

# ARTÍCULOS



# NEUTRALIDAD ESTATAL, PLURALISMO Y BIOÉTICA

**Daniel Capodiferro Cubero**

*Departamento de Ciencia Política y Derecho Público  
Universidad Autónoma de Barcelona*

## RESUMEN

La bioética clínica se concibe como el sistema de reflexión cuya finalidad es solucionar las controversias de carácter moral que se susciten en el ámbito de los servicios sanitarios. Como tal, debe desarrollarse no sólo de acuerdo a las normas específicas que articulan la materialización de esta prestación pública, sino también de conformidad con el marco constitucional general destinado a proteger los derechos fundamentales de los sujetos implicados y, en última instancia, su dignidad y el libre desarrollo de su personalidad. En estos términos, la bioética sólo puede encajar en el sistema público si se articula a partir del mínimo moral positivizado, conformándose como un conjunto de reglas esencialmente formales alineadas con el deber de neutralidad estatal y el pluralismo social con el fin de permitir la efectividad de las decisiones individuales sin imposiciones. El paradigma principialista se presenta como un modelo de reflexión en este ámbito que parece responder especialmente a estos objetivos.

## ABSTRACT

Clinical bioethics is conceived as an ethical model of thinking whose purpose is to solve moral disputes in the field of health services. As such, it should be implemented not only according to the specific rules that articulate the materialization of this public service, but also in accordance with the general constitutional framework, where rules for protecting the fundamental rights of the subjects involved and, ultimately, their dignity and the free development of his personality can be found. In these terms, bioethics can only fit in the public sphere if its basis is the ethical minimum positivized by the legal rules, constituting a set of formal rules aligned with the duty of state neutrality and social pluralism in order to allow the efficacy of individual decisions without external constraint. The Principlism seems to be a model particularly aimed to these objectives.

## **PALABRAS CLAVE**

Bioética. Libre desarrollo de la personalidad. Neutralidad estatal. Pluralismo. Principios. Derecho a la salud.

## **KEYWORDS**

Bioethics. Free development of the personality. State neutrality. Pluralism. Principles. Right to health.

**SUMARIO:** 1. INTRODUCCIÓN. 2. LA INTEGRACIÓN DE LA BIOÉTICA CON LOS VALORES CONSTITUCIONALES Y LA ÉTICA PÚBLICA. 3. LA SUPERACIÓN DE LA ÉTICA MÉDICA TRADICIONAL COMO FORMA DE ARTICULAR LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. 4. EL PARADIGMA PRINCIPIALISTA COMO ESQUEMA DE LA REFLEXIÓN BIOÉTICA. 5. LA POSIBLE JERARQUIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS. 6. LAS CRÍTICAS Y MATIZACIONES AL PARADIGMA PRINCIPIALISTA. 7. VALORACIONES FINALES.

### **1. INTRODUCCIÓN**

La bioética clínica es un sistema de reflexión cuyo fin es analizar la viabilidad moral de soluciones técnicas en el ámbito clínico que son posibles a nivel objetivo pero plantean dudas desde un punto de vista subjetivo privado. Todo con el fin de encontrar compromisos que permitan compatibilizar las convicciones del profesional sanitario y del paciente respecto del elemento técnico del tratamiento; o las primeras y las opciones de actuación médica. El ámbito médico asistencial no es el único en el que se puede aplicar la reflexión bioética, sobre todo si se concibe ésta como una «ética de la vida» en el sentido más amplio del término<sup>1</sup>, pero sí el más inmediato y donde se pueden plantear conflictos particularmente intensos entre las distintas visiones morales de la actividad técnica, con repercusiones inmediatas sobre los derechos de los sujetos implicados.

Hay que tener en cuenta que la bioética clínica está indisolublemente ligada a la prestación de un servicio público y, por tanto, al ámbito públi-

---

<sup>1</sup> Aunque se ha consolidado la idea de que su campo de actuación se limita a los problemas de tipo moral que aparecen en la investigación y práctica en los ámbitos de la biología y la medicina, lo cierto es que el alcance de la bioética como disciplina puede ser mayor. Prueba de ello es que su enfoque original la caracterizaba en términos mucho más globales, como el estudio de todas las implicaciones subjetivas de la interacción del ser humano con sus semejantes y su entorno, y no son pocas las propuestas actuales que proponen recuperar ese significado.

co. Como sistema para resolver conflictos, el espacio en el que se despliega se identifica con la actividad asistencial de tipo sanitario, que constituye una obligación del poder público materializada, por mandato del art. 43 CE, a través de las distintas administraciones competentes. Más que un simple principio rector, hay que tener en cuenta este precepto constituye un valor que forma parte de la misma dignidad de la persona<sup>2</sup>, aunque esté ligado a un determinado saber científico. Por ello, la medicina no puede ser entendida como un ámbito aséptico cuyos instrumentos sirven simplemente para mantener a los ciudadanos en las condiciones óptimas para el pleno ejercicio de sus derechos o devolverles a las mismas cuando las han perdido. Se trata de un entorno donde se genera una relación entre pacientes y profesionales en la que los valores y las creencias de uno y otro añaden un importante componente subjetivo a la parte técnica, generando en ocasiones conflictos entre lo posible y lo moralmente admisible o entre las opciones que mantiene cada uno de los sujetos implicados.

Para resolver estas controversias existen órganos integrados en las mismas administraciones sanitarias, que emplearán la reflexión bioética en las tareas que les encomienda la Legislación aplicable y cuyas conclusiones, en mayor o menor medida, siempre tendrán repercusión, directa o indirecta, sobre los profesionales y los pacientes o usuarios de los servicios: desde los comités de ética asistencial de los centros hospitalarios, encargados de analizar y asesorar los conflictos de valores que puedan presentarse en la práctica clínica, con objeto de ayudar en la toma de decisiones de contenido ético y el fin último de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria<sup>3</sup>, hasta los comités de ética de la investigación de los centros de investigación biomédica, pasando por instituciones con finalidades específicas<sup>4</sup>, o el propio Comité de Bioética de España, vinculado

---

<sup>2</sup> ACOSTA GALLO, Pablo. *Salud, profesiones sanitarias y Constitución española*. Madrid, Fundación MAPFRE Medicina, 2002, pág. 30.

<sup>3</sup> CAÑIZO FERNÁNDEZ-ROLDÁN, Agustín del; CAÑIZO LÓPEZ, Agustín. «El consentimiento informado en asistencia pediátrica», en García Gómez-Heras, José M<sup>a</sup>; Velayos Castelo, Carmen. *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid, Tecnos, 2005, pág. 137.

<sup>4</sup> Que serían la Comisión Técnica del Banco Nacional de Líneas Celulares, la Comisión de Garantías para la Donación y Utilización de Células y Tejidos Humanos, la Comisión Nacional de Bioseguridad y el Consejo Interministerial de Organismos Modificados Genéticamente, la Comisión Nacional de Biovigilancia y la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con carácter de órgano consultivo sobre todos aquellos aspectos con implicaciones éticas y sociales del ámbito de la medicina y la biología.

Por tanto, y con independencia de las iniciativas o actividades que se lleven a cabo en instituciones de reflexión o centros sanitarios privados, donde el carácter de la institución condicionará necesariamente esta cuestión, la bioética es una herramienta al servicio del poder público y, como tal, no puede ser ajena a los principios que inspiran la actuación de éste.

Considerando todo esto, el objetivo de las páginas siguientes es plantear, desde un punto de vista eminentemente teórico y reflexivo, cómo un determinado paradigma de reflexión bioética, el basado en principios instrumentales, puede ser el que mejor responda al deber de neutralidad estatal, a la necesidad de articular el pluralismo social en condiciones de igualdad y a la garantía de la libertad ideológica y religiosa y del resto de derechos de los individuos, permitiéndoles determinar de manera libre y responsable todos los aspectos del propio proyecto vital, especialmente aquellos que atañen a cuestiones donde existen mayores discrepancias entre las distintas opciones personales.

