

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

LA BIOÉTICA,
¿UNA DISCIPLINA FILOSÓFICA O UNA PRÁCTICA CIENTÍFICA?

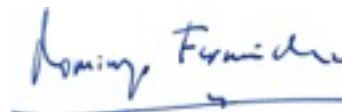
Autor: José Santiago González Campos.

Director Tesis: Dr. Domingo Fernández Agis.

Año: 2015.

Dr. Domingo Fernández Agis, profesor titular de la Universidad de La Laguna, informo que la tesis titulada "La bioética, ¿una disciplina filosófica o una práctica científica?", ha sido realizada por D. José Santiago González Campos bajo mi dirección en el Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia, la Educación y el Lenguaje de la Universidad de La Laguna y reúne las condiciones de calidad y rigor científico necesarias para su defensa pública, según establece la legislación vigente, para aspirar al grado de doctor.

Y para que conste a efectos de depósito e informe, firmo en San Cristóbal de La Laguna, a 24 de noviembre de 2015.

A handwritten signature in blue ink, reading "Domingo Fernández Agis", written over a horizontal line.

Dr. Domingo Fernández Agis

Director de la Tesis

1. INTRODUCCIÓN

Una tesis puede llegar a parecerse a una obra personal de ensayo y error y, en ocasiones, a un serio estudio de investigación de alguna importante cuestión académica. En estas primeras líneas quiero afirmar claramente que he elegido la primera opción para realizar una investigación que considero vital en muchos aspectos y, por ello, iniciaré un arriesgado camino personal con un incierto final. Sin embargo, una cuestión son las intenciones iniciales y, otra finalmente, los resultados logrados. He intentado aunar ambas con el rigor necesario que una tesis doctoral debe estar pergeñada, trabajando en algunos desarrollos de la propia bioética desde perspectivas diferentes a las que podemos denominar como clásicas (como pueden ser el principialismo y la casuística), reforzándolas con otras nuevas perspectivas complementarias (como puede ser la ética del cuidado y la biopolítica).

Trato en esta tesis de contestar a la pregunta de si la bioética debe ser considerada simplemente como una disciplina filosófica o como una práctica científica, para intentar lograr resolver ciertas cuestiones relacionadas con la bioética, con su quehacer diario y con su propio e incierto futuro. Por tanto, propongo cuestionar ambas perspectivas de cómo venimos entiendo hoy día la bioética ya que considero, como mostraré a lo largo de esta tesis, que comprender la bioética de una forma u otra de las planteadas anteriormente, conlleva finalmente implicaciones muy importantes en el mismo futuro de este conocimiento, sumamente necesario hoy. En este sentido “para quienes se dedican a la bioética, el análisis de la disciplina como tal, su pasado, su presente y su futuro, las corrientes que se van desarrollando y sus posibilidades, son temas de indudable interés. En concreto, la reflexión sobre el futuro de la bioética es ahora de enorme interés, en un momento en el que ya hay una cierta trayectoria recorrida, cuando ya han pasado años desde su origen, cuando ya hay resultados que estudiar, cuando hemos existido ya a etapas, modas, escuelas y movimientos dentro de la bioética, e incluso se ha llegado a firmar que existe una “cultura bioética”¹, esta tesis pretende seguir investigando e intentando ampliar con alguna nueva aportación, la necesaria construcción todavía del conocimiento bioético, ya que considero que estamos en los albores de la misma disciplina.

Para desarrollar esta tesis comencé analizando algunos documentos muy relevantes sobre el desarrollo de esta disciplina y su futuro, tanto aquellos que tenían un claro contenido filosófico, como otros que tenían un enfoque más científico y técnico². Enseguida pude percatarme de la existencia de una separación, yo afirmaré que realmente existe un abismo, entre dos perspectivas diferentes de entender la bioética con lenguajes y conceptos casi diametralmente opuestos, donde podría llegar a establecer finalmente un cierto lenguaje de sordos. Entre los documentos estudiados he querido destacar uno especialmente, que me permitió construir finalmente la pregunta que

¹ FEITO GRANDE, L., “El futuro de la bioética. A propósito de un debate”, en *Bioética Complutense*, Nº 1, 2009, p. 7.

² Existe otras formas de entender la bioética, desde planteamientos más antropológicos, pedagógicos, jurídicos, etc. Sin embargo, considero que realmente todos ellos pueden ser incluidos en una u otra de las dos opciones que planteo, aunque los matices que aportan estas otras vías también me resultan sumamente interesantes y, sería necesario dedicarles un estudio exclusivo fuera de esta tesis para valorarlos correctamente.

plantea esta tesis a partir de las seis sugerencias que planteó Daniel P. Sulmasy, a propósito de una conferencia impartida en Nueva York en el año 2009³, en la celebración del cuarenta nacimiento del *Hastings Center*. Expondré a continuación sus seis importantes sugerencias “1.- *I think we should avoid the temptation to make bioethics a clinical profession. 2.- We should forswear our recent turn to politics and start engaging again in basic scholarship. 3.- Similarly, I’d like to see a revival of interest in the philosophy of medicine, nursing, and the healing arts in general. 4.- We should continue to pursue the goal of truly interdisciplinary scholarship. 5.- I think it is time we started working on new theories of bioethics. 6.- Finally, let me suggest that medical schools would do well to embrace programs designed to train clinicians in philosophy and theology, just as they now train clinicians in molecular biology and neuroscience.*”⁴, ya que todas han quedado en parte reflejadas en el espíritu de esta tesis y su desarrollo a lo largo de las siguientes páginas. Pero me gustaría destacar dentro del texto la siguiente reflexión, desde donde nace la pregunta de esta tesis “*our best hope lies in pursuing the fundamental questions. This will often take us back to basic inquiries such as those of moral psychology; the meaning of altruism; the meaning of the common good; what it means for human beings to flourish; the place of medicine in a well-ordered society; and critical thinking about rights, casuistry, utilitarianism, pragmatism, and other basic questions that are essential to serious thinking about bioethical questions. In the end, this will not only be more productive, it will be a lot more fun*”⁵ porque, en el fondo, con esta tesis se trataría no sólo de volver a preguntarnos o repensar cuestiones clásicas de la bioética, ya que estas preguntas fundamentales, básicas sobre el mismo conocimiento bioético, como las indicadas, son muy importantes, sino que deberían volver a plantearse desde otras perspectivas o líneas de pensamiento, como planteo en esta tesis, y, además deberíamos poder divertirnos con ello o, al menos, intentarlo.

Pero, además de esta exposición, que despertó mi conciencia bioética, he de reconocer que poco a poco fui introduciéndome en el pensamiento de Michel Foucault a

³ Este es el año en que comienzo a realizar la tesis tras leer este interesante artículo.

⁴ 1.- Pienso que deberíamos evitar la tentación de hacer de la bioética una profesión clínica. 2.- Deberíamos de abjurar de nuestro giro reciente hacia la política y comenzar atractivamente de nuevo en los estudios de base. 3.- De forma similar, me gustaría ver un renovado interés por la filosofía en la medicina, la enfermería y las ciencias de la salud en general. 4.- Deberíamos continuar persiguiendo el objetivo de una educación realmente interdisciplinar. 5.- Creo que es el momento de empezar a trabajar en nuevas teorías en bioética 6.- Permítanme sugerir que las escuelas de medicina harían bien en adoptar programas diseñados para enseñar a los médicos filosofía y teología, al igual que lo hacen ahora enseñando biología molecular o neurociencia. SULMASY, D. P., “Suggestions for the Future of Bioethics”, Neva York, ensayo basado en la conferencia impartida sobre el futuro de la bioética para celebrar el cuarenta aniversario del Hasting Center, 2009. Disponible en <http://www.thehastingscenter.org/Bioethicsforum/Post.aspx?id=3768> (consultada el 13 de diciembre de 2015, traducción propia).

⁵ Nuestra mejor esperanza descansa en perseguir las preguntas fundamentales. Esto nos lleva frecuentemente de nuevo a las preguntas básicas como aquellas que tienen que ver con la sicología moral, el sentido del altruismo, el significado del bien común, lo que significa para los seres humanos prosperar, el lugar de la medicina en una sociedad bien ordenada, y el pensamiento crítico sobre los derechos, la casuística, el utilitarismo, el pragmatismo y otras preguntas básicas que son esenciales para un pensamiento serio sobre las cuestiones bioéticas. En el fondo, no solo sería más productivo, sino que sería más divertido. Ibídem (traducción propia).

través de los textos, y de la pasión que desarrolla en ellos, del profesor Domingo Fernández Agis, especialmente recuerdo un pasaje que relacionaba varios asuntos de especial interés personal para mí: ética, política, Nietzsche, el concepto (bioético) de autonomía, el cuidado de sí, y, sobre todo, una orientación clara y decidida por parte del pensador francés de llevar su filosofía a la práctica “puede afirmarse, no obstante, que la ética de Foucault posee un claro antecedente en la actitud ante la vida -la del héroe trágico que lo arriesga todo para realizar el ideal de autonomía del yo- que revela la lectura nietzscheana de los textos griegos, aunque diste bastante de la interpretación de este último si la consideramos desde la perspectiva de la orientación crítica y sus objetivos”⁶, que muestra una actitud ante la vida que comparto plenamente y que siempre he querido seguir, pero además “él no acepta situarse simplemente al abrigo de la interpretación de Nietzsche y profundiza a su vez en los orígenes de la diferencia, proporcionándonos nuevas claves de interpretación del pensamiento moral de aquella época y de la nuestra. De esos elementos que el conocimiento de la ética del *cuidado de sí* pone al descubierto, Foucault insiste en extraer consecuencias, no sólo teóricas, sino también prácticas, útiles, para vivir el compromiso ético-político que, a su juicio, nos está imponiendo nuestro presente”⁷, que irán en la línea de esta tesis, que pretende no sólo una reflexión teórica filosófica importante sino que busca que toda ella quede integrada realmente y de forma activa en la práctica asistencial diaria de los profesionales sanitarios.

Una cuestión relevante a explicar en esta introducción es el diseño de esta tesis. Podría haber optado por seleccionar sólo algunos autores y líneas de pensamiento para justificar la tesis, fundamentarla y contestar a la pregunta de la tesis desde algunos pocos planteamientos y autores seleccionados. Sin embargo, la tesis parte de una idea propia que he querido también llevar a la práctica. Parto de una idea personal contra la excesiva especialización de los saberes en general y de los relacionados con las ciencias sanitarias en particular. Asistimos a una especialización, de la especialización, de la especialización, de la especialización, etc., que considero que nos hace perder la visión de conjunto de los conocimientos, que siempre es necesaria si queremos llegar a comprender algo realmente en este mundo, ya que todos los saberes están interconectados y considero que unos se explican o se entienden desde los otros. En la rama sanitaria esta especialización de la especialización, etc., resulta ser bochornosa y ridícula, cuando no un auténtico disparate, que provoca analfabetos *científicos* en el resto de los saberes que no es la especialidad de la especialidad donde está uno especializado. Por ello, como opción personal, intento ampliar mis conocimientos no sólo en la rama de los saberes en la que estoy formado, sino que considero muy importante, yo diría casi obligatorio, al menos personalmente me lo planteo de esta forma, el ampliar conocimientos precisamente en aquellos saberes que uno resulta ser más ignorante, que en mi caso son bastantes y no me dará, por ello, nunca tiempo a aburrirme. Por tanto, esta tesis ha sido planteada para obtener una visión de conjunto de la bioética y, por ello, en su fundamentación selecciono un amplio abanico de planteamientos que pudieran ampliar la visión de campo que he pretendido con esta

⁶ FERNANDEZ AGIS, D., *Después de Foucault. Ética y política en los confines de la modernidad*, Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 1993, p. 82 (las cursivas son del autor).

⁷ *Ibidem*, p. 82.

tesis. Ello supone un serio problema en una tesis ya que implica que sea superflua en general y algo vaga, ya que no es posible abarcar completamente y en profundidad todos los planteamientos tan diversos que propongo. Es una apuesta que asumo, sabiendo de antemano que no es posible ganarla, pero considero que ya existen demasiados manuales específicos de los mismos autores que voy a exponer a continuación en relación a la bioética, que pueden consultarse para ampliar lo expuesto en esta tesis. Y, sin embargo, precisamente lo que echo en falta son manuales que muestren una visión general en conjunto de la bioética y de los diferentes planteamientos existentes, que trato de suplir con esta tesis, ampliándola en la medida de mis posibilidades.

Una vez acabada la breve introducción, comenzará propiamente la tesis que presenta tres grandes apartados. Uno primero, el principal, es la parte de la fundamentación, que a su vez está dividida en dos grandes bloques. Por un lado, la vía clásica de fundamentación y, por otro lado, la vía complementaria. Ambas tienen el mismo objetivo y son necesarias para poder contestar finalmente la pregunta de esta tesis. Por ello, esta fundamentación no trata de explicar los autores o temas seleccionados de manera completa ni con cierta profundidad, sino que están planteados como hilos necesarios de pensamiento, que pretenden fabricar un tapiz, junto con las tres hipótesis de esta tesis, para poder cubrir con ellos la pregunta de esta tesis. Cuando, por ejemplo, hable de Aristóteles, centraré mi sucinta exposición en aquellas cuestiones necesarias para contestar la pregunta de esta tesis y fundamentar adecuadamente las tres hipótesis de la tesis, pero no trataré de exponer toda su filosofía en varias páginas, porque ese no es mi objetivo. Tras el apartado de fundamentación, expondré tres hipótesis de trabajo cuyo sentido será contestar finalmente la pregunta de esta tesis, pero he intentado añadir ciertas ideas en cada una de ellas, de tal forma que intenten aportar cierta novedad en los planteamientos actuales bioéticos. Finalmente, planteo unas breves conclusiones que no tratan de cerrar la tesis, sino todo lo contrario. Contestaré a la pregunta de la tesis pero no busco una solución definitiva ni a la bioética ni a cualquier tesis planteada sobre ella, sino que mi objetivo es todo lo contrario, que esta tesis fuese lo suficientemente valiosa como para que sea capaz de cuestionar, o quizás despertar a alguien, para que pueda volver a preguntarse, allí donde parece que todo está resuelto, todo encaja y, a la vez, no deja de parecer ciertamente artificial, especialmente cuando se trata de aplicar a la asistencia sanitaria diaria.

El primer apartado de fundamentación de la tesis, lo he denominado como vía clásica de fundamentación y en él propongo varios epígrafes que he denominado como clásicos porque son los que podríamos encontrar en casi todos los manuales sobre bioética, salvo alguna excepción, quizás justificada ideológicamente, que no será mi caso. Comenzaré mi exposición con Aristóteles, quizás no podría ser de otra forma, analizando su ideal de *πόλις* griega, resaltando de su filosofía que concibe la política y la ética como indisolublemente unidas (en la primera hipótesis de la tesis planteo la unión bioética-biopolítica que parte y se justifica precisamente desde este primer epígrafe sobre Aristóteles), también analizaré la importancia de la *αρετή*, y entre ellas, la más importante para esta tesis y para la bioética, la *Φρόνησις*, que es central en su filosofía y para la deliberación en bioética (como es su concepto de búsqueda del término medio), además de tener conexión con la ética de la virtud (que analizaré en la vía complementaria de fundamentación de esta tesis). Aristóteles plantea que la ética tiene una finalidad, por ello es teleológica, de lograr la *εὐδαιμονία*, y esto es sumamente

importante (y muy diferente respecto a la filosofía planteada tanto por Sócrates como por Platón, y posteriormente con Kant) y, para ello, será necesario una búsqueda activa y constante de ella, como sabiduría práctica que se va alcanzando a lo largo de nuestra vida, aprendiendo de los errores cometidos. Finalmente, también destacaré, porque tiene conexiones claramente con la bioética la defensa que hace el estagirita de la amistad. En segundo lugar, realizo un salto temporal de casi dos milenios y llegamos a un autor, Spinoza, que quizás no ha sido lo suficientemente valorado en los manuales de bioética, pero que considero muy importante porque lo interpreto como una filosofía intermedia, una tercera vía, entre los planteamientos clásicos teleológicos de Aristóteles y las implicaciones que posteriormente tiene en la bioética, y, la otra vía, que será la kantiana cuyos planteamientos deontológicos se oponen en cierta forma a Aristóteles. De esta forma, entre estos dos grandes pilares de la bioética, Spinoza propone una solución o vía intermedia, una ética *ad usum vitae*, para el uso de la vida, con un pensamiento vitalista y humanista que la impregna por completo. Spinoza también reconoce la importancia de la subjetividad más allá de la verdad epistemológica, de tal forma que vamos construyéndonos moralmente mediante el error, nuestro propio cuerpo y los otros, donde el concepto de *conatus* es clave es este autoconocimiento. Al igual que Aristóteles reconocía la importancia de que existiera una buena política para que hubiese también la posibilidad de una buena ética. Finalmente, de su filosofía también hay que destacar la importancia de los afectos y del *amor Dei intellectualis*, desde el que es posible vislumbrar también el concepto de solidaridad, tan importante también para la ética moderna. El siguiente hito es Kant. El Everest de la ética moderna, a partir de él, la ética recobra otro sentido e importancia en la filosofía. A partir de Kant, casi se puede afirmar que toda la ética es kantiana, al menos en su terminología. Su ética será formal y trascendental, como expondré, y a él le debemos el concepto de autonomía, nuclear en sus planteamientos éticos, y del que nacerá propiamente el mismo principio bioético de autonomía. Asimismo, el concepto de dignidad será central en su filosofía y clave en la construcción de la bioética, especialmente cuando hablemos de la investigación con seres humanos. Pero, sin duda, su aportación fundamental para la bioética, además de lo expuesto anteriormente, son los planteamientos deontológicos (frente a los teleológicos propuestos por Aristóteles), de los que los mismos principios bioéticos no dejan de ser su misma expresión finalmente. El cuarto pensador es Mill y el utilitarismo, que propone un enfoque muy interesante y necesario en la ética y, posteriormente en la bioética. Como expondré, será muy relevante su distinción entre el utilitarismo de la regla y el del acto, mostrando también conexiones necesarias con el deontologismo y el consecuencialismo. Tanto Bentham como Mill serán claves en la construcción de los nuevos estados modernos, y sus Constituciones, estando su filosofía está muy centrada en modificar realmente las pobres condiciones sociales de los ciudadanos de aquella época, por lo que la política y su aplicación práctica cobra un sentido central en su pensamiento. Por ello, su filosofía es sumamente práctica, orientada a la acción y, ello será muy importante en los planteamientos bioéticos fundamentados en el utilitarismo. A continuación ya entraré en la época bioética propiamente dicha, con los planteamientos de Beauchamp y Childress y el principialismo. Los autores norteamericanos nos proponen cuatro principios bioéticos fundamentales que podrían ser aplicados para resolver los diferentes y complejos problemas bioéticos a los que tenemos que enfrentarnos en la actualidad, especialmente válidos para resolver los problemas asistenciales diarios a los que nos tenemos que

enfrentar los profesionales sanitarios. Los cuatro principios bioéticos son: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia. *Principles of Biomedical Ethics* será el libro de referencia donde exponen el principialismo, que ya en su séptima edición ha ido evolucionando e intentando corregir las posibles críticas que sus autores han ido analizando. A continuación expondré la casuística, con toda la importancia y relevancia que tiene actualmente, debido a su utilidad y sus planteamientos más cercanos al modo de trabajar de los profesionales sanitarios, que solemos usar el *case method*, en el día a día asistencial para atender a los pacientes. En el siguiente epígrafe, titulado, más allá del principialismo, expondré varios autores que han ido complementando el principialismo con valiosas aportaciones a lo largo del tiempo que ya lleva el principialismo con nosotros. Diego Gracia Guillén será uno de los autores que expondré por su relevancia y por la jerarquización de los principios bioéticos, entre ética de mínimos (los principio de no maleficencia y justicia) y ética de máximos (los principios de beneficencia y autonomía), que permiten poder priorizar los principios en los casos prácticos concretos, priorizando primero la ética de mínimos y, cuando sea posible, aplicaremos también la ética de máximos. Cierro esta vía de fundamentación clásica con Tristram Engelhardt, que realiza unas aportaciones sumamente interesantes en relación con las políticas de salud y cómo se pueden aplicar realmente cuando nos enfrentamos, en este mundo multicultural donde vivimos, a problemas bioéticos concretos, entre los que él denomina amigos y extraños morales. Sus planteamientos nos guiarán posteriormente a Lévinas como ya expondré.

A continuación de esta vía clásica comienza una vía complementaria que intenta aportar nuevas ideas y visiones a la construcción de la misma bioética. Por ello, algunos planteamiento serán acertados y otros, quizás, sólo tengan cierta cabida finalmente en la misma bioética, al menos parcialmente. Convencido de que todos ellos son necesarios para la construcción de una bioética más fuerte y bien fundamentada, es posible, más bien seguramente, que existan otros planteamientos que se han quedado fuera de esta vía alternativa y que sería posible finalmente añadirlos. Comenzaré exponiendo la ética de la virtud y todo lo que nos puede aportar precisamente a los profesionales sanitarios actualmente, que escapa en cierta forma de la teoría y está enfocada más a la práctica, especialmente asistencial en mi opinión. Es capaz de reconocer el valor de las emociones y las incorpora en los razonamientos éticos, buscando realizar una vida virtuosa que tendremos que ir adquiriendo día a día y autoconstruyéndonos ciertos rasgos de carácter moral orientados a la práctica. El siguiente apartado lo dedicaré a Jürgen Habermas, que lo considero un pensador imprescindible para la construcción de una nueva bioética en la que sea posible incorporar realmente su racionalidad comunicativa como faro y sentido de la misma bioética. Entre sus textos de referencia he seleccionado *Conocimiento e interés*, por todo lo que implica sobre la racionalidad y el positivismo, o neopositivismo, y su relación también con el mismo conocimiento bioético y su construcción. El siguiente apartado estará dedicado al comunitarismo, analizando todas sus interesantes propuestas a nivel político y ético que plantea. Analizaré bajo su luz los conceptos de ciudadanía (las tres nociones que pueden definirla) y frontera (tan actuales hoy) y la importancia que tiene este pensamiento para defender una política real de la diferencia, que en bioética es sumamente importante. Posteriormente, arribaré a la filosofía de Emmanuel Lévinas, centrándome en su imprescindible libro para la bioética, *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, desde donde es posible vislumbrar al otro (que será un concepto clave a desarrollar en

las tres hipótesis de la tesis) y la responsabilidad que tenemos con él. Reconoce también el autor francés la importancia de la subjetividad, y cómo la ética, por sí misma, no deja de ser una especie de óptica con la que ver el mundo y al otro (incluidos los pacientes, como insistiré en la segunda hipótesis de la tesis). También analizaré la importancia del lenguaje en la construcción del mundo, del otro y del conocimiento mediante su genial obra. Avanzaré a continuación en la tesis para analizar la ética feminista, que ha sabido poner en el foco en esas minorías necesarias también para construir el mundo, teniendo claras conexiones biopolíticas, como mostraré posteriormente. Pero hay tres conceptos fundamentales que analizaré mediante la ética feminista y que cobran mediante ella nuevos significados: el concepto de autonomía, el concepto de racionalidad y el valor de las emociones en la construcción de una racionalidad ampliada. Llegando al final del camino, analizaré un planteamiento ciertamente novedoso al introducir la hermenéutica en la bioética mediante la ética narrativa, consiguiendo aprehender y reinterpretar cuestiones centrales en la bioética como son el otro, el concepto de responsabilidad y el de la deliberación. Finalmente, promueve un necesario espacio intermedio de reflexión entre el principialismo y la casuística, recuperando y resaltando, poniendo en valor, la propia condición humana mediante los propios actores y autores principales de la bioética: los mismos pacientes. Al final de la vía complementaria de la fundamentación estarán los dos epígrafes más queridos: la ética del cuidado y la biopolítica. El primero lo considero esencial para construcción final de toda la tesis que claramente está asociada a la ética de la virtud, será capaz de valorar las emociones en la racionalidad ampliada que propongo y, considero que es el fundamento último de una de las profesiones sanitarias: la enfermería. Pero, el cuidado y la ética del cuidado traspasa y dota de sentido finalmente a todas las profesiones sanitarias, ya que no es realmente exclusiva de ninguna de ellas. En el último epígrafe expondré sucintamente los planteamientos de Michel Foucault sobre la biopolítica y todo lo que implica en la asistencia de los profesionales sanitarios y su relación con la bioética (especificado en la primera hipótesis de la tesis). No es esta una tesis sobre la biopolítica, aunque como expondré, será determinante en su desarrollo, ni tampoco es una tesis sobre Foucault, ni otros pensadores como Lévinas o Habermas, sino que intento responder a la pregunta de la tesis desde diversos planteamientos y autores, como los expuestos y otros que serán necesarios a lo largo de la exposición de las ideas de esta tesis. Sin cerrar la puerta a nuevas aportaciones posteriores.

Después de la fundamentación de la tesis, expondré tres hipótesis que considero imprescindibles para contestar a la pregunta de esta tesis, pero que tratan también de aportar algunas nuevas propuestas y reflexiones al saber bioético. Las tres hipótesis se desarrollarán mediante una tesis, que afirma la hipótesis, una antítesis, que niega la hipótesis, y, finalmente una síntesis, que reflexiona sobre lo expuesto e intenta llegar a una conclusión final, no necesariamente a un consenso entre ambas. La primera hipótesis afirma que la bioética nace de la biopolítica, planteando como fue debido al desarrollo de la biopolítica con la modernidad que fuese finalmente necesario desarrollar posteriormente un nuevo conocimiento, el bioético, que fuera capaz de poner freno a las importantes implicaciones que tenía el biopoder y la biopolítica, centrándome concretamente en el ámbito sanitario. La segunda hipótesis planteará el desarrollo de una necesaria mirada bioética, especialmente por parte de los profesionales sanitarios, para que seamos capaces de volver a ver al ser humano, al otro, al que tenemos que asistir. Finalmente, la tercera y última hipótesis, que se sustenta en

las dos anteriores, plantea si las unidades de cuidados intensivos no se han convertido en unidades de pacientes invisibles, debido a las implicaciones biopolíticas claras que podemos identificar en la asistencia sanitaria en general, y en una unidad de cuidados intensivos en particular.

Cerraré la tesis con unas sucintas conclusiones personales que tratará de contestar la pregunta de la tesis mediante todos los planteamientos anteriores expuestos en esta tesis. No sobraré nada, todo será necesario para darle cierta enjundia a lo propuesto en las conclusiones. Asimismo, he añadido dos anexos, en los que expongo dos casos bioéticos escritos por dos profesionales sanitarios que me servirán para justificar que toda esta fundamentación filosófica que propongo en esta tesis debería finalmente ser llevada a la práctica científica asistencial. Este sería realmente el objetivo final de esta tesis. ¿Será todo ello posible desde el planteamiento de una simple pregunta?

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA TESIS

Quizás, para comenzar con lo que me propongo sea una fundamentación teórica de la tesis, habría que preguntarse primero si ésta fuese precisamente necesaria en la actualidad. No parece una cuestión importante para muchos “hacedores” de bioética que consideran que ya está lo suficientemente fundamentada, y que lo importante no es tanto una “aburrida y árida” reflexión sobre la fundamentación de la bioética, en muchos casos vista incluso como contradictoria o contingente, sino que lo primordial sería resolver los casos prácticos del día a día a los que nos tenemos que enfrentar los profesionales sanitarios y los pacientes en el quehacer diario asistencial. En este horizonte de pensamiento lo importante sería poder elaborar diversas y variadas guías de actuación ante las diferentes cuestiones bioéticas. Guías que quizás sean capaces de atajar el camino de pensar por nosotros mismos y nos ofrezcan incuestionables soluciones únicas a los problemas que se nos plantean a los profesionales sanitarios. Guías dilemáticas y supuestamente útiles, pero nuestra realidad poliédrica no parece ajustarse ni encajar en tales guías y se esfuerza por escaparse entre las mallas de esas teorías reduccionistas y positivistas. Por todo ello, y para comenzar esta fundamentación teórica de la tesis creo necesaria e imprescindible discernir sobre la necesidad de ella, ya que “la fundamentación, entendida como el esfuerzo de dar razón, es lo que nos aleja de toda forma de dogmatismo o violencia, abre la vía del diálogo, reconoce la pluralidad y es un modo de reconocernos y respetarnos como seres humanos”⁸. De esta manera, la fundamentación resulta sumamente importante en todos los campos del conocimiento, pero quizás cobra más valor e importancia en aquellas materias tan sensibles como lo son las que tienen que ver directamente con la asistencia sanitaria. La fundamentación sin duda es una obligación moral y, en bioética, parece ser una doble obligación de la que no es posible prescindir, sino que se convierte en necesaria para no vernos abocados a posturas dogmáticas que sean capaces de decidir arbitrariamente, evitando una racionalización siempre necesaria en bioética.

