

# La ética médica como ética aplicada: una perspectiva desde la contemporaneidad

Arquímedes Oramas Vargas



Todas las universidades de Cuba en una:

República de Cuba. Comisión Nacional de Grados Científicos



**La ética médica como ética aplicada: una perspectiva desde la contemporaneidad**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias  
Filosóficas

Arquímedes Oramas Vargas

Universidad de La Habana



**La ética médica como ética aplicada: una  
perspectiva desde la contemporaneidad**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias  
Filosóficas

Arquímedes Oramas Vargas

Tutor:

Dr. C. Manuel J. Quintana Pérez

Ciudad de La Habana, 2007

170-Ora-E

La ética médica como ética aplicada: una perspectiva desde la contemporaneidad / Arquímedes Oramas Vargas; Manuel J. Quintana Pérez, tutor. -- Ciudad de La Habana : Editorial Universitaria, 2008. -- ISBN 978-959-16-0832-1. -- 120 pág. -- Universidad de La Habana. -- Tesis (Doctor en Ciencias Filosóficas).

1. Oramas Vargas, Arquímedes
2. Quintana Pérez, Manuel J.
3. Ciencias Filosóficas

Edición: Dr. C. Raúl G. Torricella Morales

Corrección: Luz María Rodríguez Cabral

Diseño de cubierta: Elisa Torricella Ramirez



Editorial Universitaria del Ministerio de Educación Superior de la República de Cuba, 2008

La *Editorial Universitaria* publica bajo licencia Creative Commons de tipo Reconocimiento No Comercial Sin Obra Derivada, se permite su copia y distribución por cualquier medio siempre que mantenga el reconocimiento de sus autores, no haga uso comercial de las obras y no realice ninguna modificación de ellas. La licencia completa puede consultarse en:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/legalcode>

***Editorial Universitaria***

Calle 23 entre F y G, No. 564,

El Vedado, Ciudad de La Habana, CP 10400, Cuba.

e-mail: [torri@reduniv.edu.cu](mailto:torri@reduniv.edu.cu)

Sitio Web: <http://revistas.mes.edu.cu>

## **Dedicatoria**

El presente trabajo lo dedico en forma especial a mis hijos, los Arquímedes, deseando ser un ejemplo en una vida mejor para heredarles mi pasión por el trabajo y mi deseo permanente de superación. A la compañera de mi vida Araceli Quevedo, por el apoyo permanente y aliento en los momentos difíciles que hemos enfrentado. A mi familia original, Oramas Vargas, encabezada por mi padre Dr. Arquímedes Oramas Sáenz. A mi madre, quien desde algún lugar del universo comparte espiritualmente estos momentos, en los cuales nos mantenemos unidos. A mis hermanas y hermanos: Norma, José Luis, Patricia, Carlos Alberto, Alejandro y Olga, quienes compartieron las enseñanzas iniciales de mi formación.

## **Agradecimientos**

A la gran comunidad de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y a mis compañeros de la Universidad Popular de la Chontalpa, por permitirme seguir contribuyendo a la formación de nuevas generaciones más comprometidas con el desarrollo del Estado de Tabasco.

A los profesores de la Facultad de Filosofía e Historia de la Universidad de La Habana, Cuba, por contribuir a mi crecimiento humano y profesional.

A mi tutor Dr. Manuel Jesús Quintana Pérez, por su apoyo y conducción científica en este ejercicio académico.

A mi amigo, Mtro. Feliciano Hernández Cruz, por su apoyo y orientación en la culminación de este trabajo.

# Índice

Portadilla.....	1
Portada.....	2
Página legal.....	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimientos.....	5
Índice.....	6
Síntesis.....	8
Introducción.....	10
Cuerpo de la Tesis.....	17
<b>1- La ética y sus teorías .....</b>	<b>18</b>
1.1- La ética es un tipo de saber que orienta la acción.....	18
1.2- Modos de saber ético.....	22
1.3- La ética como filosofía moral.....	29
1.3.1- Las éticas procedimentales.....	42
<b>2- El estatuto de la ética aplicada.....</b>	<b>47</b>
2.1- Ética aplicada: razones y circunstancias.....	47
2.1.1- Características de los problemas que enfrenta la ética aplicada.....	50
2.1.2- La institucionalización y el modo de reflexión ética.....	52
2.1.3- El conocimiento propio de la ética aplicada.....	53
2.2- Modelos de aplicación posible pero insuficiente.....	58
2.3- Estructura hermenéutica de la ética aplicada.....	63
2.4- La ética aplicada como ética integrativa.....	67
2.5- El papel público de la ética aplicada.....	69
2.5.1- Derechos humanos.....	70
2.5.2- Medio ambiente.....	70
<b>3- La ética médica como ética aplicada: un enfoque desde el referente deliberativo.....</b>	<b>72</b>
3.1- La ética médica en el contexto de una ética cívica.....	72
3.2- Razones para el desarrollo de una ética médica como ética aplicada.....	74
3.3- Cambios conceptuales recientes en la ética médica.....	77
3.4- Modelos de la relación médico-paciente.....	86
3.5- El consentimiento informado y la participación del paciente en la relación clínica.....	96
Conclusiones.....	107

Recomendaciones.....	111
Bibliografía.....	114
Documentos de consulta.....	120

## Síntesis

El tema de la tesis que vamos a exponer a continuación es, según reza su título, un análisis contemporáneo de la ética médica como ética aplicada. A lo largo de las páginas que siguen será necesario hablar de la moral, la Ética o filosofía moral.

El término moral se usa de distinta manera. Se utiliza como sustantivo para designar un modelo de conducta socialmente establecido, que puede ser estudiado por las ciencias sociales o para referirse a un conjunto de convicciones morales personales, que sirven de base a los juicios morales que cada cual hace sobre los demás y sobre sí mismo. A continuación se resumen las principales conclusiones de la tesis:

La naturaleza de la ética aplicada es la de una hermenéutica crítica de las distintas actividades humanas, a partir de la cual se va descubriendo una intersubjetividad ética a nivel nacional, transnacional y global. Ello demuestra, no sólo el cambio de función de la reflexión ética en la sociedad moderna, sino el de la posición y función de la propia moral. La ética ha dejado de ser considerada una variable independiente que, aparentemente nace fuera de las relaciones sociales y sirve como medida atemporal para enjuiciarlas y se convierte en objeto de una reflexión que ella modifica y, en consecuencia, se institucionaliza. De ahí que se convierta en un instrumento para solucionar problemas sociales.

La hermenéutica crítica podría ser un marco adecuado para una deliberación con fundamento, modelo que asumiría un médico que se considere humanista; pero haciendo presente el momento de lo incondicionado. Esto se logra si contamos con las éticas de fines objetivos y bienes internos a la acción, y con el universalismo deontológico. Este marco permite superar las insuficiencias que vemos en la casuística como en el deliberacionismo de inspiración pragmática de la ética médica. Sin embargo, o bien, los médicos reflexionan sobre el nuevo horizonte ético de las relaciones clínicas y su estructura, de modo que permitan una mayor participación de los que así lo demandan, garantizando una mejor calidad moral, legal y técnica, ó se refugian en los requisitos legales estrictos cerrándose a las consideraciones éticas. Todas las instancias implicadas –administración, organizaciones profesionales, facultades de medicina, etc.– están obligadas a trabajar para que esto último no suceda.

Son insuficientes tanto la propuesta de la nueva casuística como el deliberacionismo de inspiración rawlsiana para que el ejercicio de la razón no se convierta en un ejercicio pragmático acrítico. Por eso consideramos conveniente proseguir la tarea de reconstrucción hermenéutico-crítica de la razón práctica, en la medida en que puede capacitarnos para comprender mejor el sentido de las actividades humanas y propiciar la eficacia social de la ética médica. Pero la hermenéutica crítica, tendrá que tomar en consideración la experiencia sensible y las estructuras racionales sin las que toda comprensión carece de consistencia e inteligibilidad estable. Además, hay que tener en cuenta la experiencia social y cultural, así como lo que puede ir dando de sí la experiencia

personal, que se preguntará por las condiciones del conocimiento moral, y tendrá que ser mediado y reinterpretado a la luz de las circunstancias y contextos concretos.

## Introducción

El tema de la tesis que vamos a exponer a continuación es, según reza su título, un análisis contemporáneo de la ética médica como ética aplicada. A lo largo de las páginas que siguen será necesario hablar de la moral, la Ética o filosofía moral.

El término moral se usa de distinta manera. Se utiliza como sustantivo para designar un modelo de conducta socialmente establecido, que puede ser estudiado por las ciencias sociales o para referirse a un conjunto de convicciones morales personales, que sirven de base a los juicios morales que cada cual hace sobre los demás y sobre sí mismo.

Pero también se utiliza el término moral como sustantivo, para hacer referencia de los tratados sistemáticos sobre temas morales, tales como las doctrinas morales concretas (moral católica, budista, etc.) y las teorías éticas (ética aristotélica, kantiana, utilitarista, etc.). Cabe también su uso para referirse a la disposición de ánimo producida por el carácter y actitudes de una persona o grupo, y a la dimensión de la vida humana por la cual nos vemos obligados de tomar decisiones y dar razón de ellas.

Por su parte, se usa el término Ética, para hacer referencia a la disciplina filosofía moral y ética con minúscula al hablar de una teoría. Consideramos útil la distinción entre moral y ética, puesto que se trata de dos niveles de pensamiento y lenguaje a cerca de la acción moral. La Ética o filosofía moral trata de aclarar por qué hemos de comportarnos moralmente y qué consecuencias podemos sacar de la respuesta a esta pregunta para la vida cotidiana. Le preocupa saber cuál es la racionalidad de la moral, lo que no significa que las personas son sólo seres racionales: los seres humanos poseemos a la vez sentimiento y razón.

El criterio básico es que los filósofos morales al intentar cumplir las tareas que competen a la ética han elaborado distintas teorías. Todas se ocupan de los mismos temas: los deberes, los valores, las normas, la libertad, la felicidad, la justicia, las virtudes y los fines de la conducta. Sin embargo, cada una de estas teorías articula estos elementos de distintos modos porque utilizan diferentes métodos y porque cada una de ellas considera alguno de estos elementos como central y los restantes dependientes de él. Así, algunas teorías creen que lo más importante en moral son los deberes y otras piensan que son la felicidad y justicia. Conocer esta diversidad de teorías es muy útil. En el capítulo I nos ocupamos acerca del por qué nos comportamos moralmente según estas teorías. En el capítulo II nos ocupamos del sentido de su aplicación.

La necesidad, cada vez más fuerte, de dar respuestas con altura humana a problemas como el de la destrucción de la ecosfera, el racismo y la prepotencia, la guerra, el hambre en el mundo, la moral de la política y de los políticos, la conducta de empresarios y periodistas, el sentido de las profesiones y las instituciones, la presunta neutralidad de la economía o los

problemas de la decisión médica en casos de conflicto moral, han desafiado a la ética: o proporciona principios que ayuden a la toma de decisiones o queda descalificada, porque un saber práctico debe ayudar a orientar de algún modo la acción.

No es de extrañar, pues, que la ética aplicada haya pasado a formar parte irrenunciable del saber práctico en las sociedades pluralistas contemporáneas a comienzos del tercer milenio. Saber, que desde la antigüedad se ha caracterizado por intentar orientar las acciones de los seres humanos. Si el saber teórico pretende conocer y el saber técnico es saber hacer, el saber práctico es saber obrar, pero no sólo en un momento puntual, sino en el conjunto de la vida personal y compartida. Es el saber que orienta el ámbito humano de la libertad y de las elecciones. De él forman parte ya la bioética, genética, ética económica y empresarial, ética de los medios de comunicación, ecoética e informática, la ética profesional (referida a la sanidad, docencia, abogacía, etc.), así como reflexiones éticas sobre fenómenos centrados en la vida humana, como las actividades de consumo y deportivas.

Son las sociedades moralmente pluralistas las que han exigido su aparición y actuación, porque necesitan este saber interdisciplinar, como también presionan su presencia activa en la vida pública. En el debate abierto sobre problemas que nos afectan a todos los seres humanos el ejercicio de la razón pública es indispensable. Y para nutrirla de información, reflexión y orientaciones, la presencia activa de la ética aplicada es un bien de primera necesidad.

La ética aplicada surge a partir de demandas de las distintas instancias sociales y posee una peculiaridad propia frente a las teorías éticas tradicionales. Y es que limita su ámbito de prescripción a las cuestiones exigibles por una ética cívica y no se entromete en los proyectos personales de vida. Tiene la estructura circular propia de una hermenéutica crítica, esto es, no parte de unos primeros principios con contenido comunes, sino que los descubre en los distintos ámbitos de la vida social en los que los principios comunes se modulan de forma distinta en cada uno de ellos. La institucionalización cambia también la forma de reflexión ética y el tipo de problemas a los que se enfrenta la misma, que no quedan reflejados únicamente en teoría sino que exigen solución práctica. La ética aplicada no puede construirse desde una sola teoría ética.

Nuestra tesis, aunque está dirigida básicamente a profesionales de la sanidad, dado que está realizada desde una perspectiva interdisciplinar, puede servir también a empresarios, economistas, y científicos sociales etc., porque a lo largo de toda la tesis veremos que no basta con reflexionar sobre cómo aplicar los principios éticos a cada ámbito concreto, sino que es preciso tener en cuenta que cada tipo de actividad tiene sus propias exigencias morales y proporcionan sus propios valores específicos. No parece conveniente hacer una aplicación mecánica de los principios éticos a los distintos campos de acción –y el sanitario no es una excepción–, sino que es menester averiguar cuáles son los bienes internos que cada una de esas actividades debe aportar a la sociedad y qué valores y hábitos es preciso

formar para alcanzarlos. En esta tarea no pueden actuar los filósofos en solitario, sino que tienen que desarrollarla cooperativamente con los expertos de cada campo (sanitarios, empresarios, periodistas, etc.) La ética aplicada es necesariamente interdisciplinar.

La llamada revolución sanitaria del siglo XX la explican tres razones. En primer lugar, una mayor autonomía y capacidad de decisión del paciente, lo que ha cambiado el paradigma vertical de la relación médico-paciente por otro más horizontal. En segundo lugar, las profundas transformaciones tecnológicas de la práctica médica y los límites del principio de beneficencia. Las nuevas técnicas de soporte vital y en general la nueva tecnología sanitaria, a cambiado también el modelo tradicional de la relación médico-paciente. En tercer lugar, los cambios políticos y económicos de los últimos 30 años, favorecen el establecimiento de un sistema sanitario que ha dado cobertura distinta a los casos de personas recuperables e irrecuperables para el sistema productivo.

Los códigos deontológicos de la ética médica son declaraciones de principios que los profesionales de la actividad sanitaria se comprometen a respetar. Pero la complejidad de los problemas éticos necesita de otros procedimientos. De ahí, que la ética médica, en primer lugar, ha de ser una ética civil o secular, esto es, respetar la libertad de conciencia, por lo que las instituciones sociales y sanitarias están obligadas a establecer unos mínimos morales exigibles a todos. En segundo lugar, debe tener un carácter pluralista, es decir, respetar y reflexionar sobre la diversidad de enfoques y posturas. En tercer lugar, ha de ser una ética autónoma, lo que significa que el criterio de moralidad no puede ser impuesto. Por último, la ética médica como ética debe ser racional pero en términos de una razón ética que se desarrolla con carácter abierto en el doble nivel de un momento a priori o principialista y otro a posteriori y consecuencialista.

Una ética aplicada a cualquier ámbito social propio de una sociedad pluralista, como la contemporánea, tiene que tener en cuenta la moral cívica que rige en tales sociedades, puesto que se trata de una moral que cuenta con sólidos fundamentos filosóficos y que ya reconoce determinados valores y derechos considerados patrimonio común de todos los seres humanos.

Ante lo dicho, necesitamos investigar cuáles son los criterios y procedimientos que la ética sugiere para decidir moralmente lo que consideramos correcto e incorrecto en la práctica de la medicina.

Un referente hermenéutico crítico de deliberación puede capacitarnos para comprender el sentido de la ética médica, pero sólo si se articula al universalismo y al contextualismo, como exige una ética de la responsabilidad.

Desde este referente puede corregirse los excesos y unilateralidades de la ética aplicada, tanto en su versión comunicativa como liberal; y proporcionar un marco adecuado para la deliberación, pero haciendo patente el momento incondicionado, lo que se hace presente

tanto en las éticas deontológicas como eudomonistas. Este marco evita que la deliberación se convierta en mera negociación entre los que más poder tienen en cada contexto.

A partir del problema esbozado y la hipótesis presentada cumplimentamos los objetivos siguientes:

1. Analizar la ética y sus tradiciones, para aclarar la noción de ética aplicada a las organizaciones.
2. Analizar la actividad sanitaria, para saber la forma en que asume los valores propios de una ética cívica.
3. Ofrecer un marco metodológico básico para contribuir a resolver los problemas que trata la ética médica como ética aplicada.
4. Enumerar los puntos de partida y los límites de la práctica clínica para fundamentar el consentimiento informado.

La metodología empleada giró alrededor de importantes documentos como la iniciativa internacional: “Global Compact” (Pacto Mundial), idea promovida por el secretario general de Naciones Unidas, Kofi Annan, durante la Cumbre Económica Mundial de Davos (1999) en virtud de la cuál, las empresas voluntariamente se comprometen a seguir sus 9 principios básicos, de hondo contenido ético, en los ámbitos de los derechos humanos, las normas laborales y el medio ambiente. La también The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Los informes publicados por la President’s Comisión For The Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, conocidos como Making Health Care Decisions, que constituyen elementos paradigmáticos de la labor de la ética médica. Consideramos además documentos de las Comisiones Nacionales de Bioética, relacionados con la ética médica a nivel de cada país (España y Estados Unidos). También fue objeto de revisión una extensa y profunda bibliografía nacional e internacional en torno al tema, que nos permitió construir el marco de análisis tanto en su lógica como en su historia. Para ello nos servimos de la teoría general de la interpretación del filósofo alemán Hans-George Gadamer, y de los modelos de deliberación de Rawls, Gutmann y Thompson. Recoge también una variedad de criterios en debate, expresados en los trabajos de filósofos y médicos europeos y estadounidenses. Entre ellos se destacan los textos de Cortina, García-Marzá, Bayertz, MacIntyre, Appelbaum, Broggi, Gracia, Ezekiel, y Linda Emanuel, Pellegrino y Lorda, entre otros. Dado que el tema que nos ocupa es un producto típico de la cultura norteamericana (una de las primeras que ha tenido que enfrentar el problema del pluralismo de su sociedad), también se recogen criterios de autores como Percival, Hooker, Ross, Rawls, Beauchamp, Childress, Clouser, Jonsen, Toulmin, Sandel y Dworkin, entre otros.

Lo que está en cuestión entre todos estos autores es el estatuto propio de ese nuevo saber llamado ética aplicada, indispensable para que una sociedad pluralista aborde los problemas clínicos a la altura de su conciencia moral.

Conviene decir, sin embargo, que el principal apoyo metodológico provino del método hermenéutico, como se evidencia en el epígrafe 2.4 cuando se analiza lo que consideramos la estructura hermenéutica de la ética aplicada. Es decir, no se trata de aplicar principios generales a casos concretos, ni tampoco de incluir únicamente máximas desde las decisiones concretas, sino descubrir en el propio ámbito de la actividad sanitaria la peculiar modulación del principio común, lo cual nos obliga a practicar la interdisciplinariedad. En las sociedades plurales como las actuales no hay principios con contenidos comunes; tampoco se descubren principios de alcance medio desde la práctica cotidiana, porque la ética aplicada tiene pretensiones de universalidad que rebasan los contextos concretos.

El uso del método hermenéutico en las éticas aplicadas permite integrar en las actividades sociales el momento deontológico, ya que consecuencialismo y deontologismo no se contraponen, sino que el especial valor de los seres humanos es lo que da sentido a las consecuencias de las decisiones que se tomen sobre ellos. Pero ese valor, y los principios éticos de distinto nivel, se descubren en las distintas esferas de la vida social, desde la que también se forja una ética cívica.

Por otra parte, la legitimidad de cualquier actividad social exige también atenerse a un marco jurídico vigente y a las estrategias en juego, aunque la legislación política y jurídica no agota la moralidad. De ahí que hay que atenerse a otras instancias morales como es la conciencia moral cívica alcanzada por la sociedad. Además, el uso del método hermenéutico hizo posible nuestra argumentación crítica a otros métodos utilizados en la ética médica como son el casuismo y el principialismo.

La tesis consta de una introducción, tres capítulos y conclusiones. El capítulo I se titula La ética y sus teorías. En él se aclaran los términos moral y ética, y lo útil de su distinción, así como los modos de saber éticos y sus funciones. Además, se exponen diversas teorías éticas distinguiendo las que dan mayor peso a la felicidad y las que lo conceden a la justicia. Se enumeran también los pasos para diseñar una ética de las organizaciones e instituciones.

El capítulo II se llama El estatuto de la ética aplicada. En él se analiza el nacimiento de la ética aplicada, su estatuto, así como los modelos de aplicación posibles, pero insuficientes. Caracterizamos su estructura, el tipo de problemas a los que se enfrenta y el conocimiento propio de la misma.

El tercero se llama La Ética médica como ética aplicada: un enfoque desde el referente deliberativo. En él, se analiza cómo la ética médica se impregna de los valores mínimos de una ética cívica (libertad, igualdad y solidaridad) incorporándolos a ella como ética pluralista, laica, racional y secular. Se resumen las dos interpretaciones contrapuestas que han orientado la práctica médica en los últimos años: el enfoque de los principios y el

enfoque casuístico. En él se expone el tema que, sin lugar a dudas, constituye el núcleo de lo que se ha dado en llamar revolución sanitaria del siglo XX: el consentimiento informado. Se analizan los modelos de la relación médico-paciente, particularmente el debate acerca de la autonomía del paciente y la toma de decisiones médicas. Revelamos las virtualidades que para la práctica de la ética médica ofrece el enfoque deliberativo.

En las conclusiones se demuestra cómo entre el gran volumen de literatura examinada se ha logrado sistematizar el marco de referencia ético desde el cual se puede afrontar el problema de la actividad sanitaria en nuestra realidad nacional mexicana.

Consideramos que uno de los méritos de nuestra investigación radica en su actualidad y novedad. Por primera vez se ponen en correlación el enfoque hermenéutico y deliberativo con la ética médica. La ética médica, al igual que la medicina misma es una síntesis de teoría y praxis. La teoría puede parecer a veces remota y abstracta, pero no deja de orientar el razonamiento. Los médicos reconocen que la filosofía y las teorías filosóficas han ejercido una poderosa influencia sobre las transformaciones de la medicina. Ni se puede ni se debe volver a los tiempos en que la ética médica se definía por los médicos. Sin embargo, ni se puede ni se debe entregar la tarea a los filósofos o a los juristas, quienes aplican su propio aparato conceptual a los problemas que discuten. Los médicos deben ser conscientes de cuáles son los argumentos filosóficos en que se basan sus colegas cuando promulgan cambios drásticos en la tradición ética médica.

Junto a la consideración hermenéutica y deliberativa de la ética médica el otro aspecto novedoso de nuestro trabajo esté en la evaluación que presentamos de los cuatro modelos que abordan la relación médico-paciente ideal, así como en nuestras recomendaciones acerca de que el modelo deliberativo es el adecuado. Finalmente, también es novedosa la inversión que hacemos del paradigma paternalista, tradicionalmente considerado como el comportamiento ético correcto de un profesional sanitario en lo relativo a información y consentimiento de los pacientes.

En la actualidad se imparten cursos con gran éxito en muchos países a profesionales de la salud, economistas, políticos, periodistas, etc., que se ocupan de temas relacionados con la ética aplicada. Se organizan multitud de seminarios, simposios, reuniones, programas de masters y doctorados, etc. En el ámbito académico nos encontramos con una situación similar: múltiples escuelas de medicina y de otro tipo han incorporado la disciplina de ética médica y muchas facultades universitarias tienen ya créditos específicos para la ética clínica.

Y muy importante: tras la defensa de la Tesis de Maestría del autor: Desafiado el paradigma ético de que es el médico quien tiene que decidir por el paciente, se pusieron en marcha dos importantes centros en la Universidad Popular de la Chontalpa: El Centro Integral de Desarrollo Humano y la Unidad Institucional de Promoción de Salud y Prevención de Accidentes. El primero tiene como objetivos fomentar el crecimiento de la

persona, el despertar de la conciencia humana, el mejoramiento de la calidad de vida y la superación en todos los niveles. La Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Accidentes, coordinará sus actividades con el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Cruz Roja y la Dirección General de Protección Civil.

## **Cuerpo de la Tesis**

## 1- La ética y sus teorías

### 1.1- La ética es un tipo de saber que orienta la acción

Desde sus orígenes entre los filósofos de la antigua Grecia, la ética es un tipo de saber normativo, esto es, un saber que pretende orientar las acciones de los seres humanos. También la moral es un saber que ofrece orientaciones para la acción, pero mientras la moral propone acciones concretas en casos concretos, la ética se remonta a la reflexión sobre las distintas tradiciones morales y sobre las distintas formas de justificarlas racionalmente, de manera que su modo de orientar la acción es totalmente indirecto: a lo sumo se puede señalar qué concepción moral es más razonable y para qué, a partir de ella podamos orientar nuestros comportamientos. Por tanto, en principio, la ética o filosofía moral no tiene por qué tener una incidencia inmediata en la vida cotidiana, dado que su objetivo último es el de esclarecer reflexivamente el campo de lo moral. Pero semejante esclarecimiento sí puede servir de modo indirecto como orientación moral para quienes pretendan obrar racionalmente en el conjunto de su vida.

Para comprender mejor qué tipo de saber constituye la ética –en línea con Aristóteles–, hemos de recordar la distinción acerca de los saberes teóricos y prácticos. Los saberes teóricos (del griego *theorein*: ver, contemplar) se ocupan de averiguar qué son las cosas, qué ocurre de hecho en el mundo y cuáles son las causas objetivas de los acontecimientos. Se trata de saberes descriptivos: que nos muestran lo que hay, lo que es, lo que sucede. Las distintas ciencias de la naturaleza (Física, Química, Biología, Astronomía, etc.) son saberes teóricos en la medida en que lo que buscan es, sencillamente, mostrarnos cómo es el mundo.

Aristóteles decía que los saberes teóricos versan sobre “lo que no puede ser de otra manera”, es decir, lo que es así porque así lo encontramos en el mundo, no porque lo haya dispuesto nuestra voluntad: el sol calienta, los animales respiran, el agua se evapora, las plantas crecen..... todo eso es así y no lo podemos cambiar a capricho nuestro; podemos tratar de impedir que una cosa concreta sea calentada por el sol utilizando para ello cualesquiera medios que tengamos a nuestro alcance, pero que el sol caliente o no caliente no depende de nuestra voluntad: pertenece al tipo de cosas que “no pueden ser de otra manera”.

En cambio, los saberes poiéticos y prácticos versan, según Aristóteles, sobre “lo que puede ser de otra forma”, es decir, sobre lo que podemos controlar a voluntad. Los saberes poiéticos (del griego *poiein*: hacer, fabricar, producir) son aquellos que nos sirven de guía para la elaboración de algún producto, de alguna obra, ya sea algún artefacto útil (como construir una rueda o tejer una manta) o simplemente un objeto bello (como una escultura, una pintura o un poema). Las técnicas y las artes son saberes de ese tipo. Lo que hoy

llamamos “tecnologías” son igualmente saberes que abarcan tanto la técnica –basada en conocimientos teóricos- como la producción artística.

Los saberes poiéticos, a diferencia de los teóricos, no describen lo que hay, sino que tratan de establecer normas, cánones, y orientaciones sobre cómo se debe actuar para conseguir el fin deseado. Los saberes poiéticos son normativos, pero no pretenden servir de referencia para toda nuestra vida, sino únicamente para la obtención de ciertos resultados que se supone que buscamos.

Sin embargo, los saberes prácticos (del griego praxis: quehacer, tarea, negocio), que también son normativos, son aquellos que tratan de orientarnos sobre qué debemos hacer para conducir nuestra vida de un modo bueno y justo, cómo debemos actuar, qué decisión es la más correcta en cada caso concreto para que la propia vida sea buena en su conjunto. Ellos tratan sobre lo que debe haber, sobre lo que debería ser (aunque todavía no sea), sobre lo que sería bueno que sucediera (conforme alguna concepción del ser humano).

En la clasificación aristotélica, los saberes prácticos parecen agrupados bajo el rótulo de “filosofía práctica”, donde se incluye no sólo la ética (saber práctico encaminado a orientar la toma de decisiones prudentes que nos conduzcan a conseguir una vida buena), sino también la economía (saber práctico encargado de la buena administración de los bienes de la casa y de la ciudad) y la política (saber práctico que tiene por objeto el buen gobierno de la polis).

El término moral se utiliza de distintas maneras. En unas ocasiones se utiliza como sustantivo y en otras, como adjetivo, lo que cambia sus significados según los contextos.<sup>1</sup>

El término moral se utiliza como sustantivo (la moral) para referirse al conjunto de principios, preceptos, mandamientos, prohibiciones, valores y reglas de conducta, así como ideales de una vida buena que en conjunto conforman un sistema más o menos coherente, pero específico de un colectivo humano concreto en una determinada época histórica. Como se puede apreciar, en este uso del término, la moral es un sistema de contenidos que refleja determinada **forma de vida**. La moral es concebida como un **modelo de buena conducta socialmente establecido**, que puede ser estudiado por las ciencias sociales. Estas disciplinas adoptan un enfoque empírico y establecen un saber teórico, mientras que la ética pretende orientar indirectamente la acción y, por tanto, se denomina como saber práctico.

Se utiliza asimismo como sustantivo, cuando el término moral se refiere al conjunto de convicciones y pautas de conducta que suelen conformar un sistema más o menos coherente y sirve de base para los juicios morales que cada cual hace sobre los demás y sobre sí mismo. En otras palabras, hace referencia al código de conducta personal de

---

<sup>1</sup> Esta sección está basada en Cortina, A. Ética, Ed. Akal, Madrid, 1996; Diccionario de la Real Lengua Española de La Real Academia, 21 edición.

alguien. Los contenidos morales concretos que se asumen personalmente, son el producto de los elementos:

- el patrimonio moral del grupo social al que se pertenece, y
- la propia elaboración personal de lo heredado del grupo, elaboración condicionada por las condiciones socioeconómicas, biografía familiar, temperamento, habilidad para razonar correctamente, etc.

Si bien típicamente los contenidos del código moral personal coinciden con los del código moral social, no es forzoso que así lo sea. Sócrates y Jesucristo constituyen dos buenos ejemplos de esta afirmación.

A menudo se usa también el término Moral como sustantivo, para designar una supuesta “ciencia que trata del bien general, y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia”. Pero lo que existe es una variedad de doctrinas morales (moral católica, moral protestante, moral socialista, etc.) y una disciplina filosófica, la filosofía moral o ética, que contiene una variedad de teorías éticas diferentes e incluso contrapuestas. En cualquier caso, tanto las doctrinas morales como las teorías éticas serían modos de expresar lo que Aranguren llama “moral pensada”, frente a los códigos morales personales y sociales que se asumen realmente por las personas, que constituirían la llamada también por él “moral vivida”. Hemos de insistir en que se trata de dos niveles lógicos. Las doctrinas morales tratan de sistematizar un conjunto concreto de principios, valores, normas y preceptos, mientras que las teorías éticas intentan dar razón del hecho de la moralidad. Las doctrinas morales se constituyen mediante la conjunción de elementos tomados de distintas fuentes, entre los que se destacan:

1. las tradiciones acerca de lo que está bien o mal, transmitida por las distintas generaciones;
2. las confesiones religiosas, con sus correspondientes conjuntos de creencias y sus respectivas interpretaciones y;
3. los sistemas filosóficos (con su correspondiente Antropología filosófica, Ética, Filosofía social y Política).

Al intervenir el tercero de los elementos, los dos niveles lógicos podrían confundirse, pero en rigor deben distinguirse, ya que las doctrinas morales permanecen en plano de las morales concretas (lenguaje-objeto), mientras las teorías éticas aumentan la reflexión al plano filosófico (metalenguaje que tiene a las morales concretas como lenguaje-objeto).

Cabe la posibilidad de utilizar el término moral como sustantivo en género neutro: lo moral. En este caso nos referimos a una dimensión de la vida humana: la dimensión moral, esto es, la faceta compartida por todos que consiste en la necesidad inevitable de tomar decisiones y realizar acciones por las que debemos responder ante los demás, por lo que hay que buscar

orientación en valores, principios y preceptos que constituyen la moral en el sentido expuesto.

Finalmente, en línea con Hierro<sup>2</sup>, expondremos brevemente los dos significados que tiene el término moral **como adjetivo**.

Moral como lo opuesto a inmoral. En este caso moral es usado como término valorativo, porque significa que una determinada conducta es aprobada o reprobada, lo cual presupone la existencia de algún código moral que sirve de referencia para emitir el correspondiente juicio moral.

Moral como lo opuesto a amoral. La conducta de los animales es amoral, puesto que los animales no son responsables de sus actos. Pero los seres humanos en la medida que se les puede considerar “dueños de sus actos”, tienen una conducta moral. Para Hierro, los términos moral y amoral, así entendidos, no evalúan, sino describen una situación: expresan que una conducta puede calificarse moralmente porque reúne los requisitos indispensables para ser puesta en relación con las orientaciones morales (valores, normas, consejos, etc.). La ética tiene que dilucidar cuáles son en concreto esos requisitos o criterios.

A menudo se utiliza el término ética como sinónimo de lo que anteriormente llamamos moral, esto es, el conjunto de principios, normas, preceptos y valores que rigen la vida de los pueblos y los individuos. El término ética procede del griego **ethos**, que originalmente significaba “morada”, “lugar en donde vivimos”, pero luego pasó a significar “el carácter”, “el modo de ser” que una persona o grupo va adquiriendo a lo largo de su vida. Por su parte, la palabra moral procede del latín “mos, moris”, que originalmente significaba “costumbre”, pero después pasó a significar también “carácter” o “modo de ser”. Los términos moral y ética confluyen etimológicamente en un significado casi idéntico: **todo aquello que se refiere al modo de ser o carácter** adquirido como resultado de practicar unas costumbres o hábitos considerados buenos. El uso de los términos moral y ética como sinónimos denota las referencia a algún código moral concreto (lo que hemos llamado “la moral”).

Adoptaremos el término **Ética** con mayúscula para referirnos a la disciplina filosofía moral y el de **ética** con minúscula al hablar de alguna teoría ética. Mantendremos el término moral para denotar los distintos códigos morales concretos. Consideramos la distinción muy útil, puesto que se trata de dos niveles de reflexión diferente, así como dos niveles de pensamiento y lenguaje acerca de la acción moral. Así, la **Ética** o filosofía moral trata de aclarar en qué consiste lo moral, por qué hemos de comportarnos moralmente y que consecuencias podremos crear de la respuesta a esta pregunta para la vida cotidiana. Le preocupa averiguar, por tanto, cual es la **racionalidad de lo moral**. Esto no quiere decir que las personas son sólo seres racionales: los seres humanos poseemos a la vez

---

<sup>2</sup> Hierro, J. : Problemas del análisis del lenguaje moral, Tecnos, Madrid, 1970

**sentimiento** y **razón**, de modo que ni nuestros sentimientos son puramente racionales ni nuestra razón fría e insensible. Lo dicho se pone en claro cuando elegimos, porque en ese hecho se pone en movimiento tanto nuestra capacidad de **desear** como nuestra **inteligencia** y razón, es decir, si tomamos decisiones es porque deseamos cosas, pero también deseamos hacer elecciones razonables.

## 1.2- Modos de saber ético

Ahora bien, las expresiones “racional” y “obrar racionalmente” son más complejas de lo que parece, porque a lo largo de la historia han ido ganando multiplicidad de significados, que son los que han hecho que el saber ético se entendiera de diferente manera. De explicitar estos modos del saber ético nos ocuparemos a continuación.

Suele decirse que los modos de saber ético son fundamentalmente dos: aprender a tomar decisiones **prudentes** y aprender a tomar decisiones moralmente **justas**.

*Obrar racionalmente* significa, en principio, saber deliberar antes de tomar una decisión con el fin de realizar la elección más adecuada y actuar según lo elegido. Quien no reflexione antes de actuar sobre los distintos cursos de acción y sus resultados, no obra racionalmente.

La ética, en un primer sentido, tiene por tarea mostrarnos cómo **deliberar** con objeto de hacer buenas elecciones. Sin embargo, no se trata de elegir bien, en un caso concreto, sino en el conjunto de nuestra vida. De ahí que la ética invite desde sus orígenes en Grecia a **forjarse un buen carácter**, para tomar buenas decisiones, como indica el propio término “ética”, que significa fundamentalmente “concretar” o “modo de ser”. El carácter que un individuo tiene es decisivo para su vida porque, aunque los factores circunstanciales le condicionen en un sentido u otro, el carácter desde el que los asume es el centro último de decisión. Heráclito decía que: “el carácter es para el hombre su destino”: según el carácter que una persona tenga, enfrentará la vida con ánimo o desánimo, con ilusión y esperanza o con pesimismo o amargura.