## 2. LA INTEGRACIÓN DE LA BIOÉTICA CON LOS VALORES CONSTITUCIONALES Y LA ÉTICA PÚBLICA

La bioética clínica se plantea como un sistema de solución de controversias morales en el ámbito de una prestación pública, pudiendo los resultados de aquellos debates en los que se aplique condicionar el contenido de la acción estatal. Por esta razón, sus postulados deben estar adaptados a los principios y exigencias del Estado de Derecho, especialmente a los consagrados en la Constitución. Y existen varias disposiciones constitucionales que resultan relevantes en relación a los problemas que trata de resolver esta disciplina<sup>5</sup>: el art. 1 al consagrar la libertad, la justicia y la igualdad recogidas como valores superiores del ordenamiento, el art. 10.1 cuando proclama la dignidad personal, la inviolabilidad de los derechos, el libre desarrollo de la personalidad y el respeto a la ley y a los derechos de los demás como fundamento del orden político y la paz

---

<sup>5</sup> PUIGPELAT MARTÍ, Francesca. «Bioética y valores constitucionales», en Casado, María (Coord.). *Bioética, Derecho y Sociedad*. Madrid, Trotta, 1998, pág. 42 y s.

social, así como aquellos preceptos que reconocen derechos fundamentales, en especial la libertad ideológica y religiosa.

El principio del pluralismo se pone al servicio del artículo 10.1, como fundamento para la existencia de éticas privadas a través de las cuales los individuos puedan desarrollar libremente su personalidad y hacer valer su dignidad en cualquier aspecto de su vida, pero especialmente en determinadas cuestiones que pueden condicionar de manera grave, si no definitiva, el propio proyecto vital, como las relativas a la propia salud; particularmente en los casos «difíciles», que suelen ser, aunque no únicamente, los relativos al comienzo y fin de la vida humana. Para que la actuación y las decisiones de los poderes públicos en lo que respecta al desarrollo del derecho a la protección de la salud no estén condicionadas por un sistema de valores concreto, por mayoritario que sea, el Derecho no puede erigirse como garante de prohibiciones u obligaciones que no sean aceptadas por todos<sup>6</sup>. Así, en el ámbito de la bioética, la función del sistema jurídico debe ser, por una parte, describir un ámbito de libertad de la mayor amplitud posible que permita el ejercicio de la libertad de conciencia de los ciudadanos componiendo los valores vida y libertad desde la perspectiva de la dignidad de la persona humana y, por otra, asegurar los distintos derechos de todas las partes implicadas en la relación clínica. La coexistencia de valores en la que se fundamenta toda sociedad democrática debe ser asumida también por la argumentación ético-jurídica aplicada a la medicina y, en general, a las biotecnologías, asumiendo la pluralidad de valores y principios como regla garantizada jurídicamente<sup>7</sup>.

Así entendida, la bioética se integraría como una parte de la ética pública, conformada, precisamente, por la idea de dignidad humana y los valores de libertad, solidaridad, igualdad y seguridad, todo ello concretado a través de los derechos fundamentales<sup>8</sup>; en otra palabras, una moral

---

<sup>6</sup> Vid. LLAMAZARES FERNÁNDEZ, Dionisio. «Bioética, Moral Pública y Derecho», en *Teoría de la Justicia y Derechos Fundamentales. Estudios en Homenaje al Profesor Gregorio Peces-Barba*, Vol. III. Madrid, Dykinson, 2008. págs. 781-783.

<sup>7</sup> CASADO, María. «Hacia una concepción flexible de la bioética», en Casado, María (Comp.). *Estudios de Bioética y Derecho*. Valencia, Tirant lo Blanch, 2000, págs. 24-25.

<sup>8</sup> PECES-BARBA, Gregorio. *Ética, Poder y Derecho*. Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1995, en especial págs. 75 y s.; CORTINA, Adela. *Ética Mínima. Introducción a la filosofía práctica*, 9ª Ed. Madrid, Tecnos, 2004, págs. 153 y s. También la Sentencia del Tribunal Constitucional 62/1982, de 15 de octubre, donde se define la

mínima positivizada que fija los «*objetivos sociales, políticos y jurídicos que contribuyan a una organización donde cada persona se encuentre en condiciones de decidir libremente sobre sus planes de vida, sobre su moralidad privada, sobre su idea del bien, de la virtud o de la felicidad*»<sup>9</sup>. La moral pública puede definirse como un sistema de carácter procedimental que, a partir de los derechos fundamentales y la democracia representativa, busca crear las condiciones sociales para que cada persona o, en un momento determinado, grupo, pueda elegir su moralidad privada, evitando la imposición generalizada de conductas o de determinadas concepciones sobre el bien o el mal que no sean aceptadas de manera unívoca<sup>10</sup>, algo esencial en un contexto donde la pluralidad de opciones es cada vez mayor. De eminente carácter social y basada en la solidaridad, expresa los valores propios de una sociedad y sus objetivos sociales, políticos y jurídicos, incorporados al Ordenamiento jurídico, a través de los que se identifica y que guía la actuación de sus poderes públicos<sup>11</sup>.

Dado que esta integración en la moral común es la única opción posible a la vista de sus implicaciones en la actuación estatal y sobre la esfera jurídica de los ciudadanos, la bioética clínica debe articularse también como un sistema esencialmente procedimental, al servicio del libre desarrollo de la persona sin imposiciones valorativas y respetando el principio del pluralismo, elemento esencial para la conciencia personal en la medida en que la verdadera posibilidad de elección exige la existencia de varias alternativas presentadas de manera imparcial e igual<sup>12</sup>. El máximo contenido material que podría considerarse sería la enumeración de

---

moral pública como el «*elemento ético común de la vida social*», acogido por el Derecho y susceptible de variar en función de la época y el lugar (FJ 3º y 5º).

<sup>9</sup> PECES-BARBA, Gregorio. «Epílogo. Desacuerdos y acuerdos con una obra importante», en Zagrebelsky, Gustavo. *El Derecho dúctil*. Madrid, Trotta, 1999, pág. 169.

<sup>10</sup> *Ibidem*, págs. 157-175.

<sup>11</sup> ASIS ROIG, Rafael de. «Las tres conciencias», en Peces-Barba, Gregorio (Ed.). *Ley y conciencia: moral legalizada y moral crítica en la aplicación del Derecho*. Madrid, Universidad Carlos III; Boletín Oficial del Estado, 1993, pág. 20.

<sup>12</sup> RODRÍGUEZ GARCÍA, José Antonio. «Las bases para la construcción del derecho de la libertad de conciencia en el marco de la Unión Europea. 1. El principio del pluralismo», en Fernández-Coronado González, Ana (Dir.). *El Derecho de la libertad de conciencia en el marco de la Unión Europea: pluralismo y minorías*. Madrid, Colex, 2002, pág. 167: «*sólo se puede elegir si existen varias alternativas, y sólo es posible la formación libre de la conciencia si antes de elegir es posible la contemplación imparcial de distintas opciones*».

objetivos y fines que debe realizar el poder político a través del Derecho, conformando el ideal de Justicia y amparado en ellos a las éticas privadas de cada persona. Para ello, se debe partir del reconocimiento y el respeto a la diversidad ideológica y religiosa, pues un método de resolución de controversias clínicas mediante pautas de actuación ó una premisas morales que simplemente reflejaran una determinada opción ética o religiosa no sólo no sería compatible con el sistema de derechos fundamentales, sino que estaría condenado a no ser funcional.

Esto sólo se consigue si, además de los valores citados, se tiene en cuenta que también en la reflexión bioética debe regir el principio de laicidad<sup>23</sup>. Para que la libertad de conciencia de los ciudadanos pueda ser ejercida de manera plena, se requiere que el Estado no privilegia a ninguna religión sobre las demás, ni las creencias religiosas sobre las que no tengan ese carácter, limitándose a promocionar el derecho de los ciudadanos en condiciones de igualdad, ya que la responsabilidad de todo gobierno democrático, y en el caso español es una imposición del art. 1.1 CE, es promocionar la diversidad como forma de ofrecer más opciones a sus ciudadanos para la elección libre y ahondar en la cohesión social favoreciendo la integración de todos<sup>24</sup>.