Esta fundamentación será eminentemente filosófica, pero no sólo filosófica. No he querido proponer una fundamentación en exclusividad desde la filosofía porque somos deudores de todos los planteamientos e ideas que han venido a construir la bioética desde su comienzo. No cerramos la bioética sólo a la filosofía, ya que tal planteamiento además de reduccionista sería absurdo, sino que coincidimos con todos aquellos que creen que es necesario construir una bioética desde la interdisciplinariedad de todos los saberes que puedan aportar, y que son muchos realmente, una solución a los grandes problemas a los que la bioética debe intentar vislumbrar algo de luz, para que no sólo sea una construcción con una visión sesgada y parcial sino, sobre todo, y quizás, por encima de todo, una visión que finalmente sea capaz de ver al hombre, una visión que hemos denominado como *mirada bioética*, y que tiene como objetivo mirar hacia el hombre allí donde parece que ha desaparecido y que sólo hay tecnología y ciencia. Pero, por otro lado, también hemos huido de realizar un atajo pragmático. Si bien hemos buscado en la práctica diaria nuestra razón de esta tesis, no es menos importante insistir en que hemos intentado aglutinar toda la filosofía que nos ha sido posible para fundamentar las bases teóricas de esta reflexión.

⁸ FEITO GRANDE, L., *Ética y enfermería*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2009, p. 52.

Para todo ello reivindico necesariamente una gran filosofía que no trate de cerrar las cuestiones de una vez por todas sino que las vuelva a plantear, de tal forma que no trate de buscar artificiosamente una falsa quietud sino más bien una conmoción que sea capaz de hacernos reflexionar. No se trataría, por tanto, de buscar juicios o principios bioéticos definitivos sino de seguir reflexionando nuevamente en los mismos principios y su necesaria fundamentación. Buscamos, pues, esta conmoción en esta tesis, siendo para ello, quizás, algo provocador en los planteamientos y arrogante en las conclusiones. Pero, prometo a cambio ser lo más exhaustivo y riguroso posible en estas investigaciones filosóficas y, cuestionar muchos planteamientos que llevan tiempo instalados en la bioética, dados por hecho y convertidos casi en dogmas, o mantras que se repiten en ocasiones sin sentido, de la bioética que diariamente aplicamos en la asistencia sanitaria.

Propongo en esta fundamentación teórica de la tesis complementar una fundamentación *clásica* de la bioética con otros nuevos pensadores, que han proporcionado a la filosofía actual una orientación peculiar, que la han revisitado con nuevas sensibilidades y propuestas metodológicas rigurosas, acercándose a nuevas cuestiones y, a otras no tan nuevas, con las luces y sombras propias que les ha conferido nuestro pasado siglo XX tan convulso y estimulante a la vez. Para ello, intentaré reflexionar sobre lo que han aportado estos nuevos pensadores a la filosofía centrándome en lo que considero que son sus grandes aportaciones a la bioética. Por tanto, no pretendo exponer toda la filosofía de cada uno de ellos, sino sólo mostrar de manera muy sucinta cómo estas nuevas aportaciones filosóficas, en ocasiones relecturas de debates clásicos, nos pueden orientar en la bioética. Muchas de estas ideas propuestas por los pensadores que mostraré no se dirigían a la bioética, ya que no había tal corpus de conocimiento que se pudiera denominar como tal, sino que iban orientadas directamente a reflexionar sobre numerosas cuestiones que considero que sí que tienen que ver directa, o indirectamente, con la propia bioética. No se espere que pensadores como Michel Foucault, Jacques Derrida, Jürgen Habermas o Emmanuel Lévinas, por citar algunos de los que vamos a exponer, citen en algún texto directamente a la bioética, sino que en estos autores es posible encontrar ideas que considero que guardan relación con la misma bioética, y que la pueden complementar y desarrollar más adecuadamente.

En este mismo sentido anterior he seguido las ideas de Florencia Luna y Arleen Salles que en su libro *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, exponen esta misma reflexión "...hemos intentado reflejar la distinción entre los planteos clásicos de la bioética y otros planteos alternativos que se han generado recientemente. Los que denominamos clásicos se caracterizan en general por presentar análisis que están fundados en consideraciones tales como "autonomía", "conflicto de derechos" y "paternalismo", y típicamente invocan principios para resolver cuestiones espinosas. En cambio, los que llamamos planteos alternativos recientes tienden a introducir todo un espectro de consideraciones culturales, económicas y de género que necesariamente implican una reflexión mucho más contextualizada de los temas en cuestión"⁹. Pero, no he olvidado los planteamientos *clásicos* de los que creo necesario realizar una somera exposición, que no pretende ser un resumen exhaustivo de la historia de la Ética hasta

⁹ LUNA, F. y SALLES, A. L. F., *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Buenos Aires, FCE, 2008, p. 12.

nuestros días, para poder introducir, precisamente al hilo de ellos, estas nuevas perspectivas, estos nuevos conceptos con los que intentar repensar la bioética o, parafraseando el título del libro tan ilustrativo de Peter Singer, a *repensar la vida y la muerte*. No quisiera mostrar una ruptura entre los planteamientos clásicos y los nuevos, sino que precisamente quiero mostrar la continuidad y complementariedad que creo que existen entre ellos y que trataré de exponer en la tesis.

Trataré de reflexionar sobre varios autores y mostrar nuevas ideas sobre las que considero necesarias repensar la bioética. Pero, como se podrá ver ya casi desde el principio, voy a tomar una idea central sobre la que me parece que puede volver a resituarse la propia bioética. Esta *nueva* idea central es la biopolítica. Siendo, por tanto, plenamente consciente de que el simple hecho de nombrar desde el principio de esta tesis este concepto, inevitablemente tendrá que comenzar a asociarse a este trabajo con Michel Foucault al que podría denominarse como el padre de esta idea. Sin embargo, me gustaría afirmar desde el principio que ésta no es una tesis sobre Michel Foucault y la bioética (una especie de relectura de la bioética desde el pensamiento del pensador francés). He elegido la biopolítica como una idea central en la tesis ya que “insistimos en vincular y enlazar la bioética moderna con la moderna biopolítica. En primer lugar, porque ambas se desarrollan paralelamente y en íntima relación con las posibilidades hechas posibles modernamente de intervenir radicalmente en la vida. También es muy moderna la profunda tendencia y necesidad de que los Estados desarrollen mecanismos más poderosos que en ninguna época anterior, precisamente para incidir en la práctica totalidad de los aspectos de la vida de sus poblaciones o ciudadanos”¹⁰. La he seleccionado porque creo que esta idea de la biopolítica puede precisamente abrir nuevos puertos en los que navegar en un futuro la misma bioética, y estoy convencido de ello, como intentaré demostrar. Sin embargo, aunque la biopolítica es la idea central que he seleccionado para construir el edificio no es la única, y quizás tampoco la más importante como ya expondré, sí debería ser considerada como el gran pilar que pretende darle sentido a todo el texto. Por tanto, dos advertencias debo exponer ahora: la primera, quién busque sólo una exposición del pensamiento de Michel Foucault y la bioética se ha equivocado de tesis doctoral; la segunda, aquellos que piensen que voy a buscar atajos o soluciones fáciles a base de simplificar las complejas, pero a la vez sumamente interesantes, reflexiones de los autores que he seleccionado en relación a la bioética, también se han equivocado. No voy a forzar la convergencia ni el consenso. Quizás, acabemos finalmente en el disenso, que puede que sea intelectualmente más estimulante, o quizás, y esto sería realmente el éxito de esta tesis, sirviese para que podamos volver a mirar a los pacientes con una nueva *mirada bioética*. Porque ese es precisamente el objetivo final: pensar y construir, una bioética que pudiésemos aplicar a los pacientes. Una bioética eminentemente práctica y útil, pero, necesariamente bien fundamentada.

Comenzaré, como ya expuse, con una pregunta sobre si es necesaria una *nueva* fundamentación bioética con la que intento justificar esta tesis. A continuación, voy a reflexionar sobre los autores que considero que nos pueden aportar nuevas ideas para repensar la bioética, como comenté anteriormente. A este respecto he realizado una división, seguramente parcial y a la vez imposible, entre lo que he denominado la *vía*

¹⁰ MAYOS, G., “Valores bioéticos, subjetividad y biopolítica”, en: N. BILBENY (coord.), *Bioética, Sujeto y cultura, Cuadernos para el análisis 31*, Barcelona, Horsori Editorial, 2011, p. 67.

clásica y la *vía complementaria*, que no alternativa. No planteo una ruptura, ni una división, ya que ninguna de estas dos vías debe agotar, cercar, o derrotar a la otra, sino que deberían cumplimentarse las ideas de unos pensadores y otros, y no porque crea que deba ser así, como si el disenso fuese un abismo a evitar, sino porque después de todo el trabajo he entendido que se cumplimentan y no se anulan mutuamente. En este sentido debo reconocer que no he buscado la convergencia o el consenso que daría a esta tesis una visión global, unívoca e integradora de la bioética, sino que entiendo que todas estas reflexiones, si bien en muchos puntos pueden encontrar aristas que se resistan al engarce, y que no negaré en muchas de ellas ideas casi contrapuestas, no las entiendo como teorías antagónicas sino como complementarias, como expondré más detenidamente. No voy a negar las diferencias pero, creo que todos los matices que ellas aportan pueden ser útiles en el día a día, y podrían iluminarnos en el espectro de problemas tan amplios a los que nos tenemos que enfrentar y dar algunas posibles soluciones. No creo en la convergencia unicolor como finalidad de nuestro pensamiento, creo más bien en los grises y en las propuestas diferentes que nos pueden acercar a las diferentes cosmovisiones que todos tenemos y a las que no nos gustaría renunciar por un consenso en ocasiones estéril y pueril. Porque finalmente, como ya he expuesto, si intento responder con esta tesis a la realidad, tendremos que amoldarnos a ella y, si algo precisamente, tiene la realidad como característica, es que no es precisamente ni unívoca ni uniforme y, seguramente, tampoco sería deseable que así fuera. Por ello, cualquier solución que pretenda finalmente presentar, no solucionará nada al modo al que podría hacerlo una ecuación. No trato por ello de establecer un teorema bioético con una única solución posible sino, más bien todo lo contrario, de buscar múltiples soluciones o posibilidades porque la realidad a la que tenemos que responder, a los pacientes, es precisamente cualquier cosa menos uniforme. Así, no nos valdrán visiones reduccionistas como las positivistas, aunque también aporten planteamientos que pueden y, de hecho han servido, para poder avanzar en la bioética. Habría que añadir a estas visiones científico-técnicas necesarias las imprescindibles visiones humanísticas complementarias.

En bioética deberíamos tener siempre presente otra gran característica de ésta: el replanteamiento constante de sus soluciones. El conocimiento avanza inexorablemente hacia nuevas fronteras algunas de las cuales hoy ni siquiera somos capaces de vislumbrar, por ello siempre deberíamos pensar que conforme este avance se vaya produciendo se irán produciendo a su misma vez, como la sombra que nunca somos capaces de dejar atrás, la reflexión bioética de estos avances. Será precisamente en este sentido donde la fundamentación cobre más fuerza. Si sólo nos centramos en una solución pragmática que nos resuelva los problemas actuales de la bioética estaremos casi abocados al fracaso cuando surjan nuevos problemas con los próximos avances tecno-científicos y, no tengamos entonces soluciones para ellos porque nos hemos olvidado de la fundamentación necesaria que siempre precisa la bioética.

Trataré de una forma muy sucinta algunos pensadores cuyas ideas por sí mismas ya justificarían una única tesis. Por tanto, los especialistas en estos autores que voy a exponer encontrarán la exposición incompleta y parcial y, por ello pido disculpas por adelantado. Así, llegados a este punto, podría renunciar a este planteamiento reduccionista del pensamiento de los autores que a continuación voy a exponer por considerarlo superfluo. Sin embargo, creo que al menos será necesaria esta pequeña introducción a cada uno de ellos para poder exponer a continuación los planteamientos

centrales de esta tesis. No podría resumir el pensamiento de estos grandes autores en tan pocas líneas, pero sí que es posible extraer algunas ideas generales que servirán de hilos conductores para poder tejer el tapiz de la tesis. Con esta advertencia es como deberían leerse estas páginas: no como un resumen del pensamiento de los autores que vamos a ver, sino como una necesaria introducción para poder plantear esta tesis de una manera hilvanada con el pensamiento de donde surgen y, como intentaré mostrar, como muchas de las ideas que intento desarrollar en esta tesis tienen un origen milenario. Para ello será necesario un análisis de los conceptos morales que voy a mostrar que vaya más allá de una simple descripción de la filosofía moral de cada uno de los autores, para tratar de buscar siempre el contexto donde estas ideas surgieron como posibles soluciones a los problemas de su tiempo histórico. En muchas ocasiones es posible olvidarse, quizás incluso intencionadamente, de dónde surgieron estas soluciones que plantean los filósofos y queremos verlas a la luz de nuestra existencia actual. Olvidar su referencia histórica, su contexto, el porqué de su análisis es deformar los conceptos morales que vamos a ver y vaciarlos de sentido (y quizás también de cierta sensibilidad). Tendremos, por tanto, que entender el porqué de su creación, qué problemas intentaron solucionar, refiriéndome siempre a los dilemas que se dieron en su contexto histórico y no extraerlos al nuestro como si se pudieran copiar y pegar sin más. Conceptos como la justicia (*Δίκη*) no son ni extrapolables sin más a nuestra cultura y forma de pensar, ni traducibles en su totalidad sin perder muchos matices que tuvieron en la época en que se formaron. Intentaré por ello tener siempre presente esta limitación cuando hable de los conceptos morales, ya que es muy importante entender que no es posible utilizarlos como si para Aristóteles o para John Stuart Mill significaran lo mismo. No serán lo mismo las motivaciones de cada uno de ellos, ni los problemas que intentaron solucionar con ellos. Así los conceptos morales no pueden ser comprendidos independientemente de su contexto histórico. No existe un único lenguaje moral intemporal e inmutable. Sin embargo y, a pesar de todo, si existirá una cierta relación entre estos conceptos morales y, esta será la verdadera dificultad que se intentará resolver en esta tesis cuando hable de conceptos como por ejemplo la autonomía o la libertad (fundamentales en la misma bioética actual). A esta complejidad, de por sí notable, tenemos que añadir que la propia investigación filosófica va moldeando los propios conceptos morales. El análisis filosófico de los términos morales, como se ha venido realizando en la misma bioética, finalmente transforma su propia concepción y, en cierta forma, en esta tesis tendré que realizar una cierta arqueología de algunos de los conceptos morales. Porque, como bien nos mostraba Alasdair MacIntyre “la filosofía deja todo como está a excepción de los conceptos. Y como poseer un concepto implica comportarse o ser capaz de comportarse de determinadas maneras en determinadas circunstancias, alterar conceptos, sea modificando los existentes, creando nuevos o destruyendo los viejos, es alterar la conducta. Por consiguiente, los atenienses que condenaron a muerte a Sócrates, el parlamento inglés que condenó el *Leviatán* de Thomas Hobbes en 1666, y los nazis que quemaron libros de filosofía tenían razón al menos en su estimación de que la filosofía puede ser subversiva para los modos establecidos de conducta. La comprensión del mundo moral y su transformación están lejos de ser tareas incompatibles. Los conceptos morales que son objeto de análisis para los filósofos de una época quizá sean a veces lo que son en parte gracias al examen de

los filósofos de una época anterior”¹¹, y esta idea formará parte precisamente de lo que intento en esta tesis: reconstruir nuestra bioética actual partiendo de la ética pasada, que no olvidada. Recordando también que el papel de la filosofía siempre es activo sobre nuestras vidas y, en este sentido la bioética es un buen ejemplo de cómo la reflexión filosófica no es algo neutral sino, todo lo contrario, va a venir a transformarnos como profesionales sanitarios y seres humanos, como praxis necesaria que parece ser. Si ignoramos este pasado ético, que voy a mostrar a continuación, estamos condenados a repetir los errores que la historia nos ha mostrado descarnadamente y duramente durante el siglo pasado.

En ocasiones se nos olvida que la relación entre los conceptos morales y nuestra vida social es sumamente estrecha. Podría parecer que entre ellas existiera una especie de relación externa y contingente. Pero, nuestros conceptos morales finalmente van a conformar nuestra vida social y nuestra multiculturalidad actual es un buen ejemplo de ello. En la vibrante actualidad en la que nos ha tocado vivir, coexistimos varias culturas y cosmovisiones con diferentes concepciones morales sobre el mundo y, esto es algo que debemos considerar si no queremos caer en una especie de colonización occidental de la moralidad. Vamos a abordar nuestro pasado con preconcepciones que hemos ido creando a lo largo de nuestros años de estudios. Sin embargo, el ser consciente precisamente de esta limitación (y es muy importante ser plenamente consciente de ello) no implica que no podamos acercarnos al pasado, sino que debemos acercarnos sabiendo que tenemos que realizar un gran esfuerzo por comprender el pensamiento de cada autor en su época. Por eso “tenemos que evitar el peligro de una afición estéril a las antigüedades, que supone la ilusión de poder acercarse al pasado sin preconcepciones, y ese otro peligro, tan visibles en historiadores filósofos como Aristóteles y Hegel, de creer que todo el sentido del pasado consiste en que debe culminar con nosotros. La historia no es una prisión ni un museo, ni tampoco un conjunto de materiales para la autocongratulación”¹².

2.1. ¿ES NECESARIA UNA “NUEVA” FUNDAMENTACIÓN BIOÉTICA?

2.1.1. LA VÍA CLÁSICA:

La respuesta a la pregunta con la que empiezo este apartado se responderá ampliamente en las conclusiones pero, me gustaría añadir una pequeña introducción antes de empezar a desarrollar lo que he denominado la vía clásica de la fundamentación bioética. Una sucinta introducción que no debería entenderse como un resumen de cada filósofo expuesto ya que no es esta su intención, como comenté en el epígrafe anterior. Me hubiera gustado exponer más pensadores y sus ideas sobre la ética pero, he tenido que seleccionar sólo algunos de ellos. De los pocos que he elegido también he tenido que centrarnos en algunas ideas fundamentales de su filosofía, sobre todo las relacionadas con la ética y la política, pero su pensamiento filosófico no puede leerse sólo como si su filosofía se redujera a lo expuesto, sino que debe interpretarse

¹¹ MACINTYRE, A., *Historia de la ética*, Barcelona, Paidós Básica, 1998, pp. 12-13.

¹² *Ibidem*, p. 14.

como una pequeña parte de su vasto pensamiento y de sus reflexiones a lo largo de sus vidas. Es fundamental aprehender cada filosofía que vamos a exponer en el contexto histórico en el que se desarrolló, como ya comenté anteriormente, ya que cada uno de los filósofos intentó dar una respuesta a problemas que están enmarcados en un tiempo histórico determinado. Algunos filósofos estudiaron más concienzudamente conceptos relacionados con la ontología, y otras cuestiones como la epistemología, o la teología. Los que he seleccionado plantean su filosofía principalmente como respuesta a una cuestión ética o política.

En muchos textos docentes de bioética podemos encontrar directamente una división rápida de los pensadores filosóficos a estudiar. Por un lado se exponen los filósofos que podrían encontrarse en el denominado enfoque deontológico y, por otro, nos muestran los filósofos que pueden encontrarse en el enfoque consecuencialista. Planteándose ya desde el principio una especie de visión dicotómica del pensamiento filosófico como dos polos enfrentados que, en cierta manera, viene a justificar su propia visión de la bioética como polos enfrentados o como lucha, o batalla, entre dos sistemas o formas de entender el mundo. Quisiera desde el comienzo de esta exposición cuestionar esta visión de enfrentamiento del pensamiento que pedagógica o ideológicamente puede resultar interesante e, incluso interesada, pero que después de reflexionar sobre ella, pienso que ya va deformando la propia bioética en una especie de planteamientos continuos de opuestos excluyentes. Esta visión dilemática enfrentada del pensamiento no es sólo exclusivo de la bioética sino que podemos rastrearla a lo largo de toda la historia de la filosofía: por un lado los pensadores realistas/empiristas y por otro los idealistas. El primer ejemplo de querer presentar los planteamientos filosóficos como opuestos entre sí e irreconciliables, lo podemos encontrar entre las filosofías de Parménides y Heráclito y, el culmen de este planteamiento podría ser quizás Hegel con sus exposiciones filosóficas mediante el sistema de tesis y antítesis. Así que no podemos acusar a la bioética de esta visión enfrentada de la realidad, sino que es una deformación arrastrada durante siglos por la exposición filosófica. Pero, cuando se comprende adecuadamente el pensamiento de los grandes filósofos podemos ver que tal enfrentamiento no existe, sino que tienen la apariencia de ser una cuestión más didáctica que real. De esta forma, el planteamiento que seguiré en esta parte de la fundamentación filosófica de esta tesis debe entenderse no como una exposición de esos opuestos mutuamente excluyente, sino que se tratará de ahondar en los matices que cada pensador ha sabido aportar a una única corriente de pensamiento que es el filosófico. Volveremos a este punto con más detenimiento finalmente en las conclusiones porque nos va a mostrar que una exposición exagerada en las diferencias ha construido, quizás, no sólo una manera de pensar la propia bioética sino, y esto es lo realmente importante, una forma de intentar solucionar los casos bioéticos en los propios comités de ética asistencial y, de esta forma, vemos como de nuevo la teoría determina finalmente nuestra práctica asistencial sanitaria diaria. Finalmente, es también importante resaltar que en la misma enseñanza de la bioética, es determinante esclarecer este punto de que no existen realmente teorías filosóficas completamente excluyentes entre sí, sino que existe más bien un diálogo entre los distintos pensadores o formas de entender el mundo, ya que una de las continuas críticas que debemos superar por parte de los alumnos, es la dificultad que tienen para entender que dos ideas casi opuestas entre sí puedan ser válidas, ya que nos hemos acostumbrados a un tipo de enseñanza donde sólo existe una única respuesta verdadera y todas las demás son falsas. Pero, en bioética, epistemológicamente nos

encontramos con otro tipo de conocimiento más rico pero también más diverso y complicado, donde no existen las soluciones fáciles y únicas, sino que existe un rico universo lleno de múltiples soluciones y matices enriquecedores¹³. Por ello, la importancia de reflexionar sobre la pedagogía y la bioética resultará también fundamental en las ciencias sanitarias, como analizaremos finalmente.

2.1.1.1. ARISTÓTELES: EL COMIENZO DE LA UNIÓN ÉTICA-POLÍTICA.

No sería posible empezar a hablar de Aristóteles sin realizar una sucinta referencia a Sócrates y Platón en lo que al tema de estudio se refiere: la ética. Para ello es necesario comenzar exponiendo un concepto fundamental en el pensamiento griego: la polis. Para los propios griegos esta noción de polis, que sería posible traducir erróneamente como ciudad-estado, es esencial no sólo en su forma de vivir sino también en su forma de entender el mismo mundo. Así, la política es central en su pensamiento pero también lo será la ética. Sin embargo, para que esta ética tenga sentido para nosotros hoy debería entenderse siempre desde su concepción de lo que era su mundo y especialmente la polis. El propio Sócrates es condenado a muerte por impío porque se le acusaba de que con su pensamiento podía estar cuestionando la misma noción de polis. En cierta manera podemos decir que la filosofía griega nace con una finalidad política desde sus inicios ya que a su vez necesitó precisamente que existiera una cierta forma de gobierno, una polis, para que se pudiera desarrollar adecuadamente. En este sentido Platón tiene plena conciencia de la importancia de la política no sólo en la filosofía sino también, y sobre todo, en la vida diaria. No sólo buscaba una reflexión sobre la existencia y el mundo, sino que buscaba una forma de gobierno que lograra una mejor ciudad y una mejor organización política. Platón expone todas estas ideas en libro la *República* y posteriormente en las *Leyes*, donde indaga sobre la mejor forma de gobierno posible basándose en la idea de la Justicia “quizás entonces en lo más grande haya más justicia y más fácil de aprender. Sin queréis, indagaremos primeramente cómo es ella en los Estados; y después, del mismo modo, inspeccionaremos también en cada individuo, prestando atención a la similitud de lo más grande en la figura más pequeña”¹⁴ y, de esta forma Platón expone cómo la dimensión colectiva es puesta por encima de la individual y subjetiva. Es interesante reflexionar sobre esta cuestión ya que Platón desarrolla toda su filosofía centrada en planteamientos que podríamos pensar que poco tienen que ver con nuestro mundo, que él consideraba como una sombra del auténtico mundo de las Ideas, como expone magistralmente en el mito de la caverna. Platón nos muestra que la Idea suprema del Bien, de la Belleza y de lo Bueno se

¹³ Considero muy importante insistir, que no convencer, en esta idea ya que implica finalmente una visión de los pacientes y de su asistencia sanitaria, que es capaz de fundamentar la necesidad imperiosa de reconocer su individualidad y su autonomía en cada paciente. Y es que desde el principio de la docencia de los profesionales sanitarios, en todas las materias de conocimiento, considero preciso insistir en esta visión diferente del paciente. Una visión que reconoce su autonomía, vulnerabilidad, individualidad y respeto por un individuo único e irreplicable. Una visión con un componente ético fundacional que amplía la necesaria visión clínica, y que denominaré como visión bioética en la segunda hipótesis de la tesis.

¹⁴ PLATÓN, *Diálogos IV República*, Madrid, Gredos, 1988, p. 121.

encuentra en otro mundo superior a éste y, sin embargo, no olvida nunca el gobierno de éste mundo para él oscuro y sombrío. No escinde la ética de la política como podría parecer de un filósofo catalogado como idealista y, esto es relevante, porque la filosofía griega no puede concebir la separación entre la ética y la política. Sus fallidos intentos de imponer sus ideas políticas en Siracusa en dos ocasiones, nos demuestran que Platón era un filósofo más práctico y menos idealista de lo que en ocasiones se nos muestra. Esta idea es clave para los griegos, evidente diría yo. Aquellos que no tenían esta concepción del mundo, que no poseían una polis, eran los bárbaros, los extranjeros y, los que no querían saber de política eran llamados idiotas. Hoy hemos perdido esta visión. Hemos escindido lo público, lo político, de lo privado como si fuera posible una separación de ambos mundos. Veremos que esto posiblemente sea un craso error del que se ha contagiado también la bioética.

Comenzaré ahora justificando la elección de Aristóteles como punto de partida de esta fundamentación filosófica de la tesis. Por un lado, y, quizás el más importante, su elección se debe principalmente a que es un pensador que no plantea una división entre la ética y la política, por lo que a la hora de defender en esta tesis la unión indisoluble entre bioética y biopolítica es un referente indiscutible pero, por otro lado, la filosofía aristotélica ha sido releída y puesta al día en la denominada ética de la virtud, de la que me ocuparé con más detenimiento posteriormente en la vía complementaria de la fundamentación de la tesis. Pero, también es preciso realizar en este punto un inciso, que considero que es importante y que analizaré más detenidamente en las conclusiones de la tesis, al que podríamos denominar como la diferente concepción de la filosofía, y con ella de la ética y la bioética, entre la filosofía continental europea y la filosofía anglosajona. Esta arriesgada, injusta y casi peligrosa división es en sí misma errónea pero, como error conceptual me sirve para mostrar que en la exposición que es posible considerar más como anglosajona se muestra una tendencia a reducir la reflexión filosófica en particular. Lo que quiero significar con esta generalización equivocada, como toda generalización, es una especie de “manía” anglosajona a estructurar tanto el pensamiento, a cortar con la navaja barbera de Ockham, que se olvidan de pensadores secundarios para ellos y, Aristóteles ha sido en ocasiones borrado de la estructura anglosajona del pensamiento ético representada por la línea Hume-Kant-Mill-Moore. Esta visión reduccionista anglosajona también ha sido llevada a la bioética y especialmente a lo que concierne a su fundamentación filosófica, otorgándole con ello más importancia a cuestiones consideradas como “prácticas” en detrimento de otras cuestiones relacionadas con la fundamentación y especialmente con la filosofía. Analizaré con mayor profundidad este punto en las conclusiones porque considero que ha determinado en cierta manera a la misma bioética y a su futuro este prejuicio de la separación entre la teoría y la praxis, como si fueran opuestos excluyentes, identificando esta orientación anglosajona a la bioética como una praxis científica en detrimento de poder considerarse como una disciplina filosófica¹⁵.

En la exposición resumida del pensamiento de Aristóteles respecto a la ética (aunque como indiqué quizás deberíamos denominarla ética-política), es necesario centrarse en dos conceptos que creo que son fundamentales en su reflexión ética: la felicidad y la virtud. Para analizar ambos voy a partir del comienzo del libro primero de la *Ética*

¹⁵ Esta tesis intenta ayudar a resolver precisamente esta cuestión de si la bioética es una praxis científica o una disciplina filosófica.