Sin duda las “circunstancias” también influyen, como dice Ortega y Gasset “yo soy yo y mis circunstancias y si no salvo mis circunstancias, tampoco me salvaré yo”. Cosa que no puede hacerse sino desde un carácter que se encuentra “alto de moral”, en forma, como indica la expresión “moral”, que significa lo mismo que “ética” o “modo de ser”. Tanto el vocablo griego *ethos* como el latino **mos** viene a significar “carácter”, costumbre, lugar desde el que los seres humanos proyectan su vida. Por eso en la vida cotidiana hablamos indistintamente de “valores morales-valores éticos” o “normas morales- normas éticas”. En ambos casos nos estamos refiriendo a valores y normas de los que nos podemos apropiar activamente o que podemos rechazar, porque lo moral y lo ético siempre nos refieren a valores, actitudes o normas que podemos elegir. Desde el origen griego de la ética occidental cabe distinguir en el mundo humano entre el **temperamento** (*pathos*),

constituido por aquellos sentimientos y actitudes con los que nacemos y que no se pueden cambiar, y el **carácter** que cada uno se va forjando, el modo de ver del que cada quien se va apropiando a lo largo de su vida al hacer sucesivas elecciones en un sentido.

En efecto, nacemos con una determinada constitución genética y psicológica, que no elegimos, como tampoco el contexto social. De ahí que algunos filósofos hablen de que a cada hombre desde el nacimiento le toca, una determinada “lotería natural” (genética y psicológica) y social, que no elige. Sin embargo, a diferencia de los animales, los hombres nos vemos obligados a modificar nuestra herencia o bien a reforzarla, eligiendo nuestro propio carácter aunque en esa tarea nos encontremos sumamente condicionados. A esa necesidad originaria de elegir el propio carácter es lo que llamamos libertad en un primer sentido del término y, puesto que estamos **condenados** a ser libres, a tener que elegir, lo mejor es que nos esforcemos por hacer buenas elecciones. La libertad de los seres humanos consiste, en principio, en que no estamos determinados a dar una respuesta única a los problemas que se nos presentan, sino abiertos a **crear inteligentemente** un mundo de **posibilidades** y a **elegir** de entre ellas la que consideramos mejor. Seremos más libres cuanto mejor conozcamos el mundo que nos rodea y más dispuestos estemos a idear posibilidades y a elegir sin presiones las que consideremos preferible.

Ahora bien, la configuración inteligente del carácter requiere percatarnos de cuál es el fin que deseamos perseguir en el conjunto de nuestra vida, porque desde él podemos ir fijando entonces los **modos de actuar** que nos permitan alcanzarlo, así como las metas intermedias y los **valores** que es preciso encarnar para llegar tanto a los objetivos intermedios como al fin último. Quien asume qué fines se propone y cuáles son los medios más adecuados para alcanzarlos, y además se habitúa a optar por ellos porque son los que le convienen, ahorra energías y obra racionalmente. Esto no significa convertirse en autómatas, sin capacidad de innovación, porque semejante persona carecería de capacidad de **adaptación y creatividad**, dos características indispensables en la vida humana. Habitarse a hacer buenas elecciones es ser consciente de los fines últimos que se persiguen, acostumbrarse a elegir en relación con ellos y tener la habilidad suficiente para optar por los medios más adecuados para alcanzarlos. Tener conciencia de los fines que se persiguen y habituarse a elegir y obrar en relación con ellos es la clave de una **ética de las personas** y de una **ética de las organizaciones**, muy especialmente, los hospitales.

A esos modos de actuar ya asumidos, que nos predisponen a obrar en el sentido deseado y que hemos ido incorporando a nuestro carácter por repetición de actos, es a lo que tradicionalmente se llama **hábitos**. Cuando están bien orientados reciben el nombre de **virtudes**.

Podemos decir, pues, que la ética, es un tipo de **saber práctico**, preocupado por averiguar cuál debe ser el fin de nuestra acción, para que podamos decidir que **hábitos** hemos de asumir, cómo ordenar las **metas intermedias**, cuáles son los valores por los que hemos de

orientarnos, que modo de ser o **carácter** hemos de incorporar, con objeto de obrar con **prudencia**, esto es, tomar **decisiones acertadas**.

El hecho mismo de que exista el saber ético, indicándonos cómo debemos actuar, es una muestra de que los hombres son **libres** para actuar en un sentido u otro, por muy condicionada que esté nuestra libertad. Como dice la expresión de Kant “si debo, es porque puedo”. En otras palabras, si tengo conciencia de que debo obrar en un sentido determinado, es porque **puedo elegir** ese camino u otro. Por eso la libertad es un elemento indispensable del mundo ético.

A la libertad va estrechamente ligada la **responsabilidad**, puesto que quien tiene la posibilidad de elegir en un sentido u otro, es responsable de lo que ha elegido: tiene que responder de su elección, porque estaba en sus manos evitarla. Cuando las elecciones tienen impacto social, tenemos que responder ante la sociedad. Por eso en este sentido también las organizaciones y las instituciones tienen una responsabilidad innegable. Porque persiguen fines sociales sus opciones repercuten en la sociedad.

**Libertad y responsabilidad** son conceptos indispensables del mundo ético, pero también lo es el elemento del futuro, porque la forja del carácter necesita de tiempo, plantearse fines y metas a largo plazo, desde los que cobran sentido las metas intermedias. Lo que deseamos subrayar es que los proyectos éticos son proyectos de futuro y que sólo desde ellos cobran sentido las elecciones presentes.

Volviendo al tema del carácter, también las organizaciones e instituciones –como las personas- adquieren hábitos y acaban incorporando un **carácter**, que puede ser percibido no sólo por sus miembros, sino por todos aquellos que tienen contacto con ellas. En efecto, cada organización e institución tiene una meta por la que cobra un sentido; de ahí que es más importante averiguar cual es su finalidad, y que sus miembros se esfuercen por alcanzarla, que elaboran reglamentos y normas y porque el sentido de las actividades de una organización e institución viene de sus fines y las normas y reglas sólo pueden fijarse teniendo en cuenta los fines.

El fin de las organizaciones e instituciones es un **fin social**, ya que las organizaciones e instituciones se crean para proporcionar a la sociedad unos **bienes**, por los cuales queda legitimada su existencia en la sociedad. Y en el caso de que no lo hagan, la sociedad tiene el derecho a reclamárselos y, por último a deslegitimarlas.

Sin embargo, cada actividad persigue un tipo de bienes que no se consiguen mediante otras, sino sólo ella los puede proporcionar. Los bienes que procura la actividad sanitaria no son los mismos que proporciona la actividad empresarial, sino que cada una de ellas produce unos bienes por los que cobra todo un sentido y que son los que la sociedad le reclama, porque la actividad existe para proporcionarla. Y, obviamente, estos bienes se obtienen desarrollando determinadas **actividades cooperativas** y también para alcanzarlas unos medios resultan adecuados y otros totalmente inapropiados.

La actividad sanitaria, por ejemplo, persigue los bienes que le son propios cuando busca el bien de los pacientes, eliminando la enfermedad y el dolor en la medida de lo posible. Por su parte, la actividad política cobra su legitimidad social de intentar satisfacer, a través del uso del poder legítimamente adquirido, los intereses universalizables, y no los de determinados sectores.

Cada organización e institución –hospital, empresa, universidad- debe producir los bienes que le son propios y no sustituirlos por los ajenos, porque pierde todo su sentido. Las desvirtuaciones de las distintas actividades ha motivado la pérdida de excelencia en organizaciones e instituciones. Relacionado con la cuestión de no sustituir los bienes internos de unas actividades por las de otras, está el hecho de que las distintas actividades producen también lo que se llama **bienes externos** a ellas, por lo que no son el tipo de bienes que las hace insustituibles, sino que son comunes a todas o algunas de ellas. Nos referimos al poder, el prestigio, el dinero, que pueden lograrse desde cualesquiera de ellas, no siendo privativas de algunas de ellas. Si las diversas actividades se esforzaran por conseguir esta tipo de bienes se hacen homogéneas y las organizaciones pierden su sentido y fines específicos. Es de lamentar que en la actualidad se de la paradoja de un proceso de homogeneidad (mercantilización) de las actividades y las organizaciones, mientras se reclama desde los distintos sectores el derecho a la “diferencia”. También en los hospitales el afán de poder o dinero sustituye en muchas ocasiones la búsqueda del bien interno, que es curar. De ahí que recuperar el sentido de la actividad que le es propia a las distintas actividades, reflexionar acerca de sus bienes internos, así como los medios adecuados para actuar en esa dirección, son condiciones necesarias para **remoralizar la sociedad**. Y esa es la tarea que se propone la ética de las organizaciones e instituciones.

Para diseñar este tipo de ética –según Adela Cortina- sería necesario recorrer los siguientes pasos<sup>3</sup>

1. determinar claramente cuál es el **fin específico**, el bien interno a la actividad que le corresponde y por el que cobra su legitimidad social;
2. averiguar cuáles son los **medios** adecuados para producir ese bien y qué valores es preciso formar para alcanzarlos;
3. indagar qué **hábitos** han de ir adquiriendo la organización en su conjunto y los miembros que la componen para incorporar esos **valores** e ir forjándose un carácter que les permita deliberar y tomar decisiones acertadas en relación con la meta;
4. discernir qué relación debe existir con las distintas actividades y organizaciones;
5. como también los bienes internos y externos a ellas.

---

<sup>3</sup> Cortina, A.: Ética de la empresa, Editorial Trotta, Madrid. 1994, p. 24-25.

Pero a la hora de diseñar los rasgos de una organización y sus actividades –según la autora-, es imprescindible tener en cuenta, además de los cinco puntos mencionados, los dos siguientes:

1. cuáles son los **valores** de la **moral cívica** de la sociedad en la que se inscribe;
2. qué **derechos** reconoce esa sociedad a las personas. Es decir, cuál es la conciencia moral alcanzada por la sociedad.

Ahora bien, ¿cómo una organización toma decisiones moralmente justas? En primer lugar, no basta con respetar la legalidad vigente, porque si bien el derecho es un conjunto de leyes promulgadas de forma legítima, según los procedimientos estipulados en ella, ello no significa que sea **justa**, porque puede haber **derecho injusto**. De ahí la importancia de saber distinguir entre el derecho positivo, que está vigente en una nación determinada, y una **moral crítica universal** que, desde criterios éticos de justicia, puede cuestionar y condenar normas vigentes. En otras palabras, el ámbito de una moral crítica es más amplio que el derecho positivo. A los principios de una moral crítica ha de recurrir una ética de las organizaciones, aunque ha de tener también en cuenta la legalidad vigente. En segundo lugar, no basta tampoco con respetar la conciencia moral alcanzada por una sociedad determinada, ya que el hecho de que en ella no exista sensibilidad hacia determinados derechos, no implica que tengamos que atenernos a convicciones que están por debajo de las convicciones morales generadas por una moral crítica. Ejemplos claros de moral crítica son la teología y la ética de la liberación, en algunos países latinoamericanos, en los que la opresión económica y política ha sido legitimada desde una ideología moral que encubre la opresión. Por ello, para tomar decisiones moralmente justas es preciso atender a la legalidad vigente y a las convicciones morales imperantes, pero además averiguar qué valores y derechos han de ser **racionalmente** respetados.

Esta indagación nos lleva al tercero de los elementos, es preciso encontrar un criterio racional, tarea de la ética, entendida ahora no como un saber que pretende dirigir directamente la acción para forjarse un buen carácter, sino dirigirla indirectamente como filosofía, que nos proporcione el criterio o los procedimientos para decidir cuáles son esos valores y derechos.

Ética y derecho constituyen dos tipos de saber aplicado conectados entre sí pero no identificables. Los conecta el hecho de que son saberes que se interinfluyen y ninguno de ellos nace y se desarrolla aislado del otro, sino que se complementan. De ahí que sea necesario que consideremos brevemente esta relación.

En principio no se trata que moral y derecho manden a cumplir contenidos distintos, sino que cada uno de ellos tiene un modo de ayudar a las personas a realizarse. La diferencia consiste en cuatro elementos formales:

1. Quién es el que promulga el mandato y exige su cumplimiento.

2. Quiénes son los destinatarios.
3. Ante quién debe responder el que lo infringe.
4. De quién se puede esperar obediencia.

Pero la ética aplicada a las distintas actividades y profesiones, como es el caso de la ética médica, presenta una peculiaridad en relación con estos cuatro puntos. Ya dijimos que cada actividad tiene sentido porque se dirige a obtener unos bienes internos a ella, y para alcanzarlos es conveniente adoptar una estrategia y no otra, así como desarrollar unos hábitos y no otros. Por lo que el interesado al incorporarse a ella ha de ser consciente de cuáles son los bienes que le son propios y qué estrategias debe asumir para alcanzarlos.

Comentaremos de manera breve las semejanzas, diferencias y la complementariedad de ambos saberes.

En lo que atañe a las semejanzas podemos señalar las siguientes:

1. Ambos son saberes prácticos que intentan orientar la conducta individual e institucional.
2. Ambos se sirven de normas para orientar la acción, el derecho lo hace a través del ordenamiento jurídico y la ética se ocupa de normas de justicia.
3. Las semejanzas crecen cuando algunas éticas, como lo hace la ética discursiva, insisten en que la ética debe ocuparse de normas y determinar los procedimientos que garanticen su justicia.

Dos son las diferencias que mas nos importan:

1. Que las normas jurídicas difieren por su forma, su origen, quién obliga, qué tipo de sanción debe recibirse de ser violadas y de quién cabe esperar el cumplimiento
2. Las normas jurídicas son promulgadas por órganos competentes del estado que es la autoridad legítima para exigir su cumplimiento por medio de coacción teniendo el poder de castigar a los trasgresores.

El derecho se basa en una coacción externa al individuo y la transgresión se acompaña de una sanción también externa. Mientras que en el caso de la moral quién infringe una norma se siente culpable ante su conciencia así, una persona puede considerar una ley jurídica inadecuada pero cumplirla por miedo a la sanción, mientras que la obligación moral deriva del convencimiento de que la norma es correcta. Esto, presenta una seria dificultad para la ética médica en concreto, porque es la actividad sanitaria y la propia organización sanitaria la que exige un tipo de valores, principios y actitudes que obliga a quien se incorpore a ella. Luego la obligación surge no de la persona misma, sino de la actividad correspondiente, y quien desee participar en la actividad sanitaria debe asumir su forma de conducta, porque es la que permite acceder a los bienes internos.

Tratándose de la ética médica, conviene a lo ya señalado los puntos siguientes:

1. Quien exige una forma determinada de comportamiento es la actividad sanitaria misma y el tipo de organización que ella adopte.
2. Quienes participan en la actividad y en la organización sanitaria son los destinatarios de esas exigencias.
3. Tales destinatarios deben responder de la ratificación o no de las exigencias ante la sociedad por la que la actividad sanitaria queda legitimada.
4. Es de aquellos que participan en la actividad sanitaria de quienes se esperan que actúen según las exigencias morales

Por último, en lo que respecta en la complementación entre ética y derecho tenemos que decir lo siguiente:

1. El derecho sólo afecta a los miembros de un estado
2. El derecho se encuentra ante problemas de tiempo y situación.
3. El derecho presenta gran cantidad de vacíos legales.
4. El derecho positivo no tiene por qué ser inmediatamente justo.

Cuanto más compleja son las organizaciones y sus entornos sociales, más grande son los ámbitos en los cuales los mecanismos de control habituales (derecho, jerarquía, remuneración) pierden eficacia y gana en importancia la obligatoriedad de los estándares éticos.

Tampoco es suficiente para tomar decisiones racionalmente justas atender sólo al derecho positivo y a la conciencia moral alcanzada por una sociedad determinada, porque el hecho de que en ella no existe sensibilidad, por ejemplo, hacia determinados derechos humanos, no significa que podemos atenernos tranquilamente a unas convicciones que están por debajo de las convicciones morales generales de una moral crítica.

En este sentido, son claro ejemplo de una moral crítica en algunos países latinoamericanos donde la explotación económica y política han sido legitimada, tanto la teología como la ética de la liberación, las cuales denuncian cómo la opresión legitima sus acciones desde la conciencia moral vigente. Por lo que es importante percatarse de cómo intereses espurios pueden ir generando cierta moralidad difusa, que hace condenar por inmorales a aquellos que más hacen por la justicia y por los derechos humanos. De ahí que para tomar decisiones justas es preciso atender al derecho vigente, a las convicciones morales imperantes, pero averiguar también qué valores y derechos han de ser racionalmente respetados.

### 1.3- La ética como filosofía moral

Moral y ética, tal como las hemos descrito hasta ahora, acompañarán a los hombres desde el comienzo, porque todas las civilizaciones se han preguntado cómo llevar una vida buena y cómo ser justos, aunque las respuestas hayan sido diferentes. Para Zubiri y Aranguren, los hombres poseemos una **estructura moral**<sup>4</sup>, aunque los **contenidos** cambien históricamente. Esto significa que la moral es un tipo de saber que acompaña desde el origen la vida de los hombres, aunque haya ido recibiendo distintos contenidos.

Sin embargo, lo que hacen y deben hacer los filósofos es reflexionar sobre el hecho de que haya moral, como reflexionar sobre religión, ciencia y política. Por eso, como ya dijimos, aunque los términos moral y ética signifiquen lo mismo etimológicamente, y aunque en el lenguaje ordinario se empleen con similar significado, llamamos ética a la filosofía moral y moral, a secas, a ese saber que acompaña la vida de los hombres haciéndoles prudentes y justos. Se trata de distinguir, como dice Aranguren, entre “moral vivida” (moral) y “moral pensada” (ética).

La Ética o filosofía moral, tiene tres funciones:

1. **Aclarar** qué es lo moral, cuáles son sus rasgos;
2. **Fundamentar** la moral, solo es, tratar de inquirir cuáles son las razones para que los hombres se comporten moralmente;
3. **Aplicar** a los distintos ámbitos de la vida social los resultados de las dos primeras, que es lo que hoy se denomina ética aplicada.

Desde esta perspectiva, la ética médica sería una de las partes de la ética aplicada, la que se ocupa de la actividad sanitaria, en el sentido en que lo hemos hecho hasta ahora.

En la Ética o filosofía moral, podemos distinguir, ante todo dos partes: la fundamentación y la aplicación. La parte de la fundamentación trata de contestar a la pregunta: ¿por qué nos comportamos moralmente?, y son muchas las respuestas que se han dado a lo largo de la historia. En este capítulo tratamos de examinar las más relevantes y en el capítulo siguiente nos ocuparemos de la aplicación.

Los filósofos morales, al intentar cumplir las tareas que competen a la ética, han ido creando distintas teorías. Todas se ocupan de los mismos temas: deberes, valores, normas, libertad, felicidad, virtudes y los fines de la conducta. Sin embargo, cada una de las teorías articula estos elementos de distinto modo porque utilizan distintos métodos y porque cada una de ellas considera algunos de estos elementos como central y los restantes como dependientes de él. Así, algunas teorías creen que lo más importante en moral son los valores, otros creen que son los deberes y otras piensan que es la felicidad. Como conocer

<sup>4</sup> Según esta posición, hay moral porque los hombres tienen que justificar sus respuestas al medio, ya que pueden elegir entre distintas posibilidades de respuesta, y se ven obligados a justificar su elección.

esta diversidad de teorías es muy útil para entender el fenómeno de la moralidad, expondremos algunas de ellas y distinguiremos las que dan mayor peso a la **felicidad** y las que lo conceden a la **justicia**.

Se considera a Sócrates el creador de la ética occidental, pues planteó sus cuestiones fundamentales y los métodos y actitudes para resolverlas. Los filósofos anteriores a Sócrates se habían preocupado sobre todo de investigar acerca del universo; en cambio, el interés de Sócrates se centró en el hombre y en su realización en la vida social. Las razones de este cambio se deben a la evolución política de Atenas, convertida en el siglo V a.C. en una democracia. Ello hizo que los ciudadanos tomaran conciencia de la importancia de la vida pública. Para triunfar en la vida pública era indispensable una buena educación y el dominio de la elocuencia. Precisamente, al amparo de esta necesidad, surgieron los **sofistas** que se tenían a sí mismos por maestros de la virtud, concretamente la “virtud política” o excelencia en la gestión de los asuntos públicos. Pero al mismo tiempo sus doctrinas filosóficas defendían posiciones individualistas y relativistas que conducían de hecho al escepticismo con respecto a la propia noción de virtud política.

En un principio Sócrates fue considerado un sofista puesto que también era una mezcla de filósofo y educador. Sin embargo, él se distinguía de los sofistas por tres importantes rasgos: no cobraba por enseñar, no le importaba la elocuencia y sólo le preocupaba descubrir la verdad de las cosas. Por eso a Sócrates le debemos haber abierto un mundo de posibilidades como las siguientes:

1. La moral no es tanto una cuestión de doctrinas, como de actitudes; la actitud de quien busca la verdad sin descanso, puesto que sólo quien llega a conocer dicho bien puede ponerlo en práctica. En consecuencia, el primer paso para alcanzar la perfección moral es el abandono de actitudes dogmáticas y escépticas, y la consiguiente adopción de una actitud crítica que sólo se deja convencer por el mejor argumento.
2. La verdad habita en el fondo de nosotros mismos y, por eso los métodos para descubrirla son la introspección y el diálogo. Cuentan que en su juventud, Sócrates adoptó como lema de su vida la inscripción que figuraba en el templo de Apolo en Delfos: “Conócete a ti mismo”. En otras palabras, el autoconocimiento era para él la vía idónea para penetrar en los misterios de las cosas, incluidas las cuestiones morales. Pero en este proceso de “alumbramiento de la verdad” nos podemos ayudar mucho unos a otros, del mismo modo que algunas personas ayudan a las parturientas a dar a luz. Por ello llamó su método para buscar la verdad “mayéutica” –es decir, arte de ayudar a parir-.
3. A pesar de que toda verdad encontrada mediante el método mayéutico es revisable, constituye un hallazgo cuya validez sobrepasa las fronteras de la propia comunidad en la que se vive. Es decir, se trata de verdades que pueden valer universalmente,

como orientación para todos los hombres. Por eso desde ellas se pueden criticar las normas de las comunidades concretas. Se da, pues, ya un tímido paso del comunitarismo al universalismo.

4. El objetivo último de la búsqueda de la verdad es la asimilación de los conocimientos necesarios para obrar bien, y de esta manera poder alcanzar la excelencia humana, o lo que es igual: la sabiduría, la felicidad o la vida buena. Sabiduría, virtud y felicidad se identifican en la filosofía socrática. Hasta tal punto creía Sócrates que estos conceptos realmente están ligados entre sí, que nadie que conozca el verdadero bien puede obrar mal. De ahí que la tarea ética consiste en hacer mejores a los ciudadanos.

Bajo la influencia de Sócrates también Platón reflexionó sobre diversos conceptos morales. La verdadera moral ha de ser –según Platón– un conocimiento que preceda al mismo tiempo la vida del individuo y la de la comunidad. Se trata de un tipo de conocimiento que nos orienta para alcanzar la felicidad, pero los seres humanos sólo podemos ser felices en el seno de una comunidad bien organizada. Consecuentemente, lo bueno y lo justo para el individuo no puede ser algo distinto de lo que se descubra como lo bueno y justo para el bien común.

Para alcanzar una ciudad feliz en la que todos y cada uno puedan gozar de su propia felicidad, Platón propone un modelo utópico elaborado por la razón y la imaginación, destinado a servir como referencia a toda persona que pretenda reformar las costumbres e instituciones con el objetivo de mejorar la vida humana individual y colectiva. Este modelo ideal que Platón expone en **La República**, es también una representación ampliada del alma humana. El quiere exponer en primer lugar su visión de la justicia en el gran marco del Estado, para comprender mejor lo que ocurre en el alma humana.<sup>5</sup>

Platón entiende que el Estado está formado por diversos estamentos que cumplen una determinada función dentro del organismo social. Estos estamentos son: 1) **Los gobernantes**, que tiene la función de administrar, vigilar y organizar la ciudad con el fin de que ésta alcance el bien que le es propio. 2) **Los guardianes** o defensores, que tienen la misión de defender la ciudad. 3) **Los productores** (campesinos y artesanos), que desarrollan las actividades económicas. A cada uno de estos estamentos lo caracteriza una **virtud** específica, que les permite realizar su tarea adecuadamente. Así, a los gobernantes los caracteriza la **prudencia** entendida como la sabiduría que se aplica para alcanzar el bien general de la ciudad; a los guardianes y defensores el **valor**, como firmeza en la defensa de la ciudad y en el cumplimiento de las órdenes de los gobernantes; y a los productores, la **moderación** o **templanza** como autocontrol y armonía en el sometimiento voluntario a la autoridad de los gobernantes para que se realice ordenadamente la producción económica. Conviene aclarar que ser moderado no es exclusivo de los productores, por el contrario

---

<sup>5</sup> Jaegir, W. Paideia: los ideales de la cultura griega. F.C.E. México, 1978, Pp. 599

debe estar presente en todos los estamentos, pero tiene un significado especial en los productores, porque ellos están llamados especialmente a obedecer a los otros.<sup>6</sup>

Por otra parte, también son tres las dimensiones que distingue Platón en el alma humana. La dimensión **racional**, que es el componente inteligente, con el que el hombre conoce, y que se caracteriza por su capacidad de razonamiento. La dimensión **irascible**, donde predomina nuestra voluntad; se fundamenta en una fuerza interior que ponemos o no en acción cuando se produce un conflicto entre la razón y los deseos intuitivos. En cuanto a una tercera parte del alma humana, a causa de su multiplicidad de aspectos, Platón no halla un nombre peculiar que aplicarle y la designa por lo que predomina en ella con mayor fuerza, en efecto, la dimensión “apetitiva”, en razón de la intensidad de los deseos concernientes a la comida, a la bebida, al sexo y cuantos otros lo acompañan.<sup>7</sup>

Platón sostiene que la virtud propia del alma racional es la **sabiduría** o **prudencia**. Esta él entiende como un saber que se aplica para alcanzar el bien general del individuo, y que permite la regulación de todas las decisiones del hombre. La parte **irascible** del alma debe superar el dolor y el sufrimiento, así como sacrificar los placeres cuando sea necesario para cumplir con lo que señala la razón. A esta parte del alma le corresponde la virtud de la **fortaleza** o **valor**, entendida como perseverancia y firmeza para seguir los mandatos de la razón. Con respecto al apetito (parte concupiscible del alma), tiene como virtud propia la **moderación** o **confianza**, es decir la capacidad para adicionarse al orden impuesta por la razón.

La virtud de la **justicia** no tiene asignado un lugar determinado en la ciudad, como no lo tiene tampoco en las dimensiones del alma; por el contrario, se presenta como virtud que acoge y armoniza a todo el conjunto de la ciudad y todos los elementos que conforman al individuo: consiste en la armonía y perfecta coordinación con que cada estamento o cada parte del alma realiza la función especial que le corresponde, desarrollándola según su virtud específica. Pero el alma juega el papel determinante, pues la esencia y raíz de la justicia hemos de buscarla en el interior del hombre.<sup>8</sup>

En la teoría ética de Platón se insiste en la noción de un bien absoluto y objetivo, que en su calidad de Idea Suprema en el mundo de las Ideas, constituye la razón última de todo cuanto existe y de toda la posibilidad de conocimiento. En La República, Platón explica de distintas maneras que el Bien es una realidad en sí mismo, algo distinto y separado de las cosas buenas. Él sostiene que sólo aquellos que tengan la capacidad y la constancia adecuadas llegarán a encontrarse con el Bien en sí, experiencia que le proporcionará un tipo de conocimiento superior, que capacita a quien lo posee para gobernar con justicia y

---

<sup>6</sup> Platón, La República, 430d-432<sup>a</sup>.

<sup>7</sup> Ibídem, 580e-d.

<sup>8</sup> Ibídem, 435d-e

rectitud los asuntos de las polis. El resto de las personas encontrarán el tipo de felicidad que le corresponde conforme a las capacidades que tengan, siempre que desempeñen las virtudes propias de su función social.

Sin embargo, la felicidad se dice de muchas maneras. Para Aristóteles –primer filósofo que elaboró tratados sistemáticos de ética- significa lo mismo “obrar bien” que “ser feliz”, identificación que también hacían Sócrates y todos los éticos griegos. Pero sus aclaraciones sobre cómo podemos ser felices son diversas. Ya por esta época se perfilan tres respuestas posibles que permanecen vigentes en la actualidad:

1. Ser feliz es **autorrealizarse**, alcanzar aquellas metas que son propias de un ser humano. Entender de este modo la felicidad se llama **eudemonismo**.
2. Ser feliz es ser **autosuficiente**, valerse por sí mismo sin depender de nada ni de nadie.
3. Ser feliz es **experimentar placer** y conseguir evitar el dolor. Así la entiende la doctrina que se conoce como **hedonismo**.

Ejemplos respectivos de cada una de estas tres formas de entender la felicidad son la ética de Aristóteles, las éticas cínicas y estoicas; y el hedonismo epicúreo y el utilitarista. Si bien Epicuro también busca la autosuficiencia, lo específico de su doctrina es que la felicidad se consigue a través de la obtención del placer.

Aparte de estas discrepancias sobre la naturaleza de la felicidad, entre el eudemonismo y el hedonismo existe un desacuerdo de fondo en cómo llevar a cabo la investigación de la felicidad, que permanece en nuestros días. Tanto Aristóteles como Epicuro pueden servirnos de ejemplo para ilustrar los diferentes puntos de vista.

Aristóteles considera que ser feliz es ser **hombre** en el más pleno sentido de la palabra; por esta razón se preguntará si hay una **actividad** que nos distingue como hombres; ser feliz consistirá en ejercer esta actividad.

Epicuro, por su parte, se preguntará que es lo que mueve a los hombres y mujeres a obrar, porque la felicidad consistirá en conseguirla. Para Epicuro el placer es lo que mueve las acciones de los seres humanos.

De los caminos que siguen Aristóteles y Epicuro para investigar en que consiste la felicidad surgen el **eudemonismo** y el **hedonismo**. Los últimos creen que la felicidad consiste en el placer y en evitar el dolor, mientras que los primeros insisten en que la felicidad consiste en la autorrealización, en alcanzar aquellas metas que son más propias de seres humanos. Lo cual a veces proporciona placer y a veces no, porque el placer consiste en una **satisfacción sensible**, y alcanzar determinadas metas no siempre proporciona una satisfacción de ese tipo.

En el libro I de los diez que componen la **Ética a Nicómaco** plantea Aristóteles el problema clave para este tipo de éticas: cada actividad humana persigue un bien que es, por tanto, un fin, como ocurre con la medicina, que tiene por fin la salud, o con la construcción, que tiene por meta los edificios; pero los distintos fines tienen a su vez otro porque siempre cabe preguntar: “salud, ¿para qué?”, “edificios, ¿para qué?” En esta jerarquía de fines, los subordinados tienen menor importancia porque no se buscan por sí mismos, sino por el fin superior. Suele decirse que el pensamiento griego no soportaba la idea de que una serie de elementos subordinados entre sí fuera infinita. Por eso, según Aristóteles, todas las actividades humanas tienden a un fin, y todos los fines son a su vez medios para un fin último que da razón a los restantes. El fin último natural de las acciones humanas es –a su juicio– la eudaimonía, la buena vida, la vida feliz.

Sin embargo, hay discrepancias a la hora de determinar en qué consiste una vida feliz, ya que unos la cifran en el dinero, otros en recibir honores, etc. De ahí que sea preciso trazar los rasgos que ha de tener una actividad para que la identifiquemos con la felicidad y luego buscar cuál de nuestras actividades los posee. Así, la vida feliz tendrá que ser un tipo de bien **perfecto**, esto es, un bien que persigamos por sí mismo, y no como medio para otra cosa; por tanto, el afán de riquezas y honores no puede ser la verdadera felicidad, puesto que tales cosas se desean siempre como medios para alcanzar la felicidad, y no constituyen la felicidad misma. El auténtico fin último de la vida humana tendrá que ser “**autosuficiente**”, es decir, lo bastante deseable por sí mismo como para que, quien lo posea, ya no desee nada más, aunque eso no excluye el disfrute de otros bienes.

Finalmente, el bien supremo del hombre deberá consistir en algún tipo de actividad que le sea peculiar, siempre que dicha actividad pueda realizarse de un modo excelente. El bien para cada clase de seres consiste en cumplir adecuadamente su función propia. Ahora bien, la actividad que buscamos como clave del bien último del hombre ha de ser una actividad que permita ser desempeñada **continuamente**, pues de lo contrario difícilmente podría tratarse de la más representativa de una clase de seres.

Aristóteles intentará dilucidar cuál es la función más propia del ser humano, y distinguir entre las acciones que tienen el **fin en sí mismas** y las que se realizan con un **fin externo** a ellas.

Aristóteles va mucho más allá del mundo de una comunidad y se pregunta si hay una función propia, no ya del soldado, el gobernante o el músico, sino una **función propia del ser humano como tal**. Si existiera una actividad en la que se expresara esa función, en el desempeño de esa actividad a lo largo de la vida entera consistiría la felicidad.

Por otra parte, las acciones que tienen el fin en sí mismas son más perfectas que aquellas cuyos fines son distintos a ellas. Las acciones más perfectas ni necesitan de algo más, ni hace falta que terminen, porque lo que queremos conseguir con ellas en ellas mismas se

contiene; por eso, si existe una actividad propia del ser humano, que tiene que ser un bien perfecto y autosuficiente, será del tipo de decisiones que tiene el fin en sí mismas.

Todas estas características se encuentran en el ejercicio de la **inteligencia teórica**, que es lo más propio del ser humano, se desea por sí misma y puede ejercerse con continuidad, ya que la satisfacción que proporciona se encuentra en un mismo ejercicio. De ahí concluirá Aristóteles que el ejercicio de la actividad teórica, de la actividad contemplativa, constituye la felicidad.<sup>9</sup>

A reglón seguido Aristóteles admite que no es ése el único camino para alcanzar la felicidad, sino que también se puede acceder a ella mediante el **ejercicio del entendimiento práctico**, que consiste en dominar las posiciones y conseguir una relación amable y satisfactoria con el mundo natural y social en el que estamos integrados. En esta tarea nos ayudaran las virtudes, que Aristóteles clasifica como **dianoéticas**, o de la inteligencia, y **éticas** o del carácter.

La principal virtud dianoética es la **prudencia**, que constituye la verdadera “sabiduría práctica” porque nos permite deliberar correctamente, mostrándonos lo más conveniente en cada momento para nuestra vida (no lo más conveniente a corto plazo, sino para el conjunto de nuestra vida). La prudencia nos facilita el discernimiento en la toma de decisiones, guiándonos en el logro de un equilibrio entre el exceso y el defecto. La prudencia es la guía de las restantes virtudes.

Una persona virtuosa será, casi con seguridad, una persona feliz, pero necesita para ello vivir en una sociedad regida por buenas leyes, porque el **lógos** que nos capacita para la vida contemplativa y para tomar decisiones individuales prudentes también nos habilita para vivir en sociedad. Por eso la ética no puede desvincularse de la política: el más alto bien individual, la felicidad, sólo es posible en una **polis** dotada de leyes justas.

La ética aristotélica se mantiene, con matices, en la ética de Santo Tomás y en el **tomismo**. Sin embargo, el tomismo buscará el bien y el fin del hombre, más que en la metafísica, en la **teología**.

En la actualidad, algunos autores comunitaristas como Mac-Intyre, lamentan que la Ilustración destruyera el esquema aristotélico-tomista, que prestaba racionalidad a las normas racionales, a las normas morales y que se estructuraba en tres momentos:

- Cómo se comportan los hombres.
- Cómo deben ser (cual es su fin, su télos)
- Qué normas deberán cumplir para alcanzar el télos.

---

<sup>9</sup> Ética a Nicómaco, X,8,1178 b

Ante la pregunta “¿por qué debo seguir las normas?” se puede responder razonablemente: porque debes alcanzar el fin que tienes como ser humano. En la época moderna –dice MacIntyre- los filósofos dejarán de hablar del fin del hombre y entonces no habrá razón para que se cumplan las normas. Sin embargo, esta afirmación sólo hasta cierto punto es verdadera, porque en la modernidad se sigue hablando de algún modo del fin del ser humano.