Así entendida, la laicidad impone un deber de neutralidad estatal como criterio de actuación de los poderes públicos en cualquier ámbito. El respeto por parte del Estado hacia las convicciones de los ciudadanos, separándose de las mismas y no valorándolas, es indispensable para que estos puedan gozar de verdadera capacidad para elegir libremente su proyecto vital, especialmente, en situaciones donde su autonomía puede verse mermada, como son las de sometimiento a tratamientos sanitarios y la capacidad de decisión condicionada. Sólo en un ordenamiento laico, por definición imparcial ante las convicciones ciudadanas y en el que, por tanto se prohíbe cualquier discriminación por razones ideológicas), se puede garantizar una libertad de conciencia real, eficaz y plena<sup>25</sup>, con-

---

<sup>23</sup> CELADOR ANGÓN, Óscar. «Legal aspects of the financing of religious groups in Spain», en *The Age of Human Rights Journal*, nº 2, junio de 2014, pág. 71.

<sup>24</sup> Vid. SUÁREZ PERTIERRA, Gustavo. «La laicidad en la Constitución Española», en *Persona y Derecho*, 2005, nº 53, pág. 163.

<sup>25</sup> *Ibidem*, pág. 174.

siguiendo que el pluralismo tenga eficacia jurídica vinculante<sup>16</sup>, evitando cualquier tipo de imposición ideológica o condicionamiento sobre aquellas personas que, libremente y dentro del marco del Estado de Derecho, han optado por determinadas opciones vitales.

Queda por tanto la cuestión de cómo articular esa pluralidad de valores al tiempo que se intenta dar la máxima expresión a la voluntad individual como manifestación de la propia dignidad, respetando los derechos subjetivos de los ciudadanos y aquellas reglas morales sobre las que existe un acuerdo común, que constituirán límites para la capacidad de decisión personal. Y aquí es donde la aproximación bioética basada en principios formales para articular los debates en el ámbito clínico puede ser de utilidad.

### 3. LA SUPERACIÓN DE LA ÉTICA MÉDICA TRADICIONAL COMO FORMA DE ARTICULAR LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La garantía de la pluralidad y la dignidad personal de los sujetos inmersos en la relación clínica se consigue a través de un sistema de reflexión que se caracteriza como bioética, entendiéndolo, en primer lugar, que ésta es algo claramente diferenciado de la ética médica concebida en sentido clásico; y desde luego, teniendo claro que no se trata de medicina sectorial<sup>17</sup>.

La ética médica tradicional se puede definir como un sistema de reflexión moral de tipo finalista que busca formular o justificar el código de conducta de los profesionales sanitarios en sus relaciones con los pacientes o sus colegas, señalando cuáles son las virtudes del buen médico<sup>18</sup>. Tradicionalmente la labor del profesional sanitario era concebida como una tarea de resultado; se buscaba la curación del enfermo, la devolu-

<sup>16</sup> LLAMAZARES FERNÁNDEZ, Dionisio. «Laicidad, libertad de conciencia y acuerdos con las confesiones religiosas», en Llamazares Fernández, Dionisio (Dir.). *Libertad de conciencia y laicidad en las instituciones y servicios públicos*. Madrid, Dykinson, 2005, pág. 17. La neutralidad estatal es lo que garantiza que no habrá imposiciones ideológicas concretas desde el espacio público que resten libertad a los individuos para conformar sus propias convicciones de manera completamente autónoma.

<sup>17</sup> GARCÍA GÓMEZ-HERAS, José M<sup>o</sup>. «Repensar la bioética. Una disciplina joven ante nuevos retos y tareas», en García Gómez-Heras, José M<sup>o</sup>; Velayos Castelo, Carmen. *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid, Tecnos, 2005, pág. 23.

<sup>18</sup> LEMA AÑÓN, Carlos. «Bionomía, bioética y derechos fundamentales», en Tamayo, Juan J. (Ed.). *Bioética y religión*. Madrid, Dykinson, 2007, pág. 38.

ción de éste a un estado libre de enfermedad o mal, no satisfacer sus demandas o deseos. La salud era concebida algo objetivo y determinable en todas sus dimensiones sólo desde el conocimiento técnico. Además, el compromiso profesional se limitaba a la realización diligente de las actividades necesarias, no a unos resultados cuyo control escapaba del alcance de los sujetos implicados<sup>19</sup>. Esta visión está muy vinculada a una concepción sacralizada de la actividad curativa, vista como la restitución de las cosas estropeadas a su estado natural y, por tanto, a la ideología del paternalismo médico<sup>20</sup>, que concibe como legítimas todas aquellas injerencias del profesional en la vida del paciente que, resultando indiferente el consentimiento de éste al respecto, se realicen con el fin de beneficiarlo<sup>21</sup>. En estos términos, el deber del médico debía consistir en hacer el bien (o al menos no dañar) al enfermo, siguiendo estrictamente el contenido inicialmente postulado en el Juramento Hipocrático<sup>22</sup>. Esa era la única norma moral relevante desde la que afrontar cualquier dilema<sup>23</sup>, lo cual abría la puerta totalmente a que las decisiones del médico respondieran de manera total a sus valores y convicciones sin control o límite. El condicionamiento moral de la actuación por parte del profesional es total en una situación así, ya que éste, como experto, es quien determinará qué es lo bueno o lo conveniente en cada caso concreto, decisión que, obviamente, no sólo se basaría únicamente en criterios técnicos, sino que se vería necesariamente influenciada por sus creencias. A pesar de que esto no es compatible con un sistema de protección de la salud que privilegia

---

<sup>19</sup> BELLVER CAPELLA, Vicente. *Por una bioética razonable*. Granada, Comares, 2006, pág. 190.

<sup>20</sup> LEMA AÑÓN, Carlos. *Supra*, pág. 37. Por paternalismo, o parentalismo se puede entender «la intervención coactiva en el comportamiento de una persona a fin de evitar que se dañe a sí misma», idea que se basa en la legitimidad de la posibilidad de interferir sobre la libertad de los individuos con el fin de protegerlos, inicialmente formulada por J. Stuart Mill. Ver GARZÓN VALDÉS, Ernesto. «¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico», en Garzón Valdés, Ernesto. *Derecho, Ética y Política*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1993, pág. 361.

<sup>21</sup> Vid. KULTGEN, John. *Autonomy and Intervention. Parentalism in the Caring Life*. New York, Oxford University Press, 1995, pág. 62.

<sup>22</sup> En GRACIA, Diego. *Fundamentos de Bioética*, 3ª Ed. Madrid, Triacastela, 2008, págs. 72-98 se sintetiza cómo ha evolucionado el paternalismo en la medicina desde su versión más dura en el Juramento Hipocrático hasta su matización ante el reconocimiento de los derechos del paciente a finales del siglo XX, dejando como herencia el principio de beneficencia.

<sup>23</sup> *Ibidem*, pág. 103.

los derechos del paciente y su decisión responsable, desde la perspectiva más tradicional, no del todo abandonada aún, estaría perfectamente justificado, por ejemplo, restringir datos sobre su salud al paciente, ya que sólo importa su bienestar (el cual, en cierto modo, pertenecía al médico) y la información se concibe como un elemento accesorio, que cumple una función terapéutica, útil tan solo cuando se requiera de la colaboración de aquel.