Nicomáquea que versará “sobre la felicidad”, donde Aristóteles nos expone “todo arte y toda investigación e, igualmente, toda acción y libre elección parecen tender a algún bien; por esto se ha manifestado, con razón, que el bien es aquello hacia lo que todas las cosas tienden”¹⁶, que muestra cómo la ética aristotélica será teleológica ya que nuestras acciones no serán buenas en sí mismas sin considerar otros aspectos, sino que será preciso considerar precisamente ese bien hacia lo que las cosas tienden, esa finalidad. Así que debemos preguntarnos ¿cuál será este bien? La respuesta nos la indica rápidamente Aristóteles “puesto que todo conocimiento y toda elección tienden a algún bien, volvamos de nuevo a plantearnos la cuestión: cuál es la meta de la política y cuál es el bien supremo entre todos los que pueden realizarse. Sobre su nombre, casi todo el mundo está de acuerdo, pues tanto el vulgo como los cultos dicen que es la felicidad y piensan que vivir bien y obrar bien es lo mismo que ser feliz”¹⁷. Precisamente a partir de aquí comenzarán los problemas al reflexionar sobre qué es exactamente la felicidad y cómo podemos conseguirla. Aristóteles comienza haciendo una delimitación entre la ética y la política y una subordinación de la primera a la segunda “pues aunque sea el mismo el bien del individuo y el de la ciudad, es evidente que es mucho más grande y más perfecto alcanzar y salvaguardar el de la ciudad; porque procurar el bien de una persona es algo deseable, pero es más hermoso y divino conseguirlo para un pueblo y para ciudades”¹⁸. Por eso los propios tratados éticos de Aristóteles no son sino una introducción a su *Política*, como comenta en el citado libro “a esto, pues, tiende nuestra investigación, que es una cierta disciplina política”¹⁹. A Aristóteles le interesa enormemente la ética pero como una parte de la política ya que ambas se van a ocupar de la ciencia práctica de la felicidad humana pero, sobre todo, cómo podemos llegar a ser felices. La *Ética* se va a centrar en la forma y estilo de vidas necesarios para alcanzar la felicidad y la *Política* pone el foco en la constitución y las instituciones políticas necesarias para poder llevar ese modo de vida feliz explicado en su *Ética*. A medida que se avanza en la filosofía aristotélica, uno es consciente que la concepción que tiene Aristóteles de la *Política* casi nada tiene que ver con nuestros políticos “profesionales” actuales sino, más bien todo lo contrario, presenta además connotaciones sociales que tienen mucho que ver con la vida de las personas que conforman la polis y su manera de relacionarse entre ellos (haciendo la salvedad de que estamos hablando de los pocos hombres libres griegos y no de los esclavos).

De los dos conceptos fundamentales de la *Ética* aristotélica que destacué anteriormente me centraré ahora en el de la felicidad. Ésta es para Aristóteles el bien supremo que incluiría en su significado tanto el concepto de vivir bien como el de comportarse bien. La felicidad y la virtud no pueden separarse completamente en la concepción aristotélica y, aunque no sean sinónimos, sí que mantendrán una estrecha relación de dependencia como expondré posteriormente. A continuación sería necesaria preguntar por esa forma de vida en la que obrar bien y vivir bien pueden encontrarse juntas. Aristóteles expuso que la racionalidad es una capacidad exclusivamente humana

¹⁶ ARISTOTELES, *Ética nicomáquea y ética eudemia*, Madrid, Gredos, 1998, p. 131.

¹⁷ *Ibidem*, p. 134.

¹⁸ *Ibidem*, p. 133.

¹⁹ *Ibidem*, p. 133.

y que nos define como especie. Por eso la excelencia humana y la felicidad se conseguirán mediante el ejercicio y la corrección de nuestras capacidades racionales (en esto Aristóteles sigue la tradición iniciada por Sócrates y Platón que resaltaban la supremacía de nuestra naturaleza racional). Esta deducción del estagirita debe entenderse dentro de su concepción *hilemórfica* del universo, donde todos los seres poseen una materia que se actualiza en una forma concreta según sus potencialidades. En concreto, en el hombre la actividad que debe realizar y que le distingue de los demás seres es la racionalidad que debe ir actualizando, pasando de potencia a acto, a lo largo de toda su vida. Aunque la virtud está unida indisolublemente a la felicidad debemos recordar en este punto que la virtud no es la meta final del hombre, sino la felicidad. El fin buscado por el hombre debe poseer tres características esenciales: debe ser suficiente (que sea deseable en sí mismo sin necesidad de nada más), deber ser final (deseable por sí mismo y no por otro objetivo), y debe ser alcanzable (realista con nuestras posibilidades); sólo la felicidad cumple estos tres requisitos. El hombre bueno sentirá placer al realizar la virtud pero no es este su fin. No existe de este forma conflicto entre razón y deseo, ya que sería posible sentir placer en ser virtuosos pero sin perder de vista que nuestro fin será alcanzar la felicidad. De esta forma Aristóteles es muy concreto a la hora de delimitar cuál es nuestro objetivo moral: la felicidad. Si nuestra naturaleza humana se ha puesto como fin la felicidad, la reflexión ética debe centrarse precisamente en cómo conseguirla. Cuanto más busquemos esa felicidad más estaremos siguiendo el dictado de nuestra propia naturaleza y se verá que para conseguir esa felicidad será preciso ir por el camino de la virtud. Es posible llegar a pensar que cumpliendo la ley moral que corresponda a nuestra época sería posible llegar a ser felices. Sin embargo, Aristóteles no pensaba de esta manera ya que asociaba la felicidad a la reflexión filosófica y a la indagación sobre el sentido y finalidad de nuestra vida. Esta falsa idea de poder llegar a la felicidad simplemente respetando las leyes morales sería debido a un reduccionismo simplista que ha confundido ética y moral, en ocasiones intencionadamente, ya que aunque ambas tienen una relación muy estrecha no son equivalentes. La moral nos prescribe o prohíbe nuestra conducta, pero la ética pregunta y reflexiona precisamente sobre lo que es la moral, cómo se fundamenta y cómo se aplica en nuestra sociedad. La reflexión crítica, racional y personal de los valores que tenemos que seguir en nuestra sociedad es lo que caracteriza a la ética. La felicidad es una búsqueda activa y constante, es un logro que va asociada a las ideas de evolución personal, de precariedad en cierta forma y de alteración y adaptación constantes a lo largo de toda nuestra vida. Aristóteles en este punto si se separa abiertamente del pensamiento platónico que insistía en que sólo conociendo qué es el bien y la virtud podríamos ser virtuosos, a lo que añadía que sólo la persona ignorante es la que realmente puede hacer el mal. Sin embargo, Aristóteles insistía en que la búsqueda de la felicidad requiere una acción frente a la quietud contemplativa del intelectualismo extremo platónico. La felicidad, el bien y la virtud son conceptos centrales en la ética aristotélica ya que la virtud se relaciona con el bien y éste con la felicidad. La felicidad será nuestro mayor logro en una vida buena, bella y unitaria, y será nuestro bien supremo a conseguir pero, para ello, hay que insistir en que es preciso una búsqueda activa de ésta.

Analizaré ahora el otro concepto que quisiera resaltar de la Ética aristotélica: la virtud. La felicidad finalmente justifica la vida como bien supremo que es y, precisamente en este contexto, queriendo establecer las condiciones que se requieren

para lograr la felicidad se plantea qué es la virtud, que podríamos resumir en la idea que refiere a la excelencia de algo y tendría que ver con su disposición para lograr con perfección su función característica. Es preciso resaltar que Aristóteles divide las virtudes en intelectuales y morales (esta división corresponde con la división de las partes del alma aristotélica: la racional y la irracional). Las virtudes se las consideraba como segundas naturalezas porque a diferencia de nuestra naturaleza propia, las virtudes son adquiridas, se desarrollan y perfeccionan por el hábito. Sirva como ejemplo la virtud de la solidaridad de la que los hombres no partimos por nuestra propia naturaleza sino que llegamos a ella mediante el entrenamiento continuado en ella durante el tiempo. Para Aristóteles nuestra racionalidad se desarrolla en dos clases de actividades: por un lado, en el pensamiento, en éste la razón constituiría la actividad misma y, por otro lado, en aquellas actividades que no pertenecen propiamente al pensamiento, pero en las que podemos acertar o errar en la tarea de seguir lo que la razón nos dicta; las excelencias de las primeras serán las virtudes intelectuales o *dianoéticas* y las de las segundas serán las virtudes morales o éticas. De las virtudes intelectuales podríamos destacar la sabiduría, la inteligencia y la prudencia y, de las virtudes morales es posible resaltar la templanza, la valentía y la sinceridad. Las primeras serán el resultado de una educación explícita en ellas y las segundas del hábito. De todas ellas la que más me gustaría resaltar y que analizaré a continuación, por su importancia y por su conexión con la ética de Spinoza, es la prudencia, la *Φρόνησις*. Aristóteles nos expone que “en cuanto a la prudencia podemos llegar a comprender su naturaleza, considerando a qué hombres llamamos prudentes. En efecto, parece propio del hombre prudente el ser capaz de deliberar rectamente sobre lo que es bueno y conveniente para sí mismo, no en un sentido parcial, por ejemplo, para la salud, para la fuerza, sino para vivir bien en general. Una señal de ello es el hecho de que, en un dominio particular, llamamos prudentes a los que, para alcanzar algún bien, razonan adecuadamente, incluso en materias en las que no hay arte. Así, un hombre que delibera rectamente puede ser prudente en términos generales.”²⁰, y, de esta forma, ante las cuestiones contingentes el hombre prudente es capaz de tomar las decisiones prácticas más convenientes adaptándose al cambio circunstancial, teniendo siempre presente su experiencia pasada (por eso en los jóvenes es poco probable encontrar la prudencia necesaria para deliberar sabiamente en cuestiones éticas según Aristóteles). El saber conjugar y adaptar adecuadamente tanto las virtudes éticas como las *dianoéticas* será lo que nos lleve a la felicidad.

Dentro del análisis de la virtud por parte de Aristóteles es preciso destacar el concepto del término medio o del justo medio, que puede considerarse como una regla o una guía para tomar una acción concreta. En esto consiste su valor y, por ello, creo que debe entenderse como una guía y no como un dogma o un método que haya que seguir siempre y de forma ciega. Aristóteles plantea que la elección virtuosa estará precisamente en el justo medio entre los dos extremos. Los hábitos de acción que caracterizan a la virtud moral deben ajustarse a este término medio adaptándose a las diferentes circunstancias donde se desarrolle la acción a tomar mediante la prudencia. El estagirita relata numerosos ejemplos y también expone cómo no en todas las ocasiones podemos seguir esta estrategia del término medio. Aristóteles no cree que haya una única opción siempre correcta, como podría ser el término medio, sino que es necesario

²⁰ *Ibidem*, p. 275.

tener en consideración las circunstancias de cada caso y, para poder valorar adecuadamente las circunstancias sobresale una virtud por encima de todas ellas: la prudencia. Creo que llegados a este punto sería necesario resaltar que la doctrina del justo medio nace dentro del contexto de la polis griega y del ideal homérico del hombre. Es importante tenerlo en cuenta ya que en muchas ocasiones encontramos aplicada la doctrina aristotélica del justo medio en muchos contextos muy diferentes, que no tienen en consideración las cuestiones políticas que Aristóteles siempre tenía en mente. Para ejemplificar esta cuestión me parece importante resaltar que Aristóteles afirmaba que la transgresión de una ley no es un acto justo, en clara referencia a Sócrates cuando éste cuestionó las mismas leyes atenienses, ya que el estagirita afirmaba que era improbable que las leyes promulgadas por un Estado fueran injustas si eran creadas sin una prisa excesiva y con la formalidad debida, demostrando Aristóteles de esta forma que la doctrina del justo medio y su tabla de virtudes estaba muy determinada por la defensa de un cierto tipo de gobierno, en este caso por el de la polis. En muchos comités de ética asistencial usamos actualmente como guía para decidir precisamente la utilización de esta regla aristotélica del justo medio y, de esta forma, cuando se nos presenta un caso proponemos varios cursos de acción posible, posteriormente identificamos los que podemos considerar como extremos dentro de estos posibles cursos de acción y, planteamos finalmente que los que se encuentren en esa posición de término medio serán los más prudentes. Como toda regla o guía siempre será efectiva si no la tomamos como un dogma a seguir en todas las decisiones ya que, en ocasiones, y bien es verdad que en muy pocas ocasiones, los cursos de acción extremos podrían llegar a convertirse en los más acertados, como también expuso ya Aristóteles. En las conclusiones de esta tesis retomaré esta reflexión con respecto a que si se entiende la bioética como praxis científica, es posible llegar a realizar un abuso precisamente de este término medio en los comités de ética asistencial o, simplemente, cuando queremos debatir cuestiones realmente complejas relacionadas con la propia bioética. Para finalizar el análisis de la virtud sería preciso considerar que la virtud para Aristóteles no es un fin en sí mismo. Las virtudes²¹ serán predisposiciones que nos indicarán cómo debemos comportarnos en la búsqueda de nuestra meta pero, no nos dicen cuál será esa meta. Como ya expuse anteriormente, esa meta será la felicidad y en el libro décimo de la *Ética nicomáquea* el estagirita analiza como el placer no puede ser la verdadera felicidad del ser humano, sino que será la felicidad que nos proporcionará la teoría, entendida como razonamiento especulativo que se preocupa por las verdades inmutables. Aristóteles reflexiona sobre cómo lo mejor en el ser humano es la razón y su actividad propia es la teoría. De esta forma, finalmente el hombre se define como un animal social y político pero, que para llegar a la felicidad, lo hará partiendo de esta indispensable base política-social para poder dedicarse a la contemplación metafísica de la verdad. Quisiera resaltar en este punto que la asociación entre el placer y la felicidad ha sido una de las grandes críticas

²¹ Es preciso considerar, cuando estamos analizando las virtudes en el pensamiento aristotélico y su significado, que la virtud se asimila a la *ἀρετή*, concepto que está ligado al valor personal por excelencia. Esta *ἀρετή* se irá convirtiendo poco a poco en la excelencia moral y el ideal que todo griego desea lograr. Sin embargo, es importante resaltar que existen diferencias entre la *ἀρετή* de los héroes de la edad homérica (que nace con el propio héroe) y está *ἀρετή* aristotélica que puede llegar a aprehenderse a lo largo de nuestra vida (ya para Platón y especialmente para Sócrates, se podía identificar con la perfección moral).

que tuvo que soportar la ética aristotélica debido quizás a una mala interpretación, quizás interesada, de entender esa búsqueda de la felicidad identificada con el placer. Aristóteles ha tenido que soportar este prejuicio que hablaba de una felicidad basada en el placer causado mayormente por los bienes sensibles y los placeres subjetivos. Así cada uno podía encontrar su propia felicidad en cualquier objeto sensible placentero y las normas éticas serían, en este caso, simplemente un mínimo que todos tendríamos que cumplir. Todo placer que tuviese su origen en el mundo ilusorio de los sentidos era cuestionado por encontrarlo como un engaño de nuestra razón. Aristóteles consigue romper este prejuicio mediante una interpretación abierta y amplia sobre lo que debe entenderse por la felicidad y sobre la reflexión de que las normas éticas no se oponen a la felicidad. El estagirita cuestiona también el prejuicio que promulgaba que todos los placeres carecen de valor ético, porque alguno de ellos claramente lo podemos usar para el perfeccionamiento de nuestra naturaleza y, no deberíamos olvidar, que la vivencia del placer debe ser valorada como parte de la vida buena, ayudados por la ponderación adecuada de la prudencia. Por ello, es posible afirmar que el placer adquiere un significado moral y que la ética aristotélica no es simplemente una ética hedonista, sino que es capaz de usar los necesarios placeres con una finalidad ética sin que éstos se conviertan en su fin.

Resulta importante también resaltar del pensamiento ético aristotélico la noción de voluntariedad cuando nos referimos de las acciones morales. Aristóteles consideraba que sólo las acciones voluntarias pueden ser alabadas o reprobadas. Si actuamos por ignorancia esta acción no puede considerarse como voluntaria y no podríamos ser juzgados por ella. Al ser nuestras acciones morales voluntarias la deliberación y posterior elección cobran una importancia vital. Por ello, siempre estaré haciendo elecciones sobre los posibles medios para poder alcanzar el fin deseado. Aristóteles utilizaba para estas deliberaciones morales un silogismo práctico guiado exclusivamente por la razón, por lo que deja fuera cualquier referencia a los instintos o las emociones. De esta forma la ética aristotélica siempre ha tenido que cargar con la etiqueta de ser demasiada intelectualista. La clave para poder acertar en estas decisiones prácticas será la prudencia, que es posible considerarla, como ya expuse, como la llave de todas las virtudes, que no debería tener las connotaciones de cautela o interés propio, sino que más bien tendría que definirse como la virtud de la inteligencia práctica que puede ayudarnos a aplicar los principios generales a las situaciones particulares. Por ello, de alguna manera, no sólo tenemos que poseer inteligencia para poder analizar los problemas bioéticos que un caso práctico nos puede plantear, sino que también deberíamos tener la prudencia necesaria para poder aplicar los principios generales a los casos y contextos particulares.

Llama la atención cuando se lee la *Ética nicomáquea* el análisis que realiza Aristóteles sobre la amistad dedicándole dos libros completos. La importancia que le otorga es tal que incluso dice que “la amistad también parece mantener unidas las ciudades, y los legisladores se afanan más por ella que por la justicia. En efecto, la concordia parece ser algo semejante a la amistad, y a ella aspira sobre todo, y en cambio procuran principalmente expulsar la discordia, que es enemistad. Y cuando los hombres son amigos, ninguna necesidad hay de justicia, pero, aun siendo justos, sí necesitan de la amistad, y parece que son los justos lo que son más capaces de amistad”²², de tal

²² Ibídem, p. 324.

forma que esta amistad es tan fundamental para el hombre como para mantener la polis, siendo una especie de puente invisible necesario entre la ética y la política de los hombres, que parece más fuerte cuando se construye basándose precisamente en la amistad. El análisis aristotélico de la amistad puede ayudar valiosamente a ver en realidad al otro como comentaré cuando analice la filosofía expuesta por Emmanuel Lévinas en *Totalidad e infinito*, ya que Aristóteles plantea una amistad que se podría definir como “una especie de sociedad de admiración moral mutua”²³. Su análisis resulta tan interesante porque es capaz de mostrar todas las posibles relaciones que es posible establecer en la amistad entre dos personas, así expone no sólo la parte más dulce de la amistad sino que, en este sentido, Aristóteles es bastante práctico y mundano y analiza también la parte egoísta de la amistad.

La ética aristotélica se ha encuadrado dentro de lo que se ha venido denominando como éticas de la felicidad. Resulta interesante resaltar este tipo de éticas en contraposición a aquellas que han reducido su reflexión ética a fundamentar normas de conductas, de tal forma que podamos en un caso concreto determinar si un acto sería lícito o no. La bioética viene desde hace años tendiendo a este tipo de éticas donde lo importante del problema moral resultaría de adecuarnos a una norma supuestamente objetiva o ley. Esto implica una reducción de la ética a la legislación donde podríamos llegar a olvidar que el auténtico esfuerzo de la reflexión ética no es cumplir lícitamente las normas autoimpuestas, sino que siempre deberíamos poder realizar una reflexión filosófica en la que es preciso preguntarse por el último fin de la vida humana, su sentido. La felicidad sí podría considerarse como ese *τέλος* de la vida humana, como plantea Aristóteles, pero no tanto el cumplimiento de las normas, ya sean morales o legales. Por eso me ha parecido importante introducir el pensamiento aristotélico con respecto a la reflexión ética ya que creo que el proponer la felicidad como objetivo moral contribuye a humanizar la ética (uno de los propósitos de esta tesis), y olvidarnos en este sentido de mirar siempre a la ética desde el punto legal (que no niego que sea sumamente importante, pero que no puede ser el único objetivo y su fin último) y, en este aspecto, creo que el consentimiento informado que venimos aplicando los profesionales sanitarios peca precisamente de este defecto, ya que es entendido como un mero trámite legal y no como un importante proceso humano de comunicación continuada y, por ello, también bioético. Se ha venido produciendo en nuestros días un desprestigio de la reflexión ética porque quizás hemos reducido la ética a la pregunta sobre lo lícito o lo ilícito y, hemos olvidado que la reflexión ética tiene que ver precisamente con un proyecto de vida personal, y por ello subjetivo, que tiene como objetivo principal la realización plena de la persona. Hoy quizás hemos renunciado a la reflexión pensando que sólo debemos cumplir todas las normas que se nos imponen sin plantearnos otras posibilidades, como si siempre hubieran sido inmutables. Esto debería ser cuestionado reflexivamente y, tendríamos que preguntarnos si cobra sentido cumplir todas las normas éticas de este mundo si con ello nos vemos abocados a la infelicidad. Cuando intentamos realizar una reflexión ética personal que nos lleve a la felicidad parece que estuviéramos perdiendo el tiempo, al igual que nos pasa cuando intentamos reflexionar sobre otras formas de política (que en realidad están más ligadas a la ética de lo que a veces llegamos a vislumbrar). Pero, quizás nuestro destino como personas está ligado indisolublemente a esta reflexión ética-política de nuestro ser y de nuestro

²³ MACINTYRE, A., Op. Cit., p. 85.

mundo. El desprestigio de la reflexión ética reduce la ética al cumplimiento de normas como si la ética fuera algo externo al hombre e impuesto. Se puede llegar a actuar de forma virtuosa por miedo o coerción, por cumplir las normas establecidas o impuestas, pero lo verdaderamente importante, como quiso exponer Aristóteles, es que de esta forma no se es virtuoso sino que se desarrolla una especie de hipocresía ética que nada tiene que ver con la búsqueda de la felicidad. Cuando Emmanuel Lévinas presente su concepto del otro cara a cara, es muy difícil que podamos acercarnos a él desde la hipocresía ética, pero sí desde la búsqueda de la felicidad virtuosa que nos muestra el estagirita y que conlleva una reflexión ética que ha sido olvidada por el peso de las morales impuestas. Para ello, las denominadas como éticas de la felicidad van a realizar una diferenciación entre la moral y la ética reflexionando sobre tres ideas fundamentales: la idea del sentido, la idea del deber y la idea del bien. Estas reflexiones necesarias deberían llevarnos hacia la autorrealización de un sentido en la vida. Por eso en la ética aristotélica la cuestión de la autonomía del sujeto es fundamental, como lo es también en la bioética, siendo uno de sus principios. Para poder realizar este proyecto ético personal es necesario basarlo en los propios deseos para poder autoconstruirse. Para Aristóteles el deseo no tiene ese valor egoísta y negativo, como ya comenté, que en ocasiones se le quiere asociar, sino que es necesario para solventar el problema de la praxis, de la acción, ya que el deseo guiará a la acción para que podamos hablar de ese componente de realización personal en la ética. Asimismo, deberíamos siempre considerar que somos capaces de desear algo sólo porque somos seres inteligentes. En este sentido, Aristóteles asocia el deseo con la capacidad creativa del hombre que nos guiará hacia la acción, de tal forma que somos lo que nosotros vamos construyendo con nosotros mismos. No existe determinismo sino claramente libertad en el campo ético según Aristóteles. Pero para llevar a cabo nuestros deseos necesitamos de la prudencia para poder elegir un proyecto de vida realista, ya que no podremos cumplir todos los deseos que nos planteamos aunque sean buenos en sí mismos porque nuestra vida es limitada, y para ello tendremos que tener en cuenta también que deberíamos vivir en una sociedad justa que nos permita poder elegir libremente (aunque un marco social justo no puede sustituir completamente la virtud individual como ya expuse). Elegimos nuestro proyecto de vida desde nuestros deseos, con prudencia, donde la felicidad puede que se muestre en ocasiones como una cuestión de grados, de pasos, que podemos ir cumpliendo a lo largo de nuestra vida y autoconstruyendo de esta forma nuestro proyecto vital. Incluso nuestros propios deseos nos podrían llevar a la construcción de una sociedad justa donde cada individuo sea capaz de autoconstruir su propio proyecto vital, desde la imprescindible reflexión ética personal. No deberíamos esperar un guion para nuestra vida otorgado por un poder terrenal o extraterrenal, aunque muchos lleven siglos esperando por él, sino que deberíamos ser capaces de resolver nuestras propias perplejidades en un diálogo reflexivo interno que puede llegar a determinar, no sólo nuestro propio bien, sino incluso proponer un bien común. Para ello será también imprescindible la figura del otro como veremos posteriormente cuando analice la filosofía de Lévinas.

El camino abierto por Aristóteles con respecto a lo que posteriormente expondré en las denominadas éticas de la virtud, en la vía que he denominado como complementaria de la fundamentación bioética de esta tesis, cobra una importancia relevante porque han sabido introducir en nuestros días la necesaria sensibilidad moral y reconocer el papel

que juegan en ella las emociones morales²⁴ junto con la imprescindible fundamentación ética. Por eso, frente a otras éticas que veremos a continuación que se basan o, bien en las consecuencias (como en la filosofía de John Stuart Mill) o, bien en los deberes derivados de principios o máximas (como en la filosofía de Immanuel Kant), las denominadas como éticas de la virtud ponen el acento en la idea de una personalidad moral, intentando de esta forma construir un ser humano moralmente capaz que posea virtudes éticas que irá ejercitando autónomamente (convirtiéndose esto en lo realmente importante: el tener que pergeñar un recorrido personal de aprendizaje a lo largo de toda su vida), sin una guía exclusivamente racional, como podemos encontrar en otras teorías éticas que pretenden darnos una especie de cuadernillo moral, una guía rápida de actuación. De tal forma, que las denominadas como éticas de la virtud que expondré posteriormente, pero que tienen su inicial referencia en Aristóteles, cuestionarían que una persona pudiese ejercitar de forma inteligente una teoría moral si no posee ningún tipo de virtud propia que la conformase a lo largo de su vida.

Cerraré esta revisión parcial del pensamiento aristotélico realizando un pequeño resumen de lo expuesto anteriormente. Varias ideas nombradas parecen claves en nuestro planteamiento de la tesis: la unión ética-política, visión compartida como necesaria para una ética de tipo reflexiva ya que es imprescindible que exista una sociedad justa donde se pueda llegar a realizar una autoconstrucción personal; la necesaria libertad del hombre, que resulta ser un concepto fundamental y central para poder alcanzar la felicidad, donde juegan un papel determinante la autonomía y la capacidad creativa del ser humano; la búsqueda de la felicidad, como fin de la reflexión ética; la necesidad de las virtudes, como especie de molde o a priori para poder ir autoconstruyéndonos, donde cobra especial relevancia la prudencia; la necesaria construcción de una personalidad moral a lo largo de toda una vida, mediante la reflexión ética y no la obediencia ciega a las morales impuestas, incluso autoimpuestas en ocasiones; el término medio, como guía que poder aplicar en la práctica de nuestras reflexiones éticas orientadas a la praxis, como en los Comités de Ética Asistencial; el deseo, que nos guiará a la acción y poder autorrealizarnos; y, finalmente, la amistad, como puerta que nos descubre al otro cara a cara. Pero, de todo lo anteriormente expuesto, creo que debería ponerse el acento en la importancia que tiene la reflexión ética en el pensamiento aristotélico y, resaltar que la ética aristotélica es una ética fundamentalmente práctica para usar en la vida diaria y durante toda nuestra vida aprendiendo de los errores mediante la prudencia, aunque, como expuse, finalmente refiera a la teoría como razonamiento especulativo que se preocupa de las verdades inmutables y sea ésta última también el *τέλος* de la propia ética, además de lograr la felicidad.

²⁴ En este sentido de reconocimiento del valor de las emociones morales no podemos dejar de citar dos extraordinarias obras de Martha C. Nussbaum al respecto, por sus profundas reflexiones y aportaciones que la autora realiza. Por un lado, *Paisajes del pensamiento. La inteligencia de las emociones*, Barcelona, Paidós, 2008, y, por otro lado, *La terapia del deseo: teoría y práctica en la ética helenística*, Barcelona, Paidós, 2003, que serán analizados en las conclusiones de esta tesis para poder contestar a la pregunta que planteo en la tesis.

2.1.1.2. BARUCH SPINOZA: OTRA ÉTICA ES POSIBLE.

Lo primero que llama la atención al acercarse a la obra filosófica de Baruch Spinoza es lo poco valorada que ha estado, no sólo en su época, sino que incluso actualmente resulta difícil encontrar un tratado de filosofía ética que lo valore adecuada y acertadamente en su justa medida. Cuando estudiamos los manuales de bioética (que siempre seleccionan algunos de los filósofos más importantes que han reflexionado sobre la ética) apenas es posible encontrar referencias a sus textos, especialmente al que se dedica a la ética principalmente: *Ética demostrada según el orden geométrico*²⁵. Este olvido me sorprende porque, como intentaré exponer, es un autor clave en el pensamiento ético ya que fue capaz de entender el concepto aristotélico de prudencia²⁶ de una forma más humana, quizás podríamos decir mundana y, de esta forma, construye una ética que podríamos denominar *ad usum vitae*, para el uso de la vida que tiene una relación directa con las propuestas de las tres hipótesis de esta tesis, especialmente con la segunda que tiene que ver con el necesario desarrollo de la mirada bioética.

Spinoza propone una aproximación a la ética desde el libro ya citado anteriormente que puede parecer en principio un tratado difícil de leer e interpretar (es necesario detenernos a releer en muchas ocasiones sus definiciones, fórmulas, teoremas, proposiciones, axiomas y escolios en los que se va desarrollando su pensamiento para captar su profundo significado). Sin embargo, cuando somos capaces de ir recorriendo de forma pausada y meditada, rumiando como diría Nietzsche, este libro escrito en forma de tratado matemático, según el orden geométrico como nos dice el propio Spinoza, nos damos cuenta que tras la apariencia de su complejidad se encuentra un pensamiento que yo describiría personalmente como humanista y vitalista, como veremos a continuación ya que guarda relación directa con la forma de entender la bioética propuesta en esta tesis.