El período posaristotélico es en Grecia un tiempo de desconcierto político y moral por la aparición de los grandes imperios (primero el de Alejandro Magno y después el Imperio Romano), que trae consigo un alejamiento de los ciudadanos respecto a los centros del poder político, con la consiguiente pérdida de interés del individuo por los asuntos de la polis, puesto que ésta ha perdido el protagonismo del que gozaba en los siglos anteriores. Ante el desconocimiento reinante, el estoicismo y el epicureísmo –las dos escuelas filosóficas más importantes del período- tratan de averiguar qué hace a los hombres felices, cifrando en este conocimiento la auténtica sabiduría. Estoicos y epicúreos intentaron responder la pregunta, diseñando un ideal de sabio: es sabio el que sabe ser feliz y es feliz es el que es autosuficiente, pero entienden la autosuficiencia de distinto modo.

Los estoicos<sup>10</sup>, por ejemplo creen que es sabio el que vive según la naturaleza, pero para averiguar el significado de esta afirmación les pareció indispensable cuál es el orden del cosmos, ya que sólo así sabremos comportarnos en él. Para ello recurrieron a un autor muy anterior en el tiempo: Heráclito de Éfeso (siglo VI a V a.C.). para Heráclito, todo ser y todo acontecer ha de tener su fundamento en alguna razón, y dado que la serie de las razones no puede ser infinita, ha de haber una Razón primera, común, que será al mismo tiempo la Ley que rige el Universo.

Los estoicos hacen suya esta concepción cosmológica y sostienen que, dado que tal Razón Cósmica es la Ley Universal, todo está sometido a ella: “es el destino”, una racionalidad misteriosa que se impone sobre la voluntad de los dioses y los hombres, haciendo que todo suceda fatalmente “tal como tenía que suceder”. Esta Razón Cósmica, este “Lógos”, es providente, es decir, cuida de todo cuanto existe. Que el hombre crea en el destino no es – desde la perspectiva estoica-, una superstición, sino la consecuencia obligada de la investigación científica.

Esta cosmovisión tiene como consecuencia lógica la resignación del hombre frente a lo irremediable, como sucede en las tragedias griegas, cuyos personajes obran como si fueran dueños de sí mismos y tuviesen la capacidad de evitar lo que el destino ha fijado para ellos,

---

<sup>10</sup> Esta escuela agrupa las doctrinas filosóficas de un amplio grupo de autores griegos y romanos que vivieron en los siglos III. a.C. y II. d.C. Zenón de Citio –el fundador de esta corriente- abrió una escuela en Atenas en el 306 a.C. , y a partir de ella se fue extendiendo y consolidando una filosofía que contó con figuras tan influyentes como Séneca y el emperador Marco Aurelio. La influencia ha sido enorme, tanto en las éticas modernas como contemporáneas.

pero al final se imponen inexorablemente las determinaciones del oráculo –de la Razón Común o Ley Universal-, y los que han tratado de actuar en contra del orden eterno han de pagar su culpa por intentarlo. La libertad, en este contexto, es el conocimiento y aceptación de la necesidad que rige al Universo.

La propuesta ética de los estoicos puede formularse así: el sabio ideal es aquel que, conociendo que toda felicidad exterior depende del destino, intenta asegurarse la paz interior, consiguiendo la insensibilidad ante el sufrimiento y ante las opiniones de los demás. La **imperturbabilidad** es, por lo tanto, el único camino que nos conduce a la felicidad. Con ello se empieza a distinguir entre dos ámbitos: el de la **libertad interior**, que depende de nosotros, y el del ámbito exterior, que queda fuera de nuestras posibilidades de acción y de modificación.

El sabio estoico es el que consigue asegurarse los bienes internos y despreciar los externos, logrando ser “artífice de la propia vida”. Su idea de libertad interior es un anuncio de la antinomia kantiana.

El epicureísmo, por su parte, es una ética hedonista, esto es, una explicación de la moral en términos de búsqueda de la felicidad entendida como placer, como satisfacción de carácter sensible. Es precisamente Epicuro de Samos (341-270), quien propone al primer modelo de hedonismo filosóficamente maduro<sup>11</sup>. Nuestro autor sostiene que, si el motor de nuestra conducta es la búsqueda del placer, será sabio quien sea capaz de calcular correctamente qué actividades nos proporcionan mayor placer y menos dolor, es decir, quien consiga conducir su vida calculando la intensidad y duración de los placeres, disfrutando de los que tienen menos consecuencias dolorosas y repartiéndolas con medida a lo largo de la existencia. El epicureísmo, nacido en Grecia en período helenístico, se opone al estoicismo: mientras los estoicos cifran el ideal de sabiduría en la **imperturbabilidad**, el epicureísmo lo hará consistir en un goce bien calculado. Dos son, por tanto, las condiciones que hacen posible la verdadera sabiduría y la auténtica felicidad: el placer y el entendimiento calculado. Estas dos raíces son la constante del hedonismo que, si en el caso del epicureísmo es **individualista**, en la modernidad se convertirá en hedonismo social. Lo cual tendrá sus ventajas, porque propiciará reformas sociales con vistas a conseguir el mayor placer, pero también inconvenientes, ya que la distribución de placeres en una sociedad puede hacerse de una forma injusta, de suerte que a unos toque el dolor y a otros el placer. El epicureísmo no sólo ha tenido una gran incidencia en la filosofía sino que, como el estoicismo, es una actitud vital permanente.

El utilitarismo constituye una forma renovada del hedonismo clásico, pero nace en la época moderna de la mano de autores anglosajones y adopta un carácter social del que aquel carecía porque, aunque también cree que el móvil de la conducta humana es la búsqueda

---

<sup>11</sup> Con anterioridad, algunos sofistas y discípulos de Sócrates identificaron el bien humano con el placer, sobre todo el sensual e inmediato.

del placer, considera que los hombres estamos dotados de **sentimientos sociales**, cuya satisfacción es una fuente de placer. Entre estos sentimientos cuenta el de **simpatía**, que consiste en la capacidad humana de ponerse en el lugar del otro, sufriendo con sus sufrimientos y disfrutando con su alegría. El fin de la moral es, por tanto, alcanzar la **máxima felicidad (el mayor placer) para el mayor número de seres vivos**. Por tanto, ante dos cursos de acción, obrará correctamente desde el punto de vista moral quien opte por la acción que proporcione “la mayor felicidad para el mayor número”. Este principio de moralidad –“la mayor felicidad para el mayor número”- es, al mismo tiempo, el criterio para decidir racionalmente. En su aplicación a la vida social este principio, ha estado y lo sigue estando en el origen del desarrollo de la economía del bienestar. Quien primero lo formuló fue un experto en Derecho Penal, Cesare Bancaria, en su libro **Sobre los delitos y las penas** (1764, pero los utilitaristas considerados como clásicos son fundamentalmente Jeremy Bentham (1748-1832), John S. Mill (1806-1876) y Henry Sigwick (1838-1900). En la actualidad, el utilitarismo sigue siendo potente en obras de autores como Smart, Brand, Lyons, en las teorías económicas de la democracia y ha tenido gran influencia en el llamado “Estado de Bienestar”.

Bentham introduce una “aritmética de los placeres” que descansa en dos principios:

1. El placer puede ser medido, porque todos los placeres son cualitativamente iguales. Teniendo en cuenta criterios de intensidad, duración, proximidad y seguridad, se podrá calcular la mayor cantidad de placer.
2. Los placeres de las distintas personas pueden compararse entre sí para alcanzar un máximo total de placer.

Sin embargo, Mill rechaza estos principios y sostiene que los placeres no se diferencian cuantitativamente sino cualitativamente, de manera que hay placeres inferiores y superiores. Sólo las personas que han experimentado placeres de ambos tipos están legitimadas para proceder a su clasificación, y estas personas siempre muestran preferencia por los placeres intelectuales y morales. De ello concluye Mill: “es mejor ser un Sócrates insatisfecho que un cerdo satisfecho”. En su opinión, los seres humanos necesitamos de más variedad y calidad de bienes para ser felices que el resto de los animales.

La forma en que Mill concibe el utilitarismo ha sido calificada de idealista, porque él sobrevalora los sentimientos sociales como fuente de placer hasta el punto de asegurar que, en las desgraciadas condiciones de nuestro mundo, la ética utilitarista puede convencer a una persona de la obligación moral de renunciar a su felicidad individual a favor de la felicidad común.

En los últimos tiempos ha prosperado una distinción importante en el utilitarismo entre:

1. **El utilitarismo del acto**, que demanda juzgar la moralidad de las acciones caso por caso, atendiendo a las consecuencias que provoca cada alternativa.

2. **El utilitarismo de regla**, que recomienda más bien ajustar nuestras acciones a las reglas habituales, ya consideradas morales por la probada utilidad general de sus consecuencias. De este modo ahorramos energías y aprovechamos la experiencia vivida.

Hasta ahora nos hemos concentrado en las teorías éticas según las cuales la moral consiste sobre todo en buscar la felicidad. Otras que veremos a continuación, consideran que el ámbito moral es sobre todo la justicia. Las éticas de la justicia, entienden que la felicidad es un fin dado por naturaleza; y que si los seres humanos sólo nos preocupamos de alcanzarla, entonces es que estamos sometidos a la naturaleza, es decir, somos incapaces de proponernos **nuestros propios fines**. En otras palabras, el afán de **libertad radical** es, pues, el que lleva a estas éticas a repudiar como moral todo fin ya dado por naturaleza, incluida la felicidad.

Por otro lado, “nuestros propios fines” serán aquellos válidos para toda persona. El afán de **universalidad** es la segunda característica de este tipo de éticas. Proponer **fines recíprocamente humanos** y adoptar la perspectiva de la **universalidad** son, pues, los objetivos de estas teorías éticas a la que preocupa la justicia más que la felicidad.

Fue Kant quien adoptó por primera vez esta perspectiva, iniciando la tradición del formalismo ético, preocupado por las formas de las normas morales, y no por los contenidos. En la actualidad sigue viva esta tradición en autores como K. O. Apel, J. Habermas y J. Rawls.

Kant inicia sus reflexiones éticas criticando a las éticas que comienzan su tarea buscando el bien de los seres humanos en la teología (bueno es lo que Dios quiere), en la ontología (bueno es para el hombre cumplir sus fines), en la psicología (bueno es el placer o la satisfacción moral), o en la sociología (bueno es lo que se tramite por educación o lo que determina la constitución de un pueblo). Estas éticas son éticas materiales de bienes, o éticas **heterónomas**, porque **reducen lo moralmente bueno a otro tipo de bien**, que es el que mueve la voluntad. Kant las considera insatisfactorias, entre otras razones porque:

1. No hay en ellas un bien específicamente moral.
2. La voluntad es determinada a obrar por un bien que ella no se ha dado a sí misma, lo cual significa que se comporta pasivamente con respecto a él; por tanto, es heterónoma y no autónoma.
3. Sólo podemos saber cómo debemos obrar si hemos descubierto el bien y sabemos qué hemos de hacer para alcanzarlo;
4. De la experiencia no puede extraerse ninguna norma: de la constatación de que algo es de una determinada manera no se sigue que **deba** serlo.

5. La experiencia es particular, por tanto subjetiva, y no puede pretender intersubjetividad.

Las éticas heterónomas no pueden explicar por qué los hombres tenemos **conciencia** de un tipo de **deberes** cuyo cumplimiento exigimos **incondicionalmente**. Sin embargo, es un hecho que tenemos conciencia de esos deberes; es decir, es un hecho que tenemos **conciencia moral**. La ética no ha de empezar preguntándose en qué consiste el **bien**, sino en qué consiste el deber. Kant descubrió en el terreno de lo moral que no es a partir del bien de donde se deduce qué es deber, sino que **el bien específicamente moral consiste en cumplir el deber**.

La **Fundamentación de la metafísica de las costumbres** y la **Crítica de la razón práctica**, obras importantes para el examen de la ética kantiana empiezan constatando el siguiente hecho: tenemos conciencia de **imperativos categóricos**. Tales imperativos están al servicio de la preservación y promoción de aquello que percibimos como valor absoluto: las personas incluyendo la de uno mismo. A diferencia de los imperativos hipotéticos –que en su forma lógica responden al esquema “si quieres X debes hacer Y”–, los categóricos mandan a realizar una determinada acción de forma universal e incondicionada, y su forma lógica responde a las formas “¡Debes –o “no debes”– hacer X!”. La razón que justifica estos mandatos es la propia humanidad del sujeto al que obligan. Actuar de acuerdo con las orientaciones que ellos establecen pero sólo por no ser castigados supone “rebajar la humanidad de nuestra persona” y obrar de modo solamente “legal”, pero no moral, ya que la verdadera moralidad supone el verdadero respeto a los valores que están implícitos en la obediencia a los imperativos categóricos. Asimismo, actuar en contra de tales imperativos es totalmente inmoral aunque pueda conducirnos al placer o la felicidad, puesto que las conductas que ellos recomiendan o prohíben son las que la razón considera propias o impropias de seres humanos.

¿Cómo puede la razón ayudarnos a descubrir los imperativos categóricos?

Kant advierte que los imperativos morales se hayan ya presentes en la vida cotidiana. La misión de la ética es descubrir sus rasgos formales, para lo cual, él propone un procedimiento. De acuerdo con dicho procedimiento, cada vez que queramos saber si una máxima puede considerarse “ley moral”, habremos de preguntarnos si reúne los siguientes rasgos, propios de la razón:

1. Estar dotada de **universalidad**: “Obra sólo según una máxima tal que puedas querer al mismo que se torne ley universal”. Será ley moral aquella que yo creo que todas las personas deberían cumplir, de modo que no hago conmigo una excepción.
2. Referirse a seres que son **fin en sí mismos**: “Obra de tal modo que trates la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin en sí mismo y nunca solamente como un medio”. Será ley moral la que proteja a seres que tengan un **valor absoluto** (son valiosas en sí y nunca para otra cosa) y son por

tanto, fines en sí mismos, y, no simples medios. Los únicos seres que son fines en sí mismos –a juicio de Kant- son los seres racionales, dado que sólo ellos muestran la dignidad de seres libres.

3. Valer como norma para una **legislación universal en un reino de los fines**: “Obra por máximas de un miembro legislador universal en un posible reino de los fines”. Para comprobar si una máxima es ley moral, es preciso que pueda estar vigente como ley en un reino futuro en que todos los seres racionales se trataran entre sí como fines y no como medios.

Si los seres humanos somos capaces de darnos a nosotros mismos este tipo de leyes, que nos permitan superar el egoísmo y asumir la perspectiva de la universalidad, entonces es que somos **autónomos** y no **heterónomos**.

Las éticas materiales de bienes<sup>12</sup> mostraban al hombre sometido a **leyes naturales**, como la felicidad o el placer, o **sobrenaturales**, pero eran incapaces de explicar que los seres humanos pueden darse sus **propias leyes**, queridas por su voluntad, es decir, que son libres. De ahí, que sólo una ética formal puede dar cuenta de la autonomía humana.

El descubrimiento de la autonomía nos lleva a reconocer la dignidad humana. Los seres que pueden intercambiarse por otros tienen precio, pero un ser autónomo es único y no puede intercambiarse. Por eso no tiene precio, sino dignidad.

Kant afirma que **el bien específicamente moral** consiste en llegar a tener una **buena voluntad**, es decir, una disposición permanente a conducir la propia vida obedeciendo imperativos categóricos, ya que son los únicos que nos aseguran una verdadera libertad frente a los propios miedos, los instintos o cualquier otro factor ajeno a la propia determinación por la razón.

“Buena voluntad” es, por tanto, la de quien desea cumplir con el deber moral por respeto a su propio compromiso con la dignidad de las personas. Por eso se ha hecho célebre la expresión kantiana “el deber por el deber”, que significa que podemos obrar “conforme al deber”, pero no por respeto a él, porque en ese caso actuamos legalmente, pero no moralmente.

El **bien moral**, por tanto, no reside –a juicio de Kant- en la felicidad, sino en conducirse con autonomía, en construir correctamente la propia vida. Pero el bien moral no es para Kant el **bien supremo**: éste último sólo puede entenderse como la **unión entre el bien**

---

<sup>12</sup> La distinción entre éticas materiales y formales es introducida por primera vez por Kant, quien señala que las éticas anteriores a él eran materiales, mientras que la suya es formal. Las éticas materiales se inscriben, a su vez, en éticas de bienes y de valores. Según las éticas de bienes, para entender qué es la moral conviene descubrir el bien o el fin que los seres humanos persiguen, es decir, el objeto de la voluntad, y esforzarse en descubrir su contenido y mostrar cómo alcanzarlo. En el siglo XX aparecerá otro tipo de ética material –la ética material de los valores-, cuyo contenido central no son los bienes, sino los valores.

**moral** –haber llegado a formarse una buena voluntad- y **la felicidad a la que aspiramos por naturaleza**. Pero la razón humana no tiene no puede ofrecernos ninguna garantía de que alguna vez podamos ese bien supremo, en este punto, lo único que puede hacer la razón es remitirnos a la fe religiosa.<sup>13</sup>

La razón no conduce necesariamente a la incredulidad religiosa –siempre dogmática, según dice Kant en el prólogo de 1787 a la **Crítica de la razón pura**-, pero tampoco a una demostración científica de la existencia de Dios. A lo que conduce es a afirmar la necesidad de estar abiertos a la esperanza de que Dios exista, esto es, a afirmar la existencia de Dios como otro **postulado de la razón**, y no como una certeza absoluta. La solución kantiana equivale a decir que no es posible demostrar racionalmente que hay un ser omnipotente que puede garantizar la felicidad a quienes se hagan dignos de ella, pero que la razón no se opone a esta posibilidad. Porque si Dios existe, podrá hacerse realidad el bien supremo de que las personas buenas alcancen la felicidad que merecen, aunque para ello sea necesario un tercer postulado de la razón: **la inmortalidad del alma**. Por otra parte, conseguir que las personas obremos moralmente es una tarea histórica. Por eso la ética de Kant tiene una profunda y rigurosa proyección política.

### 1.3.1- Las éticas procedimentales

El hecho de que tanto los valores como la felicidad puedan considerarse como “muy subjetivas” ha llevado a algunas teorías éticas de nuestros días a recuperar la tradición kantiana, según la cual la ética ha de ocuparse de la vertiente universalizable de lo moral, es decir, de las **normas morales**. Pero, a diferencia de Kant, estas éticas actuales entienden que no es una sola persona quien ha de comprobar si una norma es universalizable, sino **que han de comprobarlo los afectados por ella, aplicando procedimientos racionales** ¿Cuáles son esos procedimientos? Ofrecemos a título de ejemplos dos sistemas éticos, nacidos en la década de 1970.

Si para Kant el punto de partida de la ética era el hecho de la conciencia del deber, ahora partimos también de un hecho: las personas argumentamos sobre normas y nos interesamos por saber cuáles son moralmente correctas. En esas argumentaciones podemos adoptar dos actitudes distintas: 1) la de discutir por discutir, sin ningún deseo de averiguar si podemos llegar a entendernos, 2) la de tomar el diálogo en serio, porque nos preocupa el problema y queremos saber si podemos entendernos. La primera actitud convierte el diálogo en un absurdo, la segunda hace que el diálogo tenga sentido, como una búsqueda cooperativa de la justicia. La conclusión es que cualquiera que pretenda argumentar en serio sobre normas tiene que **presuponer**:

1. Que todos los seres capaces de comunicarse son interlocutores válidos –es decir, personas- y que, por tanto, cuando se dialoga sobre normas que les afectan, sus

<sup>13</sup> Kant, I. Crítica de la razón práctica, libro 2º, cap. II, apartado V.

intereses deben ser tenidos en cuenta y defendidos, por los mismos. Excluir a **priori** del diálogo a cualquier afectado por la norma lo desvirtúa y lo convierte en pantomima.

2. Que no cualquier diálogo nos permite descubrir si una norma es correcta, sino sólo el que se atenga a unas reglas determinadas, que permiten celebrarlo en condiciones de simetría entre los interlocutores. A este diálogo lo llaman discurso.

Las reglas del discurso son fundamentalmente las siguientes:

- “Cualquier sujeto capaz de lenguaje y acción puede participar en el discurso”.
- “Cualquiera puede problematizar cualquier información”.
- “Cualquiera puede introducir en el discurso cualquier afirmación”
- “Cualquiera puede expresar sus posiciones, deseos y necesidades”.
- No puede impedirse a ningún hablante hacer valer sus derechos, establecidos en las reglas anteriores, mediante coacción interna o externa al discurso”.<sup>14</sup>

Ahora bien, para comprobar si la norma es correcta, habrá de atenerse a dos principios:

- El principio de universalización, que es una reformulación dialógica del imperativo kantiano de la universalidad, y dice así:
 

“Una norma será válida cuando todos los afectados por ella puedan aceptar libremente las consecuencias y efectos secundarios que se seguirían, previsiblemente, de su cumplimiento general para la satisfacción de los intereses de cada uno”.
- El principio de la ética del discurso, según el cual:
 

“Sólo pueden pretender validez las normas que encuentran (o podrían encontrar) aceptación por parte de todos los afectados, como participantes en un discurso práctico”<sup>15</sup>

Por consiguiente, la norma sólo se declarará correcta si todos los afectados por ella están de acuerdo en darle su consentimiento, porque satisface, no los intereses de un grupo o individuo, sino **intereses universalizables**. Con lo cual el acuerdo o consenso al que lleguemos definirá las negociaciones o pactos estratégicos. En una negociación los interlocutores se instrumentalizan recíprocamente para alcanzar cada uno sus metas individuales, mientras que un diálogo se aprecian recíprocamente como interlocutores igualmente facultados, y tratan de llegar a un acuerdo que satisfaga intereses universalizables. La meta de la negociación es el pacto de intereses particulares, la meta del

<sup>14</sup> Habermas, J. Conciencia moral y acción comunicativa, pp. 112-113.

<sup>15</sup> Habermas, J. **Conciencia moral y acción comunicativa**. Pp. 116-117

diálogo es la satisfacción de intereses universalizables. Por eso la racionalidad de los pactos es racionalidad **instrumental**, mientras que la **racionalidad de los diálogos es comunicativa**.

En su famosa obra de 1971, **Teoría de la justicia**, Rawls propone entender los principios morales básicos como si fuesen producto de un hipotético acuerdo unánime entre personas libres, racionales e iguales que se hallasen en una situación muy especial, en la que no pudieran dejarse llevar por intereses particulares y al mismo tiempo dispusieran de toda la información de carácter general que fuese indispensable para adoptar principios de justicia adaptados a las particulares condiciones que reviste la vida humana. Esta situación imaginaria es llamada por Rawls “la posición original” y él la concibe como una forma gráfica, de expresar un razonamiento cuyas premisas últimas son las convicciones básicas que todos compartimos acerca de las condiciones ideales que debería satisfacer una negociación cuya finalidad fuese pactar principios morales fundamentales para regir la convivencia y al cooperación mutua en una sociedad **moderna**. **Estas convicciones básicas** (llamadas por Rawls “juicios ponderados en equilibrio reflexivo”) son una especie de “sentido común” en cuestiones morales, esto es, rechazo de todo tipo de discriminación por razón de raza, sexo, ideología, etc., así como la igualdad ante la ley, rechazar los abusos y la violencia injustificada, etc., que Rawls considera fiable y sólido, aunque siempre revisable.

Rawls propone que imaginemos a estas personas cubiertas por un “velo de ignorancia” que les impide conocer sus propias características naturales y sociales: desconocen cuál será su estado físico, su sexo, su grado de inteligencia y cultura, los rasgos psicológicos que van a tener, el tipo de familia que le va a tocar en suerte, las creencias que van a mantener, el proyecto de vida que se van a trazar, etc.

Cada una de estas personas piensa que le puede tocar en el futuro ser el peor situado: pobre, enfermo, miembro de una raza discriminada. Por ello trataría de “maximizar los mínimos”: de proponer unos principios que beneficien al máximo al peor situado, que es lo que Rawls llama “principio maximin”.

La situación que hemos descrito es una situación de equidad, y, por tanto, de justicia, porque proponemos principios poniéndonos en el lugar del peor situado. Rawls considera que, dadas todas estas estipulaciones, las partes contratantes acordarán la adopción de estos dos principios:

**Primer principio:** Cada persona ha de tener un derecho igual al más amplio sistema total de libertades básicas, compatibles con un sistema similar de libertad para todos –igual libertad–.

**Segundo principio:** Las desigualdades económicas y sociales han de ser estructuradas de manera que sean para: a) mayor beneficio de los menos aventajados, de acuerdo con un principio de ahorro justo, -Principio de diferencia- y b) unido a que los cargos y las

funciones sean asequibles a todos, bajo condiciones de justa igualdad de oportunidades – Principio de la justa igualdad de oportunidades-<sup>16</sup>

El primer principio (principio de iguales libertades) ha de tener prioridad sobre el segundo, y la primera parte del segundo (principio de justa igualdad de oportunidades) ha de tener prioridad sobre la segunda parte (principio de diferencia), en el sentido de que no sería moralmente correcto suprimir ni recortar la primera parte de (b) para fomentar la segunda parte. Esta norma de prioridad se expresa diciendo que los principios se encuentran situados en un orden lexicográficos. Pero, ¿por qué acordarían precisamente estos principios y precisamente en ese orden de prioridad? Porque, al tratarse de una situación de incertidumbre –debida al velo de la ignorancia- los contratantes se comportan racionalmente si se aseguran de que, sea cual sea su fortuna en la obtención de bienes naturales y de posiciones sociales, podrán disfrutar de determinados **bienes primarios** (las libertades y derechos básicos, las oportunidades iguales para todos, y los recursos económicos y culturales indispensables para conservar la propia autoestima) para poder llevar a cabo aunque sea mínimamente cualesquiera proyecto de vida.

Estos principios no sólo constituyen el fundamento consensual de todo el ordenamiento jurídico positivo sino, que simultáneamente, son un criterio de interpretación y legitimación de todas las medidas que el Estado tome en torno a la sociedad. De ello se derivan tanto las interpretaciones constitucionales, como las interpretaciones ciudadanas.

La ética de Rawls concibe los contenidos morales que habitualmente aceptamos en las modernas sociedades pluralistas y democráticas como las conclusiones de un procedimiento dialógico entre personas concebidas como seres racionales y autónomos al modo kantiano.

El comunitarismo ético contemporáneo<sup>17</sup> constituye una replica a la ética **procedimentalista**, heredera de Kant. Según las críticas comunitaristas a las teorías éticas liberales de la justicia pueden resumirse en cinco puntos:

1. Las éticas liberales devalúan, descuidan y socavan los compromisos con la propia comunidad, cuando la comunidad es un ingrediente irremplazable en la vida buena de los seres humanos.
2. El liberalismo ético minusvalora la vida política, ya que contempla la asociación política como un bien puramente instrumental, y por ello ignora la importancia fundamental de la participación plena para la vida de las personas en la comunidad política.

---

<sup>16</sup> Teoría de la justicia, p. 341

<sup>17</sup> La denominación genérica de comunitaristas abarca en su seno a un grupo de autores muy heterogéneos (Alasdair Mac Intyre, Benjamín Barber, Michael Walzer y otros), tanto en lo que se refiere a las fuentes de inspiración –en unos casos es Aristóteles, en otros Hegel- como en lo referente a las propuestas políticas de transformación de la sociedad –unos son conservadores, otros reformistas, otros radicales, etc.-

3. La ética liberal no da cuenta de los compromisos y obligaciones, que no se eligen o contraen por contrato, como son las obligaciones familiares y las de apoyo a la propia comunidad.
4. La ética liberal presupone un concepto defectuoso de persona, porque no es capaz de reconocer que el ser humano está “instalado” en los compromisos y valores comunitarios, que lo forman parcialmente a él y no constituyen objeto de elección.
5. El liberalismo ético exalta erróneamente la virtud de la justicia como “la primera virtud de las instituciones sociales” y no se percata de que, en el mejor de los casos, la justicia es una virtud reparadora, sólo necesaria en circunstancias en las que ha hecho quiebra la virtud más elevada de la comunidad<sup>18</sup>.

Sin embargo, estos argumentos que esgrimen los comunitaristas han sido tenido en cuenta por relevantes éticos liberales (Rawls, Rorty, Dworkin), hasta el punto de rectificar sus propuestas anteriores, como es el caso de Rawls. Más aún, ideas que son rechazadas por los éticos comunitaristas, también son rechazadas por los éticos liberales.

Además de las distintas teorías éticas según las cuales el ámbito moral es buscar la felicidad o la justicia, existe un gran número de clasificaciones que tienen en cuenta el elemento que destaca cada teoría ética como central y el método que emplea. Conocerlas es útil para quien quiere aproximarse a la lógica de la acción moral, pero tampoco ninguna de ellas resulta plenamente satisfactoria, en virtud de su unilateralidad.<sup>19</sup> Estas teorías no son objeto de nuestro trabajo.

---

<sup>18</sup> Buchanan, A. Assessing the Communitarian Critique of Liberalism, en **Ethics**, 19,4, pp. 852-882

<sup>19</sup> Kutschera., F. recoge algunas de estas clasificaciones en su interesante libro *Fundamentos de ética*, Madrid, Cátedra, 1989.

## 2- El estatuto de la ética aplicada

### 2.1- Ética aplicada: razones y circunstancias

El discurso descrito en el capítulo I es un discurso ideal, bastante diferente de los diálogos reales, que suelen efectuarse en condiciones asimétricas y de coacción, y en que los participantes no buscan satisfacer intereses universalizables, sino intereses individuales y grupales. Sin embargo, cualquiera que argumenta, preocupado por averiguar en serio si una norma moral es correcta, presupone que ese discurso ideal es posible y necesario. Por eso la situación ideal de habla a la que nos hemos referido es una **idea regulativa**, esto es, la idea de una situación que no sabemos si se dará alguna vez, pero que nuestra razón propone como deseable. Esta idea sirve como meta para nuestra acción y como criterio para criticar nuestras situaciones concretas.

La situación ideal de habla, como idea regulativa, es una **meta** para nuestros diálogos reales y un criterio para criticarlos cuando no se ajustan al ideal.

Urge tomar en serio en las distintas esferas de la vida social la idea de que todas las personas son interlocutores válidos, que han de ser tenidos en cuenta en las decisiones que les afectan, de modo que puedan participar en ellas tras un diálogo celebrado en las condiciones más próximas posibles a la simetría. Serán decisiones moralmente correctas, no las que se tomen por mayoría, sino aquellas en que todos y cada uno de los afectados están dispuestos a dar su consentimiento, porque satisfacen intereses universalizables.

Una aplicación semejante da lugar a la ética aplicada, que hoy en día cubre muchos campos, entre ellos la medicina donde se suscitan muy a menudo los problemas que abordamos en nuestro trabajo.

Esta disyuntiva pone a la ética en una situación incómoda porque, de un lado no puede dejar de orientar la conducta, pero, del otro, tampoco puede convertirse en una moral más de las que componen el vivir de los hombres. Su carácter filosófico debe disuadirle de todo intento de dirigir inmediatamente las acciones, que es la tarea de la moral, de modo que los filósofos deben cuidarse mucho, de usurpar la función de los moralistas y de las personas comunes, sujetos de la acción moral.

Esta disyuntiva pone a la ética en una situación incómoda porque, de un lado no puede dejar de orientar la conducta, pero, del otro, tampoco puede convertirse en una moral más de las que componen el vivir de los hombres. Su carácter filosófico debe disuadirle de todo intento de dirigir inmediatamente las acciones, que es la tarea de la moral, de modo que los filósofos deben cuidarse mucho, de usurpar la función de los moralistas y de las personas comunes, sujetos de la acción moral.

En la actualidad ha cobrado un espectacular protagonismo la llamada “ética aplicada”, cuyo intento es aplicar los principios descubiertos en el nivel de los fundamentados a las distintas dimensiones de la vida cotidiana.

Se ha dicho que hace algún tiempo las gentes esperaban estas respuestas de la religión, pero la experiencia de vivir en sociedades pluralistas, en las que conviven distintas propuestas de vida moral, ha llevado a dirigir los ojos hacia la ética pidiéndole esas respuestas que, **por racionales**, deberían ser **comunes** a todos<sup>20</sup>.

Sin embargo –y aquí empiezan los retos de la ética aplicada-, no existe ninguna ética en la que concuerde el común de los expertos, sino que en el terreno de la filosofía moral existe un pluralismo tan amplio como el que se da en el terreno de lo moral. Por otra parte –y aquí prosiguen los desafíos de la ética aplicada-, como los problemas surgen en los distintos ámbitos de la vida social, dotada de específicas peculiaridades; y como no existe ninguna ética en que concuerde el común de las personas, la reflexión de la ética aplicada funciona más de “abajo arriba” que de “arriba abajo”, más desde la base republicana de las distintas esferas que desde la monarquía del saber filosófico, para decirlo con palabras de Adela Cortina.

Porque el ámbito **ecológico**, por ejemplo, tiene que enfrentarse a problemas específicos como el de contar con la responsabilidad de los grupos, y no sólo de los individuos, con las generaciones futuras y no únicamente con las presentes, o habérselas con toda suerte de revisiones del antropocentrismo<sup>21</sup>, pero el mundo de la **economía** y la **empresa** choca necesariamente con una racionalidad eficaz y competitiva, que puede ser inmisericorde; la **sociedad civil** necesita un mínimo de valores compartidos para sustentar el respeto al pluralismo; los **políticos** han de contar –como decía Maquiavelo- con la **virtud** y la fortuna, perseguir y conservar el poder, pero un poder legítimo; los **periodistas** saben que la información es poder, pero también mercancía, y las distintas **profesiones** toman conciencia de que van olvidando sus fines propios y perdiendo, en consecuencia, el sentido de la profesión<sup>22</sup>.

Desde estas distintas actividades, se ha venido generando en cada una ellas orientaciones que han ido conformando paulatinamente la ética aplicada. Sin embargo, mientras la ética política tiene una larga historia, la ética económica hunde sus raíces en la Modernidad, pero sufre en la actualidad una auténtica transformación<sup>23</sup>, la **bioética**, a pesar de contar con sólo

---

<sup>20</sup> “Razón” es para éste autor la facultad de lo intersubjetivo, es decir, la facultad que los hombres tenemos de poder llegar a acuerdos mediante argumentos.

<sup>21</sup> Martín Sosa, N. **Ética y ecología**; Domingo, A. **Ecología y solidaridad**, Santander, 1991.

<sup>22</sup> Hortal, A. **Ética de las profesiones**. Diálogo Filosófico ns.25 (1993) pp;205-222

<sup>23</sup> Conill, J. **Ética del capitalismo**; también del propio autor, **Ética económica**. **Diálogo filosófico** No. 26. (1998), pp.195-204.

una veintena de años, ya tiene en su haber unos principios internacionalmente aceptados para orientar las decisiones concretas<sup>24</sup>, y la genética –la ética aplicada a la ingeniería genética– da sus primeros pasos<sup>25</sup>

Las respuestas vinieron desde diversos enclaves sociales. Los gobiernos, primero en Estados Unidos, más tarde en Europa y después en otros lugares, formaron comisiones de ética de diverso tipo. Su tarea consiste en elaborar documentos conteniendo recomendaciones y orientaciones éticas. La formación de estas comisiones es un factor central en el desarrollo de la ética aplicada, y su composición es un problema de primera magnitud, porque de su trabajo depende mucho de lo que clasifica como ética cívica. El procedimiento consiste en que los gobiernos invitan, directamente o a través de otras instituciones, a expertos de distintos campos, teniendo en cuenta el enfoque multidisciplinar<sup>26</sup>. Por eso no es extraño que Jonsen y Toulmin digan haber descubierto el valor de la casuística a través de su trabajo en la **National Comisión for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavior Research**, ni que otros hayan entendido trabajando en la **Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida** cómo se descubren los valores compartidos de la ética cívica y cómo se está construyendo una ética cívica transnacional.

La segunda instancia social desde la que se demanda ética aplicada y que colabora en su elaboración son los expertos de las distintas esferas sociales, donde el ejercicio de la actividad profesional exige excelencia. Surgen de esta aspiración los códigos éticos, las auditorías éticas, etc. No es cuestión de eludir las obligaciones jurídicas mediante estos códigos éticos, sino elaborar una autorregulación desde la experiencia de los expertos, contando también con éticos y los afectados o sus representantes por el ejercicio profesional.

La opinión pública es otra de las instancias que reclaman y a la vez elaboran respuestas éticas para cuestiones abiertas. Ética aplicada y opinión pública se encuentran estrechamente unidas. Descubrir valores compartidos y aventurar desde ellos respuestas responsables, son compromisos de los comités de ética de las instituciones públicas, las comisiones y las asociaciones nacionales, que van descubriendo en su funcionamiento cómo un mínimo de acuerdos morales traspasa fronteras y forja una ética global. Los ciudadanos, cada vez más conscientes en sus derechos, exigen que se les respeten en los distintos campos, que las distintas actividades estén a su servicio, puesto que son ellos los que dan sentido a la existencia de la comunidad. Pero también se percatan de que no basta

---

<sup>24</sup> García, D. **Fundamentos de bioética**. Eudema, Madrid. 1988.