En contraposición a todo esto, la evolución que representa la bioética clínica, y que permite distinguirla de la ética médica en su sentido más clásico, se caracteriza esencialmente y en última instancia por el desplazamiento del centro de decisión del médico desde su criterio hasta la voluntad del paciente<sup>24</sup>. Se pasa de una relación vertical donde es más importante el resultado que la transmisión de la información a otra de tipo horizontal, donde los datos que el profesional sanitario pueda suministrar al paciente son la base de la decisión de éste sobre el tratamiento, y su justificación misma<sup>25</sup>. Esto supone, al menos en el plano formal, un avance positivo en términos del libre desarrollo personal de los pacientes, porque hablar de bioética clínica implica romper con la idea de que la medicina es una ciencia basada solamente en hechos, una ciencia pura más allá del bien y del mal, pasando a comprender que la actividad sanitaria, como cualquier actividad humana, no está libre de valores<sup>26</sup>. El mero hecho de curar al enfermo aplicando los conocimientos de la *lex artis* ya no se concibe como algo positivo o «bueno» en sí mismo, porque se comprende que existen motivaciones no técnicas en las decisiones y que éstas son relevantes.

La necesidad de integrar la actividad curativa que representa el trabajo del profesional (y la exigencia de un resultado, eso sigue vigente) con los derechos e intereses propios de las demás partes presentes en la relación sanitaria según los valores actuales requiere necesariamente un nuevo esquema de reflexión. La aplicación de medidas paternalistas en

---

<sup>24</sup> CASADO, María. «Hacia una concepción...», op. cit. pág. 30.

<sup>25</sup> SÁNCHEZ-CARO, Javier. «La relación médico-paciente en el siglo XXI», en *Bioética, religión y derecho*. Madrid, Fundación Universitaria Española, 2005, pág. 21.

<sup>26</sup> GRACIA, Diego. «Cuestión de Principios», en Feito Grande, Lydia (Ed.). *Estudios de Bioética*. Madrid, Dykinson, 1997, pág. 19.

el ámbito médico, especialmente aquellas de carácter «duro»<sup>27</sup>, basadas en la idea de curar o, al menos, no dañar, a toda costa desde la supremacía del conocimiento técnico, es absolutamente incompatible con un enfoque del problema desde cualquier idea de pluralismo; y, desde luego, contraria al derecho de libertad ideológica y religiosa, para cuyo correcto desenvolvimiento se hace necesario que el sujeto cuente con información adecuada, veraz y adaptada que le permita, en primera instancia, adoptar decisiones conforme a sus convicciones. El respeto de la dignidad y la autonomía personal convierten a la información clínica en una pieza clave, pues es el instrumento que legitima la decisión del paciente en la forma de decisión informada y, como tal, el elemento sobre el que pivota la relación de prestación de servicios sanitarios. El centro de imputación de la relación se ha desplazado desde el profesional hacia el paciente<sup>28</sup>. En cierto modo se ha equiparado la relación sanitaria a cualquier otra relación de prestación de servicios, minimizando el hecho de que en aquella las partes no se encuentran en el mismo plano, no ya por la diferencia de conocimientos técnicos (cosa que se podría predicar de cualquier relación profesional), sino por el estado de necesidad en que se ve inmerso el demandante de la prestación. Y en una relación profesional se entiende que el paternalismo es inaceptable si, a tenor de las circunstancias, menoscaba la autonomía del beneficiario<sup>29</sup>.

Por el contrario, sí podrían tener cabida en el sistema de derechos aquellas prácticas paternalistas fundamentadas en una incompetencia básica del destinatario cuando tengan por objeto la promoción o la protección del interés de éste. En este caso se trataría de medidas que buscan superar el déficit originado por esta incompetencia en aras de la autonomía y la igualdad<sup>30</sup>. En el ámbito médico-asistencial, se trataría de

---

<sup>27</sup> Se puede distinguir entre el paternalismo blando, en el que el sujeto interviene sólo para prevenir una conducta esencialmente involuntaria, es decir, para proteger a otro frente a sus propias acciones no autónomas, y el paternalismo duro, que se da cuando la intervención se concibe para beneficiar o proteger a una persona aunque las decisiones de ésta sean conscientes, informadas y autónomas.

<sup>28</sup> SÁNCHEZ-CARO, Javier. «La relación...», op. cit. págs. 21-22.

<sup>29</sup> Vid KULTGEN, John. *Autonomy and...* Op cit. págs. 191 y s.

<sup>30</sup> GARZÓN VALDÉS, Ernesto. «¿Es éticamente justificable...», op. cit. pág. 374. El autor está refiriéndose a la justificación del paternalismo jurídico ejercido por el Estado, aunque la fórmula es perfectamente aplicable a este caso. Esto es lo que en SÁNCHEZ-CARO, Javier. «La relación...», op. cit. págs. 22-23 se denomina «paternalismo

los casos en los que el paciente (o quienes puedan sustituir su voluntad en caso de incapacidad) no tenga tengan la posibilidad de decidir por no poder recibir la información necesaria para ello, eminentemente en situaciones de urgencia. En cualquier otra situación, antes que de paternalismo, sería más adecuado hablar de beneficencia, que es una evolución o adaptación del paternalismo médico tras pasar por el filtro de la autonomía, nociones ambas ligadas a la bioética.

En definitiva, la necesidad de salvaguardar el derecho al libre desarrollo de la personalidad obliga a abandonar la pretensión de justificar la forma de actuar de los profesionales sanitarios en situaciones concretas, y en función siempre del resultado, para dar paso a una perspectiva más crítica y de reflexión sobre los problemas, intentando su mejor comprensión, que pivota sobre el binomio información-decisión del paciente<sup>31</sup>. Es evidente que la relación entre el profesional sanitario y el sujeto que recurre a él es por definición asimétrica, pero esta situación no puede llevar al sometimiento completo respecto de la opinión del primero. Superar la idea de que la deontología, entendida como el conjunto de reglas de mínimos de las que se dota un conjunto profesional para su ejercicio basadas en la autonomía del colectivo y el control monopolístico<sup>32</sup>, agota el campo de la ética en la relación sanitaria implica asumir la paridad como un objetivo en ella; si bien nunca será total, no puede serlo dado lo particular del contexto, sí permitirá salvaguardar el derecho al libre desarrollo de la personalidad del paciente en la medida de lo posible. La cuestión, entonces, es encontrar un planteamiento bioético que, como esquema procedimental, permita el desarrollo de las opciones individuales en el marco público y, además, no enmascare fórmulas paternalistas encubiertas o imposiciones ideológicas privadas; es decir, que sea en apariencia, en teoría y en la práctica lo más neutral posible.

---

no solicitado», en contraposición al «paternalismo solicitado», que sería el ejercido por el médico tras prestar el paciente su consentimiento (informado) y, por tanto, no sería paternalismo tal y como lo estamos entendiendo.

<sup>31</sup> LEMA AÑÓN, Carlos. «Bionomía...», op. cit. pág. 38.

<sup>32</sup> SÁNCHEZ CARO, Javier. ABELLÁN, Fernando. *La relación clínica farmacéutico-paciente*. Granada, Comares, 2007, pág. 204.

#### 4. EL PARADIGMA PRINCIPIALISTA COMO ESQUEMA DE LA REFLEXIÓN BIOÉTICA

Mientras que en los ámbitos de reflexión anglosajones el paradigma principialista sigue manteniendo su vigencia, con algunas correcciones, en bioética desarrollada en Europa la crítica al mismo se concibe casi como un punto de partida de cualquier reflexión. Paradójicamente, cuando se recurre a la Legislación sobre derechos de los pacientes, y la española constituye un buen ejemplo de ello, salta a la vista que la inspiración de los textos es claramente deudora de este planteamiento<sup>33</sup>, que una vez corregido de excesos utilitaristas, resulta perfectamente compatible con la defensa de la dignidad de la persona, objetivo que alcanza potenciando su autonomía y, por tanto, permitiendo su libre desarrollo, sin menoscabar necesariamente la figura o la importancia del profesional. Además, encaja posiblemente mejor que ningún otro modelo con el principio de neutralidad estatal y la vigencia de una ética pública; no en vano, la existencia de un sustrato ético común se cita explícitamente como la base sobre la que se construye su formulación, contenida en la obra *Principles of Biomedical Ethics*, de T. L. Beauchamp y J. F. Childress.