Comenzaré destacando que entre la filosofía aristotélica y la spinoziana acabamos de dar un salto de casi dos milenios. Sí, son muchos años y atrás he dejado a numerosos pensadores muy importantes cuyas reflexiones éticas no olvido y considero necesarias para una adecuada fundamentación de la bioética pero, he de adecuarme a la línea argumental que pretendo seguir en esta tesis y, dejar para otro momento y lugar el análisis y desarrollo del pensamiento filosófico del salto en el tiempo que acabo de realizar. Esto no implica que la ética desapareciera durante casi dos mil años, ni que no se dijese nada significativo y relevante sino que, como ya comenté, no pretendo en esta tesis realizar un resumen del pensamiento ético a lo largo de la historia, una especie de historia de la ética, y por eso he seleccionados los hilos, los pensadores, que preciso para hilvanar el tapiz de esta tesis dejando para otra ocasión la exposición, sin duda necesaria, de grandes pensadores de estas épocas que he atajado y que, curiosamente,

²⁵ *Ethica ordine geometrico demonstrata*.

²⁶ Esta *Φρόνησις* que expuse en el pensamiento aristotélico como la virtud más valiosa, resulta ser un engranaje necesario que es capaz de unir los planteamientos éticos aristotélicos y los de Spinoza, además de ser fundacional en la ética de la virtud, que expondré en la vía complementaria del apartado de fundamentación. Por todo ello, esta prudencia hoy es todavía más necesaria si cabe y en ella insistiré vehementemente cuando analice los planteamientos bioéticos-biopolíticos, que mostraré en las conclusiones de la tesis y su aplicación práctica en la toma de decisiones asistencial diaria y en los Comités de Ética Asistencial.

fueron recuperados especialmente en el siglo XX, como fueron entre otros los estoicos o los cínicos. Pero ahora deberíamos centrarnos en la evolución, que yo llamaría revolución, de la idea de prudencia en el pensamiento spinoziano y en otra idea que yo considero central: el concepto de *amor Dei intellectualis*. También es necesario tener en consideración que la ética aristotélica a la que tuvo acceso Spinoza es la ética aristotélica de la tradición escolástica y no los propios tratados originales de Aristóteles a los que no pudo acceder.

Para seguir el hilo argumental de la tesis necesito retomar el anterior epígrafe y recordar la importancia que Aristóteles le otorgaba a la prudencia como la mayor de las virtudes, que identificaba casi con la virtud misma, pero recordando que nuestro fin no era la virtud sino que la finalidad de la ética era que seamos felices. En Aristóteles no es posible encontrar la seguridad metafísica de las Ideas platónicas, sino que era posible verse inmerso en una intranquilidad motivada por un sentimiento trágico de nuestra naturaleza, dominada por el azar y lo contingente, donde el necesario error humano es el camino para poder autoconstruirnos como mejores seres humanos. A pesar de todo este abismo insondable de nuestras miserias, es posible encontrar que mediante la deliberación y la reflexión ética, podríamos llegar a una verdad práctica más útil para la vida diaria que la reflexión casi exclusivamente teórica o contemplativa que abrazaba la filosofía platónica. En esta reflexión práctica aristotélica tenían cabida los huracanes de las pasiones, los sentimientos, los deseos como verdaderos motores, y no como distracciones mundanas, fantasmas o sombras, de nuestras deliberaciones, siendo posible denominar a este deseo como inteligente ya que era capaz de unir lo cognitivo con lo pasional²⁷. Y, éste era precisamente el valor que puse de relieve en el pensamiento de Aristóteles, el valor de la reflexión práctica que nos puede ayudar enormemente en la labor diaria de la bioética, en la labor necesaria de ser más humanos con los pacientes precisamente en la asistencia sanitaria.

Ahora voy a continuar el hilo argumental comenzado con el estagirita y centrarme en las diferencias en las reflexiones de Aristóteles y Spinoza con respecto a la prudencia. Como expuse, aunque el primero busca la felicidad mediante la reflexión ética finalmente, en un sorprendente salto al vacío metafísico, termina abocado a una especie de retorno platónico a la contemplación del sabio, más teórica que práctica. Sin llegar a agotar la vía del autoconocimiento Aristóteles se refugia finalmente en la teoría, como comenté, en una contemplación que ahora ya mira hacia el motor inmóvil aristotélico y no hacia el hombre. De este modo la práctica de la prudencia parece que acaba en la teoría de la contemplación inmutable. Sin embargo, Spinoza sigue el camino difícil, yo diría casi imposible, del autoconocimiento a lo largo de toda nuestra vida. En realidad Spinoza sigue la reflexión aristotélica hasta sus últimas consecuencias sin ningún tipo de giro incomprensible. Por eso, en el fondo su reflexión ética es más humana, a pesar

²⁷ Antonio Damasio explora brillantemente esta idea en su hipótesis del marcador somático, expuesta y desarrollada en dos magníficos libros principalmente. Por un lado en *El error de Descartes: la razón, la emoción y el cerebro humano*, Barcelona, Crítica, 2001, y, por otro, *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y el sentimiento*, Barcelona, Crítica, 2005. Ambos escritos, pero especialmente este último, muestran cómo Spinoza es un autor que aunque nace y desarrolla su filosofía en el siglo XVII, y es uno de los máximos exponentes del racionalismo, tiene una insospechada pervivencia y actualidad, ya que un neurocientífico (no curiosamente un filósofo) de vanguardia del siglo XXI, como es Antonio Damasio, sigue considerado sus aportaciones, especialmente las relacionadas con las emociones y la importancia de éstas con la base biológica de nuestra mente en el cerebro.

de que en su parte primera de la *Ética* hable de Dios y pueda parecernos cuando comenzamos a leer su tratado que de lo que va a reflexionar Spinoza es de Dios y no del hombre. No debemos olvidar que nuestro autor era un hombre profundamente religioso pero, y a pesar de ello, nunca olvidó hacer una ética práctica para su uso en la vida diaria.

Desarrollaré ahora un concepto central del pensamiento ético spinoziano que puede servirnos como guía para ir exponiendo su concepto del *amor Dei intellectualis*. Este concepto fundamental es el de *conatus* o esfuerzo por conservarse. Para ello es preciso remitirnos al concepto de potencia aristotélica ya que este camino ético, esta reflexión ética, viene unida indisolublemente a este recorrido interior que debe dar el individuo a lo largo de su vida, de tal forma que debe ir convirtiendo su potencia como ser ético en acto continuamente. El esfuerzo propio que cada individuo debe realizar por conservarse, o *conatus*, se nos muestra determinante para actualizar la potencia que todos nosotros tenemos como sujetos que vivimos en un mundo material. A diferencia del pensamiento cartesiano, lo que el sujeto va conociendo y revelando de forma gradual no es el resultado de un camino, un método, que nos lleva a conocer mediante la eliminación de todo aquello sobre lo que se pueda dudar, llegando al final a un conocimiento claro y distinto. En Spinoza encontramos una actualización continua y progresiva de la potencia propia de cada individuo, buscando esa verdad práctica que es muy diferente a la verdad teórica casi pura y especulativa que encuentra Descartes. Y, a diferencia de éste, Spinoza no nos presenta una dualidad irreconciliable entre nuestro cuerpo y nuestra mente, sino que para nuestro filósofo el binomio cuerpo-mente es fundamental en nuestro conocimiento y, posteriormente, en nuestro propio autoconocimiento. Existe como un camino de ida y vuelta, un eterno diálogo, entre nuestra mente y nuestro cuerpo que nos permite un tipo de conocimiento que podríamos denominar más completo y pleno (en contraposición al conocimiento cognitivista y sesgado que proponía Descartes, como un hombre encerrado en su propia mente basado en un planteamiento dualista), ya que no sólo conoce con los elementos mentales, sino que también aprenderá desde sus recursos corporales. El profesor Vicente Hernández Pedrero ha sabido exponer brillantemente este desarrollo spinoziano de la importancia del conjunto indisoluble mente-cuerpo “en el proceso de autoconocimiento que sigue el sujeto en la ética de la inmanencia spinozista, aquello que se va conociendo y revelando como verdadero no es, como en Descartes, una verdad teórica en estado puro, producto de un método cognitivista de eliminación, sino una actualización de la potencia propia, de la suma de recursos que el sujeto tiene en tanto ser que dispone de mente y cuerpo, siendo esto último, el cuerpo, en su relación productiva con las ideas que están en la mente, algo crucial y determinante, porque permite evaluar desde su propio estado cuándo se ha acertado con aquella verdad práctica de la hablaba Aristóteles”²⁸, de tal forma que no cabe duda de la importancia determinante del cuerpo (además de la mente) en el autoconocimiento para Spinoza y de esta manera lo expresa claramente en su Proposición II de la Parte III (titulada “del origen y naturaleza de los afectos”) de su *Ética* cuyo título de esta Proposición es “ni el cuerpo puede determinar al alma a pensar, ni el alma puede determinar al cuerpo al movimiento ni al reposo, ni a otra cosa alguna

²⁸ HERNÁNDEZ PEDRERO, V., “Ad Usum Vitae. Actualidad Ética de la prudencia”, *Laguna, Revista de Filosofía*, nº 7 (2000), p. 140.

(si la hay)”²⁹, idea que desarrolla ampliamente en su Escolio correspondiente “el alma y el cuerpo son una sola y misma cosa, que se concibe, ya bajo el atributo del pensamiento, ya bajo el de la extensión. De donde resulta que el orden o concatenación de las cosas es uno solo, ya se conciba la naturaleza bajo tal atributo, ya bajo tal otro y, por consiguiente, que el orden de las acciones y pasiones de nuestro cuerpo se corresponde por naturaleza con el orden de las acciones y pasiones del alma”³⁰, y, por ello, para poder alcanzar el mayor grado de conocimiento que expone Spinoza, que es el *amor Dei intellectualis*, necesitamos no sólo de nuestra mente, sino que precisamos también de nuestro cuerpo, ya que este tipo de conocimiento será el resultado de la interacción de nuestro cuerpo-mente durante las diversas etapas de nuestra vida. Esta idea resulta muy importante en la reflexión bioética actual ya que, en ocasiones, el propio cuerpo se ha terminado por convertir en una mercancía más con la que obtener los máximos beneficios y no, como planteaba Spinoza, como un parte de un todo indisoluble que sería nuestro cuerpo-mente. Esta venta de nuestro cuerpo tiene relación con cómo hoy entendemos nuestro cuerpo, cosificado mediante la biopolítica, como expondré en la primera hipótesis de la tesis.

Es importante poner de manifiesto que la filosofía de Spinoza se basa en dos grandes principios materialistas. Por un lado, reconoce que hay una Sustancia que es *causa sui*, un Universo infinito, y, por otro, los seres humanos que seríamos un modo, una especie, singular y subordinada de estar en ese Universo infinito. Al ser los humanos seres finitos, debemos entender el azar y la contingencia como inherentes y propios a nuestra condición de singularidad dentro del Universo infinito. De este modo somos también seres para la política ya que nos relacionamos mutuamente como seres finitos. Nuestra condición social y política escapa de esta forma a las coordenadas de la polis para convertirse en universal. Este vivir humanamente los unos con los otros es lo que nos constituye realmente como especie. No existe diferencia posible entre hombres y mujeres, entre pobres y ricos, entre esclavos y hombres libres. No existen pueblos elegidos sino que todos pertenecemos a un único género humano marcado y definido por esta finitud. Si bien la democracia de la polis griega es fundacional e importante para desarrollar las ideas de las democracias modernas, siempre es preciso recordar las limitaciones sociales en las que fueron establecidas (como ya comenté sólo existían unos pocos hombres libres y el resto eran esclavos o bárbaros). Desde esta perspectiva materialista el valor de la prudencia en Spinoza cobra un significado muy importante ya que la felicidad no se construirá como un concepto abstracto, sino que precisamente iremos construyendo esa felicidad mediante la deliberación y la elección de los medios adecuados para ella, basándonos en esta idea de prudencia como verdad práctica en la que los demás humanos serán copartícipes de este camino a recorrer a lo largo de toda nuestra vida de autoconocimiento. Es relevante comprobar que Spinoza expone de forma clara la vinculación que existe entre ética y política como una interrelación continua, y no como simples elementos teóricos aislados.

Spinoza, a diferencia de Aristóteles, no considera que se pueda convertir la *ἐπιστήμη* en *Σοφία*. No será posible poder encontrar las causas últimas de un Universo infinito desde nuestra finitud y, de esta forma, la vía epistemológica en Spinoza nos muestra que

²⁹ SPINOZA, B., *Ética*, Madrid, Alianza Editorial, 2006, p. 196.

³⁰ *Ibidem*, pp. 196-197.

no seremos capaces de alcanzar la *Σοφία* metafísica aristotélica. Sin embargo, sí que es posible encontrar un conocimiento práctico para el quehacer diario mediante la sucesión de los géneros de conocimiento que expone Spinoza, concretamente tres como veremos, mediante el mayor desarrollo posible de nuestra potencia como seres finitos cuyas posibilidades de conocimiento son muy limitadas. El autor holandés parte de un primer género de conocimiento, el sensible, que es falso ya que es imaginario pero, que podría servir para ir orientándonos hacia el segundo género de conocimiento, el racional, que es verdadero pero de manera incompleta y que podría, y debería, ser completado con un tercer género de conocimiento, el *amor Dei intellectualis*, que es verdadero y completo para nuestras posibilidades. Este camino que propone Spinoza debe entenderse como un desarrollo sucesivo de nuestra potencia como seres finitos dentro de un horizonte de relaciones sociales que vamos a establecer entre todos los seres humanos. Nuestra relación ética en el mundo con los demás es lo que nos va a permitir este progreso a través de los diferentes géneros de conocimientos. De esta forma, lo que podría parecer que nos aboca a un final metafísico de la *ἐπιστήμη* mediante el tercer género de conocimiento, conduciría a la búsqueda de una verdad práctica como seres que convivimos en una sociedad. Por ello, conocimiento y praxis aparecen entrelazados en la filosofía spinoziana y, como expondré en las conclusiones de la tesis, esta concepción puede servir para intentar responder precisamente la pregunta de esta tesis, donde ética y política cobran un nuevo sentido.

La concepción que presenta Spinoza de la unión del cuerpo con la mente sería la de un conjunto indisoluble, ya “que el alma y el cuerpo son una sola y misma cosa, que se concibe, ya bajo el atributo del pensamiento, ya bajo el de la extensión”³¹, insistiendo claramente en que “el orden o concatenación de las cosas es uno solo, ya se conciba la naturaleza bajo tal atributo, ya bajo tal otro, y, por consiguiente, que el orden de las acciones y pasiones de nuestro cuerpo se corresponde por naturaleza con el orden de las acciones y pasiones del alma”³², cuestionándose cómo serán realmente las interrelaciones entre el cuerpo y la mente, que deberían ser más estudiadas y no sólo basadas en prejuicios. Spinoza reitera que el cuerpo y el alma del ser humano actúan de manera unida pero con funciones diferentes, del tal forma que “ni el cuerpo puede determinar al alma a pensar, ni el alma puede determinar al cuerpo al movimiento ni al reposo, ni a otra cosa alguna (si la hay)”³³. Es relevante recordar que el autor holandés expone que nos interrelacionaremos con los demás seres humanos como seres sociales y políticos que somos de una forma que desencadena afectos en nosotros, experimentando alegría o tristeza ante su presencia, y para ello analiza estos afectos necesarios en las partes tercera y cuarta de su *Ética*, donde “trataré de la naturaleza y fuerza de los afectos, y de la potencia del alma sobre ellos, con el mismo método con que en las Partes anteriores he tratado de Dios y del alma, y consideraré los actos y apetitos humanos como si fuese cuestión de líneas, superficies y cuerpos”³⁴, estudiando seguidamente afectos como la envidia, la ira, el odio, etc., mediante sus propiedades

³¹ *Ibidem*, p. 196.

³² *Ibidem*, pp. 196-197.

³³ *Ibidem*, p. 196.

³⁴ *Ibidem*, p. 193.

características, aplicando las leyes y reglas universales de la naturaleza al igual que hace con todos los objetos singulares. Tras este primer encuentro con los demás, los otros, se va construyendo de una forma afectiva la noción de género humano que no se parecerá a la producida por la razón cognitivista y racionalista que planteaba Descartes, que incluso podría denominarse como en cierta forma desafectada, sino que siguiendo la dirección propuesta por el propio *conatus*, sería posible avanzar por los diferentes géneros de conocimientos partiendo de estos vínculos afectivos y, a través de ellos, que nuestro autor considera necesarios para poner en funcionamiento nuestro potencial como seres humanos. Frente al solipsismo cartesiano, Spinoza avanza en la dirección contraria, de tal forma que “padecemos en la medida en que somos una parte de la naturaleza que no puede concebirse por sí sola, sin las demás partes”³⁵, que nos conforman y dan sentido. De unas relaciones humanas, que en principio parecían mostrarse como contingentes, sería posible ir construyendo un conocimiento necesario que tiene en consideración el esfuerzo de todos los seres humanos por conservarnos³⁶, contando con todos y cada uno de ellos, sin ningún tipo de discriminación, basándonos en los afectos que compartimos y que conforman nuestra propia naturaleza humana. Partiendo de los aspectos y relaciones singulares contingentes hemos llegado a un conocimiento de lo necesario que nos guía en la vida diaria con nuestros semejantes³⁷. Por todo ello, el valor que Spinoza reconoce en los afectos es fundamental, tanto a nivel ético como político, ya que son inherentes a la propia naturaleza del ser humano, y de la siguiente forma se expresa cuando abre la parte tercera de su *Ética* hablando del origen y naturaleza de los afectos, afirmando que “la mayor parte de los que han escrito acerca de los afectos y la conducta humana, parecen tratar no de cosas naturales que siguen las leyes ordinarias de la naturaleza, sino de cosas que están fuera de ésta. Más aún: parecen que conciben al hombre, dentro de la naturaleza, como un imperio dentro de otro imperio. Pues creen que el hombre perturba, más bien que sigue, el orden de la naturaleza, que tiene una absoluta potencia sobre sus acciones y que sólo es determinado por sí mismo”³⁸, reconociendo, por ello, el valor y la importancia que tienen en su estudio.

Spinoza considera la política y la construcción de leyes justas dentro de un Estado como una condición necesaria para poder autoconstruirnos como sujetos éticos. Nuestro autor tiene dos obras donde refleja la importancia de la política en su filosofía el

³⁵ *Ibídem*, p. 291.

³⁶ Considero relevante destacar que este esfuerzo de todos los seres humanos por conservarnos, presenta una relación directa con el concepto del *souci de soi* (cuidado de uno mismo o cuidado de sí) que propuso Michel Foucault, y que también estaría imbricado con el reconocimiento de la autonomía de los sujetos (y especialmente de los pacientes, ya que el principio de autonomía es uno de los cuatro principios clásicos de la bioética expuestos por Beauchamp y Childress, como expondré en un epígrafe posterior).

³⁷ Sin duda, esta es una de las grandes aportaciones del pensamiento de Spinoza que es capaz de mostrar claramente las necesarias relaciones que existen entre la ética y la política y, en nuestra tesis servirá para enseñar precisamente también las necesarias relaciones entre la bioética y la biopolítica como expondré posteriormente.

³⁸ *Ibídem*, p. 191.

*Tratado teológico-político*³⁹ y el *Tratado político*⁴⁰. En su *Tratado teológico-político* Spinoza reconoce primero la naturaleza buena de los seres humanos “es claro que si los hombres estuvieran así organizados por su naturaleza, de modo que sus deseos siempre estuvieran regidos por la razón, la sociedad no necesitaría leyes y bastaría enseñar a los hombres los verdaderos principios de la moral para que espontáneamente, sin coacción ni esfuerzo, hicieran todo lo verdaderamente útil”⁴¹ y, sin embargo, afirma a continuación, que nos comportamos egoístamente, procurando cada uno nuestros propios intereses siguiendo a las pasiones y las ciegas afecciones del espíritu, en vez de regirnos por la razón, mirando cortamente al presente y poco al futuro. Por todo ello afirma Spinoza “¿qué resulta de aquí? Que ninguna sociedad puede subsistir sin autoridad ni fuerza, y por consiguiente sin leyes que gobiernen y contengan el desenfrenado arranque de las pasiones humanas. Pero la naturaleza humana no se deja abatir completamente, como dice Seneca el trágico, a nadie es dado hacer que dure un gobierno violento, y solamente la moderación es la que da estabilidad. En efecto, el que sólo obra por temor, nunca obra por su voluntad, y sin pensar si lo que se le ordena es útil y necesario, no piensa sino en salvar su cabeza y librarse del suplicio que le amenaza”⁴², y, por ello, parece necesario que exista una fuerza o autoridad, pero que actúe con moderación y no sólo con una fuerza coercitiva que sea capaz de doblegar sus voluntades. Seguidamente Spinoza extrae dos importantes conclusiones en este estudio: por un lado, la necesidad de que el poder esté en manos de toda la sociedad siempre que sea posible, para que finalmente nos obedezcamos a nosotros mismos y no a alguien que se haya investido con la autoridad de gobernarnos a todos; y, por otro lado, considera necesario que los hombres queden contenidos en las mismas leyes que tengan los futuros Estados, de tal forma que no la acaten por miedo al castigo, sino por un deber que esté relacionado con sus propios deseos. Resultan sumamente esclarecedoras sus conclusiones finales “puesto que la obediencia consiste en conformarse con cierta orden en virtud únicamente del poder de quien la da, síguese que en una sociedad en que el poder esté en manos de todos, y en que las leyes se hagan con el universal consentimiento, nadie está sujeto a la obediencia, y aumente o disminuya el rigor de las leyes, el pueblo, siempre es igualmente libre, puesto que obra por su sola voluntad y no por el temor de ninguna autoridad extraña. Lo contrario, precisamente, ocurre en un gobierno absoluto: todos los ciudadanos obran por autoridad de uno solo, y si no tomaron desde la infancia el hábito de esta dependencia, difícil le será al soberano introducir nuevas leyes y recoger al pueblo la parte de la libertad que una vez le hubiera

³⁹ El *Tractatus Theologico-politicus*, que tuvo que ser publicado de forma anónima por sus ideas revolucionarias, es una propuesta muy personal de Spinoza donde nos muestra un modelo político y social a favor de la libertad de pensamiento y de la paz civil, rechazando en sus conclusiones que las autoridades religiosas puedan inmiscuirse en el poder civil. Nuestro autor defiende la libertad de conciencia y la posibilidad de elegir cualquier religión, o ninguna.

⁴⁰ El *Tractatus politicus* es una obra inconclusa en la que Spinoza analiza las relaciones que existen entre el Estado, el derecho y la sociedad civil, tratando de reflexionar sobre las diferentes formas de organización política buscando la ideal que nos pudiera asegurar una convivencia en paz entre los hombres libres.

⁴¹ SPINOZA, B., *Tratado teológico-político*, Madrid, Orbis, 1985, p. 71.

⁴² *Ibidem*, p. 72.

concedido”⁴³, que pone de manifiesto la importancia que tiene la política para Spinoza, para que desde esta sociedad justa, que no esté basada en el miedo al castigo, puedan los seres humanos realmente desarrollar una auténtica ética ya “que se establece que en un Estado libre cada cual tiene el derecho de pensar lo que quiere y de decir lo que piensa”⁴⁴, aunque curiosamente esta afirmación esté sumamente cuestionada en nuestra propia época (una referencia más de la necesaria pervivencia y actualidad del pensamiento de Spinoza).

Por todo ello, para desarrollarnos plenamente como seres éticos serán necesarios unos cimientos políticos basados en un Estado democrático que posea leyes seguras que los proteja de las amenazas y, de esta forma, los ciudadanos no se verán sometidos al miedo que supone un Estado coercitivo. De esta manera, podemos afirmar que también en Spinoza encontramos esa unión indisoluble entre la ética y la política, como vimos en Aristóteles. Ahora bien, el sujeto debe trabajar no sólo en su autorrealización personal durante toda su vida, sino que necesita que exista una sociedad justa donde poder convivir con sus semejantes para poder autorrealizarse. El sujeto político se puede construir desde el conocimiento racional, el segundo género de conocimiento que nos mostró Spinoza y, el sujeto ético se construirá desde el *amor Dei intellectualis*, el tercer género de conocimiento. Sin embargo, es importante poner de relieve en este punto que ambos conocimientos son verdaderos y que no existe exclusión entre ellos, a pesar de que un tipo de conocimiento sea superior al otro. Si entendemos que el sujeto busca la felicidad verdadera, su mayor potencia como ser, éste debería ser un camino donde tendría que ir aprendiendo de sus éxitos y sus fracasos a lo largo de toda su vida. Por eso en este sentido es tan importante los otros en el conocimiento para Spinoza, sin ellos es imposible desarrollar el *conatus* individual del sujeto, ya que para ello será necesaria la articulación previa de un *conatus* colectivo. La verdad práctica tendrá que ir estableciendo dos caminos complementarios: por un lado, lo que nos convendría como sujetos en relación con la vida general de todos y, por otro lado, lo que nos conviene como sujetos en relación a la realización de nuestra propia potencia. No son dos esfuerzos diferentes, sino un único esfuerzo complementario que busca desarrollar de esta forma una unión indisoluble entre ética y política. El conocimiento racional, que tiene como objetivo lograr unas leyes basadas en los principios de respeto y justicia, tenderá a desarrollar el *conatus* colectivo pero, este conocimiento verdadero, pero incompleto, debe articularse y cumplimentarse con ese otro tipo de conocimiento que está más allá de nosotros y que debido a la limitación de nuestra finitud sólo podremos conocer de forma intuitiva. Considero necesario insistir en que este tipo de conocimiento es un aprehender-intuir desde nuestra finitud de la Sustancia de la que provenimos. Se produce una mirada universal que nos mueve a manifestar un amor por las cosas singulares de nuestro mundo. Más allá de los principios racionales generales y abstractos nace una solidaridad con los demás, un amor por todos que compartiremos a lo largo del camino de nuestra existencia hacia lo infinito y eterno. En este sentido es posible aprehender en Spinoza una gran diferencia con el pensamiento aristotélico, ya que en éste la ética quedaba subordinada a la política.

⁴³ *Ibíd.*, p. 72.

⁴⁴ *Ibíd.*, p. 206.

Es relevante considerar asimismo la importancia de la subjetividad en el pensamiento de Spinoza. Más allá del pensamiento racional cartesiano y su objetividad aparente, éste nada nos dice realmente sobre el hombre, de tal forma que es una especie de conocer sin conocer, ya que se conoce casi de forma impersonal, sin embargo Spinoza destaca la importancia fundamental de la subjetividad. Es el mismo sujeto el que es capaz de mostrarnos parte de su propio cuerpo, de sus sentidos, de sus afectos, para llegar a un tipo de conocimiento que retorna finalmente en cierto sentido al propio cuerpo su conocimiento. Las experiencias y las vivencias del cuerpo servirían de guías para conocer, sirviéndonos los errores para construir el conocimiento y, ya no será de forma impersonal sino de forma conjunta con los demás, con los otros. Más allá de la verdad epistemológica, casi sagrada, Spinoza nos muestra una verdad práctica basada en el error, en nuestro cuerpo y en los otros. En cierta manera la verdad práctica que nos proponía Aristóteles ha sido desarrollada hasta sus últimas consecuencias, evitando una supuesta objetividad final, el conocimiento teórico (*Σοφία*) a la que se abrazó el estagirita y, entendiendo Spinoza la subjetividad como necesaria en el conocimiento. En este sentido, el spinozismo es realmente una ética porque no sólo busca el conocimiento objetivo, sino que busca realizarnos en nuestra propia subjetividad, desarrollando la potencia propia que cada individuo posee en relación al Universo infinito donde nos encontramos. Descartes *olvidó* el cuerpo, se liberó de él para poder conocer de forma clara y distinta pero, Spinoza fue capaz de mostrar que somos seres que conocemos precisamente mediante nuestra propia subjetividad donde el cuerpo forma parte necesaria del propio conocimiento⁴⁵.

La filosofía que propone Spinoza es una apología de la vida en todas sus manifestaciones. No podemos encontrar una angustia vital frente a la muerte ya que nosotros somos una manifestación finita de la Sustancia infinita. No hay que restarle valor ni sentido a nuestra vida por su temporalidad sino todo lo contrario, debemos, en este sentido, vivir plenamente nuestro cuerpo y nuestra mente. Puede parecer que nos resignamos ante la muerte pero lo que plantea Spinoza es una especie de aceptación gozosa de nuestra finitud. Deberíamos sentir una sensación de ganancia personal cada vez que nos esforzamos por convivir con nuestros semejantes de la manera más humana posible. Ganamos continuamente en la búsqueda de los demás, compartiendo un esfuerzo no sólo personal sino conjunto con nuestros semejantes.