<sup>25</sup> Suzuki, D. y Knudtson, P. **Genética** Tecnos Madrid. 1991

<sup>26</sup> Quintana, M. En torno al estatuto de la ética aplicada, en Fung, T. y Pineda, J.D. (Coordinadores) **La nueva ciencia política**. Facultad de Estudios Superiores Acatlán (México) y Universidad de La Habana (Cuba) 2004, pp. 42-43.

con reclamar derechos, sino que es preciso asumir responsabilidades y participar directamente, bien en las distintas esferas, como “legos” en la materia, pero como protagonistas, en tanto que afectados; bien en conferencias de ciudadanos, bien a través de la opinión pública.

Finalmente, también los filósofos morales han entendido el compromiso con la ética aplicada, y lo incluyen en la responsabilidad de la filosofía por su época, por su futuro. Como en las sociedades plurales no existe una sola voz autorizada para definir lo correcto o incorrecto, lo aprendido en las distintas tradiciones éticas constituye un bagaje importante para encontrar las respuestas de las que hemos tratado. Nacida, como se ha dicho, por imperativo de la realidad social, no son sólo una disciplina filosófica, sino que también se ha institucionalizado a través de organizaciones e instrumentos tanto en los estados nacionales como en las comunidades transnacionales. El quehacer público de la ética aplicada muestra, como ya dijimos, la existencia de una ética aplicada transnacional.

### 2.1.1- Características de los problemas que enfrenta la ética aplicada

Desde la perspectiva de Kart Bayertz<sup>27</sup>, existen cuatro características que describen el tipo de problemas a los que se enfrenta la ética aplicada:

1. Evidentemente, su naturaleza es normativa, pues son el resultado de la incertidumbre a la hora de orientar nuestros actos.
2. Todos ellos se caracterizan por el hecho de que se originan a partir de la “vida misma”, es decir, no se trata de problemas hipotéticos que los filósofos proponen para encauzar sus intuiciones, sino son problemas “reales”, que incluso aquellas personas que no son filósofas reconocen como tales y consideran necesario solucionar.
3. Aunque se trate de problemas de carácter normativo, están relacionados de manera compleja con cuestiones empíricas. Por lo que para solucionarlos se necesita estar en posesión de conocimientos precisos sobre las realidades fácticas existentes; para lo cual se hace indispensable la cooperación interdisciplinar.
4. La referencia directa a la realidad implica el hecho de que a menudo se trate de problemas específicos limitados a espacios relativamente pequeños.

Ellos se originan en gran medida, como consecuencia de que los avances científico-técnicos cada vez ofrecen mayores posibilidades de actuación, y respecto de las cuales el conjunto convencional de normas y valores morales no ha elaborado criterios de juicio suficientes. Basta recordar las técnicas con que ya contamos (fecundación artificial, y fecundación **in vitro**, transferencia de embriones, madres de alquiler (alquiler de úteros), clonación, etc.),

---

<sup>27</sup> Bayertz, K. *Praktische Philosophie als angewandte Ethik*, en Bayertz, K. (Hg), **Praktische Philosophie. Grundorientierungen angewandter Ethik**, Reinbek, 1994, pp 22ss

para evocar ejemplos de impresionantes problemas directos. En ellos se destaca un rasgo característico de los problemas de la ética aplicada. Estos problemas resultan ser opciones de actuación que no se pueden clasificar de forma clara como admisibles ni como despreciables moralmente. Suele decirse que su problematicidad normativa, se expresa en términos de “por un lado/ por otro lado”, sin que uno y otro destaquen desde el principio, puesto que se presentan buenos argumentos de un lado y del otro<sup>28</sup>.

Una especificación posterior de la ética aplicada es la pretensión de que estos problemas no queden reflejados únicamente en teoría, sino que también se solucionen de modo **práctico** o que, al menos, se aporte alguna solución. Por razones obvias, las posibilidades de contribuir a la solución de los problemas sociales que corresponden a la tipología descrita, aumentan si los estudiosos de ética aplicada forman parte de las comisiones éticas y de asociaciones profesionales de consejeros políticos, en lugar delimitar su campo de trabajo a seminarios universitarios, publicaciones y congresos especializados. La tendencia al compromiso “transacadémico” de la ética aplicada es una consecuencia que se deriva de su aspiración práctica. Ello no sólo provoca el interés de la ética aplicada; la creciente utilización institucional de esta disciplina, tiene su origen en el hecho de que su compromiso “transacadémico” es reconocido socialmente, y es aceptado por los respectivos subsistemas de la sociedad. Las sociedades contemporáneas, como ya vimos, crean **órganos especiales** encargados de dicha **autoobservación**: la ciencia y los medios; más recientemente la ética aplicada, en el ámbito de las ciencias biológicas y la medicina, parecen unirse a esta tendencia. Al igual que desde hace tiempo en Estados Unidos, donde existe un gran número de comisiones éticas en hospitales, laboratorios y otras instituciones sanitarias, los diferentes países europeos, han creado últimamente, instituciones análogas.

En la actualidad, es posible identificar otras actividades similares que se han institucionalizado en cuatro ámbitos diferentes:

1. En contextos **locales** pueden mencionarse comisiones éticas de hospitales u organismos de investigación.
2. Existen comisiones éticas **nacionales**, por ejemplo, en Alemania en el Colegio Federal de Médicos o en el Ministerio de Sanidad de Alemania.
3. En el ámbito **transnacional**, operan diferentes equipos de trabajo de la Unión Europea y del Consejo de Europa.
4. En el nivel **global**, en el seno de la UNESCO, operan diversas asociaciones similares. Resulta indudable que, la bioética es la subdisciplina más avanzada de la ética aplicada.

---

<sup>28</sup> Empero esto no impide que haya prismas o grupos de personas, que desde el principio decanten “por uno u otro lado”, y para quienes **a priori** está claro que la opción de actuación correspondiente es permitida o rechazada.

## 2.1.2- La institucionalización y el modo de reflexión ética

Es evidente que tanto el contexto como la “forma” de la reflexión ética cambian considerablemente con su institucionalización. Sin pretender abarcar su totalidad, Bayertz<sup>29</sup> nos menciona cinco aspectos de este cambio:

1. El **sujeto** paradigmático de la ética aplicada no es en absoluto un Sócrates, que promueve en la plaza la reflexión colectiva de los ciudadanos interesados; no es ningún erudito que se dedica a pensar en un problema por iniciativa propia; tampoco es un tribuno que se revela públicamente contra las autoridades, sino un profesor de universidad (un funcionario) llamado a participar en una comisión, a la cual se le ha encomendado que realice un cometido determinado.
2. El objetivo del trabajo de la comisión no es ampliar el saber o profundizar en la comprensión **per se**, sino dar consejos prácticos y proporcionar una directiva o una decisión que resulte valiosa.
3. El **proceso** de trabajo y reflexión sobre si mismo no se lleva a cabo individual y libremente, sino que tiene lugar en el marco de una asociación profesional integrada por representantes de otras profesiones; sujeta a normas de procedimiento<sup>30</sup>.
4. **Como producto** final no un resulta texto alguno redactado conforme a las prácticas y normas de las publicaciones científicas, sino un protocolo, una opinión, una directriz o una recomendación; comprometidas a su vez con la realidad de otras medidas (por ejemplo, la factibilidad, la relevancia práctica, la seguridad jurídica, etc.
5. El **destinatario** de este producto no son colegas investigadores, sino un público perteneciente al ámbito externo a la ciencia, en principio no interesado en ampliar sus conocimientos, sino en una forma de utilización o aprovechamiento prácticos, algo ya decisivo al formular el encargo.

Nos gustaría resaltar que las asociaciones y comisiones correspondientes convocan a los filósofos porque debido a su formación y experiencia especializada, se les considera capaces de valorar y tomar decisiones sobre cuestiones normativas de forma competente. En otras palabras, se les cree en posesión de una capacidad de juicio y reflexión moral

---

<sup>29</sup> La moral como construcción. Una autorreflexión sobre la ética, aplicada, en cortina, A. y García-Marzá, D. **Razón pública y éticas aplicadas**. Madrid. Tecnos. 2003.pp.52

<sup>30</sup> Estas asociaciones suelen estar integradas por representantes de diversas profesiones y disciplinas; los filósofos participantes sólo constituyen una perspectiva entre otras muchas. Los filósofos (posiblemente junto con los teólogos) representan el enfoque moral normativo, muestra que los estudiosos de las ciencias naturales y sociales se ocupan de las cuestiones empíricas en calidad de expertos. Aunque lo más seguro es que en la práctica los papeles no estén tan delimitados.

especialmente elaborada, por lo que desempeñan el papel de **expertos** en cuestiones relativas a la moral.

### 2.1.3- El conocimiento propio de la ética aplicada

El conocimiento moral específico de la ética aplicada tiene que conjugar dos cuestiones:

1. La primera plantea la relación entre las normas y principios universales, por una parte, y los casos singulares, situaciones concretas y decisiones puntuales, por la otra. En otros términos cómo se relaciona lo universal con lo individual.
2. La segunda cuestión pregunta cómo se relacionan las particularidades de los diferentes ámbitos de la ética aplicada con la unidad de una ética universal del vivir humano.

Veamos brevemente el tema de la aplicación de las normas y principios universales a los casos singulares, a las actuaciones y decisiones en las situaciones concretas.

Cada acción o decisión que pueda ser objeto de valoración ética tiene lugar en una situación concreta. Las normas y principios sólo pueden aplicarse mediante decisiones y acciones concretas y en situaciones determinadas. Los principios, tanto los generales de la Ética o filosofía moral como los específicos de la ética aplicada tienen un carácter universal, esto es, son válidos para todo el conjunto de elementos a los que hace referencia el correspondiente principio con mayor o menor grado de generalidad. Por ejemplo tan universal es decir “todos los seres humanos nacen iguales en dignidad” (principio general) como decir “los médicos deben contar con el consentimiento informado de sus pacientes” (principio específico de la ética médica) o “los médicos respetarán la intimidad y el pudor de sus pacientes en sus exploraciones”.

El conocimiento ético aplicado tiene como objetivo orientar la acción de las personas en las situaciones en que éstas tienen que actuar y tomar decisiones. Ello supone: 1). Conocer las situaciones y circunstancias; 2). percibir las posibilidades que entrañan; 3). los diferentes cursos de acción que se abren en ellas.

Para hacernos cargo de lo que está en juego en cada situación puntual echamos mano: 4). a tipologías que nos abran los ojos para percibir lo que esa situación tiene de parecido y diferente con otras situaciones comparables y con otros cursos de acción ya conocidos, bien por nuestra experiencia o por el acervo cultural común, lo que nos permite calibrar lo que está en juego en tales situaciones y cursos de acción. Pero falta también: 5). la capacidad de juicio para saber qué tipología es adecuada para subsumir esa situación y los diferentes cursos de acción; 6). A qué principios hay que apelar; 7). cómo se puede plantear y resolver los posibles conflictos entre principios; 8). cómo se puede justificar un orden jerárquico

entre ellos; 9). Si el orden jerárquico es estable o cambiante, dependiente de las circunstancias<sup>31</sup>.

El conocimiento moral no es una aplicación deductiva de un único principio ni se reduce a un conocimiento descriptivo de las situaciones, circunstancias, acciones y sus consecuencias. En él se combinan inseparablemente descripciones de hechos, captación de posibilidades y valoraciones normativas, sin confundir unas con otras. El mejor modo de abordar esta situación es metiéndonos en el círculo hermenéutico en que las situaciones iluminan, confirman o cuestionan la aplicabilidad de los principios y los principios, por su parte, iluminan, hacen inteligibles y plantean exigencias a las actuaciones que llevamos a cabo en las distintas situaciones

Los principios para ser prácticos deben adaptarse a las circunstancias. Las situaciones y decisiones, para entender lo que está en juego en ellas, deben ser descritas y narradas en términos que las presenten como subsumidas o subsumibles, aunque sea parcialmente, bajo principios. “Sólo desde la mediación permanente entre los principios y las situaciones en las que tenemos que actuar –escribe Conill- se ilumina recíprocamente la moral vivida y la moral pensada en términos universales, sean estos genéricos o específicos”<sup>32</sup>. Es posible acceder a los principios desde las decisiones concretas en contextos concretos. Por su parte, los contextos y decisiones se iluminan a la luz de los principios que están en juego en ellas. El cumplimiento de una norma y la puesta en práctica de un principio nunca, o casi nunca, es la simple aplicación a un caso individual de un principio o norma universal. En ocasiones cabe interpretar la situación y la decisión a la luz de normas diferentes y contrapuestas o principios difícilmente armonizables. Siempre quedan en esas situaciones y decisiones con sus contextos, muchos factores, oportunidades irrepetibles, conflictos y consecuencias previsibles, que hacen que no puedan ser comprendidos adecuadamente si los consideramos como un caso más.

Ciertamente, los principios, al conectarse con las metas irrenunciables del vivir humano aportan a las actuaciones y situaciones en que se aplican una orientación que sirve para dar coherencia moral a la persona que actúa. Pero la ética que sólo se atiene a los principios se hace rígida –tiránica nos dirán algunos autores- al no tomar en consideración ni la peculiaridad de los distintos ámbitos ni los contextos cambiantes. Atenerse a los mismos principios en situaciones que no son las mismas puede conllevar a injusticias por aplicar idénticos criterios a situaciones no idénticas. La moral vivida a través de situaciones concretas aporta a los principios especificidad normativa y contraste experiencial, y desde

---

<sup>31</sup> Véase Jonsen, A.R y Toulmin, S.T., *The Abuse of Casuistry, A History of Moral Reasoning* University of California, Berkeley, 1984. Puede consultarse también DuBos, E.R., Hamel, R. y O’tonel L. (eds) *A Matter of Principles de US Bioethics*, Trinity Press international, 1999.

<sup>32</sup> Conill, J. Concepciones de la experiencia, revista *Diálogo filosófico*, no. 41, 1998, pp14, 148-170

ella es posible cuestionar el conocimiento y la orientación que los principios venían proporcionando en situaciones que hasta ese momento parecían equiparables.

Suele decirse que nos aferramos a los principios cuando no queremos entrar en las complejidades de los ámbitos en que actuamos y cuando no estamos dispuestos a ceder a consideraciones circunstanciales que pudiesen relativizar los que los principios tratan de proteger, salvaguardar, garantizar y que a nosotros nos parece que debe ser protegido, salvaguardado y garantizado. Pero también se dice que apelamos a la casuística y a los contextos cuando pretendemos negociar con los principios, al menos en sus aplicaciones atendiendo a las circunstancias.

Además de su consideración epistemológica conviene aclarar que los principios contribuyen a la inteligibilidad de las acciones y de lo que en ellas está en juego.

Lingüísticamente, los principios y normas morales serían imperativos universales que prescriben o prohíben, aconsejan o desaconsejan hacer algo. Pero al prescindir de las situaciones y hablar en términos generales, más que prescribir o prohibir una acción, proponen un horizonte valorativo que debe ser tomado en consideración a la hora de actuar y valorar situaciones concretas. El imperativo prescribe una acción a alguien que tiene que realizarla en una situación determinada; mientras que el principio formula una razón vinculante para actuar en un determinado sentido. Nada dice el principio acerca de permitir excepciones cuando se trata de circunstancias especiales ni como puede entrar en contradicción con otro principio que se invoque e incluso llegue a prevalecer, sin que por ello el primer principio deje de ser válido y vinculante.

Desde la teoría de la acción los principios formulan y ponen de relieve elementos a los que se siente especialmente vinculado un sujeto o un grupo, de manera que sus actuaciones no carezcan de orientación y coherencia personal y social. Los principios son los que permiten mantener los compromisos personales y grupales. Se trata de directrices indeterminadas que sólo pueden ponerse en práctica cuando son completados con intenciones más específicas. Pero lo que da sentido y guía a las intenciones específicas es –según Onora O’Neill– el principio subyacente<sup>33</sup>. El mismo principio subyacente en situaciones culturales diferentes se expresa a través de un conjunto diferente de intenciones específicas. La moral consistirá siempre –según esta autora–, más que en conformar las propias acciones con normas y criterios específicos, en tener los principios subyacentes apropiados. Al adoptar los principios de cierto tipo de moralidad no estamos adoptando un conjunto de normas, sino ciertas directrices generales para determinado tipo de vida y de persona

Los principios en la ética aplicada tienen siempre un contenido que lleva la impronta de las situaciones que los invocan. Mientras la sociedad no cambia objetivamente (las situaciones

---

<sup>33</sup> O’neill, O. *Construction of Reason. Exploration of Kant’s practical philosophy*. Cambridge university press, 1989, pp. 145-162.

son recurrentes) ni subjetivamente (las aspiraciones y metas son las mismas), el principio de la ética aplicada mantiene su contenido y su aplicabilidad. Pero si cambian las circunstancias y las aspiraciones y las metas de los agentes morales, los principios se hacen problemáticos. A veces sigue manteniéndose eliminándose alguna cláusula para salir al paso de las nuevas situaciones objetivas y subjetivas. La problemática más frecuente sucede por haber cambiado los supuestos pragmáticos que estaban subyaciendo a su formulación. En estos casos hay que reinterpretarlos hermenéuticamente.

Son principios éticos aquellas proposiciones universales cuyo cumplimiento es moralmente necesario. Como se sabe, se apela a ellos para justificar o legitimar actuaciones en las que quedan implicados. ¿Con qué fundamento cognoscitivo es posible justificar esos principios? Para Aristóteles<sup>34</sup>, los principios se conocen por intuición y por experiencia contrastada con casos particulares que permiten ir sacando reglas y conclusiones generales o, mediante cierto hábito o costumbre<sup>35</sup>.

Cada una de estas formas de conocimiento contribuye parcialmente al conocimiento moral que encierran los principios.

Durante siglos la intuición se ha interpretado como una evidencia inmediata de unos primeros principios con contenido normativo. Según Aristóteles, la experiencia sensible era pasiva e inmediata; por eso no cabía en ella el error. Este carácter de evidencia inmediata incuestionable es reclamado por el intuicionismo para los deberes **prima facie**. De ello cabe derivar, en un segundo momento, las “aplicaciones” contingentes y circunstanciales. Posteriormente el intuicionismo toma los primeros principios como dato primario incuestionable, presente en toda mente intelectual y moralmente sana.

Sin embargo, la apelación a la intuición sustrae al debate racional los principios a los que se apela, así como los términos y contenidos a los que se asocian. Es que entre evidencias distintivas discrepantes se hace imposible mediar. Lo que son los principios éticos, a qué contenidos normativo se asocian y qué actuaciones concretas realizan o violan, irá unido a los usos y valoraciones habituales de la cultura moral en la que tales principios se invocan y en la que quienes los invocan han sido socializados. Es legítimo apelar a la experiencia moral concreta y a la experiencia sensible de cada individuo, pero intentar basar en esta instancia subjetiva la validez de intersubjetividad de unos contenidos normativos es confundir el escenario con la pieza de teatro representada en él, para decirlo con palabras de Hortal<sup>36</sup>.

Los contenidos normativos de nuestras intuiciones compartidas coinciden porque proceden de las formas habituales de valorar en nuestra cultura, formas que por ser internalizadas en

---

<sup>34</sup> Ibidem

<sup>35</sup> Ibidem

<sup>36</sup> Hortal, H. *Ética aplicada al conocimiento moral*, Tecnos, Madrid, 2005, pp 105-110

un proceso de socialización, gozan no sólo de una evidencia subjetiva muy profunda, sino que tienen un reflejo y refuerzo continuo en el lenguaje. Pero no son por ello menos cuestionables. Esta forma de conocimiento procede de la experiencia y se trasmite con el lenguaje. Sin embargo, él sólo ni avala una fundamentación última ni queda avalado por ella. Los principios con contenidos normativo no pueden ofrecer una justificación cierta si sólo se basan en la experiencia cultural acumulada, aunque ésta, aporta conocimientos imprescindibles a la hora de concretar, especificar y contrastar el contenido normativo de los principios éticos.

La ética aplicada posee su peculiaridad frente a la moral y las teorías éticas tradicionales, que podríamos caracterizar en cuatro puntos:

1. A diferencia de la moral de la vida cotidiana, la ética aplicada recurre expresamente a la reflexión y al lenguaje filosófico como un elemento imprescindible. Precisamente, porque cuenta con la reflexión filosófica no es moral cotidiana, sino aplicación a los problemas cotidianos de lo ganado en los procesos éticos de fundamentación. La tarea encomendada a los filósofos en la elaboración de la ética aplicada consiste en desarrollar la triple capacidad de llevar a cabo razonamientos prácticos, aplicar un cuerpo de conocimientos que procede de las tradiciones filosóficas, y comprometerse a utilizar esta doble capacitación para valorar la fuerza o la debilidad de los argumentos y posiciones morales. El ético no aporta una “verdad moral”, sino un estilo argumentativo y un bagaje de conocimientos éticos.
2. La ética aplicada limita su ámbito de prescripción a las cuestiones exigibles por una **ética cívica**<sup>37</sup>, y no se entromete en los proyectos personales de vida. En otras palabras, no traspasa el umbral de lo justo en su pretensión normativa, consiente que es racionalmente legítimo dar normas morales de cumplimiento exigible en el terreno de la justicia, no así en el terreno de la felicidad.
3. Sin duda las teorías éticas tradicionales contienen una dimensión de aplicación. El propio Kant aduce cuatro celebres ejemplos en su libro **Fundamentación de la metafísica de las costumbres**; además, la metafísica de las costumbres kantiana contiene seis apartados dedicados a “cuestiones casuísticas”. Sin embargo, existe una diferencia esencial entre la parte aplicada de una teoría filosófica y la ética aplicada

---

<sup>37</sup> Las exigencias mínimas podrían concretarse del siguiente modo: A) garantizar el respeto a los derechos humanos de la primera, segunda y tercera generación. B) garantizar la defensa de los valores de libertad, igualdad y solidaridad, como expresión del respeto a los derechos humanos mencionados anteriormente. C) adoptar una actitud de diálogo y de tolerancia activa, propia de quienes quieren llegar a entenderse con los demás y no a imponerse a ellos. Una lectura detenida de los contenidos mencionados da cuenta de que los tres apuntan en la dirección de considerar a la persona como valor absoluto. Naturalmente esto no significa que en las sociedades pluralistas los ciudadanos tengan siempre en cuenta estos valores, derechos y aptitudes. Pero sí quiere decir que no es necesario inventarlos, sino más bien descubrir que están ahí para tomar conciencia de ellos y potenciarlos.

actual, nacida en el último tercio del siglo XX. La ética aplicada no la elaboran los filósofos en solitario, sino expertos y afectados, que aportan al debate sus convicciones e intereses. Los resultados de estos debates se recogen en publicaciones académicas, pero también en documentos especializados con capacidad normativa para los participantes en una actividad determinada o para los miembros de un grupo profesional.

4. De ahí que la ética aplicada no se construya desde una sola teoría ética. Cuantos trabajan en ella convienen en que problemas diferentes requieren el concurso de teorías diferentes para resolverlos. Y no por eclecticismo, sino porque la realidad es multilateral y cada teoría suele centrar su atención en alguna o algunas de sus dimensiones, siendo bastante menos fecunda para abordar otras. Por ello, es tan importante que el ético que trabaja en ética aplicada conozca profundamente las distintas teorías éticas y cuál de ellas resulta más fecunda para ayudar a la toma de decisiones. Por ejemplo, en cuestiones de bioética como la investigación con embriones, la ética del discurso resulta de poca ayuda, y el propio Habermas renuncia a entrar en el tema, mientras que sí aborda el de la autocomprensión ética de la especie humana. Sin embargo, la ética del discurso es sumamente fecunda para un asunto como el consentimiento informado, como probamos en este trabajo.

El “monismo” ético, es decir, apostar por una sola teoría ética en ética aplicada, es paralizante; el “pluralismo” ético, el recurso a las teorías éticas que la realidad demande, es, por el contrario, sumamente fructífero<sup>38</sup>.

## 2.2- Modelos de aplicación posible pero insuficiente

La controversia acerca de la estructura de la ética aplicada está centrada en tres modelos posibles pero insuficientes.

Si se concibe como una ética que cuenta con un conjunto de principios, con un contenido claro y diferenciado, y que sólo se trata de aplicarlos a los casos concretos, de una manera prudencial, funciona de un modo deductivo, ya que parte de unos axiomas desde los cuales extraería conclusiones para las situaciones concretas. Este modo de proceder deductivo denominado Casuística consiste en aplicar cualquier tipo de principios morales que se tengan a mano a los casos concretos.

Este modelo de aplicación se caracteriza por el uso del método de la deducción. Se puede decir que históricamente, tiene su origen en la filosofía de Platón y en la noción de silogismo teórico de Aristóteles y Tomás de Aquino, y continúa presente en Spinoza. Su figura es la propia de un supuesto **silogismo práctico**, que contaría con dos niveles: un

---

<sup>38</sup> Cortina, A. **Ética aplicada y democracia radical**. Tecnos. Madrid. 1993 Cap. 11; vease también Dare, T. **Challenges to Applied Ethics**, en Ruth Chadwick (ed) 1998, pp. 183-190

nivel universal, constituido por principios universales y axiomáticos, y un nivel particular en el que entran en juego las razones concretas, y en el que resulta indispensable la prudencia como **recta ratio agibilium**

Pero el casuismo resulta inviable hoy en día como método de la ética aplicada, sobre todo por tres razones:

1. En las cuestiones morales más procedemos de forma inductiva desde los casos concretos que de modo deductivo, y llegamos a conclusiones que pueden exigir probabilidad, y no certeza. Comparar casos, ejercer en ellos la prudencia, y atesorar experiencias para recurrir a ellas en casos semejantes, es la forma de generar sabiduría práctica, a diferencia de la sabiduría teórica, científica, que procede deductivamente de principios universales a conclusiones ciertas.
2. Para recurrir a un modelo de aplicación semejante sería necesario contar con principios materiales universales, cosa que ninguna ética puede hoy ofrecer, porque los principios éticos, o bien son universales y entonces son formales o procedimentales, o bien son materiales, pero entonces pierden universalidad.

Los principios rawlsianos de justicia, por ejemplo, son sustantivos, pero como el propio Rawls reconoce, no pueden pretender validez en principio más que para las sociedades occidentales con democracia liberal<sup>39</sup>, precisamente porque se han descubierto a través del método del “equilibrio reflexivo” entre los juicios meditados sobre la justicia de las sociedades occidentales con democracia liberal, la posición original y los propios principios.

En cuanto intentamos conformar un consenso solapante que incluye sociedades no liberales, es preciso adelgazar su contenido<sup>40</sup>. Por su parte, el principio de la ética discursiva pretende valer universalmente, pero es puramente procedimental<sup>41</sup>. También el principio utilitarista del mayor placer del mayor número es, como apunta Taylor, procedimental<sup>42</sup>.

Consideración especial merece el tema de los derechos humanos, componente clave en una ética cívica transnacional. Lo que sucede es que los derechos humanos, no sólo no son universalmente aceptados, sino que sobre todo no son principios que hay que aplicar deductivamente, sino exigencias morales que es preciso interpretar desde distintos contextos de acción y desde distintas tradiciones.

---

<sup>39</sup> Rawls, J. **Political liberalism**, Columbia University, 1993

<sup>40</sup> Véase “Quintana Pérez, M. Una vez más acerca del liberalismo político, en Fung Riverón, T.M (coordinadora) **El estatuto del arte de la ciencia política**. Ed. Félix. Varela, La Habana, 2005, pp.1994-203.

<sup>41</sup> Apel, K.O. La transformación de la filosofía. Madrid. Taurus, 1985, II,PP.380-381; Véase también, Habermas, J. Conciencia moral y acción comunicativa, Barcelona, Península, p.117.

<sup>42</sup> Taylor, Ch. **Las fuentes del yo**. Paidós. Barcelona.1996.

3. La actual ética aplicada ha nacido más de las exigencias “republicanas” de las distintas esferas de la vida social (medicina, empresa, medios de comunicación, ecología, ect.), que de la monarquía de unos principios con contenido que deban imponerse a la realidad social. Las situaciones concretas no son simple particularización de principios universales, sino lugar de descubrimiento de los principios y los valores morales propios del ámbito social correspondiente.

La casuística 2, por su parte, se caracteriza por utilizar un procedimiento inductivo. Jonsen y Toulmin<sup>43</sup> proponen sustituir los principios iniciales por lo que llaman máximas, entendidas como criterios sabios y prudentes de actuación más prácticos en los que coincidan todos, o al menos la mayoría de los especialistas. Estas máximas, resultados de la sabiduría práctica de los hombres y de las culturas, resultan una ayuda más valiosas para tomar decisiones que los presuntos principios de una supuesta razón pura.

La ventaja de la nueva casuística es que recoge los pasos de un método que ya funciona con excelentes resultados. De hecho la bioética, con todas sus insuficiencias, es el tipo de ética aplicada sobre el cual existe mayor acuerdo a nivel internacional: los principios y las normas de Helsinki, por ejemplo, son orientaciones ya indiscutibles en la praxis médica, como puede apreciarse en el capítulo II de este trabajo.

Sin embargo, el casuismo muestra –a juicio de Adela Cortina- al menos dos insuficiencias:

1. No es cierto que no exista ningún principio ético universal, que es en realidad el que sirve de marco legitimador a los principios de la bioética y a cuantas máximas y valores descubramos en los distintos ámbitos de la ética aplicada. Sólo que este principio no es material, como querría la casuística 1, sino **procedimental**; ni procede tampoco de una razón “pura”, como desearía un kantiano estricto, sino de una razón “impura” históricamente generada<sup>44</sup>. Existe un principio ético que constituye el trasfondo de una cultura social y política democrática y pluralista y se modula de distinta forma en los diferentes ámbitos de la vida social<sup>45</sup>.

Ese principio no es el utilitarista, que es utilizable en la toma de decisiones concretas, pero no en el marco de la ética aplicada. El principio ético que está verdaderamente en el trasfondo, es un principio procedimental, que expresa la conciencia moral propia del nivel posconvencional de Kohlberg en el desarrollo de la conciencia moral social<sup>46</sup>. Se trata del

---

<sup>43</sup> Jonsen, A. R y Toulmin, S.T., **The Abuse of Casuistry**, Chicago of university

<sup>44</sup> Conill, J. **El enigma del animal fantástico**. Tecnos. Madrid. 1991

<sup>45</sup> Cortina, A. **Ética aplicada y democracia radical**. Tecnos. Madrid. 1993. Cap 10

<sup>46</sup> En este nivel la persona distingue entre las normas morales de su sociedad y los principios morales universales, y enfoca los problemas morales desde estos últimos. La medida de lo justo la dan los principios morales universales desde donde puede criticar las normas sociales. En principio, lo justo se define en función de los derechos, valores y contratos legales básicos reconocidos por toda la sociedad de manera constitucional

principio que saca a la luz la ética del discurso de Apel y Habermas, si bien el modo de aplicación que Apel propone, según Adela Cortina, resulta también insatisfactorio.

2. La existencia de este principio se echa a ver incluso en el caso de la bioética. Si la bioética funcionara **en realidad** tal como dice la casuística 2, llegaría a unos principios que captamos por intuición, entre los que resultaría imposible tomar decisiones racionales. Ni siquiera se puede establecer entre ellos un orden lexicográfico, como el que Rawls establece entre los principios de la justicia<sup>47</sup>. Sin embargo, ¿qué hacer cuando se plantea un problema moral, es decir, cuando las máximas entran entre sí en conflicto? No es verdad que no haya de hecho un principio universal común a los distintos ámbitos, sólo que este no se descubre a través de la intuición, ni tampoco a partir de él se extraen conclusiones para los casos concretos de forma deductiva. Es necesario ir más allá de la inducción y la deducción.

La ética del discurso (Apel y Habermas) ofrece un **fundamento de lo moral** que transforma dialógicamente el principio formal kantiano de la autonomía de la voluntad en el principio procedimental de la ética discursiva<sup>48</sup>. Tal principio se formula de la siguiente manera: “todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas, puesto que en todas sus acciones y expresiones son interlocutores virtuales, y la justificación ilimitada del pensamiento no puede renunciar a ningún interlocutor y a ninguna de sus aportaciones virtuales a la discusión<sup>49</sup>”.

En el mencionado texto, Apel reconstruye desde la perspectiva dialógica, los conceptos de **persona e igualdad**. A la persona la presenta como un **interlocutor válido** que como tal debe ser reconocido por cuantos pertenecen a la comunidad de hablantes; la idea de igualdad se hace ahora comunicativa, en la medida en que ninguna persona puede ser excluida a priori de la argumentación cuando ésta versa sobre normas que le afectan. Como dice Habermas: “sólo son válidas aquellas normas de acción con las que podrían estar de acuerdo todos los posibles afectados como participantes en un discurso práctico”<sup>50</sup>.

---

y democrática. La legalidad se apoya en cálculos racionales de utilidad social. Posteriormente, la persona puede ir más allá del cálculo contractual y utilitario para pensar en la perspectiva de principios éticos de justicia para toda la humanidad..

<sup>47</sup> No obstante, aceptando una fundamentación de la bioética de corte zubiriano, Gracia introduce una de orden lexicográfica entre los cuatro principios de la bioética; véase, Gracia, D. Procedimientos de la decisión en ética clínica, cap.9.

<sup>48</sup> Para lo relacionado con la fundamentación y aplicación de la ética del discurso, véase Apel, K.O. **La transformación de la filosofía**, Frankfurt, 1988, II pp. 341 ss; Cortina, A. y Apel, K.O. **Ética comunicativa y democrática**. Critica. Barcelona.

<sup>49</sup> Apel, K.O. **La transformación de la filosofía**, II p.380-381.

Apel y Habermas coinciden en afirmar que la ética tiene la misión de **fundamentar** la dimensión normativa de lo moral. Sin embargo, sólo Apel distingue dos partes en la ética: la parte A, que se ocupa de la fundamentación racional de la corrección de normas, y la parte B, preocupada por diseñar el marco racional de principios que permiten aplicar en la vida cotidiana el principio descubierto en la parte A.

Según Apel, como la parte A se orienta por la idea de fundamentación, lo específico de la parte B es que se orienta por la de **responsabilidad**. Porque una cosa es descubrir el principio ético ideal y otra intentar aplicarlo a los contextos concretos, en los que la aplicación siempre viene condicionada por las consecuencias y por las situaciones. Si la ética discursiva –piensa Apel– fuera totalmente kantiana tendría que exigir que su principio ético se cumpliera en cualquier tiempo y lugar. En este caso, el principio se tendría que formular de la siguiente manera: “¡Obra siempre como si fueras miembro de una comunidad ideal de comunicación!”.

Sin embargo, exigir moralmente que siempre se actúe según el principio de la ética del discurso es para Apel una irresponsabilidad. Por ello, conviene más atender al consejo weberiano de optar por una ética de la **responsabilidad**, ampliada por Adela Cortina a una ética de la **responsabilidad convencida**; pues no se trata de renunciar a las convicciones, sino de responsabilizarse de las consecuencias que pueden acercarnos o alejarnos de una meta de cuyo valor estamos convencidos. Esto significa –en el caso de la ética discursiva– que la aplicación del principio tiene que venir mediada por el uso de la **racionalidad estratégica**, siempre que se pretendan con ello dos metas:

1. La conservación del sujeto hablante y de cuantos de él dependan;
2. Poner las bases materiales y culturales para que algún día sea posible actuar comunicativamente sin que con ello peligre la conservación propia y ajena. Por lo que el nuevo imperativo ético dialógico diría así: “¡Obra siempre de tal modo que tu acción vaya encaminada a sentar las bases (en la medida de lo posible) de una comunidad ideal de comunicación!”.

Frente al modelo de aplicación que propone Apel, Adela Cortina nos recuerda al menos tres cosas:

---

<sup>50</sup> Conviene aclarar que posteriormente, Habermas se niega a denominar a este principio , “principio de la ética del discurso” y lo denomina “principio del discurso” , alegando que la justificación de normas en general exige seguir un principio normativo, moralmente neutral, que expresa el sentido de la imparcialidad, mientras que la moral está ligada a un tipo específico de normas. (véase Habermas, J. **Facticidad y validez**, Trotta. Madrid. 2001.) No obstante sigue siendo válido que, desde la perspectiva de una conciencia moral crítica, situada en el nivel posconvencional de Kohlberg, son válidas las normas con las que podrían estar de acuerdo todos los afectados por ellas como participantes en un discurso práctico, porque satisfacen intereses universalizables.

1. El necesario uso de estrategias es un factor importante en determinados ámbitos de la ética aplicada, como son el de la política o la empresa, pero no tanto en otros como la bioética o la ecoética. La marca característica de la aplicación no puede consistir en la necesidad de recurrir a estrategias.
2. En aquellos campos en los que es un factor importante el uso de estrategias, no es el único. Que la empresa, por ejemplo, pueda y deba hacer uso de estrategias todavía no dice nada sobre cuáles son los valores por los que la empresa debe orientarse (corresponsabilidad, calidad, equidad, etc.), es decir, no dice nada sobre cómo en ese ámbito social el reconocimiento de los afectados como interlocutores válidos da lugar a unos valores específicos de ese mundo.
3. La distinción de niveles (a y b) da la sensación de que descubrimos un principio y tenemos que diseñar un marco para aplicarlo a los casos concretos, cuando en la realidad de la gestión de la ética aplicada se trata de descubrirlo en los distintos ámbitos y averiguar cómo debe modularse en cada uno de ellos. Si se entiende así “aplicación” del principio, entonces resulta fructífero, incluso, en ámbitos como la ecología<sup>51</sup>.