El elemento definitorio de este modelo de reflexión es su articulación a partir de lo que se denominan «principios», normas generales que ordena que algo sea realizado en la mayor medida posible dentro de las posibilidades jurídicas y reales existentes<sup>34</sup>. Dicho de otro modo, mandatos de optimización, no definitivos, que admiten un cumplimiento gradual y se formulan a un nivel general, porque su objetivo es proveer un marco analítico de argumentación<sup>35</sup>. Por ello, su puesta en práctica no puede

---

<sup>33</sup> En la exposición de motivos de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se hace referencia a la dignidad de la persona y la libertad individual como base del refuerzo y trato especial, potenciando lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que recibe la autonomía del paciente; así se ubica el principio de autonomía como pivote del sistema sanitario en los aspectos que regulados por esta norma. Pero al mismo tiempo insiste en la dimensión comunitaria del derecho a la salud y su vinculación con los intereses generales, en clara referencia al juego de los principios de justicia y equidad

<sup>34</sup> ALEXY, Robert. *Teoría de los Derechos Fundamentales*, 3ª Reimp. Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2002, pág. 82-86.

<sup>35</sup> Esto ya se defendía en los primeros tiempos de la bioética. En CALLAHAN, Daniel. «Bioethics as a discipline», en *The Hastings Center Studies*, 1973, Vol. 1, nº 1, págs. 72 y 73. ya se apuntaba, en referencia a la bioética clínica, que una buena metodología

dar lugar a una solución clara y unívoca, siendo su formulación ambigua. Es más, precisamente lo que permite es adaptar la reflexión a las circunstancias que se den en la práctica en cada caso concreto. Bajo esta concepción, la bioética no puede ser otra cosa que un sistema de resolución de casos consecuencia de la materialización de unas reglas de contenido comúnmente aceptado, y los principios, bien entendidos, cumplen esta condición, porque mediante ellos se proclama la libertad de individuo para decidir sobre cómo desarrollar su existencia al tiempo que se asumen determinados límites a ésta derivados de la situación peculiar en la que se encuentra la persona y las consecuencias sociales de sus posibles actos.

La concepción clásica de este paradigma, formulado para su aplicación en el ámbito clínico<sup>36</sup>, parte de la existencia de cuatro principios básicos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Fueron formulados originalmente en 1979 y profundamente revisados en 1994 con el fin de aligerarlos de carga utilitarista e integrar buena parte de las críticas recibidas, sobre todo respecto de la falta de consistencia teórica

---

debería considerar, en primer lugar, que se trata de un campo interdisciplinario en el que la dimensión ética se interrelaciona con aquellas legales, políticas, psicológicas y sociales, y a partir de ahí desarrollar un sistema propio. Puesto que debe ser un método para tomar decisiones específicas y claras en la práctica, que lleven a la solución adecuada en el momento adecuado, el autor defendía la aplicación del método inductivo: es necesario tener unos principios comunes como guía y, a partir de ahí, desarrollar las fórmulas de reflexión, trabajando a partir de los problemas que los profesionales identifiquen como tales.

<sup>36</sup> Contenidos en la obra *Principles of Biomedical Ethics*, cuya traducción al castellano de la cuarta edición se maneja en este trabajo: BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona, Masson, 1999, XX, 522 págs. Ya desde el título se aprecia claramente que se trata de una obra exclusivamente sobre biomedicina. En ella se habla en todo momento de la medicina y la asistencia sanitaria como destinatarias del sistema de reflexión moral que se plantea, y no parece que haya ningún interés de los autores en que éste pueda ser válido para enjuiciar problemas que, trascendiendo el ámbito clínico, puedan estar relacionados igualmente con la vida humana (cuestiones demográficas, relacionadas con el medio ambiente, con la vida animal...). La tesis de los autores es deudora directa del «Informe Belmont», donde se formulaban claramente tres principios que debían regir la relación entre el médico-investigador y su paciente: respeto por las personas, beneficencia y equidad. Beauchamp y Childress añadieron un cuarto principio, el de no maleficencia, y renombraron aquellos tres de la manera en la que son conocidos actualmente: autonomía, beneficencia y justicia.

del planteamiento, si bien esto no supuso una variación en su esquema<sup>37</sup>. Los cuatro principios comparten su naturaleza instrumental y su carácter obligatorio «*prima facie*», de modo que, si se adopta el enfoque más clásico, sólo cuando aparezca un conflicto se ordenarán entre sí en función del caso concreto<sup>38</sup>, ya que no existen reglas previas que prioricen unos sobre otros, haciendo necesario el diálogo entre los implicados<sup>39</sup>, que será distinto en función del nivel en el que se produzca el debate y arrojará resultados diferentes en cada ocasión<sup>40</sup>. En cualquier caso, ningún principio puede quedar anulado como regla general.

Entrando en la formulación de los cuatro principios, el de autonomía (de respeto a la autonomía) se resume en la siguiente afirmación: «*las acciones autónomas no deben ser controladas ni limitadas por otros*<sup>41</sup>». Eso sí, es importante que el sujeto que las lleve a cabo sea competente, es decir (dentro del ámbito biomédico), que posea las capacidades mentales y las aptitudes necesarias para comprender en qué consiste un determinado tratamiento o proyecto de investigación, de ponderar los posibles riesgos y beneficios y de tomar una decisión sobre esta reflexión. La autonomía en bioética equivale al ejercicio de la libertad basado en el juicio de conciencia mediante el que el sujeto se desarrolla como persona, sólo que centrado en el ámbito de las relaciones entre el paciente y el profesional sanitario, porque se traduce en el respeto del derecho a decidir voluntariamente a partir de la información disponible y las propias convicciones, ejerciendo lo que actualmente se conoce como consentimiento informado, máxima expresión del derecho que asiste a los pacientes para decidir sobre la propia salud como proyección de su libertad ideológica y religiosa<sup>42</sup>. La autonomía supone la libertad de actuar, pero también la

---

<sup>37</sup> FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, 2ª Ed. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas; Desclée de Brouwer, 2005, págs. 159-160.

<sup>38</sup> GRACIA, Diego. «Cuestión de...», op. cit. págs. 37-38.

<sup>39</sup> SÁNCHEZ CARO, Javier. ABELLÁN, Fernando. *La relación...*, op. cit. pág. 219.

<sup>40</sup> ALEXY, Robert. *Teoría...*, op. cit. pág. 89.

<sup>41</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principios...*, op. cit. pág. 118. Este principio ya se intuía en el Código de Nüremberg, cuando se hablaba del consentimiento voluntario de los sujetos de experimentación; en el Informe Belmont se denominó «principio de respeto a las personas».

<sup>42</sup> Vid. TARODO SORIA, Salvador. *Libertad de conciencia y derechos del usuario de los servicios sanitarios*. Bilbao, Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, 2005, págs. 312 y s.

libertad para formar libremente el juicio que motive esa actuación (asumiendo siempre que la autonomía absoluta es un ideal), por lo que lleva necesariamente aparejado el derecho a recibir información de manera veraz y adecuada, que se traduce en un deber sobre los profesionales de la salud. Considerando que el creciente pluralismo social implica una cada vez mayor probabilidad de que profesionales y pacientes no compartan los mismos valores; el respeto por las decisiones de estos últimos y por su libertad para conformarlas debe convertirse en una finalidad esencial de la actuación del poder público en el ámbito de las prestaciones sanitarias.

La beneficencia es la obligación moral de actuar en favor de otros; el deber de conceder beneficios, prevenir y suprimir daños y sopesar los posibles aspectos positivos (siempre moviéndonos en el terreno de lo probable) frente a los costes e hipotéticos perjuicios de una acción. Mientras que el ejercicio de la autonomía recae básicamente en el paciente, el responsable de aplicar la beneficencia es el profesional al cargo del cuidado médico. Ésta es la razón de ser principal de la actividad médica (curar, mejorar la salud, prevenir), pero su ejercicio no puede desembocar en la negación de la iniciativa del paciente.