Finalmente, me gustaría destacar de la filosofía de Spinoza su visión humanista del hombre ya que entiende al hombre en su conjunto. No resta importancia a la razón pero, la complementa con una visión del cuerpo humano que considero que se ha perdido de manera parcial posteriormente con la Ilustración, y que sería necesaria retomar para entender al hombre como un todo indisoluble formado por un cuerpo-mente. Quizás la importancia que posteriormente se le otorgó a la razón, convirtiéndola en Razón, sea uno de los problemas a lo que debemos enfrentarnos hoy cuando intentamos reflexionar sobre la bioética. Desde una visión que podría decir sesgada e incompleta, que puede proporcionarnos una Razón, deberíamos retornar al hombre con todas sus miserias y sus bondades y, en este sentido, creo que la propuesta filosófica que presenta Spinoza podría llegar a servir para ello. La ética que el holandés propone busca la felicidad del hombre, como en Aristóteles, mediante el desarrollo prudente de nuestra mayor potencia

⁴⁵ Las implicaciones biopolíticas de estas afirmaciones de Spinoza son claras como expondré en las conclusiones de la tesis.

posible durante toda nuestra vida. En este sentido, más que un conocimiento teórico, es necesario también un conocimiento práctico donde la *Φρόνησις* es la luz que debería guiarnos durante nuestras duras decisiones a tomar, donde debemos ir aprendiendo siempre de los errores que hayamos podido cometer a lo largo de la vida. El *amor Dei intellectualis* debería ser entendido como un conocimiento que necesita de los demás, de los otros, para poder autorrealizarse en cada uno de nosotros. No sólo deberías cultivar nuestra mente sino también nuestro cuerpo ya que éste será determinante también, y pieza clave, en nuestro autoconocimiento. En este sentido sería necesario asimismo un cierto equilibrio sicosomático a lo largo de nuestra vida para poder desarrollar nuestra potencia propia.

Resumiendo lo expuesto por Spinoza es importante reflexionar principalmente sobre algunas ideas: la unión indisoluble cuerpo-mente (a diferencia del dualismo cartesiano) que nos abre un proceso de autoconocimiento, donde nuestro cuerpo mantiene un diálogo continuo con nuestra mente de forma productiva (de esta forma el conocimiento práctico que aporta la prudencia nos puede guiar a un conocimiento pleno, no sesgado, ni parcial como el cartesiano); la unión de la política y la ética que se necesitan mutuamente, donde la política podría exponerse como los cimientos necesarios para poder desarrollar el individuo su ética; la importancia de los otros⁴⁶, de los demás como condición necesaria para la felicidad propia pero, no entendiéndolos al resto de la sociedad como un medio para lograr nuestro fin, sino entendiéndolos como seres humanos que somos y que vivimos en una sociedad donde ahora debería reinar el imperio de la Ley y que debemos convivir en solidaridad como condición previa para cualquier tipo de ética; y, finalmente, destacar por encima de todo, que la ética que propone Spinoza es eminentemente práctica para el uso de la vida diaria, donde la verdad práctica que nos puede proporcionar el tercer género de conocimiento, el *amor Dei intellectualis*, es una verdad que deberá ir completándose a lo largo de toda nuestra vida y, en este sentido, Spinoza huye del *fácil final* aristotélico sobre un conocimiento final teórico, proponiéndonos un esfuerzo *feliz* a largo de toda nuestra vida compartida con los demás, ya que el sabio que propone el estagirita apuntaba finalmente a una contemplación filosófica, a diferencia del sabio spinozista que nos muestra la necesidad de alcanzar el tercer género de conocimiento mediante el autoconocimiento continuo durante toda una vida mediante la realización de su propia potencia, de su propio *conatus* individual en el marco de una sociedad justa.

Recapitulando lo expuesto por Aristóteles y Spinoza, con respecto a los hilos de nuestra tesis, debo insistir ahora en varios de ellos: la importancia de la conexión necesaria ética-política; la relevancia de la prudencia, la necesaria *Φρόνησις*, en la reflexión ética como camino hacia la felicidad y el autoconocimiento (aunque en ambos autores no coincida exactamente el final del camino); la necesidad de la autoconstrucción personal desde la reflexión ética, desde el paso de potencia a acto, a lo largo de toda nuestra vida; y, finalmente, el tratamiento de algunas cuestiones *menores* filosóficas como la amistad y los afectos como parte imprescindible en la reflexión ética

⁴⁶ Esta misma necesidad del otro, como fundamento ético y elemento imprescindible de nuestra construcción personal e identidad, se volverá a poner en valor cuando analicemos posteriormente el pensamiento de Lévinas, en relación a la segunda hipótesis de esta tesis y la necesaria mirada bioética que plantearé.

(que aunque parezcan tangenciales deberían ya hoy situarse también en el debate ético y especialmente bioético).

Es hora finalmente de justificar la denominación que hago al principio de este capítulo de *otra ética es posible*. Ya que frente a la prudencia aristotélica y su búsqueda de la felicidad, donde es necesario valorar las circunstancias en las que vamos a tomar las decisiones éticas, aparecerá posteriormente Kant mostrándonos una ética trascendente, una ética formal que será capaz de superar el escepticismo radical y brutal de la filosofía de Hume. Entre la ética de Aristóteles y la de Kant hay una tercera vía que me parece muy interesante y es precisamente esta ética que Spinoza presenta, ya que en cierta manera, como he expuesto, es una continuación de la prudencia aristotélica. Y, sin embargo, estoy convencido que es algo más. No es sólo un cambio de tonalidad, una especie de complemento al estagirita, sino que propone una ética más humana y vitalista: una ética *ad usum vitae*, una ética para la vida. Esta ética, como mostraré en las conclusiones, que está más cerca de la bioética que otras que veremos a continuación (también necesarias para construir la bioética y por ello precisan de ser expuestas en esta tesis).

2.1.1.3. IMMANUEL KANT: EL DEONTOLOGISMO Y LA AUTONOMÍA.

Para comenzar a hablar de la filosofía ética kantiana con respecto a lo expuesto anteriormente, lo primero que llama la atención es que la idea de la felicidad humana y de su búsqueda ha desaparecido. Kant disocia en el concepto de sabiduría aristotélica la idea de virtud y la de felicidad. Ahora la idea de la felicidad se ensombrece por el árbol del Deber. Como expondré posteriormente, no hemos venido al mundo para ser felices sino para vivir la norma del deber. Se subyuga la felicidad al deber y las exigencias morales deberán ser obedecidas por encima de cualquier circunstancia, incluso por encima de nuestra propia felicidad. Se ha cambiado la búsqueda del bien y de la felicidad por la ley moral. Aunque la noción de felicidad que define Kant tiene reminiscencias aristotélicas, nos propone que se relegue la felicidad como objetivo de los seres humanos y como objeto de la reflexión ética. A partir de Kant cuando intentemos reflexionar sobre la idea de la felicidad será necesario remitirnos a un discurso situado a mitad de camino entre la literatura y la filosofía. Pero, no sólo es la idea de la felicidad la que quedará expulsada de la reflexión ética ya que la idea del mal sufre, en parte, este mismo éxodo. Quiero resaltar en este punto su contraposición con el pensamiento aristotélico donde la felicidad y el bien eran temas centrales de la experiencia ética, porque ésta estaba unida indisolublemente con la búsqueda del bien-felicidad. Sin embargo, finalmente expondré que sí existe una conexión entre Kant y Aristóteles más allá de esta diferencia significativa, como será el concederle un valor muy significativo en la reflexión ética a la razón.

Kant nunca fue un autor simple y su filosofía dista mucho de ser accesible a todos los lectores. Con ello quiero indicar que es necesario acercarse a la obra de Kant con sumo cuidado y respeto. Es conveniente empezar con aquellos textos que el mismo intentaba exponer de la manera más inteligible al lector para, posteriormente, acercarse a sus obras más importantes como son las respectivas *Crítica de la razón pura*, *Crítica de la razón práctica* y *Crítica del Juicio*. Sin embargo, si al final somos capaces de comprender el verdadero significado de su obra estaremos ante lo que podíamos

denominar como el Everest de la Ética. A pesar de que sea posible estar de acuerdo o en desacuerdo con la ética que postula Kant, no puede uno dejar de reconocer que casi toda la filosofía ética posterior a Kant parte de los mismos conceptos que fueron desarrollados por él. A partir de Kant la ética se definirá en términos que tendrán una relación directa con su filosofía. Términos como *autonomía* o *dignidad* fueron desarrollados magistralmente por Kant y han cobrado una importancia determinante en el desarrollo posterior de la Ética. Hoy ya no es posible comprender la reflexión ética actual sin ellos. Incluso la misma bioética es deudora directa de estos términos en los que posteriormente se fundamentará. Hoy, cuando intentamos resolver los casos bioéticos que se nos plantean en los Comités de Ética Asistencial, el concepto ético y bioético de autonomía de los pacientes es central en nuestras deliberaciones y, en ellas, cuestiones como la dignidad de los pacientes cobra una relevancia muy considerable en cualquier discurso en los que tratamos de discernir alguna solución posible a estos problemas asistenciales diarios.

Aunque el concepto clave de la ética kantiana es el de la autonomía del sujeto, éste no es el único y el más importante. Resulta relevante asimismo explicar otros términos tan fundamentales como el de ser una ética formal, es el de ser una ética transcendental, el concepto de libertad y, finalmente, la diferencia entre el imperativo categórico y el hipotético. Pero, no sólo serán importantes estos términos cuando se habla de la ética kantiana sino que, junto a todos ellos encontramos en Kant una relevancia clave de su concepto de libertad en relación directa con la política. El pensador de Königsberg se preocupaba por la ética pero también por la política, tan decisiva y convulsa en su época donde estaban surgiendo los actuales Estados modernos, cuando piensa sobre los conceptos de autonomía y libertad como claves para aprehender al hombre. En este sentido también reflexiona sobre el conocimiento teórico y el práctico, que tiene relación con la pregunta de esta tesis, ya que afirma que “no hay más que dos clases de conceptos, los cuales, a su vez, contienen muchos principios diferentes de la posibilidad de sus objetos; son, a saber: los conceptos de la *naturaleza* y el concepto de la *libertad*. Ahora bien, los primeros hacen posible un conocimiento teórico, según principios *a priori*; pero el segundo, en relación a aquéllos no lleva en sí, en su concepto, más que un principio negativo (de mera oposición), instaurando, en cambio, para la determinación de la voluntad, principios extensivos que por eso se llaman prácticos. En consecuencia, divídese con razón la filosofía en dos partes completamente distintas, según los principios: la *teórica*, como *filosofía de la naturaleza*, y la *práctica*, como *filosofía moral* (pues tal nombre recibe la legislación práctica de la razón, según el concepto de libertad)”⁴⁷. Sin embargo, y esto es muy importante, no podemos pensar en Kant como un revolucionario con panfletos en mano ya que apenas salió de su pueblo natal, pero sí tendrán sus ideas teóricas la importancia decisiva que un pensador tan significativo como él ha tenido desde entonces. Así, nos encontramos en Kant a un filósofo que quizás vivió en su torre inexpugnable de cristal de las ideas, estudiando una ética como disciplina filosófica y no como práctica científica, tan criticado por muchos pensadores que abogan por una necesaria integración de la teoría y la práctica. Sin embargo, creo que el pensamiento de Kant estuvo muy motivado por su aplicación final práctica, a pesar de lo que pueda parecer, ya que sus reflexiones políticas siempre fueron constantes en su filosofía. Precisamente aquí, nos volvemos a encontrar con el

⁴⁷ KANT, I., *Crítica del Juicio*, Madrid, Espasa Calpe, 1995, pp. 95-96 (las cursivas son del autor).

problema de comprender la teoría como una cuestión poco práctica cuando, en muchas ocasiones, son las cuestiones teóricas finalmente las que han promovido las grandes revoluciones *prácticas*.

Kant fue uno de los representantes más importantes de la Ilustración por varios motivos. Como muchos de sus coetáneos compañeros de viaje del pensamiento creían ciegamente, algunos de ellos no tanto, en el poder de la Razón que podría incluso realizar una reforma necesaria revolucionaria de las Instituciones, de tal forma que mantenían que cuando todos los Estados se convirtieran en Repúblicas ya no tendríamos que pelearnos y lamentarnos por más guerras. Kant afirmaba que “el estado de paz entre hombres que viven juntos no es un estado naturaleza (*status naturalis*), que es más bien un estado de guerra, es decir, un estado en el que si bien las hostilidades no se han declarado, sí existe una constante amenaza. El estado de paz debe, por tanto ser *instaurado*, pues la omisión de hostilidades no es todavía garantía de paz y si un vecino no de seguridad a otro (lo que sólo puede suceder en un estado *legal*), cada uno puede considerar como enemigo a quien le haya exigido esa seguridad”⁴⁸. Pero, en cierta manera, Kant superó la Ilustración y supo vislumbrar algunos de los problemas que traería esta fe ciega en la Razón y, fue capaz de reformular muchas de las propias cuestiones de la Ilustración de manera brillante. Podríamos decir, en este sentido, que estuvo siempre más cercano a pensadores como Jean Jacques Rousseau en la manera de entender muchas cuestiones políticas y humanas, que a otros más representativos de este movimiento como fueron Voltaire, Diderot o Montesquieu. El primer gran problema que tuvo que superar Kant y, que en cierta manera, da sentido a toda su gran obra filosófica es la problemática planteada por los empiristas, especialmente por David Hume, que negaban la conexión necesaria de la causalidad. El propio Kant reconoció que el pensador escocés le despertó de su “sueño dogmático” (de las creencias en las ideas metafísicas que el prusiano mantenía hasta ese momento), reconociendo que “si queremos un ejemplo de las ciencias, sólo necesitamos fijarnos en todas las proposiciones de las matemáticas. Si queremos un ejemplo extraído del uso más ordinario del entendimiento, puede servir la proposición “Todo cambio ha de tener una causa”. Efectivamente, en esta última el concepto mismo de causa encierra con tal evidencia el concepto de necesidad de conexión con un efecto y el de estricta universalidad de la regla, que dicho concepto desaparecería totalmente si quisiéramos derivarlo, como hizo Hume, de una repetida asociación entre lo que ocurre y lo que precede y de la costumbre (es decir, de una necesidad meramente subjetiva), nacida de tal asociación de enlazar representaciones”⁴⁹. Por otro lado, entendía que la física propuesta por Isaac Newton, basada en el concepto de causalidad, había conseguido describir adecuadamente todos los fenómenos hasta entonces conocidos en el espacio y el tiempo. De esta forma, debía resolver el problema de cómo era posible conjugar ambos planteamientos, que en principio parecían claramente antagónicos. Precisamente en su solución reside la belleza de su corpus filosófico, al plantearnos que podemos estar seguros a priori de que todas nuestras experiencias estarán regidas por leyes de la forma de la causalidad newtoniana pero, no en virtud de cómo describen el mundo exterior (que no seremos capaces de llegar a conocer realmente), sino en virtud de las

⁴⁸ KANT, I., *Sobre la paz perpetua*, Madrid, Tecnos, 1998, p. 14 (las cursivas son del autor).

⁴⁹ KANT, I., *Crítica de la razón pura*, Madrid, Alfaguara, 1988, p. 44.

características de los conceptos mediante los que conocemos ese mundo. Kant plantea este problema de la distinción entre el conocimiento puro y el empírico ya al comienzo de la *Crítica de la razón pura*, ya que “no hay duda alguna de que todo nuestro conocimiento comienza con la experiencia. Pues ¿cómo podría ser despertada a actuar la facultad de conocer sino mediante objetos que afectan a nuestros sentidos y que ora producen por sí mismos representaciones, ora ponen en movimiento la capacidad del entendimiento para comparar estas representaciones, para enlazarlas o separarlas y para elaborar de este modo la materia bruta de las impresiones sensibles con vistas a un conocimiento de los objetos denominado experiencia? Por consiguiente, *en el orden temporal*, ningún conocimiento precede a la experiencia y todo conocimiento comienza con ella. Pero, aunque todo nuestro conocimiento empírico empiece *con* la experiencia, no por eso procede todo él *de* la experiencia. En efecto, podría ocurrir que nuestro mismo conocimiento empírico fuera una composición de lo que recibimos mediante las impresiones y de los que nuestra propia facultad de conocer produce (simplemente motivada por las impresiones) a partir de sí misma”⁵⁰. La experiencia no se puede plantear como una simple recepción pasiva de información que nos suministra el mundo exterior, sino que se produce una captación y comprensión activa de estas percepciones⁵¹ mediante los conceptos y las categorías mediante las que captamos y ordenamos lo que nuestros sentidos nos envían, siendo precisamente esto lo que nos suministra un significado de esas percepciones. Con esta revolucionaria teoría del conocimiento es capaz de salvar el escollo del empirismo ya que, coincide con ellos en que no podemos conocer nada realmente del mundo exterior como planteaban pero, a la vez, consigue demostrar que la física newtoniana es posible ya que las relaciones causales se manifiestan sólo cuando aplicamos nuestras categorías de conocimiento a la experiencia. Más allá de la experiencia no existen, o al menos no somos capaces de inferir, relaciones causales.

La teoría del conocimiento que plantea Kant es clave para entender su filosofía y su ética. En muchas ocasiones se aborda la ética kantiana sin entenderla como el resultado de la respuesta a una pregunta tan asfixiante como era ¿qué podemos conocer? Tras contestar a esta primera pregunta primordial ya puede Kant plantearse sus otras dos siguientes cuestiones que tratan de resumir el sentido de sus reflexiones filosóficas sobre ¿qué es el hombre?; siendo las otras dos preguntas: ¿qué debo hacer? y ¿qué me cabe esperar? Muchos manuales de ética y de bioética olvidan esta cuestión determinante de la teoría kantiana del conocimiento con respecto al pensamiento ético kantiano, para ir directamente a los planteamientos que tienen que ver con sus reflexiones éticas. Para alguien que conozca adecuadamente el planteamiento general de la filosofía kantiana este salto no tiene mayor importancia, casi diría que estamos acostumbrados a ello, pero para alguien que intente comprender directamente el pensamiento kantiano será un atajo que finalmente le aboque a un sinsentido e incluso puede que a un cierto desasosiego. El más claro ejemplo de todo esto podríamos decir que es la determinante conclusión que la teoría del conocimiento que Kant nos expuso,

⁵⁰ *Ibíd*em, pp. 41-42 (las cursivas son del autor).

⁵¹ Como ejemplo clásico de este tipo de interpretación de la realidad que realizan nuestros sentidos, debemos recordar que el cristalino, la lente biconvexa intraocular que nuestro ojo posee, proyecta la imagen de forma invertida en el fondo de nuestro ojo y, sin embargo, nuestra mente vuelve a reconstruir la imagen a la inversa, como en el mundo real.

y que tiene implicaciones directas sobre su misma teoría moral, ya que al mostrarnos que las relaciones causales sólo podemos descubrirlas cuando aplicamos las categorías a la experiencia, no tendremos la posibilidad de colegir relaciones de tipo causal fuera de la experiencia y, esto implica que no podamos inferir del orden causal de la naturaleza algún dios autor de ésta. Esta naturaleza será impersonal y no moral, pudiéndose considerar como si la hubiera creado algún dios, pero ya no se podrá afirmar tal cosa. Esto implica una de las grandes características de la ética kantiana, yo diría que es la más importante, sobre todo en su tiempo, y es que tendremos que buscar el reino de lo moral fuera de los dominios de la naturaleza y de los dioses.

Otra característica importante de esta revolucionaria teoría del conocimiento será que no busca una base sólida desde la que construir el conocimiento, como hiciera Descartes, para evitar el escepticismo, sino que explora y disecciona las categorías y los conceptos a través de los cuales conocemos para saber qué podemos realmente llegar a aprehender. Esto permite a Kant decir que la física newtoniana es posible y centrarse entonces en comprender como deberían ser nuestros conceptos para que sea posible esta física. De este mismo modo actuará a nivel ético ya que, al igual que la física, la conciencia moral de la naturaleza humana es un hecho del que ya no tendrá que buscarse una base, sino que deberemos centrarnos en comprender cuál debe ser el carácter de nuestros preceptos y conceptos morales para que nuestra moralidad exista como tal. Y aquí enlazamos con un primer concepto central en la filosofía ética kantiana como es de ser una ética trascendental, de tal forma que “la explicación de la forma según la cual los conceptos a priori pueden referirse a objetos la llamo, pues, deducción trascendental de los mismos y la distingo de la deducción empírica. Esta última muestra la manera de ser adquirido un concepto mediante experiencia y reflexión sobre la experiencia y afecta, por tanto, al hecho por el que ha surgido la posesión del concepto, no a su legitimidad”⁵², con la que Kant ya muestra en su *Crítica de la razón pura* el análisis trascendental que será clave en todo sus estudios, incluido el ético. Con este adjetivo de trascendental lo que Kant pretende indicarnos son las condiciones a priori que tenemos, cuáles serán nuestros conceptos y categorías, para conocer a los objetos, como expuse. Es importante diferenciar entre trascendental y trascendente ya que lo segundo hace referencia a aquella realidad que se sitúa más allá de nuestra capacidad de conocerla, como el alma o dios, que están más allá de las posibilidades de nuestra experiencia. En este sentido la transcendencia de dios sería lo contrario a la inmanencia; lo primero, nos hablaría de un ser superior absolutamente distinto y, lo segundo nos hablaría de un dios que se identifica con el mundo y con nosotros mismos con era el dios que entendía Spinoza.

De todas las ideas que Kant expuso tan magistralmente en su reflexión ética voy a centrarme en la que considero que es la más importante para esta tesis: la autonomía. Este concepto fue una de las grandes aportaciones de nuestro pensador a la ética pero, sin duda, en bioética el concepto de autonomía es central, como dije anteriormente, para poder comprender realmente lo que significa la misma bioética. Si ha habido un giro espectacular en los últimos decenios en las relaciones entre los profesionales sanitarios y los enfermos, ha sido precisamente debido a la implantación progresiva de este concepto de autonomía de los pacientes. Aún hoy sigue siendo cuestionada la autonomía del paciente por muchos profesionales sanitarios que desean vivir en otra

⁵² KANT, I., *Crítica de la razón pura*, Madrid, Alfaguara, 1988, p. 121.

época donde eran dioses y podían decidir, no sólo por el enfermo, sino por todos, ya que estaban por encima del bien y del mal. Hoy ya tenemos leyes que han venido a reforzar de forma manifiesta la autonomía de los pacientes cuando era una cuestión que nunca se debía haber puesto en duda, si entendemos la relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes como una relación entre seres iguales (y, ¿qué otra cosa podría ser?). En España, La ley nacional 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, ha venido a reconocer legalmente lo que era una premisa ética de las profesiones sanitarias demostrando, una vez más, que en muchas ocasiones necesitamos que haya una ley para que se deba cumplir una premisa ética. Esto dice mucho, y no precisamente bueno, acerca de unos profesionales sanitarios que quizás están más preocupados por las enfermedades que por los enfermos. Nos hemos especializado tanto en algunas partes de nuestro cuerpo que hemos olvidado que esas partes pertenecen indisolublemente a un todo que se llama persona, que tiene un valor ético intrínseco.

Es importante indicar, antes de comenzar el análisis sobre la autonomía que propuso Kant, que precisamente ésta se predica tanto de la voluntad humana como de la razón. Esta será precisamente la gran revolución que propone Kant al indicarnos que la voluntad racional no puede subyugarse a otras leyes que las que ella se da a sí misma. Esto implica precisamente que Kant nos muestra una ética de la libertad que se opone, que sustituirá, a la ética teológica que se había impuesto durante siglos, de tal forma que los dioses han sido sustituidos por la voluntad libre del hombre. Como indiqué precisamente cuando analicé las consecuencias de su teoría del conocimiento, ahora la legitimidad de las cuestiones éticas no será posible buscarla en el mundo externo, que nuestras categorías no pueden captar, sino que deberíamos buscar su fundamentación en la razón humana. Sólo la razón, y no ningún dios, será el que nos indicará, nos guiará, en las decisiones que debemos tomar en el plano ético. Esto es la gran revolución ética que Kant nos planteó. Desde entonces la ética es algo diferente a la teología y a su imperio de la sumisión.

Otras de las grandes características que presenta la ética kantiana es la de su formalismo. Se denominan éticas formales a aquellas que se basan en principios que hacen abstracción del contenido y de los fines subjetivos que persiguen, denominándose éstos como principios formales. Las éticas formales se suelen contraponer a las éticas materiales, que serían aquellas donde juega un papel determinante el contenido de los principios morales y el objeto o fin que se propone el sujeto que realiza la acción. En este sentido la ética kantiana es formal porque excluye que el fin que persigue el sujeto agente sea el motivo por el que se hace la acción, ya que Kant no aprobaría que fuera la consecución de un objeto el fundamento de determinación por la que elegimos realizar esa acción. Kant expone tres motivos por los que nuestras acciones no pueden ser determinadas por la búsqueda de algún tipo de fin. El primero sería que si el principio que nos guía es empírico éste no podría convertirse en universalizable ya que cada individuo podría buscar uno diferente, y los principios morales deberían de valer para todos los individuos y no sólo para el interés particular de alguno o de algún grupo de poder. El segundo inconveniente tendría que ver con aquellas éticas materiales que finalmente se ven abocadas a la búsqueda del placer como fin último, buscando de esta forma un amor egoísta de sí mismos. El tercer motivo tendría que ver con lo que denominamos heteronomía al moverse la voluntad de los individuos por algo exterior a la misma ética, como podrían ser el placer o la felicidad. Kant plantea que todos estos

motivos son graves ya que cualquiera de ellos por sí mismo imposibilita una adecuada concepción de la ética. Podemos apuntar de este modo tres características de las éticas materiales: no pueden proponernos normas universales, nos abocan a una desvalorización egoísta del amor a los demás y no son autónomas (sino heterónomas). Estas características las invalidan para convertirse en una ética propiamente como nos indica Kant y, por ello, una auténtica ética debe ser ante todo formal, ya que cualquier contenido empírico que pudiéramos darle a esos supuestos principios materiales serían incompatibles con la exigencia de universalidad de la moralidad que nos propone Kant (imprescindible para poder luchar de este modo contra los postulados empiristas y escépticos de Hume). Para el filósofo prusiano las leyes morales deben ser universales o no serán leyes morales, ya que deben valer para todas las personas sin quedarse supeditadas a ningún interés en particular. Todas las éticas materiales tienen el defecto de que van a depender finalmente, en mayor o menor medida, de un objeto que deseamos lograr, ya sea éste la felicidad (como en la ética aristotélica), la salvación religiosa, u otra que se designe; ya que entonces todas nuestras acciones irán encaminadas a alcanzar la recompensa prevista, donde el interés particular se pondría por encima del interés general y la norma que seguimos es el amor a nosotros mismos o a nuestra propia felicidad. Sin embargo, la búsqueda de la felicidad no es algo malo en sí mismo, lo que tenemos que darnos cuenta es que los principios materiales que dieran forma a una doctrina ética basada en la felicidad o en su búsqueda no podrían ser universalizables a todos los individuos, ya que cada uno de ellos puede poseer diferentes conceptos sobre lo que para él significa la felicidad. Cada persona según sus deseos, necesidades, cultura, sicología, educación, fisiología, sensibilidades,..., buscaría su propio objeto de felicidad que seguramente no coincidirá con el de los demás hombres. De esta forma no es posible fundamentar los pilares del edificio ético sobre una ética de la felicidad, siempre material, y Kant disocia así el orden de la felicidad del de la moralidad. El amor a sí mismo que nos impone finalmente la felicidad no puede ser compatible según nuestro autor con las exigencias de la moralidad.

Kant también realiza un bello análisis de cómo los principios éticos materiales suponen una pasividad por parte del sujeto ya que nuestra voluntad sería fijada mediante el placer, que siempre nos crea una cierta dependencia del objeto que nos proporciona éste. El deseo de este placer es lo que nos impulsa a actuar de una forma determinada desde fuera de la propia voluntad. Nos convertimos de este modo en sujetos pasivos frente al objeto, viéndonos afectados y movidos por éste hacia su consecución. Se manifiesta de este modo la heteronomía que se esconde en estas éticas materiales donde la voluntad propia es movida pasivamente por algo externo a ella, sometiéndose a una esclavitud del placer y del deseo. Una ética formal, como la kantiana, rompe este círculo vicioso basado en objetos materiales de deseos. Sólo una ética formal puede ser universal. Sólo la forma, no el contenido, del principio práctico en lo que se base la ética será el único motivo legítimo de la acción moral. Cuando realizamos nuestras acciones morales basadas en el deber por el deber, obedeciendo a la ley moral por el respeto a la ley moral, sin la búsqueda de ninguna recompensa propia se produce una bondad incondicionada de lo moral. Sólo la ley moral puede guiar a la voluntad de las personas basándonos en una ética del desinterés total, sin basarla en cálculos de intereses, ni ganancias, ni ventajas personales en este mundo u otro prometido. De esta forma, la voluntad que construye las leyes a las que ella misma se somete es una voluntad libre que sólo puede estar basada en la forma de la ley, no en su contenido. Sin

seres libres no hay seres éticos pero, para que haya seres libres debe haber también una legalidad que lo permita. De esta forma la libertad de los sujetos y su ley formal se autoconstruyen. El tener consciencia de esta ley será el hecho singular desde el cual nos daremos cuenta de la razón como originariamente legisladora. Esta razón pura, no basada en objetos sensibles, es en sí y por sí misma práctica, ya que la razón pura se autoconstruye su propia voluntad basándose exclusivamente en la forma de la ley y no en su contenido. El objeto a realizar será determinado por la razón práctica, que no se debate entre los objetos del conocimiento que deben ser captados por la experiencia de los sentidos, sino que hace siempre referencia a objetos que se deben realizar mediante la voluntad basada en una razón que construye unos principios de una causalidad no basada en los objetos empíricos de la experiencia sensible. De esta forma sólo una razón pura puede ser práctica ya que su voluntad dependerá de una ley que está construida desde su autolegislación incondicionada, más allá de cualquier deseo o fin de nuestras propias inclinaciones. La voluntad autónoma no puede seguir más que a los principios que emanan de la ley de la razón pura. La gran revolución del formalismo moral kantiano es esta razón pura que es capaz de autolegislar a su propia voluntad independientemente de nuestros deseos o fines.