### 2.3- Estructura hermenéutica de la ética aplicada

Las éticas aplicadas tienen la estructura circular de una hermenéutica crítica, esto es, no parten de unos primeros principios con contenidos para aplicarlos, porque en las sociedades pluralistas no hay principios con contenidos comunes; tampoco descubren únicamente principios de alcances medio desde la práctica cotidiana, porque en cualquier ética aplicada hay una pretensión de incondicionalidad que rebasa los contextos concretos. Es decir, no se trata de aplicar principios generales a casos concretos, ni tampoco de inducir únicamente máximas desde las decisiones concretas, sino **descubrir** en los distintos ámbitos **la peculiar modulación del principio común** lo cual obliga a practicar la **interdisciplinariedad**.

El principio procedimental de la ética discursiva es únicamente una orientación de trasfondo, lo cual significa que necesitamos contar con otras tradiciones éticas para componer el modelo de aplicación. Sin duda, las distintas tradiciones se han ido mostrando con el tiempo como unilaterales, de suerte que, incluso al nivel de fundamentación, es necesaria una complementariedad entre ellas. Las dicotomías éticas clásicas –éticas teleológicas / éticas deontológicas, de la convicción / de la responsabilidad, procedimentalista / sustancialista – han de ser superadas en un “tercero” que constituya la verdad de ambas. Sin embargo, lo que es hoy patente ya en cualquier intento de fundamentar lo moral, resulta diáfano en la ética aplicada: un sólo modelo de ética es

---

<sup>51</sup> Cortina, A. Por una ética del consumo, Taurus, Madrid, 2002, Cap. 6

impotente para orientar las decisiones de los mundos clínico, político y económico, ecológico o, simplemente, la convivencia ciudadana.

Por eso nos vemos obligados a tener en cuenta los diferentes modelos en un momento oportuno, aunque el elemento coordinador será la ética del discurso, porque ésta hunde sus raíces en la acción comunicativa y en la subsiguiente argumentación, que constituye el **medio de coordinación** –aunque no la sustancia- de las restantes actividades humanas. La idea del sujeto como interlocutor válido configura el trasfondo común a todas las esferas, ya que en todas ellas es el afectado en último término, quien está legitimado para exponer sus intereses, y por eso sólo deben considerarse legítimas aquellas normas que satisfagan los intereses universalizables.

Se trata de una ética de las actividades sociales, lo que se ha dado en llamar el momento “aristotélico”. En otras palabras, diversas respuestas son posibles pero, en principio, todas coincidirán en reconocer que no se trata de éticas individuales. Precisamente, una de las razones del nacimiento de la ética aplicada es el descubrimiento de que la ética individual es insuficiente, porque la buena voluntad personal puede, en ocasiones, traer malas consecuencias para la colectividad. La época de la buena intención, la época “moralista”<sup>52</sup>, da paso a la ética aplicada, en que la inteligencia es más importante que la buena voluntad. Por ello, se necesita transitar de la lógica de la acción individual a la lógica de la acción colectiva, es decir, moralizar las instituciones y organizaciones, de manera que las consecuencias sean beneficiosas<sup>53</sup>.

Sin embargo, cuando nos fijamos en los ámbitos de la ética aplicada, nos percatamos de que en todos ellos hay que contar con instituciones, pero que les une algo más profundo. Tales ámbitos, como ya hemos dicho, serían en principio: el sanitario (medicina y enfermería), la investigación biotecnológica, la economía, la empresa, la ecología, los medios de comunicación, las instituciones y organizaciones sociales y las actividades profesionales, etc. En todos los casos la raíz más profunda es que se trata de actividades sociales. Por eso es necesario, tener claro que la estructura moral de una actividad social tiene al menos cinco puntos de referencia:

1. Las **metas sociales** por las que cobra su sentido;
2. Los **mecanismos** adecuados para alcanzarlas en una sociedad moderna;
3. El **marco jurídico político** correspondiente a la sociedad en cuestión, expresado en la constitución y en la legislación complementaria vigente;
4. Las **exigencias de la moral cívica** alcanzada por esa sociedad, y

---

<sup>52</sup> Lipovetsky, G. *Le crepuscule du devoir*, P.V.F. Paris. 1992 trad. Esp. Barcelona. Anagrama. 1994.

<sup>53</sup> Ulrich, P. *Transformation der Okonomischer Vermunft*. Haut. Bern, 1987.

5. Las exigencias de una **moral crítica** planteadas por el principio de la ética del discurso<sup>54</sup>.

Para analizar lo que es una actividad social, nos servimos de un modelo aristotélico, en concreto, el concepto de “práctica”, tal como lo reconstruye MacIntyre en **Tras la virtud**. Práctica es una **actividad** cooperativa, que cobra su sentido –su racionalidad específica –de perseguir determinados **bienes internos**, lo cual exige el desarrollo de determinados hábitos por parte de quienes participan en ella. Esos hábitos recibirán el nombre de “virtudes” precisamente porque son los que nos permiten alcanzar el bien.

Trasladando esta caracterización a las actividades sociales, podríamos decir, que el bien interno de la sanidad es el bien del paciente; el de la empresa, la satisfacción de necesidades humanas con calidad; el de la política, el bien común de los ciudadanos; el de las biotecnologías, la investigación en pro de una humanidad más libre y feliz; el de la docencia, la transmisión de la cultura y la formación de personas críticas. Es decir, quien ingresa en una de estas actividades no puede proponerse una meta cualquiera, sino que ya le viene dada y es la que presta a su acción sentido y legitimidad social. Con lo cual dentro de ese ámbito “deliberamos sobre los medios”, como afirma Aristóteles, no sobre los fines o bienes últimos, porque éstos ya vienen dados. La tarea consiste, pues, en dilucidar qué virtudes concretas es preciso asumir para alcanzar esos fines. La virtud es graduable –nos dirá MacIntyre- , y un mínimo sentido de la justicia nos exige reconocer que en cada actividad unas personas son más virtuosas que otras. Esas personas, son las más capacitadas para encarnar los valores de esa actividad que nos permiten alcanzar sus bienes internos<sup>55</sup>.

Las distintas actividades sociales se caracterizan por **bienes** que sólo a través de ellas se consiguen, por los **valores** que en la persecución de esos bienes se descubren y por las **virtudes** cuyo cultivo exigen. La ética aplicada tendría por tarea averiguar qué virtudes y valores permiten alcanzar en cada caso los bienes internos. Pero teniendo en cuenta también que, para alcanzar los bienes internos de cada actividad –este momento estratégico es el segundo punto de referencia- es preciso contar con los **mecanismos específicos** de esa sociedad. Y es aquí donde entra en juego frecuentemente la necesidad de recurrir a **estrategias**, como exige una ética de la responsabilidad.

Por otra parte, la legitimidad de cualquier actividad social exige atenerse al marco jurídico vigente, que marca las **reglas de juego** de cuantas instituciones y actividades sociales tienen metas y efectos sociales y precisan, por tanto, legitimación. Sin embargo, cumplir la legislación jurídico-política no basta, porque la legalidad no agota la moralidad. Y no sólo porque el marco jurídico puede adolecer de algunas insuficiencias y lagunas, sino porque la constitución democrática es dinámica y tiene que ser interpretada históricamente, y porque

---

<sup>54</sup> Cortina, A. / Conill, J. / Domingo, A. / García-marzá, D. **Ética de la empresa**. Madrid. Trotta. 1994. Cap.1.

<sup>55</sup> MacIntyre, A. **Tras la virtud**. Barcelona. Crítica 1987. C. 14

como suele decirse el ámbito de lo que ha de hacerse no estará nunca totalmente legislado, ni es conveniente que lo esté. Por lo que hay otras instancias morales a las que debemos atender.

La primera de esas instancias es la **conciencia moral cívica** alcanzada en la sociedad, es decir, su ética civil <sup>56</sup>, entendiendo por ética civil el conjunto de valores que los ciudadanos de una sociedad pluralista ya comparten, sean cuales fueren sus concepciones de la vida buena. El hecho de que ya los compartan les permite construir conjuntamente parte de su vida en común.

Para obtener legitimidad social una actividad ha de lograr a la vez producir los **bienes** que de ella se esperan y respetar los **derechos** reconocidos por esa sociedad y los **valores** que tal sociedad ya comparte. De ahí que se produzca una interacción entre los valores que surgen de la actividad correspondiente y los de la sociedad, entre la ética de esa actividad y la ética civil, sin que sea posible prescindir de ninguno de los dos polos sin quedar deslegitimada.

Sin embargo, para tomar decisiones justas es preciso, como ya se ha dicho, atender al derecho vigente, las convicciones morales imperantes, pero además, averiguar qué valores y derechos han de ser **racionalmente respetados**. Esta indagación nos conduce a una **moral crítica** que tiene que proporcionarnos algún procedimiento para decidir cuáles son esos valores y derechos.

En lo que se refiere al proceso de toma de decisiones en los casos concretos, no basta con el marco deontológico el (momento kantiano) que considera a cualquier afectado como interlocutor válido, ni tampoco con una ética de las actividades sociales (marco aristotélico), porque los argumentos que se aportan al diálogo procederán de distintas tradiciones éticas. Estos argumentos han de tener en cuenta: la **actividad** de la que nos ocupamos y la **meta** por lo que esa actividad cobra su sentido; los **valores, principios y actividades** que es menester desarrollar para alcanzar la meta propia, y que surgen de la modulación del **principio dialógico** en esa actividad concreta; los **datos** de la situación, que deben ser descritos y comprendidos de la manera más completa posible; y las **consecuencias** de las distintas alternativas que pueden valorarse desde los diversos criterios.

El momento consecuencialista es imprescindible, pero siempre dentro del marco de justicia que exige la ética dialógica. Consecuencialismo y deontologismo no se contraponen, sino que la especial dignidad o valor de un tipo de seres (momento deontológico) es lo que da sentido a la pregunta por las consecuencias de las decisiones **para esos seres**, lo que nos permite valorarlos. Por su parte, lo incondicionado, el valor de los seres humanos es

---

<sup>56</sup> Cortina, A. **Ética de la sociedad civil**. Madrid. Anaya/Alanda, 1994.

indispensable para el mundo moral. Pero ese valor, y los principios éticos de distinto nivel, se descubren en las distintas esferas de la vida social, desde la que se forja la ética cívica.

## 2.4- La ética aplicada como ética integrativa

También García Marzá considera que la ética aplicada tiene un carácter integrativo, que es el mismo que posee la realidad social en la que no es posible separar hechos y valores. Esta integración debe producirse también entre los planteamientos normativos y aquellos que se presentan ingenuamente como posiciones empíricas. Para poder realizar esta integración se requiere -según él- diferenciar tres niveles en el camino que lleva de la teoría a la praxis<sup>57</sup>:

- **Nivel de justificación.** Una de las aportaciones clave de la ética discursiva como base de las éticas aplicadas en su perspectiva crítica, es la reconstrucción del saber práctico que utilizamos en las distintas esferas sociales. La ética discursiva consigue la incondicionalidad que le permite hablar de obligatoriedad moral a partir de la reflexión sobre las condiciones de posibilidad de argumentación y del acuerdo racional que subyace a la validez normativa. Es decir, la participación, el diálogo y en su caso, el consenso o acuerdo, constituyen el criterio básico para una valoración moral de las distintas esferas de la sociedad civil. El principio del diálogo y posterior acuerdo, definen lo que se puede denominar un contrato moral, puesto que delimita una situación donde existe una completa y perfecta igualdad de oportunidades de participación. Únicamente desde estas condiciones de simetría e igualdad puede darse un consenso motivado racionalmente y no desde la estrategia, la fuerza o la violencia. García-Marzá, resume las condiciones de simetría e igualdad en los cuatro principios siguientes:
  1. **Principio de sinceridad.** Cuando se entra en un discurso, los interesados no quieren dirimir sus conflictos mediante la violencia o el compromiso (estrategia), sino mediante el diálogo, lo cual implica la aceptación de obligaciones y derechos de argumentación.
  2. **Principio de inclusión.** Han de participar en el diálogo todos los afectados potenciales, presentes y futuros ó en su caso, sus representantes. Nadie que pueda hacer una contribución relevante puede ser excluido de la participación.
  3. **Principio de reciprocidad.** Los participantes han de poder dialogar en unas condiciones que aseguren una completa igualdad de oportunidades y una total simetría en las condiciones de participación y en las posibilidades de interpretación de los intereses en juego.

---

<sup>57</sup> García-Marzá, D. **La responsabilidad por la praxis: La ética discursiva como ética aplicada**, en **Razón Pública y éticas aplicadas**, pp 159 ss.

4. **Principio de publicidad.** Todos los intereses han de ser considerados por igual y abiertos a la revisión argumentativa: repartición simétrica de las libertades comunicativas. Ningún interés puede ser considerado definitivo y libre de crítica.

Estos principios no intentan describir una situación real, sino reconstruyen los presupuestos que “de hecho” pensamos que se dan cuando, como participantes, expresamos nuestro acuerdo y desacuerdo con una decisión, acción o institución. Estamos ante una idea regulativa cuya operatividad tiene que realizarse siempre en la práctica; pero que define nuestro convencimiento de que tales condiciones se cumplen suficientemente. Desde esta perspectiva, los mencionados principios definen la validez moral desde la que deben “construirse” las razones que apoyen o critiquen nuestras decisiones, acciones, normas e instituciones. De ahí que estas reglas constituyan la fuente cognitiva desde la que se elaboran lo que García-Marzá llama “recursos morales” y que define toda perspectiva crítica.

- **Nivel de adecuación.** Establecidas las condiciones que presupone toda resolución consensual de conflictos de acción, se trata ahora de las posibilidades de utilizar este saber en praxis sociales definidas o en instituciones determinadas. Desde la reconstrucción del sentido que como participantes y/o afectados realizamos en las diferentes éticas aplicadas, debemos dar un paso más y enfrentarnos a la operatividad del principio moral así determinado: avanzar en la interpretación de los principios morales desde los diferentes ámbitos. Para García-Marzá, la ética discursiva ofrece el medio más adecuado también para la aplicación, pero debe definirse ahora cómo puede ser posible la realización del diálogo en el seno de la sociedad civil. Aplicación significa, en este segundo nivel, adecuación a la realidad. El principio de universalización que nos sirve de criterio moral exige la realización de discursos reales, donde el acuerdo depende de la consideración de todos los intereses en juego y del cálculo de las consecuencias. El objetivo ahora, es adecuar este principio en las diferentes praxis donde se da la ruptura de la acción comunicativa e intentar soluciones consensuales ó al menos, compromisos o negociaciones.

El enfoque discursivo, requiere ahora un trabajo interdisciplinario, donde otras teorías y planteamientos nos ayuden en la aplicación del principio del diálogo. En este nivel de adecuación la ética discursiva ya no puede funcionar de forma solitaria y requiere la complementación de otras teorías de corte normativo y también empírico que ayuden en la operativización de los principios éticos reconstruidos. Se requiere para ello un trabajo hermenéutico de reconstruir el sentido, así como la lógica interna, de cada una de las actividades. Se trata de dotar de contenido el discurso práctico, analizando qué valores, aspiraciones y modelos de comportamiento mejor encajan con el punto de vista moral reconstruido. De esta forma podemos introducir las especificidades culturales y tradiciones dentro del marco deontológico.

- **Nivel de resolución.** El principio de la ética discursiva hace hincapié en un aspecto básico: las respuestas concretas deben estar siempre y necesariamente en manos de los propios afectados. Las exigencias del diálogo como mecanismo de coordinación de la acción, obliga al mismo tiempo, a que no sea posible la anticipación monológica de los resultados. En palabras de Habermas "... las decisiones para la lucha política no pueden justificarse teóricamente de antemano e imponerse acto seguido organizativamente. La única justificación posible a este nivel es el consenso, a alcanzar en los discursos prácticos, entre quienes participan en ello, esto es, entre participantes que, siendo conscientes de sus intereses comunes y conociendo las circunstancias y consecuencias colaterales que cabe prever, puedan saber qué riesgos desean aceptar y con qué expectativas." (Habermas, 1987, p- 42).

## 2.5- El papel público de la ética aplicada

Las respuestas globales a problemas globales han ido encontrando eco en los hospitales, empresas, centros de investigación, etc. También se está llevando a cabo la intersubjetividad ética indispensable para responder de forma compartida a problemas compartidos, desde la ética de cada una de las esferas de la vida social. A través de procesos de deliberación en la esfera pública, se va descubriendo conjuntamente los valores y principios de una ética cívica común a los distintos grupos sociales. Por tanto, es urgente analizar cuál debe ser la naturaleza de ese proceso de deliberación pública y discernir qué papel debe tener en él la ética aplicada. Si en el proceso de deliberación pública no puede negarse la entrada a ningún afectado por las decisiones, el ámbito de libertad será mayor, también lo será la responsabilidad de participar en la deliberación pública de quienes, teniendo información suficiente de cada uno de los ámbitos de la vida social, persiguen en ellas que se satisfagan los intereses universalizables, siendo conscientes de que las normas éticas tienen que tener en cuenta a todos los afectados por ellas, sin exclusiones.

Dos iniciativas globales podemos aducir, que ilustran cuál está siendo y puede ser la aportación de la ética aplicada a la dimensión pública transnacional, de forma que son las que realmente están construyendo una ética global.

Iniciativa internacional: **"Global Compact"** (Pacto Mundial), idea promovida por el anterior secretario general de Naciones Unidas, Kofi Annan, durante la Cumbre Económica Mundial de Davos (1999) en virtud de la cuál, las empresas voluntariamente se comprometen a seguir sus 9 principios básicos, de hondo contenido ético, en los ámbitos de los derechos humanos, las normas laborales y el medio ambiente.

Los 9 principios que se ha pedido que las empresas adopten, apoyen y promuevan son los siguientes:

### 2.5.1- Derechos humanos

1. Las empresas deben apoyar y respetar la protección de los derechos humanos proclamados a nivel internacional.
2. Las empresas deben evitar verse involucradas en abusos de los derechos humanos.
3. Normas laboral:
4. Las empresas deben respetar la libertad de avocación y el reconocimiento efectivo del derecho a la asociación colectiva.
5. La eliminación de todas las formas de trabajo forzoso y obligatorio.
6. La abolición efectiva del trabajo infantil.
7. La eliminación de la discriminación respecto del empleo y la ocupación.

### 2.5.2- Medio ambiente

1. La empresa deben apoyar la aplicación de un criterio de precaución respecto de los problemas ambientales.
2. Adoptar iniciativas para promover una mayor responsabilidad ambiental.
3. Alentar al desarrollo y la difusión de tecnologías inocuas para el medio ambiente.

Las **Comisiones Nacionales de Ética Médica**, por su parte, van constituyendo cada vez más una "fenomenización" de esa moral "cívica", y no estatal, que une a los **ciudadanos de distintos Estados**, forjando una ética cívica transnacional<sup>58</sup>. Ante los retos de las nuevas tecnologías, los distintos países o bien elaboran documentos conjuntos, o bien lo elaboran en cada país, pero teniendo en cuenta los documentos éticos de los restantes países, lo que conduce a que las diferencias éticas y jurídicas entre ellos sean cada vez menores.

Las comisiones nacionales de ética médica pueden representar un importante papel en el espacio público:

En primer lugar a través del paulatino descubrimiento de valores y principios éticos compartidos, desde los cuales sea posible valorar qué tipo de prácticas son humanizadoras y cuáles no. Esto permite ir sacando a la luz, frente al relativismo y al subjetivismo, una **intersubjetividad ética** ya existente.

En segundo lugar, extender sus informaciones y convicciones morales a la opinión pública, a través de declaraciones y divulgaciones, para impulsar una opinión pública inteligente y evitar la ideologización proveniente de intereses políticos o económicos. Por tanto, se trata

---

<sup>58</sup> Cortina .A. Bioética transnacional como quehacer público, en Ferrer, J.J. y Martín, J.L. (EDS) **Bioética: un diálogo plural**, UPC. Madrid. 2002,pp 541-554.

de convertir la deliberación en una búsqueda cooperativa de lo más justo para los seres humanos.

En tercer lugar, ir elaborando una ética cívica transnacional, ya indispensable, porque las orientaciones y principios ya sólo pueden seguirse internacionalmente en una sociedad mundial.

En cuarto lugar, colaborar en la forja del carácter ético de las sociedades, códigos, comités, auditorías constituyen una fenomenización de la conciencia moral de las sociedades y una expresión palpable de que la conciencia moral toma cuerpo en los distintos ámbitos de la vida social.

En quinto lugar, colaborar en la forja del carácter justo y prudente del ámbito de la investigación biotecnológica y de la práctica sanitaria, produciendo con ello un bien público.

### 3- La ética médica como ética aplicada: un enfoque desde el referente deliberativo

#### 3.1- La ética médica en el contexto de una ética cívica

La ética cívica nace en los siglos XVI y XVII a partir de la experiencia de que es posible la convivencia entre ciudadanos que profesan distintas concepciones religiosas, ateas o agnósticas, filosóficas, políticas o culturales, siempre que compartan algunas normas o valores mínimos, que los lleve a comprender que la convivencia de concepciones diversas es fecunda y que cada quien tiene derecho de llevar a cabo su proyecto de felicidad, siempre que no imposibilite a los demás llevar a cabo los propios.

Las guerras de religión europea pusieron de manifiesto lo nefasto de la intransigencia de admitir a quienes piensan de manera distinta. Aunque las causas últimas de estas contiendas no fueron siempre religiosas, sino que la mayoría de ellas fueron por razones económicas y políticas de personas o grupos poderosos, que se sirvieron de las cosmovisiones religiosas para impedir el pluralismo. Por eso consideramos la ética cívica como una ética de mínimos.

Decir que la ética cívica es una ética de mínimos significa que lo que comparten los ciudadanos de una sociedad pluralista no son determinados proyectos de felicidad, porque cada uno de ellos tiene su propio ideal de vida buena y ninguno tiene derecho a imponerla a otro por la fuerza, sino que en las sociedades plurales conviven personas y grupos que se proponen distintas éticas de máximos, que a lo sumo invitan a compartirlas a través del diálogo y el testimonio personal.

Sin embargo, pluralismo no significa que no exista nada en común. El pluralismo es posible porque los miembros de la sociedad, a pesar de tener ideales morales diferentes tienen en común unos mínimos morales que les parecen innegociables, y que no comparten por haber sido impuestos por la fuerza sino porque han llegado a la convicción propia de que son normas y valores a los que una sociedad no debe renunciar sin hacer dejación de su humanidad. Porque se trata de un tipo de convicción a la que se llega por experiencia propia, la ética cívica sólo es posible en forma de organización política que sustituye la concepción de súbdito por la de ciudadano, capaz de poseer convicciones morales propias con respecto a su modo de organización social. Es que un tipo de convicción política, como el de ciudadanía, está ligado a un tipo de conciencia autónoma.

Suele decirse que desde la Ilustración nace en los hombres la idea de que son individuos autónomos, capaces de decidir por sí mismos como desean darse sus propias leyes. La ética cívica nace entonces de la convicción de que los hombres somos **ciudadanos** capaces de tomar decisiones de un modo moralmente autónomo y, por tanto, de conocer lo que

consideramos bueno moralmente para organizar nuestra convivencia sin recurrir a proyectos de autoridad impuestos. Por eso el primero de los valores que compone una ética cívica es el de la **autonomía moral** con trasfondo político de autonomía, acompañada de igualdad de oportunidades. Así, libertad como autonomía e igualdad de oportunidades son dos valores que forman el contenido de una ética cívica, a los que se agrega el de la **fraternidad**, que la tradición socialista ha popularizado como solidaridad.

Podemos considerar los denominados derechos humanos como la concreción de estos valores que componen la ética cívica. No constituyen parte del derecho positivo, porque no los acompañan sanciones externas al sujeto prefiguradas legalmente, por lo que pertenecen al ámbito de la moralidad, y por eso decimos que forman parte de la ética cívica, concretando en sus distintas generaciones los valores de libertad, igualdad y solidaridad. Será la tradición liberal, la que promueva los derechos de la primera generación, esto es, los derechos civiles y políticos inseparables de la idea de ciudadanía. La tradición socialista, por su parte, cuestiona que los derechos civiles y políticos puedan respetarse si no son respaldados por seguridades materiales, por lo que la aspiración a la igualdad guiará el reconocimiento de la segunda generación de derechos: los derechos económicos, sociales y culturales. Por lo que toca a la llamada generación, aun no recogida explícitamente por la ONU, se guía por el valor de la solidaridad, referida a un tipo de derechos que solo pueden ser respetados por medio de la solidaridad internacional. Nos referimos al derecho a la paz y al derecho a un medio ambiente sano. La idea de la tolerancia, así como el resto de los valores mencionados y el respeto a los derechos humanos, se expresan de forma óptima en la vida social solo a través de un **ethos dialógicos**. Ethos que conviene potenciar, porque resulta el mejor modo de conjugar dos posiciones éticas: el **universalismo y el respeto a la diferencia**. El respeto a la diferencia no nos lleva a una situación en la que no pueda defenderse un valor universal, sino todo lo contrario, sólo si reconocemos que la autonomía y peculiaridades de cada hombre tiene que ser universalmente respetada, podemos entender que el mejor modo de hacerlo será a través del diálogo en que cada quién exprese sus peculiaridades desde la unidad que supone saberse “mínimamente entendido” y “máximamente respetado”.

Los valores de libertad, igualdad y solidaridad, concretados como dijimos en los derechos humanos, la tolerancia y la imposibilidad de imponer a otros el modelo de vida propios, componen el caudal de la ética cívica en muchas sociedades. Esto no implica que las personas que viven en esas sociedades aceptan estos valores y derechos, ni que las organizaciones e instituciones de tales sociedades cobren sentido defendiéndolos y protegiéndolos. De ahí que las personas, organizaciones e instituciones se impregnen de los mencionados valores, respeten y promuevan los derechos morales y los incorporen a su quehacer cotidiano, pues en caso contrario quedan moralmente deslegitimadas. Precisamente por haber alcanzado el nivel descrito la ética de las instituciones cívicas, es posible una ética médica como la que comentaremos en el epígrafe siguiente.

Sin embargo, sólo hemos analizados los elementos comunes a todas las posibles organizaciones e instituciones. Como cada organización e institución debe encarnar valores y respetar derechos atendiendo a la peculiaridad de su actividad y de lo que hemos denominado bienes internos, la ética cívica será plural y heterogénea porque tendrá que contar con los mínimos comunes y de los valores que resulten de la adecuación de estos mínimos a las diversas actividades. En la ética médica, por ejemplo, el principio básico del trato igual a todos los seres humanos, ha generado en la comunidad sanitaria cuatro principios morales e internacionalmente compartidos, que se conocen como principio de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia.

El personal sanitario –puede resumirse- debe proponerse con su actividad el bien del paciente, respetando su autonomía y teniendo en cuenta que la distribución de recursos escasos tiene implicaciones de justicia en la sociedad, que sobrepasan la relación médico-paciente. Orientar la actividad sanitaria por estos principios supone adquirir virtudes peculiares a esta actividad, aunque algunas de ellas serán comunes a otro tipo de ejercicio.

Los mínimos a los que hemos hecho referencia permiten a la ética cívica realizar dos funciones:

1. Criticar por inmoral el comportamiento de personas y organizaciones que violen estos mínimos.
2. Diseñar desde el esfuerzo conjunto las organizaciones de nuestra sociedad, como es el caso de las instituciones sanitarias.

### 3.2- Razones para el desarrollo de una ética médica como ética aplicada

El ejercicio de la medicina siempre planteó problemas éticos y exigió de los médicos calidad moral, pero nunca como en los últimos años se plantearon a los médicos tantos problemas morales. Ello explica la necesidad de la formación ética de los profesionales sanitarios. La llamada revolución médico-sanitaria la explican tres razones:

1. La mayor autonomía y capacidad de decisión del paciente, que ha cambiado el paradigma del carácter vertical y asimétrico de la relación médico-paciente. Según este modelo, el médico ha de estar arriba y mandar, en tanto que el paciente debe colocarse debajo y obedecer. Pero actualmente, el médico ya no puede decidir por sus pacientes, ni establecer con ellos relaciones de tipo vertical. El paciente es un ser adulto y responsable que, salvo excepciones, debe tomar decisiones sobre su enfermedad. En la relación médico-paciente el médico tiene la información, pero en el paciente se deposita la capacidad de decisión.
2. Las profundas transformaciones tecnológicas de la práctica médica y los límites del principio de beneficencia. Basta analizar el caso concreto de Jersey Karen Ann

Quinlan, la joven norteamericana que conmocionó al mundo permaneciendo diez años en estado vegetativo persistente. El conflicto que en el caso de Karen se produjo entre los médicos y los padres de la joven, demuestra hasta que puntos las nuevas técnicas de soporte vital, y en general la nueva tecnología sanitaria, ha cambiado el modelo tradicional de la relación médico paciente.

3. La tercera causa que ha modificado la relación médico-paciente en los últimos treinta años es de orden político. El crecimiento económico de los años sesenta favoreció la existencia del estado de bienestar y con él, la expansión de la sanidad pública durante estos años. El modelo sanitario establecido, sin embargo, dio cobertura distinta a los casos de las personas recuperables para el sistema productivo (jóvenes, enfermos agudos, etc.) que el de los irrecuperables (ancianos, jubilados, enfermos crónicos, etc.). Esto explica como el sistema sanitario se organizó en torno al paciente agudo y recuperable, marginando al crónico e irrecuperable. Otro rasgo de este sistema es que desatendió la asistencia primaria en favor de la hospitalaria.

Sin embargo, la crisis económica de los años setenta puso fin al desarrollo económico ininterrumpido. De ahí que el tercer conflicto ético tiene que ver con el acceso igualitario a los servicios sanitarios y la distribución equitativa de los recursos económicos escasos. ¿Qué criterios utilizar para la distribución de esos recursos?.

Frente al viejo modelo vertical comienza a cobrar vigencia otro horizontal en el que médico y paciente se tratan como personas adultas y responsables, lo que no significa que intercambien sus papeles. Ponerse en contacto con el médico no priva al paciente de su autonomía, razón por la cual el paciente aporta a la relación el “principio de autonomía”, mientras el médico aporta el “principio de beneficencia”. De este modo – como señala Gracia-, la vieja relación “yo mando-tu obedeces” se ha sustituido por esta otra: “beneficencia-autonomía”. Pero en la relación médico paciente no hay sólo dos partes ni sólo dos principios. Existe la sociedad, el estado y el principio de la justicia<sup>59</sup>. De ahí que si la autonomía y la beneficencia generaban muchos conflictos, la entrada en juego del principio de justicia tiene un efecto multiplicador. No obstante, hay que decir que la relación médico-paciente es hoy de más calidad que en ninguna época anterior. También es mucho más humana a pesar de su conflictualidad.

Ahora bien, los códigos deontológicos de la ética médica son declaraciones de principios que los profesionales se comprometen a respetar desde que entran a la actividad sanitaria. La complejidad de los problemas éticos necesita de otros procedimientos que la ética médica intenta resolver.

1. La ética médica ha de ser una ética civil o secular, no directamente religiosa. En las sociedades pluralistas conviven creyentes, agnósticos y ateos, y dentro de cada uno

---

<sup>59</sup> Gracia, D. **Planteamiento general de la bioética**, Triacastella, Madrid 1999, pp. 19-37

de esos grupos coexisten códigos morales diferentes. Estas sociedades han elevado a categoría de derecho humano fundamental al respeto a las creencias morales y el derecho de libertad de conciencia. Esto no significa que no sea posible un acuerdo moral sobre mínimos aceptables y exigibles a todos. En el campo de la ética médica esto significa que aún teniendo todas las personas derecho al respeto de su libertad de conciencia, las instituciones sociales están obligadas a establecer esos mínimos morales exigibles a todos.

2. Ha de ser, además, una ética pluralista, esto es, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente conjugarlos en una unidad superior. Este procedimiento cobra especificidad ética, al punto de poder decir que una acción no es moral si no resulta universalizable al conjunto de todas las personas. En otras palabras, cuando el beneficio de uno se consigue mediante el perjuicio de otros. Esto se debe a que la decisión no ha sido suficientemente pluralista o universal. Por eso, el pluralismo no tiene porqué ser un obstáculo para la construcción de una ética médica, sino más bien su condición de posibilidad
3. El tercer requisito de la ética médica es su autonomía, es decir, el criterio de moralidad no puede ser impuesto a las personas desde fuera, lo que es propio de las éticas heterónomas. Las éticas autónomas consideran que el criterio de moralidad no puede ser otro que el propio ser humano. Es la razón humana la que se constituye en norma de moralidad.
4. De lo dicho se desprende que la ética médica tiene que ser racional, lo que no significa que sea racionalista. Ser racionalista implica aceptar que la razón puede conocer a priori toda la realidad y construir un sistema de principios desde el cual se puede deducir, con precisión, las consecuencias posibles como hace la ética espinoziana. La racionalidad humana tiene siempre un carácter abierto, con un momento a priori o principialista y otro a posteriori o consecuencialista. La razón ética aspira al establecimiento de principios universales abiertos a la revisión, por lo que la ética médica debe ir más allá de los convencionalismos morales. Si bien la ética médica intenta cumplir con los requisitos anteriores, la diversidad de teorías en que se funda la hace diferente en los distintos contextos. Así, nos explicamos la tendencia empirista en el mundo anglosajón y la racionalista en la europa continental. Los anglosajones conceden mayor importancia al principio de autonomía, por lo que son consecuencialitas y dan preferencia al principio de beneficencia. Mientras que los europeos tienden a ser racionalistas deontológicos pues consideran posible establecer principios absolutos, que obliguen moralmente al margen de la voluntad empírica de los sujetos. Por eso la importancia que asignan a la justicia como principio absoluto.

El utilitarismo es muy influyente quizá decisivo en la ética médica norteamericana, especialmente a través de las obras Beauchamp y Childress, no obstante considerarse el primero utilitarista de regla y el segundo deontologista. Ellos, entienden “por principio de beneficencia” evitar el mal posible (principio de no-maleficencia) y promover el bien. Sin embargo, sucede que el bien no es independiente de la autonomía de las personas puesto que unas consideran bueno lo que para otras es malo. No hay beneficencia sin autonomía. Además hay que introducir el principio de justicia que servirá de compensación para reducir las desigualdades.

La tradición europea por su parte cree encontrar principios absolutos que fundamenten lo moral. Es Kant, por medio de sus imperativos categóricos quien nos manda a tratar a todas las personas como fines en sí y nunca como medios. Por lo que hay obligaciones absolutas previas a la autonomía de las personas. Estas obligaciones pueden sintetizarse en dos principios: el de no maleficencia (que derivado del imperativo ya no es la parte negativa del principio de beneficencia) y el principio de justicia (que también derivado del imperativo categórico tampoco tiene por objeto compensar las desigualdades empíricas sino de cumplir con la obligación de tratar a todas las personas por igual.

### 3.3- Cambios conceptuales recientes en la ética médica

Para algunos especialistas la ética médica es cada vez más una rama de la filosofía moral y se hace vulnerable a los cambios de opinión en filosofía. Las consecuencias de ello para la estructura de la ética médica, son saludables y a su vez problemáticas, y representan un reto de gran significación por varias razones:

- La primera de estas razones es que las soluciones que buscamos para enfrentar el problema práctico de decisión moral, dependen del marco conceptual que usemos para definir lo que es correcto o incorrecto. Y es que la ética médica, al igual que la propia medicina, es una síntesis de teoría y praxis. El médico más práctico que exista tiene que apoyarse en algún referente filosófico, salvo que base sus decisiones morales en sus intuiciones.<sup>60</sup>
- La segunda razón, es que los médicos deben reconocer que las teorías filosóficas han ejercido una poderosa influencia sobre las transformaciones de la ética médica. No se trata de entregar la tarea a los filósofos o a los abogados. Pero tampoco de definir la ética médica sólo desde la medicina.
- Por último, los médicos deben ser conscientes de cuáles son los argumentos filosóficos en que se basan sus colegas cuando promulgan cambios drásticos en su tradición ética.

---

<sup>60</sup> Las intuiciones no nos proporcionan la herramienta necesaria, tampoco nos dan criterio para reconocer intuiciones correctas e incorrectas, así como para jerarquizar las intuiciones, lo cual elimina nuestra posibilidad de encontrar los principios adecuados que nos ayuden a la toma de decisiones.