Planteado como la otra cara de la misma moneda, el principio de no maleficencia equivale a la obligación de no hacer daño intencionadamente, la traslación a la bioética de la máxima «*primum non nocere*» («en primer lugar, no hacer daño»), fundamento de la tradición hipocrática<sup>43</sup>. Este principio prohíbe obstaculizar, dificultar o impedir que se cumplan los intereses de una de las partes por causas que incluyen las condiciones autolesivas y los actos (intencionados o no) de la otra parte<sup>44</sup>, así como, en principio, someter a los demás a riesgos. Por ello, sería contrario al mismo tanto causar dolor o sufrimiento al paciente como impedir a éste satisfacer sus pretensiones legítimas respecto de su autodeterminación siempre que no sean autolesivas.

Finalmente, el principio de justicia se formula vinculado a la política sanitaria y la forma de distribuir los recursos terapéuticos cuando estos son escasos, en el sentido de justicia distributiva-justicia social en el contexto específico del sistema sanitario norteamericano. Desde una aproximación más abstracta, el principio de justicia tendría que explicar de

---

<sup>43</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principios...*, op. cit. pág. 179.

<sup>44</sup> *Ibidem*, pág. 183.

manera válida cómo deben distribirse las cargas, beneficios y posiciones de modo que los iguales sean tratados iguales y los diferentes, de manera diferente. Así se estaría interpretando como justicia formal, como expresión del principio de igualdad en la libertad<sup>45</sup>, que resulta mucho más práctico y adecuado a este contexto.

En lo que respecta a su aplicación práctica, mientras que la concreción de los principios en pautas generales de actuación para supuestos generales puede realizarse aplicando el método deliberativo, mediante el que los comités de trabajo multidisciplinares podrían llegar a acuerdos sobre el alcance o el sentido de cada formulación, se ha propuesto articular el delicado equilibrio entre hechos y principios normativos que se observa en el plano asistencial a través del método hermenéutico-interpretativo<sup>46</sup>. Como complemento a un esquema de razonamiento formal basado en principios, permitiría lograr el entendimiento recíproco y el consenso entre el paciente y el profesional a través de la comunicación, la deliberación y la interpretación que aquel último hace de la dolencia, la historia, las circunstancias, los valores, las experiencias, la voluntad y las convicciones del paciente; todo con el fin ideal de comprender el mundo personal del paciente, siempre buscando respetar su autonomía y sus intereses. Ahora bien, este modelo sólo funcionará correctamente como forma de canalizar el pluralismo moral si se articula a partir del intercambio leal de opiniones entre profesional y paciente: éste debe ser sincero sobre sus planteamientos y estar dispuesto a tener en cuenta y reflexionar sobre el consejo del profesional y aquel debe aceptar el conjunto de valores del paciente como marco para la reflexión y las decisiones que éste tome, sin dejar de aportar su saber técnico de forma honesta, íntegra y transparente<sup>47</sup>.

---

<sup>45</sup> LLAMAZARES FERNÁNDEZ, Dionisio. «Bioética...», op. cit. pág. 786.

<sup>46</sup> GARCÍA GÓMEZ-HERAS, José M<sup>a</sup>. «En torno al estatuto científico-metodológico de la Bioética», en López de la Vieja, M<sup>a</sup> Teresa (Ed.). *Bioética: entre la medicina y la ética*. Salamanca, Ediciones de la Universidad de Salamanca, 2005, págs. 27 y s. El autor incluso plantea utilizar los tópicos metodológicos clásicos de la hermenéutica en las cuestiones de bioética clínica. A saber: la precomprensión, el horizonte de sentido, la circularidad hermenéutica y el carácter dialógico (descritos en págs. 28-29).

<sup>47</sup> La plasmación normativa de esto se puede ver en el art. 18.1 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de 2005, que habla de profesionalismo, honestidad, integridad y transparencia como pautas para la adopción de decisiones y el tratamiento de las cuestiones bioéticas, siempre a través del diálogo.

Para que esto sea así, salvando la dificultad inherente a la asimetría del diálogo (el profesional sanitario está en una posición de superioridad desde la que tiene fácil intentar manipular la decisión del paciente si ésta no se ajusta a sus planteamientos éticos, desvirtuando completamente el sistema) no se puede prescindir de la existencia de unos principios generales instrumentales. Es cierto que en una sociedad pluralista, contexto en el que el método hermenéutico alcanza su máxima razón de ser, es complicado encontrar unos principios comunes y válidos, pero en este nivel de actuación tampoco se pueden ignorar los postulados de la ética pública positivizada, incluyendo en ella a la bioética para que pueda cumplir realmente su función. Así concebido, el método de reflexión hermenéutico a pequeña escala es perfectamente compatible con el paradigma principialista, porque funciona como medio de equilibrar los principios de autonomía (decisión informada) y beneficencia/no-maleficencia (aplicación del saber técnico con fines curativos o paliativos) en la relación directa y personal entre médico y paciente. De hecho, se podría pensar perfectamente que se trata de una manera de plasmar en la práctica clínica el principio de justicia.

## 5. LA POSIBLE JERARQUIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS

La idea de la relatividad absoluta de los cuatro principios y su dependencia del caso concreto ha sido particularmente criticada por la doctrina europea, entre la que cabe destacar la propuesta de Diego Gracia en orden a establecer un modelo de razonamiento que, manteniendo esencialmente los principios del paradigma original, se basa en su jerarquización<sup>48</sup>. En concreto, se plantea que los principios de no-maleficencia y justicia se encontrarían en un nivel superior a los otros dos, ya que su carácter obligatorio es independiente de la opinión y la voluntad de los implicados y tienen como finalidad la garantía del «bien común», a diferencia de la autonomía y la beneficencia, que se situarían en el nivel de los intereses particulares.

Simplificando la cuestión, la ordenación parte de la premisa de que la no-maleficencia y la justicia son los principios destinados a proteger la vi-

---

<sup>48</sup> El desarrollo completo de la tesis del autor se puede encontrar en GRACIA, Diego. *Fundamento...* Op cit. y de manera más sintética, en FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. *Para fundamentar...*, op. cit. págs. 435 y s. Aquí sólo se expondrán las líneas esenciales de la misma.

da privada y la vida social respectivamente, y, como tales, conformarían la ética de mínimos compartida por toda la comunidad, identificándose con la moral común positivizada; y en caso de conflicto, la justicia, entendida como justicia distributiva, primaría como valor preferente. Por el contrario, los rasgos concretos de la autonomía y la beneficencia van a depender de la concepción privada de cada sujeto, del sistema de valores de cada uno y de su ideal de perfección y felicidad, por lo que en su aplicación por parte de los profesionales que se encargarán de las intervenciones clínicas o de los encargados de decidir protocolos o pautas de actuación generales jugarán un papel esencial los valores del pluralismo y la tolerancia, si bien siempre respetando los valores públicos que constituyen los dos principios superiores.

Al hilo de esta ordenación, y siguiendo el mismo sentido, sería posible dotar de significado a cada uno de los principios dentro del marco constitucional y, en especial, de desarrollo del art. 43 CE. La autonomía representaría el derecho a decidir sobre la propia salud dentro de las opciones terapéuticas contempladas en la Legislación a partir del ejercicio del consentimiento informado, las propias convicciones y la información sanitaria que se consagran esencialmente en la Ley 41/2002; no sería una capacidad ilimitada, pero sí de un notable alcance, sobre todo como garantía de las propias convicciones. La beneficencia se correspondería con el deber de actuación profesional del médico, derivado de las normas jurídicas y deontológicas, que se disgrega en acciones concretas como responder a las consultas que le planteen, realizar diagnósticos y pronósticos y prestar la asistencia necesaria a quien se la solicite, actuando siempre de manera diligente. Es decir, en un deber de procurar de forma objetiva las prestaciones debidas o solicitadas y el tratamiento adecuado a cualquier persona que sufra una merma en su salud, entendida ésta, obviamente, en sentido amplio y subjetivo.