Resulta significativo el rastrear la influencia del pensamiento de Jean Jacques Rousseau en la reflexión ética kantiana. Encontramos en *El contrato social* afirmaciones que nos recuerdan el espíritu del ética kantiana “encontrar una forma de asociación que defienda y proteja con la fuerza común la persona y los bienes de cada asociado y, por la cual cada uno, uniéndose a todos, no obedezca sino a sí mismo y permanezca tan libre como antes”⁵³, ya que esta tesis de no obedecer más que a las propias leyes, que remite a la propia dignidad del sujeto, Kant la establecerá como pilar fundamental desde el que construir su pensamiento tanto a nivel político como a nivel ético. A continuación voy a analizar las implicaciones de la autonomía del sujeto en ambos campos, comenzando por el ámbito político para ir hilvanando el hilo que hemos trazado desde Aristóteles y que uniremos a la biopolítica, que presentaré en el último apartado de la fundamentación de esta tesis. Sería necesario analizar de inmediato una cuestión que salta a la vista: ¿cómo podemos compaginar que cada uno se autolegisle según la razón práctica y que esta libertad propia no choque con la libertad de los demás? En este punto Kant sigue igualmente a Rousseau, el cual nos explicaba que la solución a este dilema es precisamente el contrato social, ya que sólo el consentimiento de todos legitima una legislación pública que tiene que tener la facultad de coaccionar las libertades individuales, donde la voluntad general se impone a las voluntades particulares. Serán los propios individuos los que se legislen con lo que ello asegura que no serán injustos consigo mismo. El poder legislativo emana de la voluntad de todo el pueblo donde todos deciden y se someten a esta voluntad general que no puede por ello ser injusta. El principio de soberanía se ha trasladado desde el rey hacia la voluntad unida del pueblo. La coacción queda justificada ya que el orden jurídico se basa precisamente en una especie de coacción de todos por todos, coligiéndose de ello una limitación recíproca que es compatible con la libertad de todos. Esta especie de Estado que se rige por la propia autolegislación es lo que Rousseau identificaba con la República. La dignidad humana se basa precisamente en este concepto central de la autonomía en el pensamiento kantiano de no obedecer más leyes que las que ella se ha

⁵³ ROUSSEAU, J.J., *El contrato social*, Barcelona, Edicomunicación, s.a., 1998, p. 34.

dado a sí misma. El propio derecho surge de este modo de una ley universal fundamentada en la libertad personal, ya que las leyes jurídicas van a implicar una autolegislación de la razón pura práctica basándose en la voluntad unida del pueblo. Es importante resaltar que esta exaltación kantiana de la libertad, que queda plasmada posteriormente en la libertad jurídica, sufre una evolución en los escritos del propio Kant desde una primera visión, que podría definirse como una libertad como ausencia de impedimentos (que es posible corresponder con una concepción liberal o negativa), hacia una comprensión final de la libertad como autonomía (que se podría corresponder con una concepción republicana o positiva). Pero, al igual que Rousseau, ponía el acento en la diferencia entre la voluntad general, que siempre mirará por el bien común, y la voluntad de todos, que será la suma de los intereses egoístas; Kant, por su parte, resalta la importancia de la voluntad racional, como voluntad unida del pueblo, frente a las posibles consideraciones personales de los miembros del Estado. De esta forma, al igual que en la ética, la universalidad de las leyes vendrá determinada por la autolegislación de la razón pura práctica que será capaz de sobrevolar los intereses egoístas y las ciegas pasiones.

Disecionaré ahora con más detenimiento el concepto kantiano de autonomía tan importante para la bioética actual y para la respuesta a la pregunta final de esta tesis. Kant postula que la autonomía sería una consecuencia de la naturaleza racional del ser humano. De esta forma libertad y racionalidad son los pilares sobre los que se construye la dignidad y la condición de la persona. El principio de autolegislación, fundamental en el pensamiento kantiano, lleva implícito el que ninguna persona pudiera ser considerada como un medio por otro ya que un hombre dependiente nunca podrá ser realmente un hombre. Las leyes que se construyan por los hombres deben de tener una doble exigencia; por un lado, deben de defender la libertad externa de cada ser humano y, por otro, deben de proceder de la voluntad general. De todo esto se colige que solamente el Estado republicano podría ajustarse a la naturaleza racional de las personas ya que sería la única forma de gobierno que tiene su fundamento en la autonomía de la razón. Nuestra libertad externa se verá restringida por unas leyes que son las que ella misma se ha dado de forma racional. Es importante resaltar que la solución que plantea Kant se aleja de los planteamientos que postulaba Hobbes cuando afirmaba respecto a los indios norteamericanos “puede pensarse que jamás hubo tal tiempo ni tal situación de guerra; y yo creo que nunca fue generalmente así en todo el mundo. Pero hay muchos lugares donde viven así hoy. Pues las gentes salvajes de muchos lugares de América, con la excepción del gobierno de pequeñas familias, cuya concordia depende de la natural lujuria, no tienen gobierno alguno; y viene hoy en día de la brutal manera que antes he dicho. De cualquier modo, qué forma de vida habría allí donde no hubiera un poder común al que temer puede ser percibido por la forma de vida en la que suelen degenerar, en una guerra civil, hombres que anteriormente han vivido bajo un gobierno pacífico”⁵⁴, y se acerca más a Rousseau, como expuse. Para salir del estado de naturaleza, donde vivía inicialmente el hombre, Kant propone la solución de la razón práctica para llegar a un Estado republicano que esté basado en la libertad de las personas, frente al Estado absoluto que proclamaba Hobbes que sería incompatible con la condición racional de los ciudadanos. Sin embargo, Kant a diferencia de Rousseau propone una soberanía por representación que bien podría ser un monarca o una

⁵⁴ HOBBS, T., *Leviatán*, Madrid, Editorial Nacional, 1980, p. 226.

asamblea de diputados para que sea un gobierno que pueda ser efectivo. Rousseau era un acérrimo defensor de la democracia directa ya que postulaba que la soberanía reside en la voluntad general del pueblo, siendo ésta la voluntad del cuerpo político en su totalidad, de todos los ciudadanos, y no puede ser representada porque acaba corrompiéndose la soberanía popular en manos de los que la representan. Debemos resaltar la importancia que le otorgaba Rousseau a la libertad por encima incluso de la paz, en contraposición al planteamiento de Hobbes. Libertad, autonomía y contrato social son ideas que están íntimamente imbricadas entre sí, ya que el contrato social no podría ser concebido con independencia de la autolegislación y de la voluntad general de los ciudadanos ya que son el fundamento último de las leyes jurídicas. De esta forma, para Kant, también las ideas de libertad y de autolegislación van a estar en la base de la concepción del contrato social donde el hombre no renuncia a su libertad, sólo renuncia a su libertad externa para recuperarla como ciudadano del Estado, donde sus leyes emanan de la voluntad legislatora de ese mismo hombre que ha renunciado momentáneamente a su libertad. La asamblea de diputados o el monarca de esta República que nos propone Kant serán los encargados de interpretar y plasmar la voluntad unida del pueblo que se representarán en las leyes efectivas.

Una vez que he expuesto cómo la autonomía tiene un papel decisivo en el marco de la política y el derecho, ahora comenzaré a resaltar su importancia en el marco de la moral, que es la que interesa realmente en esta tesis. Kant aplicó los principios que exponía Rousseau en *El contrato social* “la transición del estado natural al estado civil produce en el hombre un cambio muy notable, sustituyendo en su conducta la justicia al instinto y dando a sus acciones la moralidad de que antes carecían. Es entonces cuando, sucediendo la voz del deber a la impulsión física, y el derecho al apetito, el hombre, que antes no había considerado ni tenido en cuenta más que su persona, se ve obligado a obrar basado en distintos principios, consultando a la razón antes de prestar oído a sus inclinaciones...la adquisición de la libertad moral, que por sí sola hace al hombre verdadero dueño de sí mismo, ya que el impulso del apetito constituye la esclavitud, en tanto que la obediencia a la ley es la libertad”⁵⁵, al ámbito de la ética. El filósofo prusiano añade el deber a la legislación ética. Si partíamos de la legislación jurídica donde sólo se podía reclamar legalidad, ahora en la legislación ética lo que se exigirá será el deber como el móvil de la acción buscándose la pureza de las intenciones. De esta forma su concepción de la autonomía se radicaliza aún más que en la filosofía jurídico-política expuesta anteriormente. La autonomía se erige como fundamento de las leyes morales, como condición formal de la legislación moral, creando de esta forma la posibilidad de la universalidad de éstas. Para Kant la autonomía es el único principio de la moralidad convirtiéndose en sí mismo en un imperativo categórico, ya que lo único que manda es precisamente la autonomía del sujeto, por encima de cualquier interés o motivo particular. Así de radical y genial es Kant. Pero si es posible considerar a la autonomía como la condición formal de las leyes morales deberíamos resaltar entonces a la heteronomía como el origen de todos los principios que tienen que ser valorados como ilegítimos desde un punto de vista moral. Cuando tenemos que analizar muchos de los problemas a los que nos enfrentamos en bioética nos vamos a encontrar precisamente que, aunque guiados por una elección racional, ponemos en numerosas ocasiones cuestiones que nos van a determinar nuestra voluntad por encima de esta

⁵⁵ ROUSSEAU, J. J., Op. Cit., p. 38.

autonomía moral que planteaba Kant. Por eso hoy cobra tanta importancia esta determinante distinción entre autonomía y heteronomía que nos proponía Kant, si no queremos vernos abocados a actuar sólo teniendo en cuenta las consecuencias de nuestras decisiones clínicas. Kant propone un imperativo categórico que tiene que hacer abstracción de cualquier objeto que pueda influir sobre nuestra voluntad. Esto en principio puede parecer incompatible con tomar una decisión bioética concreta en un caso determinado y por ello ha recibido, y continuará, recibiendo las feroces críticas de muchos *hacedores de bioética*. No creo que se deba entender el imperativo categórico kantiano de una manera tan terriblemente alejado de la realidad, sino que más bien tendríamos que entender hoy el imperativo categórico como un horizonte al que siempre debamos querer llegar y, como horizonte que es, aunque inalcanzable, que en muchas ocasiones lo será, siempre nos debe guiar en el camino que queremos recorrer. De esta forma la dicotomía autonomía-heteronomía sería el fundamento del que parte la reflexión kantiana de la moralidad, donde Kant deja claro que sin autonomía no es posible ningún tipo de moral propiamente dicha y, la ley moral lo que nos muestra es propiamente la autonomía de la razón pura práctica, donde la libertad es la condición formal desde la que construir una verdadera ética y, en nuestro caso, una auténtica bioética.

Es importante reflexionar ahora sobre algunas consideraciones sobre el mal moral que es innegable que existe y, que en nuestro análisis bioético tendría que ver precisamente con ese principio de no maleficencia, que tanto nos preocupa siempre a los profesionales sanitarios y que tan difícil nos resultar justificarlo cuando ocurre, como sería en los casos de donantes vivos. Dado el círculo, virtuoso en este caso, que se establece entre autonomía, libertad y ley moral, pudiera parecer, como expondré a continuación, que sería imposible que una persona que se autolegisla conforme a la razón práctica pudiera dejar de cumplir sus propias leyes. Sin embargo, el problema es el siguiente: al igual que en la *Crítica de la razón pura*, Kant tuvo que establecer un punto de partida desde donde poder comenzar a desarrollar un conocimiento trascendental partiendo de las formas del espacio y del tiempo y de las categorías, igualmente en la *Crítica de la razón práctica*, Kant parte de la autonomía de la voluntad que considera al hombre como el único legislador, en este caso autolegisla, de sus propias normas que estarán basadas en decisiones racionales. Al analizar el planteamiento kantiano parece que si fuese el propio hombre el que se autolegisla conforme a su autonomía basada en la razón práctica ¿cómo es posible que se pudiera equivocar en sus decisiones morales? Autonomía y libertad coinciden en muchos sentidos pero no son exactamente lo mismo. Para ello es preciso ver que la autonomía está basada en la relación íntima entre libertad y ley. Donde deberíamos comenzar a ver las diferencias en comprender que estamos hablando de leyes morales que son autolegisladadas por el propio hombre. Es en este sentido donde debemos apreciar que no puede existir ley sin libertad ni libertad sin ley. De tal forma podríamos decir que esta relación es tan estrecha que en este sentido ley y libertad equivaldrían a autonomía. Sin embargo, la voluntad finalmente puede elegir en seguir o no esas leyes que ella misma se ha dado porque posee el libre albedrío de seguir o no sus propias leyes morales. Esa fuerte correspondencia entre ley y libertad, como expuse, no nos asegura la moralidad del sujeto, de tal forma que podríamos decir que la voluntad libre lo que implica es autolegislación, pero no nos aboca a su cumplimiento finalmente y este sería precisamente el caso donde libertad y ley se escinden. La libertad como elección supone

que el hombre pueda errar en sus propias leyes. Rousseau expuso también esta posibilidad de cometer errores cuando supo mostrarnos como la voluntad general, que necesariamente siempre será buena, puede no coincidir con la voluntad particular de un hombre.

Finalmente, con respecto a la autonomía, voy a abordar su relación con el que podríamos considerar la otra gran aportación de la ética kantiana: el imperativo categórico. Es preciso reflexionar sobre cómo el imperativo moral tiene que ser necesariamente un imperativo categórico. Kant estudió que todas aquellas éticas materiales que buscaban lograr algún fin, como podría ser la felicidad, no podían considerarse propiamente como verdaderas éticas porque seguían lo que nuestro autor denominaba imperativos hipotéticos, nos ordenaban algún medio para lograr un fin. Pero Kant oponía a este tipo de imperativo el imperativo categórico que nos prescribe algo incondicionalmente como fin, nos ordena un acto que es absolutamente bueno y no en función de otra cosa. Por ello estos imperativos categóricos no pueden hacer referencia a las circunstancias o consecuencias de nuestras acciones, sino que estarán relacionados directamente con la forma de la ley moral, ya que “son posibles los imperativos categóricos, gracias a que la idea de libertad me convierte en un miembro del mundo inteligible; si fuese únicamente tal, todas mis acciones *serían* siempre conformes a la autonomía de la voluntad, mas como quiera que me intuyo al mismo tiempo como miembro del mundo sensible, *deben* ser conformes a dicha autonomía”⁵⁶. Kant propone tres fórmulas de imperativo categórico en su libro *Fundamentación para una metafísica de las costumbres* que corresponderían con las fórmulas de los fines en sí, de la autonomía y de la universalidad. Las tres fórmulas son equivalentes siendo su única diferencia el acento que se pone en cada una de ellas. Pero en las tres encontramos uno de las más preciadas herencias que recogió posteriormente la bioética: la consideración de la humanidad como un fin en sí mismo y nunca como un medio. La humanidad es considerada por Kant como un valor absoluto no negociable bajo ninguna circunstancia o contexto. Esta máxima kantiana nos servirá como guía bioética en cualquiera de nuestras investigaciones clínicas que queramos llevar a cabo y en la asistencia diaria con los pacientes. Toda persona siempre será un fin en sí mismo no pudiéndose intercambiar por ningún objeto; no podrá nunca tasarse ni comprarse porque toda persona tiene un valor intrínseco no negociable bajo ninguna circunstancia: posee una dignidad propia inalienable. Sólo porque las leyes morales emanan de nuestra voluntad libre estamos sometidos a ellas, como ya expuse, por esos son estas formulaciones del imperativo categórico las únicas que pueden convertirse en auténticas leyes morales. Es esta autonomía moral la que nos salva de seguir a otros mandatos utilitaristas o a nuestras propias pasiones. Esta ley moral que manda incondicionalmente es la que nos convierte en autolegisladores que nos hace que no obedezcamos a ningún tipo de soberano extraño ni a ningún dios. Kant reflexiona cómo fue precisamente el habernos dejado guiar por leyes morales que se nos imponían desde fuera, como las religiosas, las que habían hechos fracasar los intentos de construcción de una ética auténtica y, ahora que el hombre se ha convertido en legislador de sus propias leyes morales, ha sido cuando ha comenzado a realizar lo que realmente desea. Por todo lo expuesto la autonomía cobra un papel determinante en la moral kantiana y

⁵⁶ KANT, I., *Fundamentación para una metafísica de las costumbres*, Madrid, Alianza editorial, 2012, p. 178 (las cursivas son del autor).

en la propia bioética posteriormente. El individuo autónomo legisla para todos los hombres y no se somete a intereses particulares ni a los objetos de sus inclinaciones y, por eso, la autonomía se convierte de este modo en lo que podríamos denominar como la condición formal de la universalidad de las leyes morales. Es importante resaltar aquí que ni siquiera algún dios podría arrebatarle esta autonomía a los hombres y convertirlos en un medio para un fin superior. La autonomía se convierte finalmente en el fundamento de la dignidad de las personas ya que cualquier individuo, como ser racional y capaz de autolegislarse, es un fin en sí mismo y posee una dignidad absoluta. El otro, el paciente en las reflexiones bioéticas que finalmente realizaré, siempre debe ser considerado como un fin en sí mismo porque también posee, como ser racional que es, su capacidad de autolegislarse y de ser un ser autónomo, y nunca, bajo ninguna circunstancia, dejar de ser un soberano legislador. El respeto por la dignidad de los otros se convierte finalmente en el gran valor que podemos abstraer de la ética kantiana y que incorporaremos posteriormente en nuestra tesis. No es sólo que somos seres racionales capaces de autolegislarnos sino que finalmente nuestro objetivo es el respeto por el otro, por su dignidad y por su autonomía.

Antes de resumir finalmente lo planteado por Kant, he de comentar brevemente que resulta importante no olvidar que el autor alemán era profundamente religioso y que su filosofía también estaba ciertamente encaminada a seguir demostrando la existencia de dios, como ya otros filósofos previos a él lo hicieron, ya que “el bien supremo sólo es posible en el mundo si se acepta una causa suprema de la naturaleza que tenga una causalidad conforme a la intención moral. Ahora bien, un ente capaz de actos según la representación de leyes es una inteligencia (ente racional), y la causalidad de tal ente ante esta representación de las leyes, una voluntad. Por consiguiente, la causa suprema de la naturaleza, si ha de suponerse para el bien supremo, es un ente que mediante entendimiento y voluntad es la causa (por consiguiente, el autor) de la naturaleza, es decir, Dios”⁵⁷ y, por ello, más allá de que su filosofía fuese encaminada también a este fin *divino*, que parece en principio restar valor a los planteamientos que el autor alemán quiere desarrollar mediante toda su filosofía, sigo considerando como muy positivos, acertados y necesarios los planteamientos kantianos para el desarrollo de la bioética, aunque no coincida precisamente con este empeño supraterráneo de Kant.

Quisiera finalizar este brevísimo, y por ello incompleto, resumen del pensamiento kantiano exponiendo mis dudas sobre lo escrito: he dicho mucho y, a la misma vez, demasiado poco. Hay una condensación de conceptos en estas pocas páginas sobre Kant que quizás sea excesivo pero, debo añadir que he resumido todo lo que me ha sido posible para no cargar excesivamente de contenidos algunos conceptos. Sólo añadiré que para cualquier persona que quiera disfrutar del pensamiento y la reflexión ética del más alto nivel, he de decir que siempre encontrará en Kant un filósofo caro. Cualquier breve tiempo dedicado a Kant es un tiempo provechoso que se disfruta durante años de reflexión. Sin embargo, he de decir que es un autor especialmente incomprendido. En los tiempos actuales donde siempre vamos con prisa a resolver los acuciantes problemas de la asistencia sanitaria el dedicar un tiempo a un autor tan difícil nos cuesta en exceso. Otra de las quejas que podemos escuchar reiteradamente sobre nuestro autor, y por el que precisamente no se le estudia adecuadamente, es que su reflexión ética es poco práctica en el día a día por ser excesivamente teórica e idealista. Sólo puedo decir que

⁵⁷ KANT, I., *Crítica de la razón práctica*, Buenos Aires, Losada, 1977, p. 134.

esta crítica es sobradamente injusta. Kant es un autor sin el que no podemos entender hoy la ética ni la bioética. Personalmente lo considero un autor que hay que comprender correctamente para poder reflexionar sobre la bioética. Nos llenamos la boca hablando sobre la autonomía de los pacientes pero nos negamos a dedicarle el tiempo necesario para poder estudiar adecuadamente este concepto. Sin entender realmente a Kant poco comprenderemos lo que significa en todo su sentido la autonomía y la propia bioética. Kant fue un pensador idealista y teórico pero no por ello deja de ser sumamente práctico y, quizás, su filosofía debe entenderse como un horizonte de reflexión en el que deberíamos movernos más a menudo y no evitarlo a toda costa mediante falsos atajos prácticos que no dejan de ser espejismos morales.

2.1.1.4. JOHN STUART MILL: EL UTILITARISMO.

Si en ocasiones, como ya he comentado, los filósofos anteriormente expuestos son estudiados de una forma incompleta en los propios manuales de bioética, los filósofos encuadrados en los que se denominan como enfoques consecuencialistas de la bioética, en contraposición a los denominados como enfoques deontológicos, son estudiados de una forma más detallada pero más utilitarista precisamente. Los profesionales sanitarios nos acercamos a la bioética intentando encontrar soluciones fáciles a problemas frecuentemente complejos y concretos, a casos con nombres y apellidos, donde estos enfoques consecuencialistas nos parecen, en primera instancia, que nos pueden aportar una solución más acorde precisamente a los casos individuales a los que tenemos que plantear una solución casi inmediata. No solemos tener el tiempo necesario para poder meditar o rumiar un caso durante un largo periodo de tiempo, como realmente se merecería sino que, en ocasiones, habitualmente en menos de un día, hay que tomar una decisión terapéutica de la que todavía nos siguen surgiendo muchas dudas en el mismo momento de llevarla a la práctica asistencial. No debe sorprendernos entonces que muchos profesionales sanitarios se vean atraídos, no sin razón, como he expuesto anteriormente, por acercarse a estos filósofos cuyos planteamientos es posible considerar como más cercanos al quehacer diario. De esta forma, afortunadamente estos pensadores son más conocidos y sus planteamientos más usados habitualmente en la toma de decisiones clínicas. Sin embargo, también he de decir que en muchas ocasiones el conocimiento de su pensamiento es bastante superfluo y, se centra más en aplicar un método de toma de decisiones basado en un enfoque consecuencialista, que en la propia fundamentación de este método y de todos sus matices tan interesantes, que a continuación intentaré exponer, que considero que podrían aportarnos mucho más de lo que habitualmente buscamos en ellos.

Antes de comenzar he de aclarar que el utilitarismo no surge de la nada, como casi todo conocimiento, así como que tampoco debemos plantear el utilitarismo como una doctrina filosófica, sino que más bien deberíamos hablar del utilitarismo como un conjunto de teorías que tienen en común un núcleo de pensamiento que es posible denominar como utilitarista, pero que presentan múltiples matices entre ellas sumamente interesantes. Para resumir y, a forma de introducción de este tema, que ampliaré posteriormente, se podría afirmar que el utilitarismo en una fórmula que quedaría definida como la busca de la mayor felicidad o placer para el mayor número de personas intentando, de esta forma, reducir la infelicidad y el sufrimiento en el mundo.

Aquí he de destacar que nos encontramos con dos elementos centrales y fundamentales: el primero, sería que la felicidad es el bien máspreciado y, el segundo, sería que el interés común se convierte en el principio rector de las acciones de los individuos en la vida social. Como es posible investigar estos dos elementos ya los hemos encontrados expuestos en los filósofos anteriores, por lo que es importante poner de manifiesto, ya que en numerosas ocasiones no se expone de esta forma, que podemos encontrar estos dos importantes elementos no sólo en Aristóteles, Spinoza o Kant, sino en muchos otros filósofos como fueron Sócrates, Platón, Cicerón, Tomás de Aquino, Hobbes, Hume, Condillac, etc., por nombrar sólo alguno de ellos. Por consiguiente, deberíamos hablar de una cierta continuidad de los principios utilitaristas en casi todas las doctrinas filosóficas, aunque fue con el impulso de dos grandes filósofos (Jeremy Bentham y John Stuart Mill) cuando, de alguna forma, se pusieron realmente de manifiesto de una manera más expresa estos planteamientos utilitaristas. Como ya expuse, la felicidad, como bien máspreciado, es un lugar común en la filosofía aristotélica y, aunque Kant no la defiende explícitamente, no parece que su filosofía no persiga en cierta forma realmente algo similar a ella. El problema principal es que las teorías del placer y la felicidad se vieron menoscabadas y malinterpretadas durante siglos por el yugo que impusieron las tradiciones filosóficas más afines a la doctrina cristiana, que malinterpretaban este placer por considerarlo excesivamente humano y carnal. El propio Epicuro lo expone brillantemente en la *Epístola a Meneceo* “Así pues, cuando afirmamos que el gozo es el fin primordial, no nos referimos al gozo de los viciosos y al que se basa en el placer, como creen algunos que desconocen o que no comparten nuestros mismos puntos de vista o que nos interpretan mal, sino al no sufrir en el cuerpo ni estar perturbados en el alma. Pues ni las bebidas ni las juergas continuas ni tampoco los placeres de adolescentes y mujeres ni los del pescado y restantes manjares que presenta una mesa suntuosa es lo que origina una vida gozosa sino un sobrio razonamiento que, por un lado, investiga los motivos de toda elección y rechazo y, por otro, descarta las suposiciones, por culpa de las cuales se apodera de las almas una confusión de muy vastas proporciones. El principio para lograr todo esto y el bien más grande es la sensatez. Por lo cual, bien máspreciado que el mismo amor a la verdad resulta la sensatez, de la que se derivan todas las demás virtudes, porque enseña que no es posible vivir gozosamente sin hacerlo sensata y hermosamente y de forma justa ni tampoco sensata y hermosamente y de forma justa sin hacerlo gozosamente. Pues las virtudes están unidas por principio al hecho de vivir gozosamente, y el hecho de vivir gozosamente es inseparable de ellas”⁵⁸.

Para poder entender realmente el utilitarismo, a continuación voy a exponer algunas cuestiones relacionadas directamente con sus principios, ya que es necesario resaltar ciertos aspectos que han sido expuestos a lo largo de los siglos, que serían los que precisamente nos han mostrado el valor real de esta teoría. Realizar un reduccionismo de la teoría utilitarista es precisamente lo que le resta valor. Exponer y analizar sus matices son necesarios para entender la misma bioética actual, que creo que no sería la misma si desestimamos esta teoría por considerarla sólo orientada a la búsqueda de la felicidad y los placeres. Lo que trataré de exponer a continuación no debería restar valor a esta teoría sino, todo lo contrario, tendría que servir para reflexionar sobre la profundidad de esta teoría y de la utilidad, precisamente, que tiene para los propios

⁵⁸ EPICURO, *Obras completas*, Madrid, Ediciones Cátedra, 2012, pp. 90-91.

profesionales sanitarios en nuestra praxis diaria asistencial. Para ello, lo primero es intentar mostrar que aunque habitualmente analizada en los propios manuales de bioética dentro de los enfoques consecuencialistas de la bioética, en contraposición a los enfoques deontologistas, es preciso observar que no tendríamos que entender estos mismos enfoques como dos polos contrapuestos (o bien eres consecuencialista en tus análisis bioéticos o bien eres deontologista), sino como enfoques complementarios que se necesitan mutuamente en cada caso bioético al que debemos intentar dar la mejor respuesta posible. Por ello, el utilitarismo no es una teoría simple, como puede parecer a primera vista, sino que precisamente resulta ser todo lo contrario, una teoría realmente compleja por todos los matices que analiza. Si consigo exponer acertadamente la teoría utilitarista, al acabar este capítulo deberíamos darnos cuenta que el utilitarismo no viene a sustituir a ninguna teoría deontológica sino a cumplimentarla necesariamente, ayudándonos entre todos los enfoques posibles a resolver los casos prácticos diarios. Didácticamente creo acertado realizar una división entre ambos enfoques pero, ello no nos debe empecinar en aferrarnos a un enfoque en detrimento del otro, sino a entenderlos como necesariamente complementarios. Nuestro objetivo de tomar una decisión bioética en un caso concreto, no debería estar guiado sólo por principios deontológicos o consecuencialistas, sino que deberíamos tener siempre presente que ambas doctrinas son necesarias en la toma prudente de nuestras decisiones sanitarias diarias.