Por ejemplo, algunas de las medidas que actualmente se busca legitimar acerca de problemas tales como el suicidio con ayuda del médico, la eutanasia voluntaria o involuntaria, la compraventa de órganos para transplantar, el alquiler de úteros, etc., cuentan con racionalizaciones profundamente enraizadas en algún giro conceptual dentro de las teorías de la moral.

La ética médica ha pasado por varias etapas que en parte han coexistido:

La primera de estas etapas fue un período de tranquilidad, en que la tradición hipocrática fue entendida como algo dado. Desde el punto de vista filosófico, la ética hipocrática es un mosaico de preceptos morales formulados en diferentes períodos bajo el influjo de la mayor parte de las escuelas de filosofía griega. El juramento hipocrático es su núcleo más influyente, siendo en gran medida, aunque no exclusivamente, un producto de la **filosofía ascética** de Pitágoras<sup>61</sup>. Esta ética incluye la mayor parte de los preceptos morales, como las prohibiciones contra el aborto, la eutanasia, las relaciones sexuales con los pacientes, no dañar etc. También exhorta al médico a llevar una vida virtuosa. Los libros deontológicos enfatizan las reglas que atañen la forma de vestirse, el comportamiento, la educación y la reputación de los médicos. Las influencias del pensamiento estoico oportunamente introdujeron un énfasis en el deber, la compasión, el amor y la amistad en las relaciones médico-pacientes<sup>62</sup>.

El método para tomar decisiones durante este período consistía en juzgar si una determinada conducta se ajustaba o no a esos preceptos. La virtud clave es la prudencia, mediante la cual el médico es capaz de discernir lo correcto y lo incorrecto al enfrentar una posición moral determinada. Los filósofos griegos hicieron amplio uso de la medicina como instrumento pedagógico, sobre todo como modelo para uso moral del conocimiento. Ellos encontraron en la medicina una fuente de útiles analogías, como aquella que asimila la salud del cuerpo (medicina) a la del alma (filosofía). La identificación entre filosofía y medicina se hizo tan estrecha que los médicos hipocráticos, tuvieron que definir su independencia enfatizando el carácter empírico del arte médico<sup>63</sup>. Sin embargo, a pesar de esta yuxtaposición, la ética hipocrática no fue objeto de indagación filosófica, ni se escribió un tratado sobre ética médica.

Los filósofos antiguos y modernos han escrito sobre problemas morales fundamentales como el aborto, el suicidio, la muerte y la eutanasia, asuntos que hoy son parte de la ética biomédica. Pero la ética en la relación médico-paciente, base de las decisiones del médico y

---

<sup>61</sup> Carric, K. **Medical Ethics in Antiquity**. Dordiecht: Reidel, 1985, p. 163.

<sup>62</sup> Cicerero. **De officiis**. Cambridge (MA): Harvard University, 1975 (Cicerón. **De los deberes**. Mexico: UNAM, 1963); Pellegrino, E. **Humanism and Ethics in roman medicine: traslation and commentary on a text of Scribonius Largus**. Lit Med 1988,7: 22-380; Séneca. C.F. **De officiis**. Combridg (MA) .pp.1-16

<sup>63</sup> Hipócrates. **The Art in Hippocrates**. Vol. 2. Cambridge (MA): Harvard University, 1981, pp. 185-217 (Trar. esp. Sobre la ciencia médica. **En Tratados hipocráticos**. Vol. 1. Madrid, Gredos, 1983,pp 99-122

bienestar del paciente, no fue justificada ni inferida en un sentido formal. Incluso los médicos y filósofos antiguos Alcmeón y Empédocles, o los más recientes John Locke y William James, dijeron poco acerca de la ética médica.

Con algunas modificaciones –al entrar en contacto con las grandes religiones-<sup>64</sup>, la ética hipocrática permaneció intacta en los textos de algunos médicos influyentes, como Persival o Gregory (Inglaterra) y Hooker (Estados Unidos)<sup>65</sup>. Los textos hipocráticos fundamentales se mezclaron con nociones estoicas de deber y virtud, así como con elementos de las estructuras y enseñanzas judías y cristianas, síntesis que dio forma al primer código ético de la Asociación Médica Americana en 1847.

Este mosaico de elementos filosóficos será cuestionado en la década del 60 como parte del cambio general de los valores morales en Estados Unidos, generado por el movimiento en pro de los derechos civiles, pro feministas y la actividad de los consumidores; la declinación de los valores compartidos por la comunidad; la acentuación del énfasis en los diferentes orígenes étnicos y la desconfianza general con respecto a las autoridades e instituciones; así como un mejor nivel de educación. La propia medicina sufrió cambios a causa de la especialización, fragmentación, institucionalización y despersonalización del cuidado en la salud. Aumentaron y se complejizaron los problemas de ética médica.

Todo lo anterior trajo como resultado la demanda de modelos alternativos para la enseñanza y la práctica de la ética médica. De este modo se abrió el camino para indagar sobre los problemas permanentes de la filosofía.

Comienza a mediados del 60, y está caracterizada por ser una etapa de investigación filosófica, durante la cual las teorías morales basadas en principios comenzaron a transformar la ética médica. Orientados a partir de las decisiones de los tribunales y la legislación vigente, algunos médicos se dirigieron a la filosofía, que empezó abordar problemas de ética médica.

La filosofía aportaba a la ética médica una gama de tradiciones morales conocidas. Por lo general, se trata de alguna variante de una ética deontológica o consecuencialista, ya sea de actos o de reglas<sup>66</sup>. Después de un breve lapso, la teoría de principios **prima facie** que

---

<sup>64</sup> Temkin, O. **Hippocrates in a World of Pagana and Cristians**. Baltimiore: Johns Hopkin University, 1991

<sup>65</sup> Persival, T. **Medical Ethics**. Londres, 1803; Gregory, J. **Letures on the Duties and Qualifications of a Physician**. Londres: Strahan and Cadell, 1972; Hooker, W. **Physician and the Patient**, or a Practical View of the Mutual Derties, **Relations, and interests of the Medical Profession and the Comminity**. Reimp. N.Y. Arno press, 1972

<sup>66</sup> Las éticas deontológicas son aquellas que consideran que un acto es moralmente correcto porque consiste en cumplir con un deber; mientras que una ética es consecuencialista de actos si considera que un acto es moralmente correcto porque sus consecuencias son buenas. Mientras que una ética es consecuencialista de reglas, si considera que un acto es moralmente correcto porque se ajusta a unas reglas, que a su vez, son correctas si el hecho de ser obedecidas tiene buenas consecuencias

desarrolla W. Ross<sup>67</sup>, pasó a predominar en la ética médica. Este modo de fundamentar la ética, en general, fue eficazmente adaptado a la ética médica por Beauchamp y Childress<sup>68</sup>, a pesar de no coincidir en las teorías éticas en que apoyaban (utilitarista en un caso y deontologista en el otro). Ellos reconocieron los importantes obstáculos que habían para lograr un consenso en cuestiones básicas de la ética (la fuente de lo moral, la naturaleza de lo bueno o el status epistemológico del conocimiento moral, entre otras), y para evitar estos problemas siguieron el enfoque principialista rossano que siempre había que respetar, salvo que exista una poderosa razón en contra que justifique desviarse de los principios. Dentro de la categoría de principios, **prima facie** escogieron los más apropiados para la ética médica: -no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Estos cuatro principios básicos tienen la ventaja de ser compatibles, tanto con los enfoques deontológicos como con los consecuencialistas, por lo que fue rápidamente aplicado por los médicos en la resolución de dilemas éticos.

El enfoque principialista atrajo por varias razones. Reducía en alguna medida la vaguedad en los debates donde se cuestionaba la ética hipocrática. Proveía orientaciones específicas para actuar, y ofrecía un modo ordenado de “elaborar” un problema ético análogo a la elaboración clínica de un diagnóstico o un problema terapéutico. Y como ya señalamos, el enfoque principialista soslayaba la confrontación con problemas éticos controvertidos como el aborto, la eutanasia y otros donde el consenso parecía imposible de lograr.

Conviene subrayar que dos de los cuatro principios **prima facie** (no- maleficencia y beneficencia), eran idénticos a las obligaciones hipocráticas de actuar siempre teniendo presente el bien de los pacientes y evitar hacer daño. Pero los otros dos (autonomía y justicia) parecían contradecirlas, pues el principio de la autonomía, por ejemplo, iba contra el paternalismo y autoritarismo de la ética hipocrática que no da lugar a la participación del paciente en sus decisiones clínicas. Sólo en las últimas décadas, los médicos en general, y los estadounidenses en particular han aceptado el principio de autonomía, sobre todo porque es esencial para el consentimiento. Y es que el principio de autonomía es afín con el temperamento individualista del norteamericano que pone el énfasis en la autodeterminación y la privacidad. Sin embargo, muchos profesionales sanitarios no están del todo convencidos de la legitimidad de la autonomía como principio, pues temen que su absolutización desplace al buen juicio médico y estimule un desapego moral por parte del médico.

---

<sup>67</sup> Véase Ross, W. **The Right and the Good**. Indianapolis: Hackett; 1988 (1 ra. Ed Oxford,1930). Este autor sostiene que intuitivamente sabemos “a primera vista” que algo es nuestro deber. Por ejemplo, un pediatra sabe que tiene el deber de visitar un paciente que prometió visitar, pero que la reflexión posterior puede mostrar que hay un conflicto de deberes y lo que era deber “a primera vista” deja de serlo si el pediatra inesperadamente tiene que atender un enfermo de urgencia.

<sup>68</sup> Beauchamp, T.L., Childress, J.F. **Principles of Biomedical Ethics**, 3 ra. Ed. N.Y. Oxford University, 1979

Por su parte, el principio de justicia es el que más se aleja de la tradicional ética hipocrática. La entrada con fuerza del principio de la justicia en la ética médica en los últimos años obedece a que se han hecho evidentes grandes disparidades en la distribución del cuidado de la salud. Se dice que ha diario aumentan las posibilidades de que los médicos se transforman cada vez más en agentes de metas sociales y fiscales, que en agentes cuya responsabilidad principal son sus pacientes. Nos referimos al hecho de que actuando como “guardabarrera” -persona que decide quien pasa y quien no- ó como “racionador” -quien reparte raciones en caso de racionamiento-, se plantea un conflicto de obligaciones a los médicos hipocráticos. No obstante, el filósofo neocontractualista estadounidense John Rawls, ha puesto a la justicia distributiva en el punto más alto de la ética médica<sup>69</sup>.

Efectivamente, la tradición de los cuatro principios ha sido enseñada a cientos de médicos y otros profesionales de la salud que enseñan a su vez en escuelas de medicina o trabajan como consultores en contextos de práctica clínica. Aunque Clouser y Gert sostienen que a menudo se aplica automáticamente y sin una base moral seria<sup>70</sup>

Es justo señalar, sin embargo, que los autores del enfoque principialista eran conscientes de las limitaciones del sistema de obligaciones **prima facie** de Ross, particularmente de las dificultades de aplicación a los casos particulares, y al tratar de reducir los conflictos a los principios **prima facie** ó dentro de un mismo principio, si no se dispone de un ordenamiento jerárquico de los propios principios. La solución rossana de optar por el acto que haga prevalecer lo recto sobre lo incorrecto, es casi una petición de fe. Necesitamos aún un principio que permita determinar si lo que prevalece es lo apropiado.

Con el objetivo de superar las limitaciones, Beauchamp y Childress propusieron las cuatro condiciones que habrían de satisfacer la justificación para transgredir un principio o una obligación **prima facie**. A saber:

1. El objetivo moral al que se apunta debe ser realista;
2. No se dispone de ninguna alternativa moralmente preferible;
3. Se debe buscar la trasgresión más pequeña;
4. El agente debe tomar medidas para minimizar los efectos de la trasgresión.

---

<sup>69</sup> Rawls, J A **Theory of justice**, Cambridge, Harvard University 1971 ( Trad. Esp., Dolores González , Teoría de la Justicia, Madrid, F.C.E. 1978)

<sup>70</sup> Clouser, K. y Gert, B. **A critique of principlism**. J. Med Phil, 1990, 15: 219-36.

Beauchamp y Childress esperan con ello navegar entre los principios y la ética contextual<sup>71</sup>. Aunque estas orientaciones son útiles, no logran erradicar las limitaciones inherentes a todo enfoque principialista que no esté jerárquicamente ordenado<sup>72</sup>.

Entre los más serios críticos del enfoque principialista está Brody, para quien los cuatro principios están a un nivel intermedio y no sólo necesitan una justificación racional, sino una fundamentación más firme en algunas de las grandes tradiciones morales<sup>73</sup>. Clouser y Gert, por su parte, lamentan la falta de una teoría moral unificada que pudiese vincular los principios entre sí y fundamentarlos conceptualmente. Si tal teoría existiese, los principios serían necesarios. Mientras que Holmes, en línea con MacIntyre<sup>74</sup>, dice que la ética filosófica misma es de escaso valor, y pide una sabiduría moral. También Gultafson arguye que la filosofía es un instrumento inadecuado para enfrentar el amplio campo de la ética médica. Sostiene que incorporar al discurso moral elementos proféticos y consideraciones de políticas públicas, son más adecuadas que los principios para resolver los problemas morales clave.

Fuera del ámbito de la filosofía también se producen críticas a los cuatro principios. Se dice de ellos que son demasiado abstractos, racionalistas y distantes del contexto en que de hecho se toman las decisiones, así como que hacen caso omiso al carácter de la persona, su vida, su trasfondo cultural y su sexo. Los principios suponen una perfección técnica en las decisiones morales difícil de cumplir debido al carácter único de cada sujeto moral y de cada acto. Por ello, se han propuesto diferentes soluciones para remplazar, complementar o suplementar los llamados principios **prima facie**. Engelhardt, por ejemplo, coloca la autonomía en prioridad con respecto a la beneficencia<sup>75</sup>. Pellegrino no cree que desaparezcan los principios por las razones siguientes:

1. en cualquier sistema ético hay, implícitamente, “principios” que sirven de fuentes fundamentales de las cuales derivamos (y a partir de las cuales justificamos) las pautas para la acción, por ejemplo, los deberes y las reglas. La ética hipocrática, en efecto, estaba basada en la virtud, pero el juramento proveía pautas que consistían en reglas y principios específicos.

---

<sup>71</sup> La ética contextual sostiene que no hay principios morales generales y que el sujeto debe decidir en cada caso conforme a las condiciones particulares en que se encuentra

<sup>72</sup> Un conjunto de principios está jerarquizado si se establece un orden entre ellos, de manera que los requerimientos del superior deben ser satisfechos antes que los de uno inferior.

<sup>73</sup> Brody, B. **Philosophical critique of bioethics**, J.Med Phil 1990, 15: 161-78

<sup>74</sup> MacIntyre, A. A . **Crisis i moral philosophhy: why is the searh for fundations so frustrating ?**, en: Engel har dt H. Callahan D editores. Krowing and Valuing. Hastings on- Hdson: Hastings Center, 1980, pp. 18-43

<sup>75</sup> Engelhardt, H. **Los fundamentos de la bioética**. Barcelona Paidós 1995

2. cualquier teoría que se presente como alternativa al principialismo tendrá a su vez diversas limitaciones.
3. la necesidad y utilidad de los principios se hace cada vez más clara en la medida en que tratamos de aplicar otras teorías a los casos concretos<sup>76</sup>.
4. Finalmente, los principios no son intrínsecamente incompatibles con otras teorías. El problema de fondo, tan viejo como la filosofía moral misma, es cómo ir de los principios morales universales a las decisiones morales singulares y luego volver a ellos.

Sin embargo por dificultades de este enfoque principialista para lograr acuerdos y superar los conflictos, surge una nueva forma de casuística. Esta otra perspectiva que proponen Jousen y Toulmin proviene de su común sensibilidad, favorable al ejercicio de una racionalidad contextualizada, sea por la influencia del probabilismo casuístico (Jousen) o bien por el contextualismo de Wittgensteiniano (Toulmin). Ambos consideran posibles llegar a acuerdos importantes sobre cuestiones concretas, al margen de los principios morales y las teoría éticas.

Según Jonsen, “el éxito de la Nacional commission vino de su atención de los casos concretos en los que los principios eran descubiertos tanto como eran aplicados”<sup>77</sup> Esta formulación sólo se entiende si la incorporamos a un marco hermenéutico, en el que la aplicación es constitutiva de la comprensión.

La Casuística se ha revitalizado a partir los años ochenta, en la ética médica (y también en la ética empresarial). En la ética médica por la obra de Jousen y Toulmin<sup>78</sup>, quienes aseguran atribuir su éxito a proceder “taxonómicamente”, lejos de compromisos teóricos. Es decir, los casos eran debatidos a la luz de ciertos principios, pero éstos no eran usados en forma deductiva sino como una especie de “lengua común”. Adviértase de nuevo un proceder sólo explicable con un trasfondo hermenéutico.

La Casuística consiste en un razonamiento basado en caso o en cualquier método de investigación guiado por casos. Los casuistas sostienen que la teoría ética es de poca importancia para resolver problemas morales particulares. Pero si se presta la debida atención a las circunstancias y detalles de cada caso se pueden lograr resoluciones aceptables. Este enfoque viene hacer un diagnóstico de la situación que, tras prestar atención a la morfología del caso, intenta desarrollar una taxonomía moral. Se considera morfología a la narración completa del caso. Luego se clasifica y se asimila a cierto tipo de

---

<sup>76</sup> Pellegrino, E. The Four principles and the doctor-patient relationship, en Guillon R. Editor. **The Principles of Health Care Ethics**. Chichester (UK). Weley and Sons, 1994

<sup>77</sup> Citado por Gracia en Procedimiento de desión en ética clínica, p.39

<sup>78</sup> Josen, A.R.y Toulmin, S.T **The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning**. University of Chicago, 1988.

casos. Una vez tipificado, se ponderan tanto las circunstancias que corresponden al contexto social e institucional como las convicciones ideales de las personas involucradas de las acciones que se están tratando. Para llevar a cabo esta ponderación se requiere experiencia<sup>79</sup> Cuando se llega a casos en que no hay consenso, los defensores del casuismo pueden optar por describir el caso que pudieran ser el que con más probabilidad suscitara un acuerdo, o tomar el camino aristotélico de defender que los casos paradigmáticos no son aquellos en que hay más acuerdo sino aquellos en que los sabios prácticos están de acuerdo. En cualquier caso, siguen siendo tarea de la casuística:

1. La identificación de casos paradigmáticos.
2. La habilidad para descubrir analogía entre los paradigmas y los casos similares.

El sentido de esta nueva casuística podría enmarcarse dentro del paradigma hermenéutico crítico, si no quiere justificar sus resultados consensuales por medio de un enfoque pragmático acrítico.

La casuística revitalizada ha sido denominada Casuística 2 por Arras, para diferenciarla de la casuística tradicional llamada por él Casuística 1<sup>80</sup>. La Casuística 2 tiene en cuenta las circunstancias en cada situación concreta y los intereses de todos los implicados, lo cual parece relacionarse con una forma de racionalidad que rebasa los cánones de la lógica formal y se nutre de los componentes históricos y circunstanciales. A juicio de Conill<sup>81</sup>, esta ampliación de la racionalidad quedará recogida por el carácter hermenéutico de las éticas aplicadas.

Sin embargo, hace falta ir más allá de las casuísticas 1 y 2 y proponer nuevas bases para una Casuística 3, pretensión integradora a la que podría responder una hermenéutica crítica.

El casuismo pretende llevar adelante un procedimiento que prescinde de las teorías morales y evitar lo que consideran la tiranía de los principios, como si los argumentos históricos fueran suficientes para resolver los conflictos morales y llegar a los consensos sociales e institucionales que guíen nuestras acciones. Sin embargo la Casuística no garantiza la solución de conflictos morales, ni cumple la misión de lograr el consenso, ni constituye la mejor vía para lograr una voluntad común.

Es obvio que el carácter del agente es crucial desde la perspectiva de la ética médica puesto que el profesional de la sanidad es el agente que interpreta y aplica cualquier teoría al uso. Precisamente, la ética basada en la virtud era la teoría dominante hasta hace unos treinta o

---

<sup>79</sup> Kucewski, M., Casuistry, en Chadwich (ed) Enciclopedia of Applied ethics, vol I

<sup>80</sup> Vease Gracia, D. Procedimiento de decisión clínica cap. 7

<sup>81</sup> Conill, J. El carácter hermenéutico de las éticas aplicadas, Cortina, A. y García-Marzá, D. Razón pública y éticas aplicadas, Tecnos, Madrid, 2003, p.129.

cuarenta años. Pero, sería demasiado simplista regresar totalmente a la virtud como base de la ética médica.

La opción de las teorías éticas basadas en la virtud no proveen, por si solas, pautas suficientemente claras para la acción; son demasiado privadas, susceptibles de definiciones personales de la virtud ó de la persona virtuosa. Una teoría basada en la virtud debe anclarse en una teoría previa de lo recto y lo bueno, así como en una teoría de la naturaleza humana en función de la cual se pueda definir la virtud. Ello requiere, además, una comunidad de valores que sustenten su práctica. Y ya MacIntyre ha mostrado cuán irrecuperable es el consenso metafísico que requieren las teorías basadas en la virtud<sup>82</sup>. Virtud y carácter pueden formar parte de una ética biomédica, pero ello requiere un nexo conceptual con los deberes, las reglas, las consecuencias y la psicología moral dentro de la cual la prudencia aristotélica juega un papel especial<sup>83</sup>.

Con respecto a la teoría del cuidado solícito, también existen objeciones empíricas y filosóficas a su modelo de razonamiento moral<sup>84</sup>. Quienes defienden esta opción, sostienen que las mujeres son más cuidadosas y solícitas que los hombres en su manera de enfrentar las decisiones éticas. Suponen que a las mujeres les interesa más la relación que la mera aserción aislada, la reconciliación que ganar una disputa, etc. Sin embargo, las diferencias sexuales pueden estar basadas más en la clase social, la cultura, la imagen de si misma y los ideales personales que en la psicología del desarrollo de Freud o Kohlberg<sup>85</sup>. Ciertamente, las diferencias sexuales habrán de incorporarse a la ética biomédica futura, pero el cuidado solícito, sin embargo, está sujeto a tal variedad de interpretaciones que él mismo necesita estar basado sobre un principio o regla para que constituya una guía fiable en el momento de tomar decisiones morales.

Claramente, las alternativas propuestas frente al principialismo pueden enriquecer cualquier teoría de ética médica. Pero ninguna de ellas puede independizarse de los principios, reglas u obligaciones, sin las cuales sucumbirían a las debilidades del relativismo y el subjetivismo. Se necesita una infraestructura filosófica comprehensiva que sostenga la ética médica, que sea capaz de ligar las grandes tradiciones morales con los principios y reglas; también con el nuevo énfasis en la psicología moral. Esto requiere mucho más que un eclecticismo afile.

---

<sup>82</sup> MacIntyre, A. **Tras la virtud**. Barcelona. Crítica. 1987

<sup>83</sup> MacIntyre, A. **Therr Rival Versions of moral inquiry**. University Nostre Dame, 1990, p 139.

<sup>84</sup> Noddring, N. **Caring: A Femenine Approach to Ethics and Moral Educations**. Berrkeley: University California, 1984.

<sup>85</sup> Flanagan, O. **Varieties of Moral Personality. Ethycs and Psychological Realism** Cambridge (MA). Harvard University. 1991

### 3.4- Modelos de la relación médico-paciente.<sup>86</sup>

En la actualidad, se debate mucho acerca del conflicto existente entre la autonomía del paciente y la toma de decisiones médicas. Al respecto, están los que abogan porque el paciente tenga un mayor control de sus valores, y los partidarios de una relación médico-paciente más recíproca.<sup>87</sup> Este enfrentamiento nos lleva a preguntarnos cómo debe ser la relación médico-paciente ideal.

Dado que esta confrontación tiene implicaciones éticas (así como legales) esbozaremos algunos de los modelos de relación médico-paciente más relevantes, con la consiguiente evaluación de nuestra parte. Este pase de revista que hacemos de los modelos de relación médico-paciente se apoya en el análisis que proporcionan Ezequiel y Linda Emanuel, respectivamente. Debe quedar claro, sin embargo, que sólo intentamos establecer algunos ideales normativos que podrían caracterizar estas relaciones.

- El llamado **modelo paternal** (o sacerdotal).<sup>88</sup> En este modelo los médicos utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y la fase de su proceso morboso, y para elegir qué pruebas diagnósticas y tratamientos son los más adecuados para restaurar la salud del paciente o calmar el dolor.
- El objetivo de la relación médico-paciente es asegurar que el paciente reciba la intervención necesaria que mejor garantice su salud y bienestar. Según este modelo, el médico da al paciente una información previamente seleccionada que le conducirá a consentir la intervención que, según el médico, es la mejor. El modelo presupone la

---

<sup>86</sup> Clásicamente se ha conocido este encuentro con el nombre de la relación médico- enfermo. Hoy, sin embargo, se utilizan preferentemente otras denominaciones debido a la falta de precisión de la anterior. Primero, porque el médico no es el único sanitario que hay, y la relación puede establecerse con cualquier tipo de profesional de la salud. Segundo, tampoco ha de ser, un enfermo el que consulta. El objeto de su consulta es, precisamente, determinar si el que acude está o no enfermo, de ahí que también los sanos puedan tomar parte en esa relación. Esto ha hecho que se sustituya el término enfermo por el más genérico de paciente. Aunque tampoco este vocablo parece idóneo entre los especialistas, ya que coloca a quien consulta en una situación meramente pasiva, frente al papel activo del médico. Por eso hoy suele usarse preferentemente, sobre todo en Estados Unidos, el término “usuario” frente a los de paciente y enfermo. Se habla, por tanto de la “relación sanitario-usuario” En otras palabras, los ciudadanos son usuarios del servicio de salud, y entran en un tipo de relación con el personal sanitario que no es necesariamente la de enfermos ni la de pacientes. Sin embargo, también el término usuario ha sido criticado, ya que procede de las asociaciones de consumidores, y parece reducir al enfermo a la categoría de consumidor de salud. En cualquier caso este autor ha optado por llamar el intercambio relación médico- paciente (N.del A.)

<sup>87</sup> Para una discusión, véase Veatch, R.M. *A Theory of Medical Ethics*, N.Y.: Basic Books Inc. Publishers, 1981; Macklin, R. *Mortal Choices*, N.Y.: Pantheon Books Inc, 1987; Ingelfinger, F.J. *Arrogance*. *N Engl J. Med*, 1980; y Marzuk, P.M. *The Right Kind of Paternalism*, *Engl J. Med*, 1985.

<sup>88</sup> Burke, g. **Ethics and Medical** *Decision-Making*, *Prim Care*, 1980, 7: 615-24; Veatch, R.M. *Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age*. *Hastings Pent Rep* 1975, 2: 3-5.

existencia de un criterio objetivo que sirve para determinar qué es lo mejor para el paciente sin que se necesite la participación del mismo. Por consiguiente, él médico funciona como guardián o tutor del paciente, pero con la obligación de poner en primer lugar los intereses del paciente y pedir ayuda a sus colegas cuando sus conocimientos no sean suficientes. Este modelo concibe la autonomía del paciente como asentimiento, ya sea en el momento o posteriormente, a lo que el médico considera que es lo mejor.

- Un segundo modelo es el **informativo**, conocido alternativamente como modelo científico, modelo técnico o modelo del consumidor.<sup>89</sup> En este modelo el objetivo de la interacción médico-paciente es proporcionar al paciente toda la información importante, para que este pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el médico la llevará a cabo. El médico está obligado a informar al paciente acerca de la naturaleza y el estado de su enfermedad, el diagnóstico, las intervenciones terapéuticas, así como los beneficios y riesgos asociados e incluso, lo relacionado con la incertidumbre propia del conocimiento.

En este modelo hay una distinción clara entre hechos y valores. Es decir, los valores del paciente son conocidos y definidos, pero el paciente no conoce los hechos. Por ello, el médico está obligado a facilitar al paciente todos los datos disponibles, para que éste, desde sus valores, determine la terapéutica que se le debe aplicar. En otras palabras, en el modelo informativo el médico es un suministrador de experiencia técnica, y su obligación es dotar al paciente de los medios necesarios para que éste, pueda ejercer el control de la situación. El modelo informativo concibe la autonomía del paciente como el control del mismo sobre la toma de decisiones.

- El tercer modelo es el denominado **interpretativo**. Aquí el objetivo de la relación médico paciente es determinar los valores del paciente, cuáles son sus deseos, y ayudarlo a elegir entre todas las intervenciones médicas disponibles, aquellas que satisfagan sus valores.

En este modelo, el médico ayuda al paciente a aclarar sus valores, y determinar qué intervención médica desarrolla mejor tales valores. Como en ocasiones estos valores no sólo aparecen mal definidos, sino que pueden entrar en conflicto, es tarea del médico trabajar con el paciente para esclarecer sus objetivos, aspiraciones y responsabilidades. De este modo, el médico no debe imponer sus órdenes al paciente, sino que es el paciente el que decide qué valores y formas de actuar se ajustan mejor a lo que él es. En otras palabras, el médico no juzga los valores del paciente, sólo lo ayuda a comprenderlos y a valerse de ellos en el contexto clínico.

---

<sup>89</sup> Ibidem,7:615-24;2:3-5

En este modelo, el médico desarrolla un papel de consejero, facilitando al paciente la información relevante, ayudándolo a esclarecer sus propios valores y sugiriéndole las intervenciones médicas que mejor llevan a cabo dichos valores. En este escenario se incluyen todas las obligaciones médicas enumeradas en el modelo informativo, pero es necesario incorporar al paciente en un proceso global de análisis. El modelo interpretativo concibe la autonomía del paciente como auto comprensión.

- El cuarto y último modelo es el llamado **deliberativo**, cuyo objeto es ayudar al paciente a determinar y elegir de entre todos los valores relacionados con su salud que puedan desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son mejores. De lo que se trata es que el médico esboce la información sobre la situación clínica del paciente y lo ayude a dilucidar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles. El médico debe indicar al paciente por qué algunos valores relacionados con la salud tienen más importancia y se debe aspirar a poseerlos. El médico analizará sólo los valores relacionados con la enfermedad del paciente y su tratamiento. Como muchos elementos éticos no están relacionados con la enfermedad del paciente o su tratamiento, el médico no debe ir más allá de la persuasión moral. El paciente es quien debe definir su vida y seleccionar el orden de valores que desea asumir.

En el modelo deliberativo el médico actúa –siguiendo a Fried- como el amigo o maestro del paciente<sup>90</sup>, comprometiéndolo a un diálogo acerca de qué tipo de actuación sería la mejor. Es decir, el médico indica no sólo lo que el paciente podría hacer, sino conociendo al paciente y deseando lo mejor para él, qué decisión respecto al tratamiento médico sería la más adecuada. Se concibe la autonomía del paciente como un acto de desarrollo moral.

Sin embargo, este modelo no se aleja del modelo que sostiene Gutmann y Thompson<sup>91</sup>, los cuales son de carácter rawlsiano: dependen del contexto, son desarrollados y defendidos mediante reflexión sobre caso, esto es, el contexto desempeña un lugar muy importante en este enfoque y los casos tienen principalmente dos funciones: 1) ilustran problemas y principios, 2) sirven como expresión concreta de juicios ponderados.

Este modelo se sustenta en última instancia en un principio de reciprocidad, cuyo aporte básico al ejercicio de la ética médica es que ayuda a vivir en desacuerdos morales en un contexto democrático.

---

<sup>90</sup> Fried, C The lawyer as friend: **The moral foundations of the lawyer client relationship**. Yale Law J 1976;85: 1,060-89.

<sup>91</sup> Gutmann, A. y Thompson, Democracy and Disagreement, Harvard University press, 1996.

Sus cuatro contribuciones más específicas son: 1) una mayor legitimidad mediante un proceso creciente de deliberación inclusiva, 2) un ejercicio del razonamiento moral acerca del bien común, 3) una cierta reducción del desacuerdo moral y 4) una ampliación del conocimiento y de la comprensión mutua.

<b>Comparación de los cuatro modelos, diferenciándolos según el papel que otorgan a la autonomía del paciente</b>				
<b>MODELOS</b>				
	<b>Paternalista</b>	<b>Informativo</b>	<b>Interpretativo</b>	<b>Deliberativo</b>
Valores del paciente	Objetivos compartidos por el médico y el paciente	Objetivos definidos fijos y conocidos por el paciente	Objetivos poco definidos y conflictos, necesitados de una aclaración	Objetivos abiertos a discusión y revisión a través de un debate moral
Obligación del Médico	Promover el bienestar del paciente independientemente de las diferencias del paciente en ese momento	Dar información relevante y realizar la intervención elegida por el paciente	Determinar e interpretar los valores del paciente más importantes así como informar al paciente y realizar la intervención elegida por él	Estructurar y persuadir al paciente de que ciertos valores son los más adecuados así como informarle y realizar la intervención elegida por él
Concepción de la autonomía del paciente	Asumir valores objetivos	Elección de, y control de los cuidados médicos	Auto comprensión de los elementos relevantes para los cuidados médicos	Auto desarrollo de los valores morales relevantes para los cuidados médicos
Concepción del papel del médico	Guardián	Técnico	Consultor y consejero	Amigo o maestro

La base de esta reciprocidad se encuentra –según Rawls<sup>92</sup> en la capacidad de buscar condiciones justas de cooperación social por sí mismas. Y lo que subyace a ese principio de reciprocidad es la creencia en la dignidad y valor de los seres humanos. De ahí que la

<sup>92</sup> Rawls, J. Liberalismo político, Crítica, Barcelona, 1996

reciprocidad que se propone en el modelo deliberativo de estos autores no puede confundirse con el principio de la prudencia ni con el principio de la imparcialidad, que son discutibles, porque lo importante es ubicar entre ellos el principio de reciprocidad como regulador de la deliberación. Por ello constituye una guía para vivir con desacuerdos morales fundamentales pero sin dejar de practicar el respeto mutuo.

La reciprocidad en la práctica de la ética médica se concretaría en la capacidad del razonamiento crítico. Pero en lo que Gutmann y Thompson insisten es que el proceso del resultado deliberativo no es el acuerdo sino el desacuerdo “deliberativo”, lo que constituye la base para que quienes están moralmente en desacuerdo puedan cooperar. Un caso paradigmático de la reciprocidad deliberativa es la legalización o no del aborto.

En opinión de algunos especialistas existe también el modelo que ellos llaman **instrumental**<sup>93</sup>, porque el médico persigue junto con el paciente algunos objetivos no relacionados con él, tales como el bien social o el avance del conocimiento científico.

Dos razones explican un cambio en las últimas décadas hacia el modelo **informativo** (mayor autonomía del paciente). La adopción de una terminología de corte financiero en la medicina al considerar a los médicos proveedores de salud y los pacientes consumidores. La otra razón es la difusión de las cartas de derechos de los pacientes, la promoción de leyes sobre el testamento vital y las normas que regulan las investigaciones con seres humanos.<sup>94</sup> Pongamos por ejemplo, “El Acta de Derechos del Paciente Terminal”.<sup>95</sup> Anterior a la década del 70 el criterio a seguir en el consentimiento informado se basaba exclusivamente en consideraciones médicas. Sin embargo, desde 1972 el énfasis se pone en el denominado criterio subjetivo del paciente, que obliga al médico a proporcionar al paciente los datos clínicos necesarios que lo capacitan para determinar qué intervenciones deben ser realizadas en función de su propio sistema de valores.<sup>96</sup>

---

<sup>93</sup> Jones, J.H. *Bad Blood*, N.Y.:Free Press, 1981; **Final Report of the Tuskegee S y philis Study**, N.Y: Free Press, 1981; Final Report of the Tuskegee S y philis Study ad hoc Advisory Pavel Washintong: Public Hecilth Service, 1973; Brandt, A.M. **Racism and reserch: the case of the Tuskegee sy philis study**. Hastings cent Rep,1978,8:21-9;Krugman, S., Giles, J.P **Viral hepatitis: new light on an old disease**. Jama, 1970,212,1019-29.

<sup>94</sup> **The President’s Comisión for the Study Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research**.Making Health carre Decisions. Vol. 1 Washington: US Government Printing Office: 1982; Statement on a Patient’s Bill of Rights. Chicago: American Hospital Association; nov. 17, 1972; **Uniform rights of the Terminally ill Act**. En: Handbook of Living Will Laws. N.Y. Society for the Right to Dic; 1987: 135-47.

<sup>95</sup> En Handbook of Living Hill Laws. N.Y. Society for the Righl to Die; 1987: 135-47.

<sup>96</sup> Faden R.R.,Beauchamp. T.I. **A History and Theory of Informent consent**. N.Y. Oxford University, 1986.