El principio de no maleficencia, que ya no sería el simple reverso de la beneficencia, incorporaría determinados límites a la autonomía de la voluntad tanto del paciente como del profesional con el objetivo de evitar daños al primero o a la colectividad, así como la prohibición de toda acción que menoscabe o impida la decisión plenamente informada de los sujetos a partir de datos objetivos y veraces; vendría a proteger, en última instancia, la dignidad del sujeto de actos propios o ajenos y la salud de terceros frente a decisiones excesivas. Finalmente, en la justicia se integrarían las pautas generales irrenunciables: la protección de los derechos

de los ciudadanos, la igualdad, la neutralidad estatal y, en su dimensión de justicia material, la obligación de poner al alcance de los ciudadanos los medios adecuados para que puedan acceder a los tratamientos sanitarios; como tal, este último principio conformaría el marco general de todo debate bioético.

Sin embargo, a pesar de esta ordenación, lo cierto es que el sistema de principios sigue siendo un modelo instrumental difícilmente separable del caso concreto. Cuando la situación de conflicto que requiere de una respuesta es estrictamente privada, es decir, no tiene consecuencias más allá de la relación entre médico paciente y la salud de éste, el principio de justicia bien podría quedar asimilado a la autonomía-autodeterminación del paciente ejercida dentro de las posibilidades que le ofrece la necesidad de respetar los valores comunes (máximas en este caso, puesto que hay escasa o nula implicación de otras personas) en función de una beneficencia profesional que él mismo ha solicitado y que, por tanto, puede condicionar su decisión. En todo caso, la beneficencia parece colocarse un escalón por debajo de la autodeterminación y la dignidad de la persona libremente ejercidas<sup>49</sup> y la justicia aparece matizada y limitada en su alcance a las posiciones jurídicas de los sujetos implicados, pero no por ello pierde su operatividad porque, a fin de cuentas, representa el propio Estado social y los derechos fundamentales.

Por el contrario, si el supuesto tiene algún tipo de relevancia social, es decir, si la decisión del paciente tiene consecuencias para terceras personas, hay riesgo de contagio o, a mayor escala, epidemia, o está implicado el orden público, el principio de justicia, como respeto a los derechos de los demás y obligación positiva de protección del Estado, operará como una limitación a la libertad de actuación del paciente y, en combinación con una aplicación a gran escala de la no maleficencia, apoyará el principio de beneficencia.

---

<sup>49</sup> Para SÁNCHEZ-CARO, Javier. «La relación...», op. cit. pág. 22, lo que se da es una interacción entre autonomía y beneficencia con predominio de la libre decisión de los pacientes en la conformación de sus relaciones, desplazándose el centro de imputación de la relación hacia el paciente.

## 6. LAS CRÍTICAS Y MATIZACIONES AL PARADIGMA PRINCIPIALISTA

Muchos autores califican el sistema de principios de Beauchamp y Childress como excesivamente utilitarista por ser la traducción de planteamientos filosóficos anglosajones, eminentemente pragmáticos, que dejan de lado la metafísica y las reflexiones últimas propias de la tradición filosófica escolástica-aristotélica o kantiana, y no ofrecen grandes construcciones teóricas como base<sup>50</sup>. Pero esto, más que una verdadera crítica, sólo evidencia que se trata de un modelo de razonamiento descendiente de una tradición intelectual distinta a la europea-mediterránea, algo que no lo hace inferior por sí mismo a otros planteamientos salvo que se quiera hacer valer un insano etnocentrismo. Hay que tener presente que la función de la bioética clínica, conforme a todo lo que se ha expuesto, es la de resolver problemas concretos que surgen dentro de un sector específico de la actividad humana, asegurando en última instancia la realización del principio de dignidad humana a través de la máxima realización jurídicamente posible de la libertad de conciencia.

Y eso es algo a lo que un planteamiento de corte utilitarista sirve perfectamente si se asume que su operatividad está circunscrita al marco de un sistema de derechos fundamentales constitucionalizados que va a marcar unas pautas materiales y unas líneas rojas ante las que ningún planteamiento filosófico, por ajeno a cualquier condicionante material que quiera presentarse, puede imponerse. En última instancia, se trata de aportar soluciones a la vida real cuando aparecen situaciones complejas, con un justo equilibrio entre reflexión teórica y práctica, de lo que se encargará el poder público como prestador y garante de los servicios sanitarios, por lo que su labor deberá estar inexcusablemente presidida por la neutralidad.

Frente a la bioética procedimental anglosajona, Adela Cortina opta por identificar lo que denomina una práctica propia del ámbito latino en la que tendrían más peso los fundamentos filosóficos de la reflexión, inscribiéndose su método en un marco teórico que inspira toda la cultura

---

<sup>50</sup> GARCÍA GÓMEZ-HERAS, José M<sup>a</sup>. «Repensar...», op. cit. págs. 27-28; también GRACIA, Diego. «Cuestión de...», op. cit. págs. 24-25; o CORTINA, Adela. «¿Existe una Bioética latina?», en López de la Vieja, M<sup>a</sup> Teresa (Ed.). *Bioética: entre la medicina y la ética*. Salamanca, Ediciones de la Universidad de Salamanca, 2005, pág. 153.

médica<sup>51</sup>. Esta manera de concebir la bioética se fijaría más en la tradición hipocrática y en la relación médico-paciente para aplicarse a un sistema sanitario eminentemente público, como sucede en Europa, teniendo como base la dignidad humana y considerando el entorno del paciente y los conceptos de responsabilidad y precaución en la actividad médica e investigadora. Así planteada, esta visión no sólo parece incompatible con el enfoque principialista. Podría servir para enriquecerlo y complementarlo en la medida en que pone el acento en valores esenciales del sistema que, por otro lado, no resultan ajenos al principialismo entendiendo que, más que un conjunto de reglas instrumentales, tiene un contenido material, el de la moral común, para permitir la autorrealización del individuo a través del ejercicio modulado de su autonomía personal, como forma de salvaguardar también la pluralidad. De hecho, la propia autora advierte del riesgo de hablar de unos fundamentos filosóficos últimos para la bioética<sup>52</sup>, concluyendo, acertadamente, que la disciplina debe nutrirse de la ética compartida por la colectividad.

Por esta razón, difícilmente pueden admitirse las críticas que, contra el paradigma principialista, se realizan desde lo que se podría denominar la escuela confesional católica de la bioética que se ha desarrollado en el área mediterránea. Desde lo que se autodenomina bioética «personalista» se rechaza el principialismo y cualquier intento de fundamentar la disciplina en valores comunes argumentando que de esa manera no se dan razones sobre «el auténtico bien del hombre<sup>53</sup>», y se reduce la ética a política. Además de partir de una concepción monista de la moral difícilmente compatible con las exigencias que una sociedad moderna y el estado actual de la ciencia imponen, la terminología no deja de resultar paradójica. Se denomina «personalista» o «basada en la primera persona» a una teoría ética donde la capacidad de autodeterminación del sujeto es negada de raíz, asumiendo como inexcusable y como fuente misma de la dignidad personal el sometimiento acrítico a una autoridad moral externa; a resultas de esto, la persona no es dueña de su ser y su dignidad aparece como dependiente de otros en lugar de vincularse al propio pro-

---

<sup>51</sup> *Ibidem*, págs. 153 y s.

<sup>52</sup> *Ibidem*, págs. 155-156.

<sup>53</sup> Paradigmático en este sentido, TOMÁS Y GARRIDO, Gloria M. *Cuestiones Actuales de Bioética*. Pamplona, EUNSA, 2006, en especial pág. 22.

yecto vital<sup>54</sup>. Se niega la opción de la pluralidad moral porque se parte de la premisa de la existencia de un único sistema de valores válido y bueno, entendiéndose que no hay humanidad fuera de él, casi confundiendo antropología y teología.