Para contextualizar el enfoque consecuencialista me gustaría proponer un ejemplo que considero que podría ilustrar sobre lo que quiero hablar a continuación. Hoy día estamos inmersos en una crisis que obliga a racionalizar los recursos sanitarios⁵⁹. A la hora de establecer las necesidades reales deberíamos conservar y desarrollar, en la medida de nuestras posibilidades actuales, aquellos que creemos que producirán el mayor beneficio para la mayor cantidad de pacientes, en detrimento de aquellos servicios que sólo serán utilizados por un número ínfimo de la población. Pero, no sólo deberemos valorar la cantidad de personas que utilizarán ese servicio sino también la calidad que damos con esos recursos sanitarios. Vemos que la decisión no será sin duda fácil y, como estamos viendo en la situación actual, hay muchas variables que hay que tener en cuenta. Las teorías utilitaristas nos pueden ayudar a tomar estas decisiones tan complicadas e importantes valorando nuestro entorno social y sus necesidades. Los

⁵⁹ Esta racionalización de los recursos sanitarios obliga en ocasiones a los profesionales sanitarios a realizar una asistencia sanitaria inadecuada o sumamente deficiente teniendo, en ocasiones, que renunciar a su plaza de trabajo por el conflicto ético interno al que se tiene que enfrentar al no poder asistir correctamente a sus pacientes. Sirva como ejemplo esta carta de un pediatra que renuncia a su plaza por no poder trabajar con un mínimo de calidad con sus pacientes: <http://www.insurgente.org/index.php/mas-noticias/salud/item/10757-carta-de-un-pediatra-que-renuncia-a-su-plaza-por-no-poder-trabajar-con-un-minimo-de-calidad-con-sus-pacientes>, (consultado el 7 de diciembre de 2015).

cálculos de costos y beneficios⁶⁰ se harán intentando maximizar el bienestar para el mayor número de pacientes, sin ningún tipo de discriminación a alguna minoría (como está ocurriendo en la actualidad desafortunadamente). En el fondo, muchas de estas decisiones están relacionadas con las denominadas como políticas de salud y, de esta forma, volvemos a ver cómo existe una relación entre el principio bioético de justicia y las políticas sanitarias que se deciden por los diferentes Estados. Cuando analicemos el desarrollo de la biopolítica volveremos a este punto tan sumamente importante que nos viene influyendo decisivamente y que quizás, había permanecido casi invisible o, al menos, no tan evidente hasta esta época de crisis actual.

A la hora de recorrer esta sucinta exposición del utilitarismo voy a proponer un guion de trabajo desde una perspectiva lo más amplia posible. Por ello, no sólo me propongo hablar de Jeremy Bentham o John Stuart Mill, sino que intentaré llegar hasta nuestros días con pensadores tan importantes como Peter Singer y Will Kymlicka. De esta forma quisiera resaltar que el utilitarismo sigue hoy más vivo, quizás que nunca, con nuevos matices que complementan una doctrina sumamente interesante e imprescindible en la bioética y en la biopolítica, que influyen determinantemente en los planteamientos asistenciales sanitarios diarios y conforman su misma concepción.

Voy a comenzar exponiendo que el principal objetivo de Jeremy Bentham, que podemos considerar como el padre del pensamiento utilitarista, en el desarrollo de su pensamiento no era la creación de una doctrina ética utilitarista, sino que nuestro autor elabora su filosofía motivado por la realización de las necesarias reformas sociales y políticas que debían desarrollarse en su época para poner fin a las grandes desigualdades que existían en aquellos años. Su conocido libro *An Introduction to the Principal of Morals and Legislation* de 1780, trataba de proponer precisamente una renovación legislativa que alcanzara a un necesario cambio social. La definición de ciertos criterios morales básicos servirían como guía que justificaría finalmente la revisión de las leyes de su época y la creación de nuevas leyes más justas para todos. De tal forma que toda ley debe estar motivada y justificada por la búsqueda de la mayor felicidad para el mayor número posible de personas. Se trataba entonces, de atacar a aquellos que mantenían unos privilegios injustos, como podían ser la nobleza y el clero, a costa de la mayoría, como podían ser los campesinos, obreros, jornaleros, artesanos,... Realmente,

⁶⁰ Es importante el siguiente ejemplo que muestro, que indica cómo la filosofía utilitarista, lejos de parecer un planteamiento puramente teórico tiene actualmente unas implicaciones claras en la asistencia sanitaria diaria. Actualmente en el entorno sanitario, y más especialmente en el hospitalario, tratamos de definir los episodios de enfermedad que se tratan y el conjunto de todos y cada uno de ellos, lo que se denomina como el case mix (mezcla o conjunto de casos). Para ello, en los hospitales la tendencia actual es la medición de los productos finales (como si de una fábrica habláramos con lo que ello implica de entender a los hospitales como fábricas y a los pacientes como cosas, cosificándolos) por los procesos asistenciales que han sido tratados los pacientes durante el mismo, para ser codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), siendo la actual la eCIE-10-MC-ES (Edición electrónica de la CIE, décima edición, modificación clínica, edición española) y, posteriormente agrupados mediante los grupos relacionados con el diagnóstico (GDR). Claramente la ventaja de usar el concepto de case mix como método y expresión de medida del producto hospitalario consigue una valoración de cómo está funcionando un hospital y de sus diferentes servicios en términos de efectividad sobre productos finales, a la vez que es posible asimismo determinar el coste por cada proceso asistencial, que nos habla de la eficiencia de esa asistencia hospitalaria, con los diferentes análisis de las posibles desviaciones presupuestarias y de las series históricas del mismo hospital o de otro hospital de referencia.

sería más preciso considerar el utilitarismo como un movimiento filosófico y político, que nació como una crítica a la aristocracia y a la sociedad inglesa, postulando un replanteamiento íntegro de su sociedad. Los privilegios de unos pocos, las autoridades y las costumbres que durante siglos habían oprimido al pueblo inglés, deberían de ser cuestionadas a la luz de sus consecuencias buscando el bienestar de la humanidad. El utilitarismo se convirtió en un arma muy poderosa y valiosa en aquella época contra las desigualdades sociales, los prejuicios y la superstición, tanto como un arma revolucionaria. Pero, Bentham no fue un filósofo puramente teórico aislado del mundo sino, todo lo contrario, viajó infatigablemente colaborando en la redacción de numerosos códigos y constituciones de los nuevos estados independientes que se estaban creando en aquella época, especialmente en Hispanoamérica, incluso participó activamente en la redacción de nuestra primera Constitución española del año 1812 y del futuro código civil. En el artículo decimotercero de dicha Constitución, capítulo tercero, del gobierno, podemos leer la siguiente referencia “el objeto del Gobierno es la felicidad de la nación, puesto que el fin de toda sociedad política no es otro que el bienestar de los individuos que la componen”⁶¹, que claramente muestra la influencia de Bentham. Sin duda, sus ideas acompañaron a nuestro filósofo durante toda su vida en una lucha política que desplegaba su ideario utilitarista y democrático-radical allí donde podía colaborar activamente en los cambios políticos y sociales que se estaban produciendo por doquier. No era, por ello, un filósofo motivado por la creación de una nueva teoría ética como pura disciplina filosófica, sino que su motivación era realizar los cambios políticos y sociales necesarios, reales y prácticos, para el bienestar de todos los individuos que componen la sociedad y no sólo para unos pocos, como ocurría precisamente en aquella época.

Bentham entró en contacto con James Mill, padre de John Stuart Mill, en 1808 trabando una amistad que perduró hasta su muerte y que permitió que se conocieran los dos grandes pensadores que se están exponiendo. John Stuart tuvo la capacidad de asimilar las enseñanzas de Bentham y de introducir nuevos elementos innovadores y necesarios en la misma teoría utilitarista. En cierta forma supone, más que una crítica radical a las ideas de Bentham, una reflexión más profunda y evolucionada de los postulados de éste. En la obra fundamental de J. S. Mill *Utilitarianism* propone una visión mucho más amplia y desarrollada del utilitarismo que la que nos propuso Bentham. John Stuart amplía la visión que tenía el primero sobre los placeres, incluyendo en ellos el goce intelectual y estético, la excelencia y el autorespeto. Y en su clásica obra *On Liberty* nos presenta una apología de los derechos individuales y de la libertad, pero advirtiéndonos de los peligros que puede suponer un democratismo radical, como proponía Bentham, ya que pueden verse menoscabados los derechos de los grupos minoritarios, como podría ser perpetuar la marginación e invisibilidad de la mujer en aquella época y, por ello, defendió el derecho al voto de la mujer. Estos matices que aporta John Stuart al utilitarismo de Bentham supusieron una ampliación y una mejora de la teoría expuesta por éste, mejoras que fueron decisivas para que esta teoría cobrase el valor que hoy tiene y que podemos ver reflejadas en muchas ocasiones en los planteamientos bioéticos actuales, ya que la dotó de un corpus de conocimientos que nos ha servido a la hora de tomar decisiones diarias a cuestiones bioéticas candentes y, que considero, que son fundamentales para entender la misma bioética en nuestros

⁶¹ *Constitución Política de la Monarquía Española*, Cádiz, Imprenta Real, 1812, p. 6.

días. De esta forma, tanto Bentham como Mill, como precursores del utilitarismo sería posible caracterizarlos, si esto fuese posible, como pensadores continuadores de la tradición empirista, filósofos que defendieron a ultranza la democracia y el progresismo y, curiosamente, pensadores sumamente optimistas. Continuaron la tradición filosófica empirista ya que creían que la experiencia y la observación determinaban lo que podemos llegar a considerar como bueno. Defendieron la democracia y el progresismo contra el statu quo imperante en aquella época, cuestionándolo en todo momento, ya que pensaban que la política debería orientarse siempre hacia el bienestar de la mayoría, aplicándolo no sólo teóricamente sino en leyes prácticas que apoyasen a las clases desfavorecidas y a las minorías (entre ellas a las mujeres), forzando y realizando los cambios necesarios en el sistema penal de su época. Pero, también defendieron que “la única libertad que merece este nombre es la de buscar nuestro propio bien a nuestra propia manera, en tanto que no intentamos privar de sus bienes a otros o frenar sus esfuerzos para obtenerla. Cada cual es el mejor guardián de su propia salud, sea física, mental o espiritual. La especie humana ganará más en dejar a cada uno que viva como le guste más, que no en obligarle a vivir como guste al resto de sus semejantes”⁶², donde abogan por un sociedad que respete escrupulosamente sus propias libertades civiles para que, de esta forma, realmente pueda ser considerada como moral. Y, finalmente, podemos considerarlos como optimistas ya que creían que mediante el conocimiento y la ciencia se mejoraría toda la humanidad, y que con el empeño y el esfuerzo humano podríamos eliminar muchas de las fuentes de nuestro sufrimiento.

Detengámonos un momento necesario para analizar lo que podríamos entender por el criterio de elección moral que utilizan los utilitaristas: el principio de utilidad o el principio de mayor felicidad, faro o guía de nuestras propias decisiones en muchas ocasiones, y no sólo en la bioética. Tanto en Bentham como en Mill, y en los utilitarismos posteriores, es posible encontrar diversas reformulaciones de este principio, como veremos más detenidamente a continuación, pero quisiera en este momento destacar dos matices importantes al respecto. Por un lado, es posible interpretarlo como que la mejor alternativa moral sería aquella que fuese capaz de producir la mayor utilidad, definiendo ésta en términos de felicidad o placer y, de esta forma, Bentham concebía la utilidad como la propiedad de cualquier objeto dado de producir ventaja, placer, beneficio o felicidad y, precisamente, no deberíamos olvidar esta característica tan importante ya que en numerosas ocasiones se han interpretado los términos utilidad y útil de una forma excesivamente práctica, olvidando estos matices tan determinantes, rebajando la teoría utilitarista a una especie de teoría ética interesada, ventajosa y egoísta (excesivamente alejada de los postulados reales de los filósofos expuestos); y, por otro lado, resulta interesante exponer en este punto la diferencia que hacía Mill entre los concepto de felicidad y estar contento, ya que la primera correspondería más claramente a las facultades más elevadas de todos los seres humanos y tiene relación directa con la propia dignidad de éste y, la segunda, el estar contento tendría relación con la satisfacción de nuestras necesidades más básicas, elementales o primarias. Asimismo, es posible interpretar el principio de utilidad como que la mejor alternativa moral, que sería aquella que produce la mayor cantidad de felicidad para el mayor número posible de personas, maximizándolo y extendiéndolo todo lo que nos sea factible en un determinado momento, para que los placeres fuesen

⁶² MILL, J. S., *Sobre la libertad*, Barcelona, Orbis, 1985, p. 41.

disfrutados por toda la humanidad, si es posible y, en el caso de que esto no fuera factible, como suele ocurrir desgraciadamente, por el mayor número posible de personas, siendo los placeres los más gratificantes que podamos lograr, que sean fecundos, duraderos y exentos de cualquier tipo de dolor, intentando en todo momento respetar también a todas las minorías.

Es relevante destacar que el utilitarismo es considerada como una teoría ética consecuencialista, como ya expuse, donde la adecuación o corrección moral de las acciones se valorarán por sus consecuencias y no por sus características intrínsecas, como destaque en las deontologistas. Los consecuencialistas valorarán entonces las acciones a tomar teniendo siempre presente las posibles consecuencias que se deriven de ellas. Es necesario resaltar que finalmente se preocupa por el bienestar de todas las personas, en contraposición a la opinión erróneamente fundamentada de ser una teoría egoísta que promovería la mayor utilidad para el propio sujeto que valora la acción y sus posibles consecuencias. Por eso, es necesario a la hora de tomar una decisión el priorizar la felicidad o el bienestar del mayor número de personas y cada uno de nosotros sólo contamos como uno más, ya que debemos considerar todas las partes implicadas, teniendo en cuenta las consecuencias tanto a corto como a largo plazo. Pero, frente a todo lo expuesto anteriormente de una forma tan general, es preciso ahora comenzar a hablar de los matices diferentes que podemos encontrar en las diversas versiones del utilitarismo y que podrían resumirse en cuatro principalmente, como expondré a continuación. Las fuertes críticas internas y externas es lo que han llevado a lo largo de los siglos a replanteamientos tan importantes dentro de esta doctrina que, incluso, podríamos decir que se ha llegado casi a reformular completamente. De las versiones que voy a exponer, sería necesario llegar a reconocer que podemos encontrar en ellas unas estimulantes modificaciones y una complejidad que van en aumento, ya que expondré cómo son sumamente interesantes hasta llegar a influenciar decisivamente la propuesta de Beauchamp y Childress en la bioética general actual, que comentaré en el siguiente epígrafe.

Siguiendo al filósofo canadiense Will Kymlicka y analizando las reformulaciones del concepto de utilidad, es posible enmarcar la evolución del utilitarismo en cuatro versiones principalmente. La primera, podríamos denominarla como el hedonismo del bienestar, donde en su primera formulación sostiene que la experiencia o la sensación de placer es el principal bien de la persona. Era la posición que sostenían, con matices diferentes, Bentham y Mill, ya que al considerar la utilidad en términos de felicidad o placer eran considerados hedonistas. Sin embargo, entre ellos existían discrepancias ya que el segundo reflexionaba precisamente sobre la existencia de una gran diferencia entre los que él denominaba placeres intelectuales y placeres sensuales, introduciendo elementos cualitativos para su evaluación, hablando de esta forma de calidad de los placeres, ya que Mill pensaba que sería mejor ser un Sócrates insatisfecho que un cerdo satisfecho. Sin embargo, Bentham mostraba precisamente una falta de diferenciación entre los placeres a semejanza de Mill, ya que Bentham pensaba que sería tan bueno jugar sólo con alfileres como la poesía si ambas podían proporcionar la misma duración e intensidad de placer. La segunda, podríamos identificarla como la utilidad no hedonista de los estados mentales, donde se rechaza que bastase con un único estado mental, como la felicidad, para maximizar la utilidad ya que podemos encontrar muchas experiencias valiosas y que deberíamos ampliar de esta forma también los posibles estados mentales valiosos. Es importante resaltar que en las dos primeras versiones el

concepto de utilidad debe ser considerado agente neutral, lo que significaría que no debe variar de persona a persona. Sin embargo, en las dos siguientes versiones, la tercera y la cuarta, más actuales, que voy a exponer ya no hay posibilidad de ser agentes neutrales, en contraposición a lo planteado anteriormente. De esta forma, la tercera, podríamos denominarla como la satisfacción de preferencias y explicaría la utilidad en términos de satisfacción de preferencias precisamente, siendo las preferencias individuales las que van a determinar finalmente la utilidad. Esta propuesta se basa principalmente en que la elección de los valores personales estaría profundamente determinada por las experiencias y deseos de cada individuo. La crítica que podríamos realizar a esta propuesta estaría precisamente en cómo rechazar preferencias no equitativas o moralmente inaceptables, como el deseo de discriminación o la negación de derechos fundamentales a otras personas. En muchas ocasiones estas preferencias inadecuadas van a venir determinadas por no tener la información adecuada o por errores de cálculo entre las ventajas e inconvenientes de nuestra decisión. En numerosas ocasiones, nuestras preferencias subjetivas pueden que no establezcan lo que es bueno objetivamente para nosotros y, precisamente, para subsanar este posible error se desarrolló la última versión. La cuarta, que podríamos denominarla como la de las preferencias informadas, que plantea mejorar nuestras decisiones y hacerlas más acertadas definiendo el bienestar como la satisfacción de las preferencias informadas o racionales.

Con todo lo expuesto, podríamos llegar a la conclusión de que el utilitarismo, como teoría moral, podría justificar cualquier tipo de conducta y decisión moral basándose en el hecho de obtener las mejores consecuencias o resultados que los que tendríamos con otras acciones posibles. Romper las promesas, mentir, robar e incluso matar podría llegar a justificarse en la medida en que consiguieran maximizar la felicidad en una determinada situación, ya que en cierto modo el fin podría llegar a justificar los medios. Ésta es una crítica habitual que se le ha venido realizando al utilitarismo desde sus comienzos y, que la propia teoría ha venido a subsanar realizando una interesante distinción entre lo que se conoce como utilitarismo del acto y utilitarismo de la regla. De esta forma, más allá de los planteamientos necesarios que distinguían entre utilitarismo cuantitativo y cualitativo, podemos observar que hemos conseguido dar un avance importante en los planteamientos utilitaristas. Yo diría que este avance es sumamente interesante, ya que como expondré es el puente necesario entre las teorías éticas consecuencialistas y las deontológicas. En ocasiones, este puente es visto por planteamientos extremos como una debilidad, una concesión a las éticas deontológicas pero, sinceramente, creo que no seríamos justos si no analizamos y valoramos en toda su valiosa medida esta propuesta tan importante del utilitarismo. Realmente el utilitarismo del acto y el utilitarismo de la regla coinciden en que ambos buscan producir el mayor placer para el mayor número pero, se diferencian principalmente en cómo debemos valorar las consecuencias. En el utilitarismo del acto es necesario ponderar las consecuencias de cada acción, de cada acto, en un momento dado separadamente. De esta forma, la bondad de ese acto, o la maldad, estará determinado por las consecuencias concretas y directas que se derivarían de esa acción. Sin embargo, para el utilitarismo de la regla lo que habría que valorar serán las consecuencias de nuestra acción considerándola como si se convirtiese en una práctica general. De esta forma, la bondad de esa acción, o la maldad, estará determinada por las consecuencias que tendría si se convierte en una regla de conducta general. Por lo tanto, las conductas

serán valoradas dentro de un sistema de convivencia de las personas, donde es necesario que existan reglas o normas que se orienten a la felicidad general de todos. Si hacemos referencia ahora al principio de utilidad, en el utilitarismo del acto un comportamiento es bueno si las consecuencias que se siguen de implementarla son útiles y, en el utilitarismo de la regla, una conducta es buena si ese comportamiento está incluido en una regla o pauta general.

Hemos de ponderar adecuadamente las diferencias entre el utilitarismo del acto y el utilitarismo de la regla. Si consideramos el utilitarismo de la regla como un absoluto, como así lo interpretan algunos de sus más feroces críticos, éste no deja de ser una especie de versión disfrazada de las éticas deontológicas, donde existe claramente una especie de gusto y culto por las reglas, principios o máximas, tan rígidas en sí mismas que son poco o, en ocasiones, casi imposibles de aplicar en nuestro quehacer diario asistencial. El considerar estas reglas como máximas irrenunciables nos aboga a una tiranía de las reglas que, en muchas ocasiones, pueden producir más daños que beneficios, felicidad o placer para aquellas personas implicadas en estas decisiones. Por ello, ponernos a discernir cuál es la mejor forma de utilitarismo no tiene en sí mismo sentido, sino que deberíamos pensar, quizás, en una postura intermedia, ponderada de ambos utilitarismos, como el propio Mill postulaba, que ha sido actualizada por el utilitarismo ampliado de Martín Diego Farrell, que expone y reconoce el valor de ciertos derechos (como la libertad, la vida y la propiedad) pero, mantiene que no son absolutos, sino desplazables valorando sus consecuencias y efectos según la situación donde nos encontremos ponderando su utilidad. De tal forma llega a reconocer que si existiera una alternativa posible que nos permitiera que algunos de los derechos nombrados, no entendidos de forma absoluta, podría ser respetado a costa de la merma de cierto grado de utilidad sería posible dejar que prevaleciera en ese caso concreto. En ocasiones, para evitar consecuencias desastrosas, ya que podría no existir otra alternativa disponible real, debemos anteponer el cálculo utilitarista aunque violásemos parcial o totalmente esos derechos. Un ejemplo paradigmático de este hecho, sobre el valor absoluto de la propiedad, podemos verlo expuesto claramente cuando las grandes compañías farmacéuticas han querido imponer su derecho sobre las patentes de los fármacos para tratar el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), imponiendo sus derechos comerciales de propiedad sobre la pandemia humana sin precedentes que está produciendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en los países del tercer mundo. Finalmente, aunque no está completamente cerrado este tema, y debido a una gran presión internacional, se ha permitido a los gobiernos de Brasil y Sudáfrica la fabricación y distribución de medicamentos genéricos, muchos más baratos que los de las grandes empresas farmacéuticas, a su población. De esta forma, un derecho, el de la propiedad, que parece absoluto en sí mismo, es violado de una forma claramente utilitarista ya que ha prevalecido el derecho a la vida sobre el de la propiedad en este caso concreto.

Queda todavía aportar finalmente un matiz determinante en el planteamiento utilitarista que es sumamente importante en el ámbito sanitario, especialmente cuando tenemos que tomar las decisiones con pacientes que se encuentran en situación clínica de coma (como en una unidad de cuidados intensivos) o en estado vegetativo: el

concepto de calidad de vida⁶³. Cuando resulta necesario hablar de sentimientos relacionados con el placer o la felicidad que supone nuestra propia vida, siempre nos enfrentamos con una cuestión que considero que es vital: las preferencias personales de cada individuo en concreto, que pueden incluso cambiar a lo largo de su propia vida. De esta forma, tenemos que enfrentarnos y valorar la satisfacción de las preferencias para ponderar adecuadamente el valor intrínseco de la felicidad, desde donde podamos valorar las acciones y comportamientos de los individuos. Para ello, en estas situaciones difíciles anteriormente citadas, resulta sumamente valioso el utilitarismo de la preferencia que aboga por que la mejor acción es aquella que satisface la mayoría de las preferencias de la gente, como sostiene Richard Mervyn Hare. Sin embargo, es precisamente en este punto donde podemos comenzar a vislumbrar el problema al que nos vamos a afrentar a continuación: ¿cómo valorar o ponderar ciertamente estas preferencias personales? El problema que se ha planteado desde el comienzo es intentar alcanzar por parte de cada uno de nosotros una especie de preferencia cualificada. Pero, esta solución se debe enfrentar precisamente a uno de los grandes males de nuestra época, ya que hoy día nos encontramos que los propios medios de comunicación actuales, más que informan, quizás desinforman o incluso pueden llegar a manipular a la sociedad. Por ello, sería necesario reflexionar precisamente sobre la relación que existe entre los medios de comunicación y el discurso moral ya que “los medios de comunicación provocan sentimientos de adhesión o repulsa ante determinados sucesos, con ello contribuyen de forma poderosa a reproducir la sensibilidad moral. Pero no pueden elaborar, por sí mismos, valores ni códigos morales. Tampoco pueden conseguir que la responsabilidad y el compromiso moral sean mayores, si bien pueden realizar contribuciones en tal sentido, en la medida en que posibiliten un aumento de la intensidad de las interacciones colectivas”⁶⁴ y, con este panorama será complicado tener preferencias cualificadas personales y realistas. Pero ello no invalida esta propuesta que me parece tan interesante, ya que en cierta manera nos libra también del paternalismo sanitario al que nos habíamos enfrentado en numerosas ocasiones, y que hoy todavía podemos encontrar lamentablemente. Al reconocer a los individuos sus preferencias, intentando que las pondere adecuadamente, le estamos reconociendo también el valor de su autonomía para poder tomar sus propias decisiones, tan vitales y necesarias como en los casos extremos con los que nos encontramos los profesionales sanitarios. De esta forma, nos libramos del concepto de felicidad que nos intentan imponer otros porque se creen más cualificados que nosotros y nos obligaban a ser felices como ellos consideraban más sabio.

Es hora de acabar esta brevísima aproximación al utilitarismo. Me gustaría destacar finalmente alguna de las características por las que considero que el utilitarismo es una teoría ética indispensable. Me gustaría resaltar tres características que aportan un valor desde la ética utilitarista que creo personalmente que la definen y aporta un peso esencial en la bioética: el ser una ética de la felicidad, el ser una ética universalista y el

⁶³ El concepto de calidad de vida es subjetivo y cambiante a lo largo de nuestra vida. No podemos medirlo de forma objetiva y definitiva, pero considero que es un concepto determinante a la hora de elegir muchas de las decisiones personales que en el ámbito sanitario toman diariamente los pacientes desde su propia autonomía.

⁶⁴ RODRÍGUEZ BORGES, F. y FERNÁNDEZ AGIS, D., *Comunicación mediática y espacio público*, Tenerife, Servicios de publicaciones ULL, 2008, p. 133.

ser una ética consecuencialista. No deberíamos perder nunca de vista la primera de estas características: el utilitarismo como una ética de la felicidad ya que creo que en numerosas ocasiones se malinterpreta o se olvida intencionadamente. Siguiendo la tradición de Aristóteles de construir una teoría moral basada en la felicidad, el utilitarismo continúa con este pensamiento fundamental en mi opinión. Por ello, para los utilitaristas no sería suficiente con decir que tenemos que hacer aquello que presentase las mejores consecuencias o resultados, ya que no nos estaría realmente indicando qué tipo de efectos son los buenos moralmente, sino que nunca deberíamos olvidar que los resultados se valorarán según la felicidad o el placer que se consigan con ellos. Los utilitaristas consideraban la felicidad como el único bien intrínseco, bueno *per se*, y los demás (el dinero, la cultura, la fama,...) sólo lo serán en la medida en que contribuyen a lograr el objetivo final de la felicidad. En el utilitarismo encontraremos un cálculo de los placeres valorando cuántos serían los afectados, tanto positiva como negativamente, con respecto a la decisión tomada, así como las cualidades de este placer (duración, proximidad, posibilidad, certeza, fecundidad,...), realizando una valoración total (tanto cuantitativa como cualitativa, como expuse anteriormente) para decantarnos por la acción que tendría la mayor cantidad global de utilidad y, por ello, de felicidad. Me parece en este punto importante e interesante recordar como Bentham, mediante esta aritmética de la maximización del placer y minimización del dolor, consigue incluir en la esfera de lo moral no sólo a los seres humanos (realizando una profunda defensa en contra de la esclavitud) sino que incluye a todos los seres vivientes (Peter Singer ha continuado reflexionando hoy día sobre esta cuestión⁶⁵ y es actualmente uno de los mayores defensores de esta ética tan necesaria de los derechos de los animales desde un utilitarismo de la preferencia); ya que su objetivo era conseguir precisamente que lográsemos hacer del mundo un lugar mejor. Este cálculo de sumas y restas de utilidades, de placeres, esconde también finalmente una especie de traje con el que presentar al utilitarismo desde una perspectiva más científica (más lógica y matemática en este caso). Por ello también creo que el utilitarismo ha triunfado en la bioética actual, ya que es la teoría ética que es más acorde podríamos decir, al modelo científico-matemático, y al mismo modelo de razonamiento clínico de sumas y restas, de ventajas e inconvenientes, que todos los días realizamos los profesionales sanitarios. La siguiente característica, ser una ética universalista, es quizás, hoy día, la más interesante y necesaria de las tres. Y, quizás, la peor interpretada de ellas, ya que en numerosas ocasiones se le ha reprochado precisamente al utilitarismo el ser una teoría moral sumamente egoísta. Sin embargo, el utilitarismo propone todo lo contrario, ya que el principio de utilidad proclamaba que lo importante no es la felicidad de un individuo o grupo, sino la de todos los afectados por las decisiones. No es en este sentido ni egoísta ni altruista, sino que considera que la búsqueda de la felicidad de uno mismo es aceptable en el mismo modo en que se busca la felicidad de todos. Finalmente, al intentar abarcar todas las posturas posibles, la propia y las ajenas, la exigencia del utilitarismo es, quizás, excesiva en su planteamiento, casi inhumana, ya que el

⁶⁵ Considero relevante recordar que Van Rensselaer Potter cuando propone el neologismo bioética, no sólo hacía referencia a cuestiones relacionadas con la investigación sanitaria o la asistencia de los profesionales sanitarios, sino que proponía una visión amplia de la bioética donde tenía cabida cuestiones ecológicas y de defensa de los animales (en la misma línea de pensamiento que el filósofo australiano Peter Singer).

utilitarismo obliga a ser imparcial, desinteresado y benevolente, donde los sacrificios podrían llegar a ser buenos, pero no por sí mismos, sino sólo en la medida en la que tiendan a incrementar la suma total de la felicidad, de otra forma deben ser considerados como inútiles (coincidiendo en este sentido con el epicureísmo que sólo admitía aquello que produce dolor cuando ello pueda promover un mayor placer global). De la tercera característica, la de ser una ética consecuencialista, he hablado ya anteriormente pero sólo me gustaría añadir un aspecto importante que nos involucra principalmente a los sanitarios: no sólo hay que valorar nuestras acciones sino también nuestras omisiones, ya que en muchas situaciones podemos tender a no hacer o de dejar de hacer ciertos tratamientos y cuidados que técnicamente se podrían realizar. Nuestros principios bioéticos de no maleficencia y de beneficencia, *primum non nocere* (nunca provocar un daño o perjuicio a los pacientes) y aportar todos los beneficios que podamos en nuestras acciones, maximizando el bienestar y evitando todo lo que nos sea posible el dolor (paliándolo siempre que sea posible), nos hace enfrentarnos a situaciones sanitarias donde la ética utilitarista, donde valoramos los resultados, consecuencias y efectos, resulta ser sumamente útil en el quehacer diario. Concretamente cuando aplicamos el principio de doble efecto en muchas situaciones, nos encontramos precisamente esta importante distinción, yo diría crucial en demasiadas situaciones, entre nuestras intenciones y las previsiones de nuestras acciones. Las éticas consecuencialistas no estarían de acuerdo con la distinción entre previsiones e intenciones (decisivas, sin embargo, en las éticas deontológicas), ya que de esta forma, parece que no tuviésemos ninguna responsabilidad sobre nuestras acciones, al no valorar las consecuencias finales de nuestras acciones. Sin embargo, para las éticas deontológicas no es lo mismo provocar la muerte intencionadamente de un paciente que sufre un padecimiento inhumano, con sedantes o analgésicos, que proporcionales éstos aún a sabiendas de que como doble efecto le provocará la muerte del paciente (la intención sería acabar con el sufrimiento del paciente y como doble efecto, como consecuencia, de mitigar éste se produce la muerte del paciente, pero sin ser la intención primera del tratamiento suministrado). Por todo ello las éticas consecuencialistas sí insisten precisamente en el necesario compromiso entre nuestros principios y nuestras acciones, aunque el cálculo entre nuestras acciones posibles no siempre sea fácil, sino más bien, todo lo contrario, pero ello no nos debe impedir intentar tomar siempre la mejor decisión posible. En muchas ocasiones, éste cálculo incesante, casi infinito (sobre todo si valoramos no sólo la cantidad de felicidad o placer, sino la calidad y las preferencias de los pacientes), nos puede casi paralizar a la hora de tomar una decisión clínica, que en la mayoría de los casos son irreversibles.