Sin embargo, no obstante su predominio, algunos autores califican al modelo informativo de muy árido<sup>97</sup>. La Comisión Presidencial y otras se oponen a que en la relación médico-paciente se conceda a este último la autoridad y el papel de tomar decisiones médicas y privilegian una participación mutua y de respeto<sup>98</sup>. El papel del médico es ayudar al paciente a comprender la situación clínica y los posibles cursos de acción, al tiempo que éste expresa sus preocupaciones y deseos. Broca y Wartman se pronuncian por un proceso colaborativo entre el médico y el paciente. El médico proporciona la información al paciente y éste, toma las decisiones basado en sus valores<sup>99</sup>. También Katz es partidario de un modelo de relación médico paciente recíproco<sup>100</sup>. En línea con Freud, para quien el conocimiento de sí mismo y la autogestión está limitada por influencias inconscientes, Katz sostiene que el diálogo es el mecanismo que permite la mejor comprensión de los propios valores objetivos. De ahí la obligación para médico y pacientes de reflexionar y comunicarse, de modo que los pacientes puedan conseguir un mejor conocimiento de sí mismos para una mayor capacidad de autogestión. Una evaluación crítica, aunque esquemática, de los cuatro modelos arroja lo siguiente:

1. Ni siquiera los médicos defienden el modelo paternalista como un modo ideal de la relación médico- paciente, porque no se puede asumir que tanto el paciente como el médico tengan valores y puntos de vista similares sobre lo que es el beneficio, salvo en los casos concretos de urgencia, en los que el tiempo empleado en conseguir el consentimiento informado puede producir un daño irreversible al paciente<sup>101</sup>.
2. Tampoco el modelo informativo parece adecuado porque en él no tienen cabida las cualidades esenciales de una relación médico-paciente. Si bien el médico de este modelo cuida al paciente y ejecuta de modo competente las intervenciones seleccionadas por el paciente, los especialistas consideran que carece del enfoque humano necesario para comprender lo que el paciente valora o debe valorar, y de qué modo afecta su enfermedad a estos valores. Los pacientes valoran el dominio técnico de sus médicos, pero esperan de ellos calidad humana. El médico de este modelo evita dar recomendaciones por miedo a asumir el control en una toma de decisiones que corresponde sólo al paciente<sup>102</sup>. Como una cualidad esencial del médico es la capacidad de asimilar las situaciones clínicas a la experiencia previa de situaciones

---

<sup>97</sup> **The President's comisión for the Study of Ethical Problems in Medicine...**

<sup>98</sup> Ibidem.

<sup>99</sup> Broca, D. y Wartman, S.A **When competent patients make irrational choices**. N. Engls J. Med, 1990;322:1.595-9

<sup>100</sup> Katz, J. **The Silent World of Doctor and Patient**. N.Y 1984

<sup>101</sup> **The President's Comisión...**

<sup>102</sup> Appelbaum, P.S y Lidz, C.W., Meisel, A. **Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice**, N.Y Oxford University, 1987 (Cap.3)

similares, así como poseer un profundo conocimiento del punto de vista del paciente frente a las recomendaciones que se le hacen respecto de su situación clínica, los especialistas consideran que el médico del modelo informativo no puede ser considerado como un tipo ideal<sup>103</sup>. Además, el médico del modelo informativo acentúa la tendencia hacia la especialización y por consiguiente la práctica impersonal dentro de la profesión médica.

Sin embargo, y esto es lo más importante, la concepción de la autonomía que tiene el modelo informativo de la relación médico-paciente parece filosóficamente insostenible, pues sus defensores presuponen que las personas poseemos valores personales conocidos y fijos, pero es erróneo, porque muchas veces tenemos dudas acerca de lo que queremos en realidad. Sin hablar de que también tenemos la capacidad de rechazar nuestros propios deseos y revisar nuestras preferencias. La autonomía es inherente a lo que los filósofos llaman “deseos de segundo orden”, es decir, las personas poseemos la capacidad de cambiar nuestras preferencias y modificar nuestra identidad. Y pensarse a sí mismo y tener capacidad para cambiar nuestros deseos, requiere un proceso de deliberación moral en el cual se evalúa el valor de lo que se quiere, proceso que tiene lugar junto a otras personas que también articulan visiones acerca de cómo debemos ser y a qué debemos acceder.

Por consiguiente, la autorreflexión y la deliberación no juegan un papel especial en la relación médico-paciente que propone el modelo informativo. Además, en el enfoque de la autonomía del paciente que sostiene el modelo informativo es incompatible con la concepción de la autonomía que incorpora los llamados “deseos de segundo orden”. Por cierto, el modelo interpretativo de la relación médico-paciente supera esta deficiencia, situando en el centro de esta relación la aclaración de los valores en el contexto de su condición médica, incluidos los valores de segundo orden.

3. Las objeciones al modelo interpretativo están basadas en el hecho de que la especialización técnica dificulta a los médicos desarrollar habilidades para dicho modelo. El criterio es que con aptitudes interpretativas y tiempo limitado los médicos pueden, sin darse cuenta, imponer sus propios valores so pretexto de articular los valores del paciente. Los pacientes, a su vez, y abrumados por su situación de enfermos y falta de claridad en sus puntos de vista, pueden aceptar fácilmente tal imposición.

Entendida la autonomía como autocomprensión, no es posible juzgar los valores del paciente ni persuadirlo para que adopte otros. Esto limita las orientaciones y recomendaciones que el médico puede ofrecer al paciente. En otras palabras, el modelo interpretativo no tiene en cuenta que en la práctica médica, especialmente en medicina

---

<sup>103</sup> Ingelfinger, F.J. Ob.cit. 304:1507; Marzuk, Ob.cit; 313:1477-6; Siegler, **The progression of medicine: from physician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony**. Arch Intern Med, 1985, 145: 713-5; Apfelbaum, P.S, Lidz, C.W. Meisel, A.Ob. cit. (cap.3)

preventiva o en intervenciones encaminadas a reducir riesgos, los médicos intentan persuadir a sus pacientes para que adopten determinados valores relacionados con su salud. Es decir, los pacientes deberían valorar su salud más de lo que hacen. Tal es el caso de los médicos que tratan de persuadir a sus pacientes infectados por el virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) que puedan realizar prácticas sexuales de riesgo, tanto de que se abstengan, como de que adopten prácticas de “sexo seguro”. Ello se hace no sólo para promover la salud del paciente infectado con VIH, sino para que asuma su responsabilidad social. Al evitar juicios valorativos, el modelo interpretativo no caracteriza en su totalidad la relación médico-paciente.

4. En cuanto a las objeciones al modelo deliberativo, las mismas se centran en el hecho de si es propio de los médicos juzgar los valores de los pacientes y promover determinados valores relacionados con la salud, dado el carácter plural de las sociedades actuales en las cuales las personas poseen valores que no pueden ser juzgados. Es decir, es probable que los valores del médico y su visión sobre la importancia relativa de los valores entre en conflicto con la de sus colegas y con la de sus propios pacientes. Además, los médicos no poseen un conocimiento privilegiado acerca de la prioridad de determinados valores, relacionados con la salud, respecto a otros valores. A ello se suma que la naturaleza de la deliberación moral médico-paciente, las recomendaciones del médico y el tratamiento final, dependerán de los valores del médico específico que trate al paciente. Cuando lo mejor es que las recomendaciones y los cuidados proporcionados al paciente no dependan ni de los juicios del médico sobre la importancia de los valores del paciente ni de los valores particulares del paciente<sup>104</sup>. Los pacientes esperan recibir atención de sus médicos y no involucrarse en una discusión moral o en una revisión de sus valores. Los modelos interpretativos y el deliberativo pueden derivar en el modelo paternalista.

Como se puede apreciar, los cuatro modelos reseñados pueden servir de orientación a médicos y pacientes en los diferentes momentos. No obstante, es importante determinar un modelo que pueda ser asumido por las partes como base de referencia; y usar los restantes modelos excepcionalmente mediante una justificación basada en las circunstancias específicas de la situación médica. Así, el modelo paternalista puede llegar a guiar de forma correcta la relación médico-paciente en los casos de urgencia, porque la demora en el tratamiento para obtener el consentimiento informado puede hacer un daño irreversible al paciente. Mientras que en pacientes que tienen valores claros, aunque enfrentados probablemente, se justifique el modelo interpretativo. En otros casos, en los que sólo hay una relación médico-paciente puntual y sin una relación de continuidad en la cual los valores del paciente puedan ser dilucidados y comparados con los ideales, puede justificarse el modelo informativo.

---

<sup>104</sup> Hedí, D.M. **Anatomy of a decisión**. JAMA, 1990, 263: 441-3

La hermenéutica crítica podría ser un marco adecuado para una deliberación con fundamento pero si se hace presente el momento de lo incondicionado, lo que se logra si contamos con las éticas de fines objetivos y bienes internos, y con el universalismo deontológico kantiano, o bien a través de ciertas éticas de la justicia como la rawlsiana. Lo incondicionado se hace presente tanto en el momento ético eudemonista, expresado en las éticas de fines objetivos y bienes internos como en el momento deontológico puro y formal, que garantiza la universalidad. La universalidad es una manera de defender la libertad interpretada como autonomía de la persona humana. Lo importante es que el momento eudemonista de los bienes internos a la acción se inserte en un comunitarismo postconvencional universalita, capaz de superar los contextualismos, ya que estos por sí sólo producen formas de exclusión. La teoría de la justicia de Rawls y la teoría del discurso de Apel y Habermas, también ofrece alguna instancia o criterio para precisar el mínimo de bienes y condiciones que una sociedad debe garantizar para que una persona se comprenda como miembro cooperante. Rawls, como ya vimos, propone asignar unos bienes primarios y una forma de entender la igualdad de oportunidades que hace sentir la ciudadanía. Mientras que Apel y Habermas insisten en la dimensión ética del diálogo y el consenso racional. Según este tipo de ética, las instituciones han de desenvolverse en un marco de justicia integrando los intereses de todos los afectados. El criterio de orientación para establecer un orden entre los diversos intereses es el reconocimiento recíproco como interlocutores válidos y el de universalización. De este modo se construye una intersubjetividad dialógica, por la que se expresan las pretensiones de validez (lo justo) en la acción comunicativa que ya tiene un sentido propio más allá de la acción instrumental.

Por consiguiente, mediante la reflexión ética se revela que existen condiciones hermenéutico-crítica- de deliberación que podrían ofrecer una orientación para armonizar intereses en conflicto, resultado del pluralismo y la libertad.

Por acercarse a este ideal reivindicamos el modelo deliberativo, aduciendo las razones siguientes:

1. El modelo deliberativo es el que más se acerca a un ideal de autonomía. Pero como señala Dworkin, entender el respeto a la autonomía simplemente como, el permitir a una persona elegir el curso de acción que prefiera entre una lista de opciones posibles es una sobre simplificación y una distorsión de la tradición occidental<sup>105</sup>. La libertad y el control sobre las decisiones médicas en solitario no constituyen la autonomía del paciente, pues la autonomía requiere que las personas puedan formarse una actitud crítica sobre sus propios valores y preferencias. En otras palabras, que sean capaces de determinar reflexivamente, si sus propios valores son aceptables, y si son los más adecuados para justificar sus acciones, posteriormente que sean libres para llevar a cabo aquello que realicen dichos valores. El proceso de

---

<sup>105</sup> Dworkin, G. **The Theory and practice of Autonomy**. N.Y. Cambridge University. 1988, Cap. 1

reflexión integral del modelo deliberativo hace que se desarrolle este tipo de autonomía.

2. La imagen social del médico ideal no se limita a aquel que conoce y transmite información relevante al paciente, y que lleva a cabo intervenciones médicas en forma competente, sino a la de un médico humanista, capaz de integrar la información y los valores relevantes para realizar sus recomendaciones y, mediante el diálogo, intentar persuadir al paciente para que acepte las recomendaciones y la intervención que mejor garantice su bienestar global. Ahora bien, el médico no debe invocar en el diálogo valores que no tengan relación con la enfermedad del paciente y con las potenciales terapias. Este esfuerzo debe realizarse en todo tipo de decisiones sanitarias.
3. El médico del modelo deliberativo trata de persuadir al paciente sobre la importancia de determinados valores, no de imponérselos de forma paternalista; la aspiración del médico deliberativo no es someter al paciente a su voluntad, sino persuadirlo de cuál curso de acción podría ser el más deseable.
4. Los valores del médico son tan importantes para los pacientes que sirven de base para que éstos lo elijan como su médico.
5. Los médicos no sólo deben ofrecer terapias que se adecuen a los valores elegidos por el paciente, sino que también deben proponer valores relacionados con la salud (sexo seguro, abstinencia del alcohol, etc.). Por su parte, el paciente debe estar dispuesto a adecuar sus valores y acciones, haciéndolos más compatibles con los valores que promocionan la salud<sup>106</sup>.
6. Las diferencias que pudieran tener los médicos en su entrenamiento y capacidad para articular los valores subyacentes en su comportamiento y para convencer a sus pacientes de que esos son los valores adecuados, son una consecuencia de la especialización técnica y la tendencia a evitar los debates sobre los valores por parte de los médicos, justificada por el modelo informativo dominante. De ahí que siendo el modelo deliberativo al parecer el más apropiado, necesitamos realizar cambios en la asistencia y educación médica en función de estimular una práctica clínica más humana. Por ello, debemos acentuar la comprensión más que la mera transmisión de información puntual conforme a estipulaciones legales del consentimiento informado. Necesitamos educar a los médicos para que empleen más tiempo en la comunicación médico-paciente y para que descubran y articulen los valores subyacentes en sus decisiones médicas. Finalmente, debemos cambiar la concepción

---

<sup>106</sup> Walsh, D.C, Hingson, R.W., Merrigan, D.M. et al. **The impact of a physician's warning on recovery after alcoholism treatment**, JAMA, 1992, 267: 663-7.

de la autonomía del paciente desplazando tanto las expectativas del paciente como las del médico del control del enfermo a su desarrollo moral.

### 3.5- El consentimiento informado y la participación del paciente en la relación clínica

El término “consentimiento informado” es algo relativamente novedoso para la sanidad contemporánea, y el interés que ha suscitado ha sido generado, en su mayor parte, por las administraciones sanitarias más que por los propios profesionales, y se ha centrado sobre todo en las cuestiones legales. Por eso consideramos que valdría la pena profundizar más en lo que significa el consentimiento informado para la práctica clínica, lo que supone dejar atrás viejos planteamientos legalistas y corporativistas y avanzar hacia el terreno integrador de los comportamientos éticos que exigen las relaciones sanitarias de calidad. El consentimiento informado, no es más que un parámetro de medición de la calidad ética de las relaciones sanitarias así como la actividad asistencial e investigativa.

Es precisamente la dimensión ética la que genera el malestar que el consentimiento informado suscita entre el personal clínico, lo que evidencia la incapacidad no sólo para comprender, sino para asumir los cambios que se han producido en las relaciones sociales en general y en las sanitarias en particular. El consentimiento informado, al sugerir la necesidad de que el médico informe a los pacientes competentes acerca de la naturaleza, objetivos, riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que estima convenientes en su caso para que estos pueden tomar decisiones libremente respecto de lo que es más conveniente para ellos realizar, está introduciendo una considerable alteración en la práctica habitual de los profesionales de la salud.

Es común el criterio de que la tradicional costumbre del médico de no ofrecer información al paciente, o dársela sólo a los familiares, así como no pedir el consentimiento para actuar, sino imponer sutilmente sus decisiones, no es mal intencionada, sino que el médico que así actúa, lo hace porque está convencido de que es lo mejor para su paciente, y obra conforme al llamado “principio de beneficencia “. Sólo que esta forma de entender lo que es “hacer el bien” no puede fundamentarse en la actualidad, porque se basa en un enfoque ético griego hipocrático propio del siglo IV a.c y actúa de modo paternalista. Aunque este modo de conducta sigue dominando en la medicina. Y es que para los que defienden el paternalismo en la medicina, ser paternalista es una obligación moral estricta y un signo de distinción profesional. El tratado hipocrático **Sobre la decencia**, breve texto de perspectiva ética-técnica para los médicos, puso sobre el tapete esta actitud protectora: “De manera que, supuesto todo lo anteriormente dicho, el médico debe hacer patente una cierta vivacidad, pues una actitud grave le hace inaccesible, tanto a los sanos como a los enfermos. Y debe estar muy pendiente de sí mismo sin exhibir demasiado su persona ni dar a los profanos más explicaciones que las estrictamente necesarias, pues eso suele ser forzosamente una

incitación a enjuiciar el tratamiento. Y ninguna de estas cosas debe hacerse de manera llamativa ni ostentosamente”.

“Haz todo esto con calma y orden, ocultando al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura, y distrae su atención; repréndele a veces estricta y severamente, pero otras, anímale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual; pues muchos acuden a otros médicos por causa de esa declaración, antes mencionada, del pronóstico sobre su presente y su futuro”<sup>107</sup>.

Ciertamente, todo aquello que pudiera dificultar la tarea del médico de restablecer la salud del enfermo, como podría ser la excesiva información, debía ser, por obligación ético-técnica, sistemáticamente evitado. Sólo se justifica cuando la comunicación de determinada información, o la solicitud del consentimiento para cierta actividad terapéutica lo hagan imprescindible para garantizar la colaboración del paciente. En otras palabras, como sólo el médico conoce el “arte (techné), y únicamente él podía saber lo que había que hacer para restablecer la salud del enfermo, era impensable que el enfermo tuviera algo que decir al respecto.

También durante toda la Edad Media se transmitió similar mentalidad, aunque su sustento filosófico entró en crisis durante los siglos XV al XVIII. En 1803 Percival publicó su libro **Medical Ethics**, que tendrá una relevancia enorme en el posterior desarrollo de la ética médica anglosajona y en los códigos éticos de prácticamente toda la medicina occidental. Aunque Percival, que no es impermeable a los planteamientos morales de la ilustración, es incapaz de abandonar totalmente el paternalismo clásico<sup>108</sup>.

Sin embargo, el paradigma del paternalismo clásico empezó a ser cuestionado en el siglo XX. El proceso de crisis alumbró poco a poco la idea de que las personas son sujetos morales autónomos, con capacidad de decidir en esto o aquello que les afecte de forma decisiva. Surgieron los llamados derechos humanos. La llamada “primera generación”, es decir, los derechos inspirados en el valor moral básico que les sirve de guía, y están constituidos por los derechos individuales y colectivos, civiles y políticos reivindicados por la burguesía frente al antiguo régimen a partir del siglo XVI: el derecho a la vida y a la integridad física, a pensar y expresarse libremente, a reunirse con quien desee, a desplazarse libremente, a participar en el gobierno del propio país, a no ser detenido sin motivo legal, a ser juzgado con garantías de imparcialidad, a tener propiedad, a comerciar libremente, etc. Ya en el siglo XIX aparecieron los denominados de “segunda generación”, los derechos de la igualdad, que se refieren a los derechos económicos sociales y culturales, como el derecho al empleo y al salario justo, a la vivienda, a la salud, a la educación, a la

---

<sup>107</sup> Véase **Sobre la decencia. Tratados Hipocráticos** I. Madrid, Grelos, 1983:205-9

<sup>108</sup> Gracia, D. **Fundamentos de bioética**. Madrid, Eudema, 1989:90-3

cultura, a una pensión de jubilación, etc <sup>109</sup>. El renacentista “principio de tolerancia “va a convertirse así en la Ilustración en “principio de autonomía”. Será Kant el artífice de este cambio al afirmar que la ley moral no puede provenir de fuera del sujeto, sino que es el propio hombre, actuando racionalmente, el que tiene que dársela a sí mismo<sup>110</sup>. En la vida política, todas estas ideas tendrán su correlato en el cuestionamiento del estado absolutista y el surgimiento de los estados democráticos.

Sin embargo, asombra ver como cambian las relaciones sociopolíticas, a partir del siglo XVIII, sin que ocurra lo mismo en las relaciones clínicas, que sólo empiezan a cuestionarse en el siglo XX. Será precisamente durante la primera mitad del siglo XX, en los Estados Unidos, que se reclama por primera vez, la participación activa de los pacientes en las relaciones clínicas. Y puesto que los médicos no parecían estar dispuestos a admitirlo, los ciudadanos apelaron a la vía judicial. La historia registra los casos **Mohr vs. Williams** (1905), **Pratt vs. Davis** (1906), **Rolater vs. Strain** (1913) y especialmente el famoso caso **Schloendorff vs Society of New Cork Hospitals** (1914), famoso porque en la sentencia se incluye por primera vez el argumento ético-jurídico de lo que hoy conocemos como consentimiento informado: principio de autonomía o autodeterminación del paciente:

“Todo ser humano de la edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que debe hacer con su cuerpo; y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión (assault) por la que se le puede reclamar daños” <sup>111</sup>.

A lo anteriormente señalado, se sumarán después otros elementos procedentes de la investigación y experimentación con humanos que tendrán proyección internacional. Este es el caso del Código de Nuremberg (1948), resultado del juicio que condenó a médicos nazis por experimentar con los prisioneros en los campos de concentración alemanes. El artículo I de este código está dedicado al consentimiento voluntario del sujeto de experimentación como requisito indispensable para considerar aceptable la investigación. El referido código supone el comienzo de una línea de reflexión sobre el consentimiento informado, que se extiende a la conocida **Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial** (1964), y que se diferencia de la tendencia legal de los casos norteamericanos, por su especificidad ética. Veamos algunos de sus principios éticos fundamentales:

---

<sup>109</sup> Actualmente se habla también de una “Tercera Generación” denominada Derechos de solidaridad, que incluyen el derecho que toda persona tiene de nacer y vivir en un medio ambiente sano, no contaminado de polución y de ruido así como una sociedad en paz. Estos derechos no han sido recogidos todavía en una declaración internacional son tan básicos como los anteriores.

<sup>110</sup> Kant, I, **Teoría y praxis**. Madrid, Tecnos, 1986.

<sup>111</sup> Faden, R.R. y Beauchamp, T.L. **A history and a Tehory of Informet consent**. N.Y. Oxford University . 1986 pp 119-25

1. La investigación clínica debe ajustarse a los principios morales y científicos que justifican la investigación médica, y debe estar basada en experimentos de laboratorio, realizados con animales ó en otros hechos científicamente establecidos.
2. La investigación clínica debe ser dirigida solamente por personas calificadas científicamente y bajo supervisión de un médico cualificado.
3. La investigación no puede llevarse a cabo legítimamente si la importancia del objeto no está en proporción con el riesgo inherente para la persona sujeta a la investigación.
4. Todo proyecto de investigación clínica debe ser precedido de una cuidadosa valoración de los riesgos inherentes en comparación con los beneficios previsibles para el sujeto o para otros.
5. Precaución especial debe ejercerse por parte del médico el realizar una investigación clínica en la que la personalidad del sujeto sometido a investigación está expuesta a alteraciones a causa de drogas o del procedimiento experimental<sup>112</sup>.

No será hasta la segunda mitad del siglo XX que toma cuerpo definitivo lo que ya se conoce con el nombre de “consentimiento informado”. Un primer factor decisivo para ello, es el caso **Salgo vs Helena Stanford junior University Boart of Trastees** (1957) en el que se utiliza por primera vez la expresión que une como inseparables dos ideas que hasta entonces no habían evolucionado interconectadamente, al menos de forma explícita. A partir de entonces, -según Simón Lorda- se establece que no es posible que un paciente emita un consentimiento realmente válido a un determinado procedimiento diagnóstico ó terapéutico, si no ha recibido una cierta cantidad de información sobre ese procedimiento, de tal forma que pueda tomar una decisión conciente y libre<sup>113</sup>. Conviene aclarar, además que buena parte de los casos judiciales estadounidenses de los años posteriores se dedicaban a tratar de evaluar cuánta información hay que dar a un paciente para cumplir el anterior requisito.

Un factor que contribuyó decisivamente a la cristalización del “consentimiento informado” en los años 60 y 70 fue el movimiento de reivindicación de los derechos civiles que se llevó a cabo durante esos años. Los derechos de los pacientes, que surgen en el marco de los movimientos de defensa de los consumidores, tienen su expresión en la carta de derechos de los pacientes, que promulga en 1970 la **Asociación Americana de Hospitales**, que servirá de modelo en la medicina occidental. Para Gracia, sus doce puntos no son otra cosa que especificaciones del derecho general al consentimiento informado<sup>114</sup>

<sup>112</sup> Fragmento de la “**declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial**” 1964.

<sup>113</sup> Simón Lorda, P., Concheiro Carro L. **El consentimiento informado: teoría y práctica** (1,11). Med clin (Bare) 1993; 100: 659-63; 101:17482.

<sup>114</sup> Gracia, D. **Fundamentos de bioética**. Madrid. Eudema, 1989,p.174

Otra aportación decisiva sobre la ética investigativa y el consentimiento informado es la celebre **Belmont Report**, elaborado por la **National Comisión for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences** para el Congreso estadounidense, que diseña ciertos deberes del investigador en relación con el sujeto. Los principios recogidos en el **Belmont Report**: no-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia, se han convertido en principios de la bioética mundial.

A ello también, ha contribuido de modo fundamental, el desarrollo a partir de 1970 de la bioética. Buena parte de la historia de esta nueva disciplina gira alrededor de las reflexiones sobre el consentimiento informado. Y para hacer justicia, la constitución de una teoría del consentimiento informado como núcleo ético de una nueva forma de entender la interacción médico-paciente en el ámbito clínico se debe a la labor realizada por los especialistas estadounidenses. Es común el criterio de que los tres volúmenes del informe publicado en 1982 por la **President's Comisión for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research**, conocidos como **Making Health Care Decisions** son el elemento más paradigmático de esta labor<sup>115</sup>

Los especialistas enfocan el procedimiento del consentimiento informado a partir de dos criterios:

- El modelo puntual, por ejemplo, entiende las decisiones médicas como un acto separado, generalmente de corta duración, previo a la prescripción del tratamiento, y que pone hincapié en el hecho de dar información al paciente en ese preciso momento. El modelo puntual subraya la importancia de dar una información completa y precisa, cumpliendo con la mayoría de los requisitos legales. Las normas que lo regulan se han sentado en la validez y comprensibilidad de los datos y ha rehuído evaluar otro tipo de consideraciones, suponiendo que los pacientes comprenden realmente la información que se les proporciona<sup>116</sup>.

El modelo puntual no busca directamente mejorar el proceso de la toma de decisiones o que el paciente comprenda el tratamiento, sino que pone el énfasis en que el médico proporcione la información que hipotéticamente desearía cualquier persona razonable. Entre las ventajas del modelo podemos citar el hecho de suministrar tanto a médicos como pacientes una idea clara de sus derechos y responsabilidades. Además, el formulario del consentimiento informado es un documento claro que puede ser usado por los abogados en caso de litigio. Suele decirse también que encaja perfectamente dentro de la organización

---

<sup>115</sup> **The President's Comisión for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making Health care Decisions: The Ethical and Legal implications of informed consent's in the patient Practioner Relationship.** 3 Vol.1. Washington: Government pring office, 1982

<sup>116</sup> Apelbaum, P.S.,Lidz C.W., Meisel, A.M. *Informed Consent: Legal Tehory and Clinical Practice.* N.Y. : Oxford University, 1987; US Departament of Health and Human Service. *Final regulati3n amending basic HHS policy fo protecting human research subjects.* Federal Register 1981; 46 (Jan 26): 8366-86

de un hospital y en la medicina clínica, porque las instituciones de salud modernas dividen la asistencia de los pacientes en áreas especializadas asignadas a distintos grupos de profesionales sanitarios. El personal administrativo es el responsable de los trámites de admisión, los clínicos de la supervisión de los cuidados de los pacientes y los técnicos de laboratorio realizan los test diagnósticos. La responsabilidad de obtener el consentimiento informado recae en un miembro del equipo asistencial, generalmente un médico o enfermera del equipo. Pero el modelo puntual del consentimiento informado tiene también una serie de problemas. Desde el momento en que los pacientes no son capaces de comprender la información que reciben, y perciben que su participación en el proceso de tomar decisiones no es realmente deseada, el modelo no pone en práctica el espíritu del consentimiento informado aunque cumpla los requisitos legales mínimos. Además, hace que la relación médico-paciente parezca más burocrática y menos humana. Por ello existe otra propuesta alternativa.

- El modelo procesal del consentimiento informado está constituido sobre la perspectiva de una participación activa de los pacientes en el proceso de tomar decisiones. Este modelo integra el consentimiento informado dentro de la relación médico –paciente como una faceta más de todos los estadios del proceso de toma de decisiones médicas, que rara vez se toman en un momento concreto, pues suelen comenzar con la sospecha de que algo anda mal y de que el tratamiento médico puede ser necesario, y que terminan sólo cuando el paciente es dado de alta. En otras palabras, aunque algunos momentos del tratamiento implican una toma de decisiones más activa que otros, las decisiones sobre el tratamiento se toman continuamente.

Hay tres condiciones sobre el modelo procesal del consentimiento informado que deben ser tenidas en cuenta antes de ponerlo en práctica:

- Lo primero es modificar las expectativas que tienen tanto los pacientes como los médicos sobre el papel de ambos. Y es que la relación médico-paciente clásica implica la aceptación tácita de la autoridad del médico para dirigir el tratamiento y la obligación del paciente de cooperar. El modelo de paciente pasivo interfiere con el tipo de toma de decisiones que presupone la idea del consentimiento informado <sup>117</sup>.
- Una segunda condición para la participación exitosa de los pacientes en el proceso de toma de decisiones es la equiparación de los modelos de enfermedad que tienen los pacientes y los médicos, puesto que a menudo parten de ideas muy diferentes sobre los problemas médicos y sus ramificaciones. En otras palabras, los pacientes entran en la consulta de un médico con una gran dosis de sabiduría popular acerca de los problemas médicos. Por ello, a no ser que los médicos reconozcan que su idea de

---

<sup>117</sup> Lidz, CW., Meisel, A.M., Zernbavel, Eetal **Informed Consent: a Study of decisión making in psychiatry**. N.Y Guilford prers.1983; Lidz, C.W.Meisel, AM., Munetz, M.**Cronic diseasee and patieent participation**. Cult Med Psy chiatry,1986

enfermedad puede diferir de la de los pacientes, y consecuentemente, "ajusten" sus razonamientos, perderán gran parte de la base para la colaboración del paciente en la elección del tratamiento.

- La tercera condición para que se lleve a cabo un proceso de consentimiento informado es la clarificación de los valores y expectativas de ambos participantes. Como en muchas ocasiones los pacientes no serán capaces de identificar sus valores sobre temas que no han considerado previamente, se les debe dar tiempo para reflexionar y discutir estas cuestiones con familiares, amigos y su médico.

Pero la pregunta que permanece en el aire es si todo este desarrollo del consentimiento informado tanto en su, vertiente ética, legal y asistencial, ha hecho cambiar realmente la mentalidad y la práctica clínica habitual de los médicos. Y la respuesta no es fácil. La forma en que los médicos estadounidenses, por ejemplo, acogieron los primeros desarrollos de la teoría del consentimiento informado no es del todo bien conocida. Parece que solamente desde la primera mitad de la década del 70, a partir del caso **Canterbury vs Spence** (1972) fueron cambiando sus actitudes y costumbres al respecto e incorporándolo como un elemento más de la relación médico-paciente<sup>118</sup>. No será hasta 1981 que la principal organización profesional estadounidense, la **American Medical Association** (AMA), asuma como postulado ético profesional el respeto al consentimiento informado. El propio año, el Council on Judicial and Ethical Affairs de la AMA realizó una declaración inspirada en la sentencia del caso Canterbury, prueba de la influencia del derecho en la concepción del consentimiento informado.

El respeto de muchos profesionales estadounidenses por la teoría del consentimiento informado responde a Simón Lorda a dos patrones de conducta claramente diferenciables<sup>119</sup>. Una parte de los médicos estadounidenses tardó en descubrir que lo que se estaba gestando en los tribunales norteamericanos era un nuevo modelo de la relación médico-paciente más acorde con las demandas sociales, pero finalmente lo comprendió. Para este grupo, el consentimiento informado forma parte de una cultura ética más participativa, donde las personas establecen con mayor libertad sus planes de vida y de futuro, aunque ello convierten las relaciones clínicas en más complicadas y conflictivas. Por eso el consentimiento informado es para este grupo un proceso dialógico con contenidos éticos que superan con creces los requisitos legales.

Y otra parte no pequeña de los médicos estadounidenses, no han comprendido nada del consentimiento informado todavía ó si lo han hecho, no han querido asumirlo. En el fondo desearían poder seguir comportándose **paternalistamente** conforme al antiguo principio de beneficencia, si ello fuera posible. Cumplen con las exigencias legales del consentimiento

---

<sup>118</sup> Faden, R.R., Beauchamp, T.L. OB. Cit. Pp. 86-100

<sup>119</sup> Simón Lorda, P. y Concheiro, L. Ob. cit. pp. 137-38

informado a regañadientes para no buscarse problemas. Para ellos no es cuestión de ética profesional, sino tan sólo un elemento de la medicina defensiva, una imposición ajena al “buen hacer” del médico, una carga impuesta por la sociedad. Por ello, su objetivo central es conseguir que el paciente firme el formulario escrito del consentimiento informado. Una vez conseguido esto, ya todo está hecho.

Con relación al tema, Broggi<sup>120</sup> hace algunas proposiciones para la necesaria reflexión colectiva aunque, como el mismo señala, discutibles y matizables:

1. **La necesidad de ayuda** que tiene el enfermo es la que justifica la medicina; no sólo la práctica asistencial sino el conocimiento científico y la estructura sanitaria. Y en cuanto a la información, las variaciones individuales son tantas que sólo cabe hablar de necesidades de cada enfermo en concreto. En tanto son ellas, y no las generalidades, las que deben conformar, en última instancia, la cantidad, el ritmo, los límites y la forma del proceso informativo.
2. Debe entenderse la información como un **proceso**, no como un acto clínico aislado, aunque sea repetido; proceso evolutivo en el que pueda madurar la capacidad del enfermo a ser informado y el médico a orientarse.
3. El enfermo necesita **integrar la información** en su mundo frágil e inestable (con su biografía, sus proyectos, sus barreras, su particular forma de aproximarse a la realidad), y ello implica miedo a destruirlo. Este miedo y esta dificultad de integración explican la cautela imprescindible en este proceso que, a veces, ni el médico ni el paciente saben hasta dónde va a llegar. La información debe verse pues como una intromisión, como también lo es la enfermedad, de ahí la legitimidad para llevarla a cabo. Pero sólo viéndola así se adoptará la prudencia necesaria ante lo que en definitiva es (aunque sea verbal) una actuación médica que pueda resultar benefactora pero también puede ser atrogénica (el médico puede dañar con ella). Más vale pecar de cautela que de precipitación.
4. La **mentira** es un mal camino, en principio dañino e irreversible. Para Broggi, la mentira suele basarse en una actitud defensiva del médico que no quiere o no sabe tratar la angustia del enfermo y que, aunque aluda a la protección de este, protege su propia paz emocional. El enfermo no pide mentiras piadosas sino formas piadosas de aproximación a la verdad. La mentira es concreta e irrespetuosa; en cambio, la verdad es multiforme y a través de ella puede avanzarse en común, con respecto a los límites y a las demandas variables. Según Simón Lorda y Concheiro Carro, en nuestra cultura es urgente un debate sobre su utilización<sup>121</sup>.

---

<sup>120</sup> Broggi. Trias, MA. **La relación médico-enfermo. Fundamentos y cambios**. Quadern CAPS, 1993; 19-30

<sup>121</sup> Simón Lorda. P. y Concheiro Carro, I. **El consentimiento informado. Teoría y práctica (I y II)** Med Chin (boro) 1993; 100: 659-62; 101: 174-82.

5. Porque la necesidad de **conocer la verdad** no es igual en todos los individuos, ni para todos los temas en un mismo individuo, ni lo es en cualquier momento. Hay barreras contra la lucidez, a veces levantadas con meticulosidad, que el profesional no tiene la obligación ni el derecho a destruir sin más. Hacerlo es caer en otra imposición unilateral, aunque se vista de defensa de la autonomía del paciente ideal; es otra forma de medicina defensiva que, basándose en motivaciones legales o simplemente personales, también se distancia de hecho de la persona enferma. En ambos casos, tanto en la mentira como en la imposición cruel de la verdad, se quiere rehuir la implicación profesional en el arduo trabajo de duelo y de aceptación, siempre inseguro, cambiante y difícil de controlar; sobre todo teniendo en cuenta la mala preparación para ello. Y como disculpa, se invoca una mala lectura de la ley o una pretendida función de científico que debe tratar el problema de la información como simple continuación del problema biotecnológico, es decir, fríamente.

El enfermo, en cambio, tiene necesidad de que se respete su personalidad autónoma y que pueda ver satisfecha su necesidad más o menos perentoria o minuciosa de información ó se tolere su posible irracionalidad y miedo<sup>122</sup>; que el médico sepa contener<sup>123</sup> sus angustias o sus propios valores sin querer imponérselos, reclama la máxima individualización posible.