Lejos de aportar elementos objetivos de debate, la crítica de la falta de valores del modelo basado en principios de la bioética de raíz católica se argumenta a partir de los postulados de una ética privada religiosa. Y se hace en unos términos que tendrían mejor encaje en el ámbito de la teología moral, dado que se basa en argumentos de autoridad y verdades reveladas al servicio de una determinada doctrina inadmisibles en una ética estrictamente filosófica<sup>55</sup>, además de negar, en última instancia, la posibilidad misma de que exista una moral común. Todo para componer una bioética instrumentalizada con el fin de poder intervenir con el mayor alcance posible sobre las cuestiones biomédicas relacionadas con el principio y el fin de la vida (aborto, eutanasia y anticoncepción, básicamente), en relación a las que la Iglesia Católica muestra un particular interés, ya que son radicalmente contrarias a sus bases ideológicas. Los postulados religiosos, si bien perfectamente válidos y legítimos como opciones personales de los individuos en ejercicio de su libertad religiosa, no pueden inspirar ni ser la pauta a seguir en los debates que se desarrollan dentro de la prestación de un servicio público como es el sanitario, pues tal cosa supone que las decisiones que afectan a algo tan personal como la propia salud del sujeto se adoptarán a partir de criterios morales que éste quizá no comparta y que le serán impuestos ante la pasividad de un Estado que se supone neutral.

Por esta razón, los planteamientos éticos de orden religioso sólo deberían ser tenidos en cuenta en aquellos casos en los que fueran compartidos por todos los agentes implicados en el caso o, al menos, cuando el paciente manifestara tal deseo por ser ese su credo. Lo mismo podría decirse de la intervención de los ministros de culto en los órganos encar-

---

<sup>54</sup> Se llega a afirmar, en SPAEMANN, R. «Sobre el concepto de dignidad humana», en Massini, C. I.; Serna, P. *El derecho a la vida*. Pamplona, EUNSA, 1998, pág. 109, que «el ateísmo despoja a la idea de dignidad humana de fundamentación y, con ello, de la posibilidad de autoafirmación teórica en una civilización». Dicho de otro modo, se niega que el hombre tenga valor en sí mismo.

<sup>55</sup> Vid. FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. «Para fundamentar...», op. cit. pág. 430.

gados de reflexionar o adoptar acuerdos, circunstancia que la Legislación no siempre ha tenido en cuenta<sup>56</sup>. Y, desde luego, en el diseño de unos planteamientos bioéticos generales por parte del poder público o en la definición o regulación de un marco de reflexión para la disciplina cualquier punto de vista no universalizable, incluyendo los argumentos de la teología<sup>57</sup>, sólo sirve para alejarse del fin que debe perseguirse: la protección y el respeto a la dignidad del hombre, derivada de su consideración como ente autónomo con valor propio.

## 7. VALORACIONES FINALES

La bioética clínica conforma el sistema de reflexión que, entendiendo ya superados los planteamientos paternalistas o estrictamente científicos sobre la actividad médica, se emplea para superar aquellos casos difíciles, de conflictos de valores o de conflictos entre valores y técnica, que se dan en el ámbito de la atención sanitaria. Siempre con el fin de alcanzar una solución satisfactoria mediante la combinación del saber técnico científico con la reflexión moral, a pequeña y gran escala, valorando las

---

<sup>56</sup> No todas las normas autonómicas que regulan los comités de ética asistencial responden debidamente al principio de neutralidad estatal. El Decreto 61/2003, de 8 de mayo, de la Comunidad de Madrid, por el que se regula el régimen jurídico, de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y se crean y regulan la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid, cuyo art. 4.1.e) permite la incorporación a dichos comités de «*las personas que proporcionan asistencia religiosa*» del modo que determine el reglamento interno de cada uno, sin ninguna limitación al respecto. Más llamativo es el art. 4.3 del Decreto 99/2004 (tras su modificación en 2005), de 20 de mayo, del Consell de la Generalitat Valenciana, donde se impone la presencia del personal religioso en los comités de ética asistencial. De esta manera, personas que representan puntos de vista éticos particulares pueden participar en las decisiones que afectarán a una tercera persona que quizá no comparta esos planteamientos, lo cual puede llegar a devenir una imposición de creencias; todo esto sin contar que se trata de procedimientos que se llevan a cabo en el ámbito público, bien por el tipo de centro, bien por la función que se realiza (la protección de la salud) aunque se proceda a ella en centros privados.

<sup>57</sup> Sobre la extremadamente compleja relación entre ciencia, religión y, ahora, bioética, se puede consultar SÁDABA, Javier. *Principios de bioética laica*. Barcelona, Gedisa, 2004, págs. 63 y s. El mismo autor, en pág. 76, propone que las opiniones de los teólogos o científicos cristianos deberían ser tomadas como válidas si sus argumentos se basan en la razón, con independencia de su origen o las convicciones que los motivan.

implicaciones y consecuencias de las acciones posibles. Lo científicamente posible queda así limitado en términos generales por lo moralmente aceptable, lo que convierte en una labor inexcusable y esencial la fijación de los contenidos del sistema de valores que va a servir de parámetro para la tarea de evaluación de las opciones técnicas aplicables.

Por tanto, el primer problema de la bioética es identificar qué es lo moralmente aceptable, teniendo en cuenta que la aplicación su aplicación se va a producir en órganos que forman parte del poder público, los distintos comités de reflexión ética que se articulan dentro de las administraciones sanitarias, y en relación a una prestación pública asistencial que responde al mandato constitucional de proteger la salud de los ciudadanos contenido en el art. 43 CE. Además, el pluralismo social y el reconocimiento de la libertad de conciencia como capacidad del individuo de articular su propio proyecto vital sin injerencias ni coacciones externas imponen la necesidad de reconocer la existencia de una variedad de éticas privadas que, para coexistir, requieren que el Estado se limite a promocionar, en cuanto a valores, un marco común de contenido mínimo que garantice el desarrollo de todas las opciones de manera que no se produzcan abusos ni imposiciones.

La bioética debe encuadrarse en esta moral común y estar presidida por el principio de laicidad, para lo cual un planteamiento basado en principios instrumentales que sirvan para orientar las reflexiones de los distintos entes encargados de llevarlas a cabo parece el más adecuado. Eso sí, siempre que esos principios, o pautas básicas, no sean el reflejo de opciones privadas no generalizables y se muevan dentro de las exigencias que imponen la neutralidad y los principios constitucionales del artículo 10.1CE: dignidad de la persona, respeto a sus derechos y libre desarrollo de la personalidad, para cuya satisfacción se requiere un marco de actuación especialmente amplio que no prescinda de elementos protectores.

La bioética debe entenderse como un marco para la reflexión plural, y por tanto necesariamente laico, y flexible, en su planteamiento general y en su aplicación. Su encaje en el sistema jurídico constitucional depende de su capacidad para aportar criterios generales que articulen un compromiso entre los actores implicados en el que puedan tener cabida, a partir de los mínimos citados, las distintas maneras de abordar los problemas y las posibles soluciones que el Derecho aporte. Por esa razón lo mejor parece concebirla como un sistema esencialmente procedimental con

un contenido material mínimo que permita que, en cada caso concreto, los valores de los sujetos implicados (profesionales y pacientes) puedan contrastarse con las opciones técnicas y las necesidades asistenciales que se plantean, sin prejuicios previos y teniendo en cuenta que el límite al despliegue de las reglas éticas privadas lo constituyen las pautas morales positivizadas como mínimo común.

Así, de inicio, parece adecuado emplear un sistema basado en última instancia en la libertad individual del paciente (que se manifiesta mediante la autonomía, reflejo de la libertad del individuo para comportarse según sus convicciones), corregida por la especial situación en la que éste se encuentra (beneficencia y no maleficencia), al poner su salud en manos de un profesional, donde se tengan en cuenta el entorno, los deberes asistenciales públicos, los derechos ajenos y otras posibles implicaciones (justicia). Todo ello bajo la máxima de que el juego de estos principios dependerá de las circunstancias concretas a las que se apliquen, permitiendo su modulación o ponderación en función de las necesidades.