexualidad, 207, 210, 213, 215, 218, 221, 233  
 Imperativo categórico, 484  
 Infanticidio, 44, 49, 257, 258, 273, 279, 280, 289, 294, 296-298, 307, 361, 488, 489, 506  
 Ingeniería genética, 35, 230, 443, 448, 451  
 Inmaculada Concepción, 489  
 Inseminación artificial, 60, 102, 302, 304, 444, 459, 499, 511  
 Intersubjetividad, 59, 113, 208, 226, 245, 478  
 Intuición, 52, 61, 63, 68, 74, 94, 167, 195, 295, 479  
 Investigación, 16, 56, 59, 65, 109, 136, 146, 148, 362-370, 413  
*Ius gentium*, 475, 476  
 Judaísmo, 29, 219, 459, 511  
 Juramento hipocrático, 313, 371, 393  
 Justicia, 15, 17, 20, 24, 27, 31, 74, 79-84, 86, 88, 135, 136, 181, 189, 196, 198, 399, 401-403, 406, 408, 420, 422-428, 429, 430, 431, 432, 456, 460  
 Kantismo, 162  
 Ley, 32, 43, 52, 61, 78, 82, 88, 192, 198, 249, 250, 251, 289, 291, 296, 355, 382, 410  
 Ley natural, 43, 61, 78, 82, 88, 117, 218  
 Libertad, 17, 20, 21, 75, 78, 80, 81, 102, 104, 112, 116, 133, 134, 135, 142, 143, 146, 191, 343, 345, 353, 361, 366, 390, 424, 426, 430, 431, 432  
 Lotería natural, 75, 107, 407, 408, 409, 412, 425, 427, 433  
 Lotería social, 75, 407, 408, 409, 412, 425, 427, 434  
 Madres de alquiler, 288, 511  
 Manchas de Koplik, 231  
 Manipulación, 226, 234, 253, 333, 335, 443, 501, 518  
 Marxismo, 34, 35, 456  
 Masturbación, 209, 218, 281, 301, 305, 390  
 Medicina, 13, 16, 25, 27, 50, 51, 108, 114, 142, 147-150, 152, 177, 186, 187, 191, 216, 22, 224, 229, 231, 236, 237, 238, 248-252, 254, 255, 257, 265, 296, 310-312, 315, 317, 321, 323, 362, 364, 405, 435, 442  
 Medicina deportiva, 445  
 Médico, como capitán del barco, 395  
 Mennonitas, 67, 126  
 Menopausia, 223, 224, 227, 230



- Mercado negro, 184, 186, 192, 414  
 Metafísica, 33, 43, 61, 154, 218, 256, 464, 484, 529  
 Moral, 15, 17, 18, 19, 20-70 *passim*, 79, 80, 81-84, 86, 112-116, 118, 123, 125-140, 143, 144, 148-158, 167-175, 177, 179, 181, 185-190, 192-199, 200-204, 211, 217, 219, 230, 249, 250-260, 268-282, 284, 285, 287-290, 295, 297, 301, 303, 305, 337, 339-341, 343, 345, 396-406, 408-412, 414-416, 419  
 Moralidad, 15, 16, 17, 18, 20, 56, 57, 58, 72, 74-76, 80, 87-88, 95, 96, 99, 106, 107, 127, 134, 137, 138, 139, 144, 149, 150, 151, 157, 158, 168, 172, 173-179, 182, 184, 185, 187, 189, 200, 201, 288, 290, 306, 307, 319, 441, 448, 449  
 Moralidad judeo-cristiana, 463  
 Moralidad secular, 15, 21, 43, 45, 61, 126, 134, 140, 156, 157, 160, 161, 171, 173, 175, 195, 203, 322, 327, 380, 382  
 Muerte, definición de la, 37, 259, 261, 262, 264, 265, 267, 268, 270-277, 306.  