6. El **deber prima facie** en la información es el respeto a cada cual como es; y se materializa con la lealtad a sus necesidades individuales.
7. Para **conocer las necesidades del enfermo**, el profesional –nos dirá Broggi- antes de informar debe informarse. Y para hacerlo, debe emprender un diálogo dirigido a descubrir lo que hay, y ayudar a hacerlo, antes que introducir información. Se trata de dar a conocer al enfermo que el conocimiento médico lo tiene a su disposición y de que tendrá ocasiones de plantear sus preguntas. La pregunta, ya sea espontánea o evocada por la competencia profesional, es la clave que abre otras puertas y favorece la progresión. Su ausencia o detención es un límite.

El profesional debe contener lo que se le vierte para elaborarlo por su cuenta, sin respuestas rápidas. Debe distinguir, por ejemplo, el acercamiento a la verdad de la angustia, expresada a veces en forma de pregunta ansiosa. En definitiva, el enfermo debe poder escoger de alguna manera el ritmo y el límite de su descubrimiento, y el médico, siempre detrás de él, sin querer adelantársele<sup>124</sup>, adaptar la cantidad y la forma de la información en cada momento. Claro está que es mejor que el enfermo avance al máximo en su aceptación de la realidad. Pero debe comprenderse que los temores y algunas ilusiones también forman parte de una realidad respetable.

---

<sup>122</sup> Armengol, R. **La relación médico-enfermo. Factores inconscientes**. Cuadernos Caps. 1993, 19: 31-3

<sup>123</sup> De la lama, F. La familiaridad, **En defensa de tolerancia**. Barcelona, Eugene, 1994

<sup>124</sup> Armengol, R **El pensamiento de Sócrates y el psicoanálisis de Freud**. Barcelona. Paidós. 1994

8. Para un buen proceso de información hace falta **espacio digno y tiempo** suficiente. Convendría reivindicar a la administración que valore la información como se merece y cuide más su contenido para el bien del enfermo.
9. Broggi piensa, entre los miembros del **equipo asistencial conviene** que haya una comunicación fluida, pero debería coexistir con una personalización ineludible entre el enfermo y un facultativo, el que dirige el proceso de información. El personal de enfermería detecta, con su asiduidad y educación al cuidado del enfermo, necesidades no cubiertas, preguntas no formuladas y ecos que escapan al médico. Debería conocer la gradación del proceso informativo y participar en él, discutiendo los requisitos de cualquier decisión: la libertad, la competencia y la idoneidad de la información previa<sup>125</sup>. Los profesionales que intervienen progresivamente deben ser respetuosos con el responsable que ya conoce el ritmo, estado actual, resistencias aparecidas y expectativas de progresión. También es deseable que éste lo sea en lo que atañe al futuro terreno de sus colegas.
10. La **familia** es un agente importante que acostumbra a reclamar para sí el consentimiento informado real y que puede negárselo al propio enfermo, intentando sustituirle al ejercer sobre él un paternalismo puro y duro. No es raro que bloquee el descubrimiento mutuo que intentaban médico y enfermo. Es un tanto comprensible que la familia tenga miedo a las consecuencias de la información, que deberá resistir, quizás en solitario. Por tanto, mitigará los impedimentos cuanto más implicado y dispuesto vea al médico en el proceso, y cuando compruebe la confianza creciente del enfermo en él. En este contexto el buen médico debe prever y tratar también la angustia de la familia, su duelo, su sensación de culpabilidad y el miedo a su ineptitud; y proponerse como ayuda, dispuesto a profundizar o a detener el proceso según las necesidades de cada momento. Pero puede ser necesario hacerle ver a la familia que el agente primordial del proceso informativo es el enfermo, y que es a él a quien corresponde la decisión autónoma, a su manera. Lo cierto es que habitualmente, y con la connivencia del propio enfermo, la información a la familia no puede obviarse en nuestra cultura, y su ritmo, límites, contenido y forma casi siempre deben ser distintos a los del enfermo.
11. El **consentimiento escrito**, prescripto antes de cualquier información, debería no interferir todo este proceso esbozado. Es más, debería verse como una ocasión imprescindible para mejorarlo, para que cada enfermo tenga la oportunidad de manifestar su necesidad personal de información y su personal voluntad de decisión. Para el profesional, es además una ocasión de calibrar si el proceso seguido hasta entonces ha sido adecuado o debe corregirse. Por tanto, cada hospital, cada servicio,

---

<sup>125</sup> Simón, P. y Bario, IM. **El consentimiento informado y la enfermería**: Un modelo integral. JANO. 1995; 1117: 55-65

cada profesional, debería esforzarse en articular formas de adecuación entre la ley y la realidad de su entorno que fueran respetuosas con ambas lo cual es posible y además necesario<sup>126</sup>. En cambio, su implantación irreflexiva puede ser un paso más en el camino miope y destructivo de la medicina defensiva, donde no se valoran lo suficiente las necesidades de cada cual y se confunden los deberes.

El propio Broggi añade una última proposición que, más bien, corresponde a la séptima de Wittgenstein, quien dijo:

12. En el proceso de información “de lo que no se puede hablar, mas vale guardar silencio”<sup>127</sup>

El consentimiento informado es una realidad ya ineludible en el ámbito de la relación médico-paciente. Por ello, resulta imprescindible conocer los elementos básicos de su teoría, insistiendo en su dimensión ética más que en la legal, aunque sin renunciar a ésta<sup>128</sup>.

---

<sup>126</sup> Simón Lorda, P. y Concheiro Carro, L. Ob. Cit. pp. 100: 659-63; 101: 174-82

<sup>127</sup> Wittgenstein, L. **Tratado lógico-filosófico**. Barcelona 1981 p.152

<sup>128</sup> Ibidem.pp100: 659-63;101: 174-82

## Conclusiones

- La naturaleza de la ética aplicada es la de una hermenéutica crítica de las distintas actividades humanas, a partir de la cual se va descubriendo una intersubjetividad ética a nivel nacional, transnacional y global. Ello demuestra, no sólo el cambio de función de la reflexión ética en la sociedad moderna, sino el de la posición y función de la propia moral. La ética ha dejado de ser considerada una variable independiente que, aparentemente nace fuera de las relaciones sociales y sirve como medida atemporal para enjuiciarlas y se convierte en objeto de una reflexión que ella modifica y, en consecuencia, se institucionaliza. De ahí que se convierta en un instrumento para solucionar problemas sociales.
- La hermenéutica crítica podría ser un marco adecuado para una deliberación con fundamento, modelo que asumiría un médico que se considere humanista; pero haciendo presente el momento de lo incondicionado. Esto se logra si contamos con las éticas de fines objetivos y bienes internos a la acción, y con el universalismo deontológico. Este marco permite superar las insuficiencias que vemos en la casuística como en el deliberacionismo de inspiración pragmática de la ética médica. Sin embargo, o bien, los médicos reflexionan sobre el nuevo horizonte ético de las relaciones clínicas y su estructura, de modo que permitan una mayor participación de los que así lo demandan, garantizando una mejor calidad moral, legal y técnica, ó se refugian en los requisitos legales estrictos cerrándose a las consideraciones éticas. Todas las instancias implicadas –administración, organizaciones profesionales, facultades de medicina, etc.– están obligadas a trabajar para que esto último no suceda.
- Son insuficientes tanto la propuesta de la nueva casuística como el deliberacionismo de inspiración rawlsiana para que el ejercicio de la razón no se convierta en un ejercicio pragmático acrítico. Por esos consideramos conveniente proseguir la tarea de reconstrucción hermenéutico-crítica de la razón práctica, en la medida en que puede capacitarnos para comprender mejor el sentido de las actividades humana y propiciar la eficacia social de la ética médica. Pero la hermenéutica crítica, tendrá que tomar en consideración la experiencia sensible y las estructuras racionales sin las que toda comprensión carece de consistencia e inteligibilidad estable. Además, hay que tener en cuenta la experiencia social y cultural, así como lo que puede ir dando de sí la experiencia personal, que se preguntará por las condiciones del conocimiento moral, y tendrá que ser mediado y reinterpretado a la luz de las circunstancias y contextos concretos.

- La ética aplicada no refleja tan sólo problemas sociales actuales y los describe en términos teóricos, sino que se involucra en procedimientos prácticos e institucionales para el trato y solución de dichos problemas. De ello se deriva no sólo el cambio de función de la reflexión ética en la sociedad, sino su cambio de posición y función al no seguir siendo considerada una variable independiente que sirva como medida atemporal de las relaciones sociales, sino que se convierte en objeto de reflexión que ella misma modifica y, en consecuencia, en una institución social desarrollable. La ética aplicada pierde el carácter categórico y se convierte en un medio para igualar intereses diversos. Así la rectitud de sus resultados se mide por el incremento de adecuación y viabilidad.
- Tanto los médicos y los demás profesionales de la salud deberán familiarizarse con los giros de la filosofía moral contemporánea, si quieren influir sobre la reestructuración de la ética de su profesión. Un continuo diálogo con los filósofos morales es un requisito necesario para lograr que los médicos no pierdan los beneficios del análisis riguroso y crítico para sus propias decisiones morales. Los médicos por su parte, pueden proveer a los filósofos escépticos o nihilistas un reencuentro con la realidad. La ética médica es muy importante para la vida de los médicos, pacientes y la sociedad para no dejarla en los azares de modas filosóficas o aserciones infundadas de los médicos.
- Encarnar en las distintas esferas de la vida social los principios éticos será el mejor de los bienes públicos. El papel público de la ética aplicada no consiste sólo en participar en las deliberaciones públicas y fundamentar el uso público de la razón sino en encarnar sus convicciones en la vida cotidiana generando el bien público. Incluso puede decirse que este papel público, como es el funcionamiento de las actuales Comisiones de ética médica, debería ser asumido por el conjunto de las éticas aplicadas.
- Los principios están anclados en la vida humana, tanto en las aspiraciones básicas que estructuran y legitiman la forma de vida de una cultura como en la naturaleza o en la racionalidad humana. Cuando hay que justificar los principios se necesita remitirlos a lo que con ellos se consigue y en qué medida se derivan de metas irrenunciables, lo que no tiene por qué diluir la dignidad humana, porque el vivir humano tiene una dimensión de fin en sí mismo. Los primeros principios sólo tienen sitio en un universo caracterizado en términos de determinados fines fijos e inalterables. Ningún principio es primero en cuanto tal, sólo podrá serlo desde una determinada perspectiva que se adopte, la primacía de los principios es relativa a los contextos y las metas individuales o sociales. Los principios supremos del obrar humano no son otra cosa que la traducción normativa de las metas irrenunciables del vivir humano. En la vida diaria es el telos que el proporciona el primer principio del razonamiento práctico.

- Sería ingenuo pensar que con un sistema de principios, sea este el que fuere, se pueden solucionar **a priori** todos los problemas morales. Los principios han de ser por definición generales, y los conflictos éticos son concretos, particulares. Lo cual hace que siempre se considere en el proceso de razonamiento ético un segundo momento, distinto de los principios. Si éste es esencial y (a priori), el momento de particularidad o concreción se caracteriza por ser experiencial y (a posteriori). Siempre hay que admitir el segundo momento, caracterizado por tener en cuenta las consecuencias del acto o la decisión. De ahí que el razonamiento moral conste de dos pasos: uno principialista y deontológico (a priori) y otro consecuencialista y teleológico (a posteriori).
- Realizarse como persona y respetar a la persona incluye la dimensión corporal y social. Todo ello tiene que hacerse efectivo en las condiciones culturales e históricas que configuran tanto las posibilidades como las exigencias irrenunciables de lo que significa ser persona. No es posible confundir y separar la realización de la persona de la realización de las distintas facetas de lo humano en condiciones históricas determinadas. Si se separan, el respeto a la persona se convierte en algo vacío de contenido y la promoción de lo humano queda en mera estrategia de deseos. Si se confunden, se está identificando una faceta y su concreción histórica con la realización de la persona en todas sus facetas y en todas las situaciones históricas.
- A lo largo de las últimas décadas, el debate referente a la relación médico-paciente se ha centrado en los extremos del paternalismo y autonomía. Muchos autores acusan a médicos de paternalistas, invitando a la concesión de poder a los pacientes para que controlen su propia salud. Desde este punto de vista, el modelo informativo ha predominado como criterio de la ética médica y la legislación sobre medicina. Pero este modelo encarna una concepción defectuosa de la autonomía del paciente y reduce al papel del médico al de un técnico. La esencia de la actividad médica es generar conocimiento, comprensión, enseñanza y actuación en las cuales un médico humanista integra la condición del paciente y los valores relacionados con la salud, hace una recomendación sobre el curso de acción apropiado y trata de persuadir al paciente de la dignidad de esta forma de actuar y de los valores que lleva a cabo.
- Los médicos asumen con dificultad todo lo relacionado con el consentimiento informado. Sin embargo, el aumento de demanda judiciales contra médicos por falta de información o consentimiento expresa el desacuerdo entre lo que médicos y pacientes entienden respectivamente, por una relación ética entre médico y paciente. Quien pierde con ello es la actividad sanitaria y sólo hay dos salidas para que la conflictualidad no aumente o bien los sanitarios reflexionan sobre el nuevo horizonte ético de las relaciones clínicas y las transforman para dotarlas de estructuras que permitan una mayor participación de los pacientes que así lo demanden y con ello garantizar mayor calidad técnica, legal y moral; o continúan refugiándose en la

llamada “medicina defensiva” y los requisitos legales escritos. Las administraciones hospitalarias, las organizaciones profesionales y las facultades de medicina deberán trabajar para que esto no ocurra.

- La puesta en práctica típica del consentimiento informado, centrada exclusivamente, en la exposición de la información en un momento concreto, es demasiado compleja para ser comprendida por el paciente si no va acompañada de reflexión y diálogo. El proceso resultante no puede ser una imposición legal arbitraria sobre la actividad clínica, ni una transmisión repetitiva de información que el paciente no puede entender.

Reconocemos que ningún médico pone en práctica de manera perfecta los criterios de interacción, con sus pacientes que hemos descrito, así como que existen problemas prácticos para su aplicación. Pero esperamos haber señalado una dirección en la que nos podemos orientar

## Recomendaciones

- El primer elemento es insistir en que el consentimiento informado es un **proceso** y no un acontecimiento aislado en la relación médico-paciente. No es frecuente que los médicos entiendan que lo esencial es que el paciente firme el formulario escrito de consentimiento para la operación, procedimiento diagnóstico, etc. Sin embargo, ésta es una visión muy corta y legalista del objetivo del consentimiento informado, pues como se ha señalado éste es un proceso de diálogo entre el médico y el paciente, que abarca desde el momento en que el médico entra en contacto con el enfermo, hasta el instante en que se le da el alta definitiva. Es un proceso en que médico y paciente se transmiten información mutua y ambos deciden los objetivos terapéuticos y los procedimientos aceptables a alcanzar. Los formularios escritos del consentimiento informado tienen la importante función de facilitar la transmisión de información al paciente y sirven como punto de partida para la discusión, así como de registro de que el proceso de consentimiento se realizó, y ello proporciona protección legal al médico, si se usa en el marco comunicativo esbozado. Ciertamente, queda pendiente la cuestión de clarificar cómo se integran en este proceso dialógico los diferentes médicos que participan en el cuidado de un enfermo, el personal de enfermería y las familias, de tal manera que se garantice al mismo tiempo la intimidad y autonomía del paciente y la confidencialidad de la información.
- Lo segundo en importancia del consentimiento informado es la **voluntariedad**. Si bien parece lógico que el consentimiento de una persona para ser sujeto de algo sólo es aceptable si lo hace libre y voluntariamente, también es importante señalarlo porque la voluntariedad de un paciente puede quebrarse de muchas formas como puede ser la amenaza o la manipulación. La amenaza de que si el sujeto no consciente puede sufrir determinados daños directos o indirectos, físicos, psíquicos, económicos, etc. puede ser una forma de quebrar la voluntariedad. Médicos y familiares pueden usar procedimientos coactivos muy sutiles para obligar a un enfermo a aceptar una operación quirúrgica o una prueba diagnóstica. La manipulación de la información por parte del personal médico, presentándola sesgada de modo que el paciente escoja en una determinada dirección es otra forma de violar la libertad del paciente.
- Un tercer elemento esencial es la información en cantidad suficiente, porque resulta evidente que el consentimiento sólo es válido si el sujeto lo otorga después de haber evaluado una determinada cantidad de información al respecto. Hay consenso en que las áreas de información a cubrir son las relacionadas con la naturaleza y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico, riesgos y efectos secundarios posibles, alternativas plausibles y beneficios esperados de uno y otros. La controversia se lleva a cabo acerca de la extensión de cada uno de estos apartados, siendo lo más debatido

lo relacionado con los riesgos y efectos secundarios. En la legalidad estadounidense, por ejemplo, se usan dos criterios distintos: el llamado **criterio del médico razonable**<sup>129</sup>, afirma que el médico tiene la obligación de revelar al paciente aquello que un hipotético médico razonable estimaría adecuado revelar; el otro criterio se denomina **de la persona razonable**, porque afirma que el médico tiene la obligación de contar a sus pacientes aquello que una hipotética persona razonable desearía conocer, si se encontrara en la misma situación que el enfermo. Esta persona razonable desearía conocer aquellos riesgos muy frecuentes o muy graves, o ambas cosas a la vez. Si bien los dos criterios pueden utilizarse, el segundo parece más respetuoso con la autonomía de los pacientes. En cualquier caso, un médico siempre debería expresarles a sus pacientes su disposición a ampliarle toda la información si así lo desea.

- Un cuarto elemento del consentimiento informado es el de la **comprensibilidad de la información**. Los médicos tienden a usar su lenguaje técnico, lo que dificulta la comprensión por parte de sus pacientes. De ahí que el sujeto deba recibir la información en un lenguaje asequible para él, de modo que se garantice la comprensión. Esto resulta de máxima importancia en la redacción de formularios escritos de consentimiento informado.
- Un quinto elemento fundamental es el de la **capacidad o competencia**<sup>130</sup> del sujeto, porque si un paciente es considerado incapaz o incompetente se le retira el derecho a tomar decisiones respecto a sí mismo y serán otros los que tomen decisiones en su lugar. La legislación vigente define la incapacidad o incompetencia y a quien corresponda la función de tomar decisiones en lugar del incapacitado o incompetente. Sin embargo, una persona sólo puede ser considerada incapaz o incompetente después de una evaluación médica o psiquiátrica. En ocasiones es precisa la intervención legal. Los comités asistenciales de ética también pueden colaborar a ello.
- El elemento final básico del consentimiento informado es la **decisión**. Después del proceso de evaluación y discusión de la información que se ha transmitido, de forma adecuada y comprensible, el paciente capaz y competente decide libremente si consiente o rechaza aquello que se le propone. Lamentablemente, todavía es frecuente que los médicos reaccionen mal ante el rechazo, tratando de coaccionar al paciente o

---

<sup>129</sup> Un médico razonable es aquel que actúa en correspondencia con la práctica habitual de su comunidad científica de referencia. Sin embargo, este criterio ha sido duramente criticado por seguir dejando en manos de los médicos la decisión de lo que los pacientes tienen o no derecho a conocer

<sup>130</sup> La capacidad o competencia puede ser definida como la aptitud del paciente para comprender la situación que enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos y a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su escala de valores.

presionando a la familia. Pero la actitud más correcta sería revisar junto con el paciente las alternativas plausibles para el centro médico y los profesionales y escoger aquella que resulte más aceptable.

## Bibliografía

- Apel, K.O., La transformación de la filosofía, Madrid. Taurus, 1988.
- Apelbaum, P.S., Lidz C.W., Meisel, A.M. Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice. N.Y.: Oxford University, 1987; US Department of Health and Human Service. Final regulation amending basic HHS policy for protecting human research subjects. Federal Register 1981
- Appelbaum, P.S y Lidz, C.W., Meisel, A. Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice, N.Y Oxford University, 1987 (Cap.3)
- Appelbaum, P.S; Lidz, C.W., Meisel, A. Informed Consent: Legal Theory and Clinical 2000.
- Aristóteles, Ética a Nicómaco, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1985
- Armengol, R El pensamiento de Sócrates y el psicoanálisis de Freud. Barcelona. Paidós. 1994
- Armengol, R. La relación médico-enfermo. Factores inconscientes. Cuadernos, 1993.
- Arras, J. D. Common Law Morality, Hastings Center Report, 1990.
- Ayer, A. J. Lenguaje, verdad y lógica, Ed. Martínez Roca, Barcelona 1971.
- ayertz, K. (Hg), Praktische Philosophie. Grundorientierungen angewandter Ethik, Reinbek, 1994.
- Bayertz, K. Praktische Philosophie als angewandte Ethik, en Bayertz, K. (Hg), Praktische Philosophie. Grundorientierungen angewandter Ethik, Reinbek, 2004
- Bayertz, P. Una autorreflexión sobre la ética aplicada, en Cortina, A, Razón pública y éticas aplicadas, Tecnos, Madrid 2004
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. Principles of Biomedical Ethics, 3 ra. Ed. N.Y. Oxford University, 1979.
- Brady, B. Philosophical critique of bioethics, J.Med Phil 1990.
- Brandt, A.M. Racism and research: the case of the Tuskegee syphilis study. Hastings cent Rep, 1978.
- Brandt, A.M. Racism and research: the case of the Tuskegee syphilis study. Hastings cent Rep, 1978; Krugman, S., Giles, J.P Viral hepatitis: new light on an old disease. Jama,
- Broca, D. y Wartman, S. A When competent patients make irrational choices. N. Engl J. Med, 1990.
- Brody, B. Philosophical critique of bioethics, J.Med Phil 1990
- Broggi. Trias, MA. La relación médico-enfermo. Fundamentos y cambios. Quadern CAPS, 1993;
- Buchanan, A. Assessing the Communitarian Critique of Liberalism, en Ethics, 1994.
- Burke, G. Ethics and Medical Decision-Making, Prim Care, 1980.
- Burke, G. Ethics and Medical Decision-Making, Prim Care, 1980;
- Carric, K. Medical Ethics in Antiquity. Dordrecht: Reidel, 1985
- Cicerón. De los deberes. México: UNAM, 1963)
- Cicero. De officiis. Cambridge (MA): Harvard University, 1975 (Cicerón. De los deberes. Mexico: UNAM, 1963);

- Clouser, K. Y Gert, B. A critique of principlism. *J. Med Phil*, 1990.
- Cohen, J. L. y Arato, A. *Sociedad civil y teoría política*, FCE, México, 2002
- Conill, J. Ética económica. *Diálogo filosófico* No. 26. 1998
- Conill, J. Concepciones de la experiencia, revista *Diálogo filosófico*, no. 41, 1998
- Conill, J. El carácter hermenéutico de las éticas aplicadas, Cortina, A. y García-Marzá, D. *Razón pública y éticas aplicadas*, Tecnos, Madrid, 2003
- Conill, J. El enigma del animal fantástico. Tecnos. Madrid. 1991
- Conill, J. *Ética del capitalismo*, Ed. Tecnos. Madrid, 1998
- Cortina, A. y Apel, K.O *Ética comunicativa y democrática*. Critica. Barcelona.
- Cortina, A. Bioética transnacional como quehacer público, en Ferrer, J.J. y Matín, J.L. (eds.) *Bioética: un diálogo plural*, UPC. Madrid. 2002.
- Cortina, A. / Conill, J./ Domingo, A./García- marzá, D. *Ética de la empresa*. Madrid. Trotta. 1994
- Cortina, A. El quehacer público de las éticas aplicadas: *Ética cívica transnacional*, Tecnos. Madrid 2003.
- Cortina, A. *Ética aplicada y democracia radical*. Tecnos. Madrid. 1993
- Cortina, A. *Ética de la sociedad civil*. Madrid. Anaya/Alanda, 1994.
- Cortina, A. *Hasta un pueblo de demonios*. Taurus. Madrid. 1998
- Cortina, A. *Por una ética del consumo*, Taurus, Madrid, 2002, Cap. 6
- Cortina, A. y Apel, K.O *Ética comunicativa y democracia* Crítica. Barcelona.
- Chávez Antúnez, Armando, La identidad ciudadana, un problema de nuestro tiempo, en Pineda, J. D. y Fung, T. *El estudio de la nueva ciencia política*, Centro Nacional de estudios estratégicos (México) y Universidad de la Habana (Cuba), 2006
- Dare, T. Challenges to Applied Ethics, en Ruth Chadwick (ed) 1998.
- De la Lama, F. La familiaridad, en *En defensa de la tolerancia*. Barcelona, Eugene, 1994.
- Dipiazza, S. A. y Eccelen, G. R. *Recuperar la confianza*, Prentice-Hall, Madrid, 2002
- Domingo, A. *Ecología y solidaridad*, Santander, 1991.
- Dworkin, G. *The Theory and practice of Autonomy*. N.Y. Cambridge University. 1988.
- En Handbook of Living Hill Laws*. N.Y. Society for the Right to Die, 1987.
- Engelhardt, H. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona Paidós 1999
- Epicuro, *Ética*, Barral, Barcelona, 1972
- Ethic. *Auf der Suche nach dem Richtigen and Falschen*, Stuttgart. 1983
- Faden R.R., Beauchamp. T.I. *A History and Theory of Informent consent*. N.Y. Oxford University, 1986.
- Final Report of the Tuskegee S y philis Study ad hoc Advisory Pavel Washintong: Public Hecilth Service, 1973
- Final Report of the Tuskegee S y philis Study, N.Y: Free Press, 1981

- Flanagan, O. *Varieties of Moral Personality. Ethics and Psychological Realism* Cambridge (MA). Harvard University. 1991
- Fragmento de la "Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial" 1964.
- Fried, C. The lawyer as friend: The moral foundations of the lawyer client relationship. *Yale Law J* 1976
- Fukuyama, F. *La gran ruptura*, ediciones B, Barcelona, 2000
- Gadamer, H. G., *Verdad y Método*, (tomos I y II), Sígueme, Salamanca, 2002
- García, D. *Fundamentos de bioética*. Eudema, Madrid. 1988.
- García-González, D. E., *Hermenéutica analógica entre universalismo y particularismo*, Cuadernos de filosofía latinoamericana No 2, Bogotá, 2001
- García-Marzá, D. *La responsabilidad por la praxis: La ética discursiva como ética aplicada*. Ed. Trotta, 2005.
- González Agudelo, E. M. *Sobre la hermenéutica o acerca de las múltiples lecturas de lo real*, Universidad de Medellín, 2006.
- Goodín, R. E. *Teoría del diseño institucional*, Jedisa, Barcelona, 2003
- Gracia, D. *Fundamentos de bioética*. Madrid, Eudema, 1989.
- Gracia, D. *Planteamiento general de la bioética*, Triacastella, Madrid 1999
- Gracia, D. *Procedimiento de decisión clínica* Triacastella, Madrid 1999
- Gracia, D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, Eudema. 1991
- Gregory, J. *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*. Londres: Strahan and Cadell, 1972
- Gutiérrez, C. *La reflexión hermenéutica en el siglo XIX: entre romanticismo y metodología*, Bogotá, 2000
- Gutmann, A. y Thompson, *Democracy and Disagreement*, Harvard University press, 1996.
- Habermas, J. *Conciencia moral y acción comunicativa*, Barcelona, Península, 1994
- Habermas, H. *Teoría de la acción comunicativa*. Taurus. Madrid. 1993.
- Habermas, J. *Aclaraciones a la ética del discurso*, Trotta, Madrid, 2000
- Habermas, J. *Facticidad y validez*, Trotta. Madrid. 2001.
- Handbook of Living Hill Laws*. N.Y. Society for the Right to Die; 1987.
- Hedí, D.M. *Anatomy of a decision*. JAMA, 1990
- Hierro, J., *Problemas del análisis del lenguaje moral*, Tecnos, Madrid, 1970
- Hipócrates. *The Art in Hippocrates*. Vol. 2. Cambridge (MA): Harvard University, 1981.
- Hooker, W. *Physician and the Patient, or a Practical View of the Mutual Duties, Relations, and interests of the Medical Profession and the Community*. Reimp. N.Y. Arno press, 1972
- Hortal, A. *Ética de las profesiones*. *Diálogo Filosófico* No.25 1993
- Hortal, H. *Ética aplicada al conocimiento moral*, Tecnos, Madrid, 2005
- Ingelfinger, F.J. *Arrogance*. *N Engl J. Med*, 1980.

- Ingelfinger, F.J. Ob.cit. 304:1507; Marzuk, Ob.cit; 313:1477-6; Siegler, The progression of medicine: from physician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony. Arch Intern Med, 1985
- Apelbaum, P.S, Lidz, C.W. Meisel, A.Ob. cit. (cap.3)
- Jaegir, W. Paideia, Los ideales de la cultura griega. F.C.E., México, 1978
- Jonás, H. El principio Responsabilidad, Barcelona, 1994
- Jones, J H. Bad Blood, N.Y.:Free Press, 1981; Final Report of the Tuskegee S y philis Study, N.Y: Free Press, 1981;
- Jonen, A.R.y Toulmin, S.T The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning. University of Chicago, 1988.
- Kant, I, Teoría y praxis. Madrid, Tecnos, 1986.
- Kant, I, Kritik der praktischen Vernunft, en Akademie Textusgabe, Bd. V. de Gruyter, Bulin, 1968.
- Kant, I. Crítica de la razón práctica, libro 2º, cap. II, apartado V.
- Katz, J.The Silent World of Doctor and Patient. N.Y 1984
- Krugman, S., Giles, J.P Viral hepatitis: new light on an old disease. Jama, 1970.
- Kucewski, M., Casuistry, en Chadwich (ed) Enciclopedia of Applied ethics, vol
- Kutschera., F., Fundamentos de ética, Madrid, Cátedra, 1989.
- Lidz, C.W.Meisel, AM., Munetz, M.Cronic disease and patient participation. Cult Med Psychiatry, 1986
- Lidz, CW.,Meisel, A.M,Zernbavel, Eetal Informed Consent: a Study of decision making in psychiatry. N.Y Guilford press.1983;
- Lipovetsky, G. Le crepuscule du devoir, P.V.F. Paris. 1992 trad. Esp. Barcelona. Anagrama. 1994.
- MacIntyre, A. A. Crisis y moral philosophy: why is the search for foundations so frustrating ?, en: Engelhardt H. Callahan D editores. Knowing and Valuing. Hastings on- Hudson: Hastings Center, 1980
- MacIntyre, A. Therr Rival Versions of moral inquiry. University Notre Dame, 1990
- MacIntyre, A. Tras la virtud. Barcelona. Crítica 1987.
- Macklin, R. Mortal Choices, N.Y.: Pantheon Books Inc, 1987.Madrid, Gredos, 1983.
- Marletti, C. y Ravelo, P. El gesto de la filosofía hoy. Edizioni ETS. Pisa. Italia. 2006.
- Martín Sosa, N. Ética y ecología; Domingo, A. Ecología y solidaridad, Santander, 1991.
- Marzuk, P.M. The Right Kind of Paternalism, Engl J. Med, 1985.
- Monografías Técnicas No 17 (1990), Anexo 4;
- Noddring,N. Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Educations. Berrkeley: University California, 1984.
- O’neill, O.Construction of Reason. Exploration of Kant’s practical philosophy. Cambridge university press, 1989
- Pellegrino, E. The Four principles and the doctor-patient relationship, en Guillon R. Editor. The Principles of Health Care Ethics. Chichester (UK). Weley and Sons, 1994

- Oramas Vargas, Arquímedes, Los Cinco ejes del Plan de Desarrollo institucional, Enlace Universitario No77 (Julio-agosto), Tabasco, 2005
- Pellegrino, E. Humanism and Ethics in roman medicine : traslation and commentary on a text of Scribonius Largus. Lit Med 1988.
- Pellegrino, E. The Four principles and the doctor-patient relationship. En Guillon R. Editor. The Principles of Health Care Ethics. Chichester (UK). Weley and Sons, 1994
- Percival, T. Medical Ethics. Londres, 1803;
- Persival, T. Medical Ethics. Londres, 1983; Gregory. J. Letures on the Duties and Qualifications of a Physician. Londres: Strahan and Cadell, 1972; Hooker, W. Physician and the Patient, or a Practical View of the Mutual Duties, Relations, and interests of the Medical Profession and the Community. Reimp. N.Y. Arno press, 1972
- Pert, B. Morality. Its Nature and Justification. Oxford University, N.Y. 1998)
- Platón, La Republica, 1995
- Primum non nocere. Madrid. Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina.1990.
- Public Health Service, 1973.
- Putnam, R.D. La importancia del capital social, Proa, Barcelona, 2002
- Quintana Pérez, M. Ética de la justicia: Diálogo dentro de la ética discursiva, en López Bombino, L. Por una nueva ética. Ed. Félix Varela. La Habana. Cuba. 2004
- Quintana Pérez, M. Una vez más acerca del liberalismo político, en Fung Riverón, T.M (coordinadora) El estatuto del arte de la ciencia política. Ed. Félix Varela, La Habana, 2005
- Quintana, M. En torno al estatuto de la ética aplicada, en Fung, T. y Pineda, J.D. (Coordinadores) La nueva ciencia política. Facultad de Estudios Superiores Acatlán (México) y Universidad de La Habana (Cuba) 2004
- Rawls, J A Theory of justice, Cambridge, Harvard Univesrsity 1971 ( Trad. Esp., Dolores González , Teoría de la Justicia, Madrid, F.C.E. 1978)
- Rawls, J. Lecciones sobre filosofía moral, Paidós, Barcelona, 2001
- Rawls, J. Liberalismo político, Crítica, Barcelona, 1996
- Ricoeur, P., El conflicto de las interpretaciones, en Ensayos de hermenéutica, FCE, México, 2003
- Ross, W. The Right and the Good. Indianapolis: Hackett; 1988 (1 ra. Ed Oxford,1930).
- Sen, A. Desarrollo y libertad, Planeta, Barcelona, 2002
- Séneca. C.F. De officiis. Combridg (MA) 1992
- Siegler, M. The progression of medicine: from phynician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony. Arch Intern Med, 1985
- Simón Lorda, P. y Bario, IM. El consentimiento informado y la enfermería: Un modelo integral. JANO. 1995.
- Simón Lorda, P., Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (1,11). Med clin (Bare) 1993

- Simón Lorda, P. y Concheiro Carro, I. El consentimiento informado. Teoría y práctica (I y II ) Med Chin ( boro) 1993
- Simón, P. y Bario, IM. El consentimiento informado y la enfermería: Un modelo integral. JANO. 1995 1117
- Wittgenstein, L. Tratado lógico-filosófico. Barcelona 1981
- Soto Isaza, D. Aristóteles y la hermenéutica, estudios de filosofía No 23, Medellín, 2001.
- Statement on a Patient's Bill of Rights. Chicago: American Hospital Association; nov. 17, 1972
- Suzuki, D. y Knudtson, P. GenÉtica Tecnos Madrid.1991
- Taylor, Ch. Las fuentes del yo. Paidós. Barcelona.1996.
- Temkin, O. Hippocrates in a World of Pagana and Cristians. Baltimiore: Johns Hopkin University, 1991
- The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of human Subjects of Research Betherda, Md: The Nacional Comisión for the protection of human Subjects of Biomedical and Behavioral Resch, 1978 (trad. Esp.in Ensayos Clínicos en España (1982-1988), Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Wittgenstein, L. Tratado lógico-filosófico. Barcelona 1981

## Documentos de consulta

**The President's Comisión for the Study Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research.** Making Health care Decisions. Vol. 1 Washington: US Government Printing Office: 1982;

**Tratados Hipocráticos I.** Madrid, Gredos, 1983.

Ulrich, P. **Transformation der Okonomischer Vermunft.** Haut. Bern, 1987.

**Uniform rights of the Terminally il Act.** En: Handbook of Living Will Laws. N.Y. Society for the Right to Dic; 1987.

Véase **Sobre la decencia. Tratados Hipocráticos I.** Madrid, Gredos, 1983:205-9

Veatch, R.M. **Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Ege.** Hastings Pent Rep 1975.

Veatch, R.M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Ege. Hastings Pent Rep 1975

Veatch, R.M. **A Tehory of Medical Ethics,** N.Y.: Basic Books Inc. Publishers, 1981

Veatch, R.M. **A Tehory of Medical Ethics,** N.Y.: Basic Books Inc. Publishers, 1981; Macklin, R. **Mortal Choices,** N.Y.: Pantheon Books Inc, 1987; Ingelfinger, F.J **Arrogance.** N Engl J. Med, 1980; y Marzuk, P.M. **The Right Kind of Paternalism,** Engl J. Med, 1985.

Villarini, A. **Desarrollo de la conciencia moral y ética. Teoría y praxis.** Ed. Organización para el fomento del desarrollo del pensamiento, Inc. Puerto Rico. 2004

Walsh, D.C, Hingson, R.W., Merrigan, D.M. et al. **The impact of a physician's warning on recovery after alcoholism treatment,** JAMA, 1992, 267: 663-7.

Walsh, D.C, Hingson, R.W., Merrigan, D.M. et al. **The impact of a physician's warning on recovery after alcoholism treatment,** JAMA, 1992.