*Mundus intelligibilis*, 154  
 Necesidades médicas, 409  
 Negligencia, 186, 250, 445, 493, 513, 527  
 Nihilismo, 19, 88, 89, 90, 109, 110, 204, 442  
 Obligaciones, 28, 37, 98, 104, 112, 115, 124, 126, 127, 130, 140, 143-148, 152, 156, 178, 183, 184, 186, 202, 257, 258, 285, 304, 315, 335, 386, 408  
 Ontología, 479, 502  
 Paperas, 212  
 Paternalismo, 310, 350, 352, 355, 356  
 Persona, 22, 25, 31, 38, 89, 93, 122, 123, 138, 148, 156, 159, 161, 165-168, 170-179, 184, 185, 191, 217, 220, 226, 242, 243, 249, 258, 259, 262-277, 281, 282, 284, 285, 287, 288, 290, 291, 294, 295, 298, 299, 300-307, 313, 316-318, 321, 324, 326, 333, 334, 355, 358, 362, 363, 372, 374, 389-391, 393, 394, 396, 410-412, 415, 416, 423-425, 428, 431  
 Perversión sexual, 216  
 Placebo, 313, 347, 348, 369  
 Política pública, 34, 42, 90, 96-98, 109, 110, 137, 138, 140, 146, 185, 197, 202, 203, 213, 289, 291  
 Pornografía, 192  
 Posesión, 55, 57, 70, 175, 180-184, 186, 207, 278, 299, 307, 314, 358, 409  
 Principio de propiedad, 183, 184, 185  
 Principia, 112, 137  
 Principio de autonomía, 21, 80, 81, 117, 383  
 Principio de autoridad política, 201  
 Principio de beneficencia, 81, 109, 115, 117, 118, 120-122, 124-129, 130-133, 137, 139-141, 144, 146, 185, 202, 285, 287, 350, 354, 376, 384  
 Principio de justicia, 52, 80, 135, 136, 429  
 Principios, 38, 52, 53, 72, 79-82, 84, 101, 109, 111-112, 115, 126, 128-130, 133, 134, 136, 137, 239, 260, 261, 285-287, 293, 298, 344, 423, 425, 427-430, 433, 438  
 Privacidad, 372  
 Privilegio terapéutico, 345, 346  
 Problemas clínicos, 214, 219, 229, 234, 244, 247, 501  
 Propiedad, 44, 80, 84, 136, 165, 175, 184-187, 191, 195-197, 199, 202, 203, 273, 277, 278, 405, 406, 409, 427, 428, 433, 452, 453  
 Proscripción, 29, 98, 106, 193, 213, 298, 378  
 Prostitución, 106, 192, 193, 305  
 Razón natural, 88, 466, 467  
 Realidad, 31, 37, 40, 45, 54, 55, 58, 154, 189, 205, 206, 207, 245, 242, 243, 318, 320, 321, 335,  
 Recursos comunes, disposición de, 437  
*Regalis potestas*, 188  
*Res publica*, 23, 481  
 Resolución de una controversia, 89  
 Respeto mutuo, 67, 113, 114, 115, 133, 134, 137-140, 143, 144, 146, 148, 158, 163, 175-179, 184, 185, 187, 193, 197, 202, 337, 339, 352, 354, 370, 382, 390, 427, 450,  
 Revelación, 30, 43, 89, 217, 311, 320, 326, 336, 338-346, 348, 349, 371, 373, 374, 377  
 Revelación, pautas de, 340, 349

- Revoluciones científicas, 470, 495, 496  
 Revolución copernicana, 33  
 Salud, 37, 39, 100, 135, 141, 220, 229, 288, 297, 311, 318-323, 332, 337, 372, 376, 394, 405-407, 409, 412, 413, 426, 442-445, 447, 498  
 Samurais, 64  
 Seguro, 13, 85, 118, 135, 360, 372, 384, 396, 415, 452, 457, 479  
 Sentido moral, 66, 70, 72, 73, 74, 76, 81, 127, 128, 131, 137, 158, 164, 195  
 Simpatía, 158, 163, 164, 411  
 Síndrome de Down, 162, 289, 291, 292, 508  
 Síntoma, 211, 215, 239, 240, 242  
 Sociedad: 22, 27, 32, 34, 35, 89, 91, 94, 182, 185, 213, 217, 299, 310, 311, 349, 356, 450  
 Sodomía, 297  
 Sufrimiento, 28, 37, 47, 75, 164, 168, 216, 377, 378, 380, 381, 416, 417  
 Suicidio, 42, 64, 98, 99, 101, 102, 116, 137, 279, 281, 311, 377, 178, 380-384, 387-394  
 Tabú, 56  
 Teodicea, 380  
 Tratamiento extraordinario, 295, 379  
 Tuberculosis, 207, 226, 227, 229, 235, 250, 418  
 Unidades de cuidados intensivos, 264, 376  
 Vacunación obligatoria, 519  
 Valores, 36, 37, 40, 50, 52, 54-56, 58, 64, 67, 75, 78, 81, 149, 161, 192, 233, 244, 250, 255, 360, 358, 417, 424, 428  
 Venta de órganos, 16, 81, 106, 202  
 Vicios, 104, 107, 450  
 Vida, 20, 23, 26-29, 33, 37, 38, 40, 42, 44, 50, 52, 59, 72, 74, 80, 81, 101, 102, 103, 104, 105, 112, 113, 114, 120, 135-137, 141-145, 147, 149, 150, 152, 153, 155-159, 161, 163, 167, 172, 198, 199, 200, 213, 216, 219, 259, 260, 283, 286, 289, 293, 316, 320, 323, 346, 358, 61, 365, 381, 382, 392, 404, 411, 420, 452  
 Virtudes, 65, 67, 99, 167, 272, 449, 450, 451  
 Voluntad de moralidad, 113