Por todo ello, más allá de este cálculo infinito, tenemos que tener en cuenta otras consideraciones tan importantes como serían cómo determinar los efectos o consecuencias de nuestras acciones a medio y largo plazo (el efecto mariposa de nuestras decisiones siempre debe ser considerado), añadiéndoles precisamente aquellas consecuencias imprevistas, difíciles de considerar en un primer análisis. Pero, ninguna teoría moral es fácil de aplicar (precisamente el problema siempre es cómo pasar de la teoría a la práctica en estas teorías morales, que es la pregunta de nuestra tesis) y, tener en cuenta todas estas consideraciones, en la medida real de nuestras posibilidades, nos habilitará para poder tomar siempre la mejor decisión posible en los momentos donde entran en conflicto situaciones problemáticas con respecto a juicios morales que parecen insolubles. Y, dentro de este cálculo, debemos tener en consideración lo que se ha

venido a considerar el argumento de la pendiente resbaladiza (como en la eutanasia, que podríamos comenzar a justificar algunos casos en aras de evitar el sufrimiento del paciente, la mala calidad de vida de éste y acabar realizando la eutanasia por motivos económicos o sociales), donde las excepciones que justifiquemos deben, como postulaba el propio Mill, ser las mínimas posibles pero sin caer en lo que se podría considerar un culto excesivo a las reglas, principios o derechos. No deberemos tampoco olvidar que la felicidad tiene finalmente un carácter que podríamos denominar empírico y, por ello contingente, ya que suele venir determinada por las esperanzas, los anhelos, los deseos y las necesidades de los individuos, sin olvidar que no debemos caer en la falacia naturalista de derivar lo que debe ser de lo que es, el salto de los simples hechos a las prescripciones universales siempre es erróneo, y teniendo en consideración la realidad de nuestro mundo actual, tomarlas como único criterio para evaluar las consecuencias de nuestras decisiones.

Para finalizar, e intentando mostrando la validez de los planteamientos utilitaristas, quisiera exponer un ejemplo al que todos los días nos debemos enfrentar los profesionales sanitarios: la información a los pacientes. No creo que todavía le demos suficiente importancia a la comunicación como parte de la terapia de los pacientes en su justa medida. Nos hemos visto deslumbrado en las últimas décadas por aquellas herramientas, como los monitores de constantes vitales, que en ocasiones pueden incluso crear una barrera tecnológica entre los pacientes y los profesionales sanitarios. Dentro de este problema de la comunicación, todos los días debemos informar a los pacientes sobre sus cuidados y tratamientos posibles, incluyendo el consentimiento informado en ellos, y, siempre nos surge la duda sobre la cantidad de información que debe recibir el paciente en cada momento. La situación de cada uno de los pacientes es única, por ello la cantidad y calidad de la información deberá ser siempre individualizada. Pero, siempre dudaremos de si deberíamos darle toda la información, decirle toda la verdad en todos los momentos posibles (sobre todo en aquellos pacientes que están pasando por un momento difícil tanto psicológico como emocionalmente). En esta situación la diferencia entre el utilitarismo de la regla y del acto nos puede ayudar en la toma de la complicada decisión. Si bien el utilitarismo de la regla nos indicaría que debemos informar al paciente completamente, siendo una regla muy útil y necesaria en la conducta sanitaria (la relación paciente-sanitario debe basarse en la verdad y en la confianza entre ambos), el utilitarismo del acto abogaría por valorar la situación concretamente e informar en la medida de las posibilidades reales y únicas de cada situación. Una postura equilibrada, como defendía Mill, en estos casos nos puede ayudar a valorar la situación acertadamente e informar precisamente al paciente cómo se merece.

Una vez visto de una manera resumida lo que el utilitarismo es capaz de aportar como teoría ética, me gustaría retomar alguno de los hilos de la tesis y comentarlos aplicándolos concretamente en esta teoría. El primero que me gustaría retomar es que el utilitarismo nace y se desarrolla como una solución política y social a los graves problemas e injusticias de la sociedad británica y, posteriormente, fue implementada como teoría ética. Vemos de nuevo que la política no es un añadido a una teoría ética sino que fue el germen desde donde nace la propia teoría ética, intentando responder a los graves problemas políticos de su tiempo. Ética y política se vuelven a fundir y necesitan nuevamente, no sólo cómo teorías o postulados separados, sino como un todo indisoluble que marca precisamente el gran valor que tiene esta teoría ética. Finalmente,

me gustaría destacar también dentro de esta teoría la importancia que tiene la búsqueda de la felicidad como objetivo final de nuestras acciones éticas. Más allá de intentar lograr o alcanzar esa decisión calculada sobre los hechos de cada caso concreto y sus posibles consecuencias, no debemos olvidar que el utilitarismo busca siempre la mayor felicidad posible para el mayor número de personas, intentando no excluir a las minorías. La *εὐδαιμον* de Aristóteles está de vuelta más dos mil años después, quizás, en el fondo, nunca se marchó.

2.1.1.5. T. BEAUCHAMP Y J. CHILDRESS: EL PRINCIPIALISMO.

Muy a mi pesar he concluido la parte de argumentación propiamente filosófica, que sólo he podido exponer de una forma muy somera y, a continuación, voy a entrar al comienzo de lo se podría denominar como la bioética “moderna”, o el mismo nacimiento de la bioética que se remonta oficialmente a la creación de este neologismo por parte del bioquímico estadounidense Van Rensselaer Potter en el año 1970 en su artículo *Bioethics: The science of survival* y en su libro *Bioethics: Bridge to the future* del año 1971 (aunque el término originariamente fue ya utilizado por filósofo alemán Fritz Jahr en 1927). Digo oficialmente porque, en realidad, durante todo el siglo veinte se fueron produciendo una serie de avances tecnocientíficos relacionados directamente con las ciencias de la salud, que hicieron necesaria una reflexión sobre su desarrollo debido a que se estaban produciendo importantes cambios que alteraban la propia concepción del ser humano. De esta forma, el nacimiento canónico de la bioética como término se produce en el año 1970, sin embargo, como expondré con más detenimiento, se dieron una serie de hitos decisivos que hicieron que se produjese precisamente esta explosión de lo es posible colegir como el concepto de bioética. En realidad esta idea ya había venido desarrollándose desde hacía varias décadas, en el mismo momento en que comenzó a cuestionarse de alguna manera, no tan explícita como expongo a continuación, que, quizás, no todo lo técnicamente posible era éticamente deseable (como se puso de manifiesto claramente en los *Juicios de Nüremberg* celebrados entre 1945 y 1946).

Como abordaré en su momento este asunto con más profundidad, ya que postularemos que el nacimiento de la bioética es debido al propio desarrollo de la biopolítica, que nace con la modernidad, sólo lo he querido mencionar para contextualizar sucintamente donde nos encontrábamos cuando Tom Beauchamp y James Childress publican en el año 1979 su famoso libro *Principles of Biomedical Ethics* que actualmente se encuentra en su séptima edición (su última edición ha sido publicada en octubre del 2012) y continúa en revisión. Por tanto, ahora voy a centrarme precisamente en esta teoría bioética que podría considerarse como el paradigma oficial de la bioética actual. Expondré someramente todo lo que nos ha aportado, y continúa aportando, ya que se han producido cambios muy significados durante las diferentes ediciones del propio libro y, como es posible ver sólo estamos al comienzo de un camino que debería llevarnos a un desarrollo de la bioética desde las diferentes disciplinas que la integran, ya que cualquier reflexión que realicemos desde la bioética debería estar fundamentada en teorías éticas y en las elaboraciones teóricas propias que se están desarrollando en esta área de conocimiento desde las diferentes disciplinas académicas que la integran.

El principialismo, la teoría ética que desarrollan Beauchamp y Childress basado en la aplicación metódica a las cuestiones o problemas bioéticos de cuatro principios (no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía), y, expuestos en el libro anteriormente citado (incluyendo sus revisiones posteriores), sería preciso considerarla como la primera respuesta teórica desde la incipiente bioética frente a los clásicos análisis de las teorías éticas (hoy, precisamente ya se ha convertido en clásico el propio planteamiento principialista). Ya no podemos hablar de bioética sin hablar de principialismo debido a la gran aceptación que ha tenido. Más allá de que precisamente este punto merece en sí mismos una reflexión, como expondré en el epígrafe titulado *más allá del principialismo*, en esta vía clásica de la fundamentación bioética, es preciso también considerar aquellas otras alternativas que han surgido precisamente desde el propio principialismo.

Sin duda, una de las razones de su éxito precisamente hay que buscarla en el mismo terreno donde surge, ya que aparece como un camino intermedio, pero a la vez diferente, de las dos teorías éticas que parecían abocadas a tener posiciones antagónicas: el consecuencialismo y el deontologismo, como ya expuse anteriormente. La tensión existente entre estas dos teorías éticas es patente pero, no antagónica completamente ya que se han intentado buscar caminos o soluciones intermedias que nos pudieran guiar por el difícil campo en el que tenemos que dar una respuesta práctica (como era la propuesta de buscar un camino intermedio entre el utilitarismo de la regla y del acto, como proponía Mill, como ya expuse anteriormente). Pero creo que otra de las grandes ventajas que tiene el principialismo es precisamente presentarte como algo novedoso, que sin duda lo es, pero, quizás, no tan novedoso como se verá, ya que en el fondo en el principialismo nos encontramos con soluciones muy acertadas para el análisis bioético pero, si se analiza en profundidad como se debería, se encuentran los retales de las teorías éticas clásicas desde la que construyen los mismos principios. Finalmente, la última razón por la que creo que también triunfó el principialismo, es que desde sus orígenes se presentó como una teoría con una apariencia más científica que filosófica, más como una praxis científica que como una disciplina filosófica⁶⁶, ya que en el mismo título nos recuerda a muchos volúmenes científicos que comenzaban con el título *Principia*, como el famoso libro de Bertrand Russell y Alfred Whitehead *Principia Mathematica* o, entre otros, el clásico libro *Principia Ethica* de George Edward Moore y, en cierta manera, tiene reminiscencias positivistas y neopositivistas que subyacen en el mismo planteamiento del libro. Estos planteamientos nombrados, eran capaces de mostrar el supuesto sinsentido, la tensión irreconciliable, de las diferentes teorías éticas, que incluso podrían llegar a considerar las proposiciones éticas como seudoproposiciones que expresan sentimientos más que contenidos lógicos. Un ejemplo de lo dicho anteriormente es posible apreciarlo en la brillante sentencia 6.421 del *Tractatus logico-philosophicus* de Ludwig Wittgenstein donde afirma que “está claro que la ética no resulta expresable. La ética es trascendental (Ética y estética son una y la misma cosa)”⁶⁷. Y, sin embargo, más allá de todo este escepticismo ético que vivimos casi durante todo el siglo XX debido al positivismo y neopositivismo, finalmente deriva

⁶⁶ Con importantes implicaciones desde su nacimiento que trataré de analizar en las conclusiones de esta tesis.

⁶⁷ WITTGENSTEIN, L., *Tractatus Logico-philosophicus*, Madrid, Alianza Universidad, 1997, p. 177.

en el nacimiento de la misma bioética pero, no como una nueva teoría ética, más cercana a una nueva disciplina filosófica, que fue capaz de dar soluciones o, al menos intentarlo, a las situaciones acuciantes que precisaban de una respuesta concreta y casi inmediata, sino que se presenta más cercana a una praxis científica y, por ello, se viste con un traje moderno con el que poder ser aceptada en nuestras nuevas sociedades científicas. Los movimientos sociales, especialmente de los últimos siglos, que defendían los derechos de las mujeres, las minorías, los pacientes, etc., emergen para dar respuesta a una situación insostenible: la consideración como objetos de lo que, sin ningún tipo de duda, son auténticos sujetos que deben ser considerados como iguales con el resto de la humanidad. Son muchas las cuestiones que surgen dentro de las ciencias de la salud (los trasplantes de órganos, la definición de muerte encefálica, las terapias agresivas con nuevos dispositivos -como la ventilación mecánica-, la píldora anticonceptiva, la eutanasia, etc.), que nunca antes habían sido posible realizar, alguna de ellas, yo diría que ni de vislumbrar, al igual que hoy somos casi incapaces de imaginar los nuevos avances tecnocientíficos que están por venir⁶⁸. Frente a las demandas urgentes de las ciencias de la salud, nuestros autores propusieron un planteamiento más práctico y menos teórico, o metaético, buscando aunar todas las teorías éticas anteriores en una propuesta sumamente interesante, encontrando puntos en común allí donde parecían irreconciliables los planteamientos consecuencialistas y deontologistas, allí donde se puedan entender y respetar siempre un ser humano con otro, allí donde un ser humano se encuentra cara a cara con otro.

La exposición inicial de la teoría de los principios se encuentra en la primera edición del citado libro *Principles of Biomedical Ethics* en el año 1979. Actualmente ya se ha publicado la séptima edición, como ya comenté, en la que es posible encontrar cambios fundamentales que se han venido produciendo a lo largo de las más de tres décadas que tiene ya este manual fundacional de la bioética. Por lo que entre otras cuestiones será necesario un comentario y análisis precisamente de la evolución del mismo manual a lo largo de los años ya que, en numerosas ocasiones, se presenta o se comenta esta obra como un conocimiento acabado que no ha evolucionado a lo largo de los años. Lo primero que hay que decir es que no es posible encontrar en el principialismo una teoría ética *ad hoc*, completa, acabada, ya bien sea dentro de un sistema filosófico, como parte de él, o como la principal cuestión filosófica desde el que el pensador construyó su corpus filosófico. Desde su comienzo se plantea como una propuesta que sirva para resolver los problemas que en las ciencias de la salud se estaban produciendo y, sobre los que era necesario vislumbrar algún tipo de solución que fuera éticamente aceptable, tanto para los problemas que desde la parte asistencial se nos presentan continuamente, como los problemas que acarrea la propia investigación sanitaria. Aunque parece una teoría en principio fácil de manejar y entender, ya que se fundamenta en cuatro principios, excelentemente justificados desde el punto de vista teórico, las dificultades comienzan cuando pasamos a su aplicación práctica e intentamos llevar a un caso concreto ponderando los planteamientos teóricos que expone, volviendo nuevamente a los viejos problemas que tienen los caminos que tratan de transitar desde la teoría a la práctica, de aunar una práctica científica y una disciplina filosófica.

⁶⁸ Especialmente los que tienen que ver con la nanotecnología, como se muestran brillantemente en el análisis realizado en el libro *Nanotecnología, salud y bioética. Entre la esperanza y el riesgo* de José Manuel de Cózar Escalante, que comentaré en las hipótesis de esta tesis.

Los cuatro principios de los que parte Beauchamp y Childress son, como ya dijimos: el de no maleficencia, el de beneficencia, el de autonomía y el de justicia. No son presentados como principios absolutos, como ocurre en las clásicas teorías éticas, sino que podemos considerar al principialismo desde su comienzo como una teoría pluralista, siguiendo la propuesta del filósofo inglés David Ross y su exposición de los principios *prima facie*, que según la propia definición de éste filósofo en su libro *The Right and the Good*: “I suggest “*prima facie duty*” or “*conditional duty*” as a brief way of referring to the characteristic (quite distinct from that of being a duty proper) which an act has, in virtue of being of a certain kind (e.g. the keeping of a promise), of being an act which would be a duty proper if it were not at the same time of another kind which is morally significant”⁶⁹, éstos principios *prima facie* están claramente involucrados en nuestra vida moral diaria y habitualmente no los encontramos enfrentados pero, en ocasiones si nos pueden plantear un conflicto (como el que se daría entre el principio de autonomía y el de bien público que nos encontramos cuando tenemos que convencer a los pacientes para que se vacunen y, sobre todo a los padres para que vacunen a sus hijos). Son en esas ocasiones donde los principios pueden llegar a entrar en conflicto y nos encontraríamos entonces antes verdaderos problemas éticos. En estos casos será importante ponderar adecuadamente la situación concreta y las obligaciones *prima facie* que deberían cumplirse, a no ser que entrasen en conflicto con una obligación de igual o mayor magnitud. El hecho de que tengamos que priorizar una obligación sobre otra no implica necesariamente que ésta se omita completamente, sino que seguiremos encontrando trazos morales que nos pueden hacer experimentar dudas, en ocasiones demasiadas, sobre la propia decisión tomada. Beauchamp y Childress exponen los varios requisitos por los que se pueden infringir justificadamente los principios *prima facie*: “primero, las razones que justifiquen la norma vencedora deben ser mejores que las que justifiquen la norma infringida (p. ej., si una persona tiene un *derecho*, sus intereses merecen consideración al ser ponderados frente a los intereses de otra persona que carece de un derecho comparable); segundo, existen posibilidades realistas de alcanzar el objetivo moral que justifica la infracción; tercero, no existen acciones alternativas moralmente preferibles; cuarto, la infracción seleccionada es la más leve, proporcional al objetivo principal del acto; y, quinto, el agente intenta minimizar los efectos negativos de la infracción”⁷⁰. Con esta propuesta creo que se produce un salto cualitativo a la hora de poder tomar decisiones de una forma más práctica, intuitiva y flexible pero, como se ha demostrado a lo largo de los años (que luego analizaremos con detenimiento), no dejarán de producirse problemas éticos cuando vayamos a tomar una decisión, sino que surgen nuevas cuestiones que tendremos que considerar.

A continuación expodré de forma somera cómo es posible interpretar los cuatro principios *prima facie* que nos plantean nuestros autores. Sólo analizaré las principales

⁶⁹ “Sugiero “deber *prima facie*” o “deber condicionado” como una forma breve de referirse a la característica (bastante distinta de la que tiene un deber propiamente) que tiene un acto, por ser de un cierto tipo (por ejemplo, el cumplimiento de una promesa), de ser un acto que podría ser propiamente un deber si no existiese al mismo tiempo alguno de otro tipo que sea moralmente significativo” en ROSS, W. D., *The Right and the Good*, New York, Oxford University Press, 2002, p. 19 (traducción propia).

⁷⁰ BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona, Masson, 1999, p. 31 (las cursivas son de los autores).

características de cada uno de ellos ya que en su citado libro dedican un capítulo a cada uno con una explicación y fundamentación muy interesantes. Para su exposición seguiré el mismo orden que los autores en su libro. El primer principio es el de autonomía⁷¹, donde después de realizar una exposición semántica del propio término, se explica cómo la idea central de este respeto de la autonomía personal tiene que ver directamente con la idea de la extensión de la soberanía política a la de autogobierno individual. Cuando actuamos de forma autónoma lo hacemos basándonos en un plan que hemos elegido libremente y que se conforma por una información correcta sobre lo que vamos a decidir. Por ello, nuestra autorregulación debe estar libre de las presiones de los otros que quieren imponernos su decisión y establecerse sin ningún tipo de limitación personal, como podría ser una interpretación no adecuada, ya que nos va a influir decisivamente a la hora de tomar la decisión. El respeto a la autonomía debe basarse en reconocer al otro, al paciente, como agente autónomo que tiene el derecho y la capacidad de tomar sus propias decisiones, de actuar autónomamente, basándose en su creencias y sus valores personales (que en muchas ocasiones no van a coincidir con los de los profesionales sanitarios que los atienden). Beauchamp y Childress analizan muy acertadamente el principio de respeto por la autonomía desde pensadores como Kant o Mill (que ya expuse anteriormente en los anteriores epígrafes de esta fundamentación clásica de la bioética). Quisiera destacar que los propios autores realizan una diferenciación entre las acciones y las elecciones autónomas. Un paciente puede ser completamente autónomo y, sin embargo, una acción particular que tome pudiera no serlo y viceversa⁷². Por eso es muy importante determinar que toda acción autónoma debe cumplir estas tres características que la define: ser intencional, que se ejerza sin influencias de control y que se ejerza con conocimiento suficiente. La primera característica no podría admitir ningún tipo de grado (o son intencionales y autónomas o, no son intencionales y por lo tanto no autónomas), pero las dos últimas pueden satisfacerse en menor o mayor grado, ya que tanto una como otra se podrían ejercer en lo que podríamos denominar un *continuum* amplio, que abarcaría desde su ausencia completa hasta su presencia total (no tener ningún tipo de influencia de forma absoluta a la hora de tomar una decisión es muy difícil que suceda, casi siempre solemos consultar a nuestros familiares, amigos u otras personas que han estado en esa difícil situación

⁷¹ Beauchamp y Childress lo enuncian como *respect for autonomy*, y se debería traducir como respeto por la autonomía, que creo que es más acorde con el espíritu del término original; su traducción resumida en castellano (autonomía) creo que no destaca precisamente uno de los aspectos más importantes del principio: el respeto como valor en la misma relación clínica.

⁷² En muchas ocasiones nos encontramos con pacientes adultos completamente autónomos que se ven obligados a seguir un determinado tratamiento debido a las presiones que pueden ejercer sobre él su familia, la comunidad o el propio sanitario (sobre todo las personas mayores que pueden llegar a depender económicamente de su propia familia). Como también podemos encontrar el caso de pacientes que no son autónomos habitualmente, como un paciente con patología psiquiátrica, que sí podría realizar ciertas acciones autónomas donde muestre sus preferencias personales (como por ejemplo sería las personas que quiere que le visiten, la ropa que desea vestir, si quiere restringir visitas personales,...).

cómo podemos actuar en nuestro caso particular)⁷³. En esta misma línea de trabajo los autores analizan este concepto de respeto por la autonomía del paciente para exponer la importancia que tienen los conceptos de consentimiento informado, rechazo informado y otras formas de toma de decisiones. Por lo tanto, para que una acción la podamos considerar como autónoma se requiere una satisfacción más o menos parcial de las dos últimas características que nombramos anteriormente, ya que un total conocimiento antes de tomar una decisión o una ausencia completa de influencias es muy difícil que sea posible encontrar realmente, es casi un ideal inalcanzable, un horizonte deseable, pero lejano. El siguiente principio que analizan Beauchamp y Childress es el de no maleficencia asociado con la máxima de la Escuela Hipocrática (siglo IV a. C.) *primum non nocere* (lo primero es no dañar, en nuestro caso al paciente) que hace referencia a la responsabilidad que tenemos los profesionales sanitarios con los pacientes. Creo que en nuestra práctica diaria es muy difícil realmente separar el principio de no maleficencia y el de beneficencia, ya que casi siempre estamos realizando una especie de cálculo, de balance, mental entre las ventajas y los inconvenientes de implementar un cuidado o un tratamiento. Pero metodológicamente sí me parece acertada la separación de estos dos principios. Los propios autores la justifican argumentando que si no los separásemos puede que no se mostraran las distinciones que realizamos en el discurso moral. En nuestra práctica asistencial sólo distinguir entre retirar un tratamiento o cuidado suministrado y no comenzar con él (el primero siempre nos supone una cierta angustia por las implicaciones directas que habitualmente tiene, como por ejemplo retirar un ventilador mecánico a un paciente le aboca a una muerte en poco tiempo, mientras que el segunda no nos zozobra tanto moralmente)⁷⁴ y, supone un difícil problema que en muchas ocasiones debemos tratar de resolver en un espacio muy corto de tiempo (en ocasiones sólo tenemos algunos segundos para decidir). Beauchamp y Childress nos ayudan a diferenciarlos insistiendo en que el principio de no maleficencia lo podríamos traducir como que no se debe infligir daño o mal y, el principio de beneficencia lo podríamos interpretar como que se debe prevenir el daño o el mal, se debe remover el daño o mal y se debe hacer o promover el bien en la medida de nuestras posibilidades reales. De todas formas, al igual que hicieron con el primer principio, los autores muestran las conexiones que existen entre este principio y los diversas teorías éticas, ya

⁷³ En este sentido cada día son más valiosas todas aquellas iniciativas que otorgan voz real a los pacientes, bien en asociaciones sobre alguna patología concreta (con sedes físicas que se pueden visitar por los mismos pacientes y compartir con los demás sus experiencias), bien en páginas web donde los protagonistas son los propios pacientes que nos cuentan sus experiencias (incluidas las redes sociales que enlazan en ocasiones con estas mismas páginas web o con los blog de personas que nos cuentan cómo vivieron su enfermedad). Los profesionales sanitarios deberíamos escuchar más a los pacientes para poder aprender realmente cómo se viven las enfermedades. Una página que me ha ayudado mucho personalmente en esta línea de reflexión y conocimiento personal para mejorar mi asistencia sanitaria es www.escueladepacientes.es, por lo que considero muy necesarias este tipo de iniciativas que dan voz real a los pacientes.

⁷⁴ En las unidades de cuidados intensivos se ha venido trabajando con clasificaciones terapéuticas a los pacientes englobándolos en grupos asistenciales, dentro de la filosofía de la limitación del esfuerzo terapéutico de una forma proporcional a las posibilidades reales de supervivencia para evitar el tan temido encarnizamiento u obstinación terapéutica. Una muestra muy interesante es la clasificación que propone Gómez Rubí y que prácticamente ya se usa, como más o menos acertado, en casi todas las UCI de España.

que tanto en los enfoques deontológicos como en los utilitaristas de la regla reconocían un principio de no maleficencia. Incluso algunos moralistas lo aceptan como si fuera la base de la moral social⁷⁵. Los propios autores analizan este principio en varias cuestiones prácticas sumamente importantes para el personal sanitario como son la diferencia entre los tratamientos opcionales y los tratamientos obligatorios⁷⁶, la diferencia entre matar y dejar morir⁷⁷, la justificación de las muertes consensuadas, la protección de los pacientes incapacitados, la importancia del concepto de calidad de vida, los tratamientos de los neonatos con problemas o patologías irrecuperables, etc. El tercer principio es el de beneficencia que debe guiarnos siempre hacia la obtención del bienestar de las pacientes. Como expuse anteriormente, es un principio ligado al de no maleficencia, en ese *continuum* que tiene como extremos la ausencia de causar daño, por un lado, y, la provisión de beneficios, por el otro lado. Este principio es quizás más exigente en muchas situaciones que, en ocasiones, podrían llegar a superar las posibilidades reales de nuestro contexto (deberíamos no sólo prevenir los posibles daños sino también eliminar todas las condiciones que puedan provocarlos). Va más allá de una mera caridad, e intenta, en la medida de nuestras posibilidades, de ayudar a lograr los intereses legítimos de los pacientes. Los autores exponen como consideran que es importante distinguir dos principios dentro del mismo principio general de beneficencia. Por un lado, lo que se podría denominar como beneficencia positiva, que tendría que ver con la provisión de beneficios, donde se debería incluir dentro de él la promoción del bienestar, la prevención y la eliminación del daño; y, por otro lado, tendríamos lo que podría denominarse como una versión del principio de utilidad, que necesitaría de un cálculo de beneficios y daños, que no podría considerarse en este caso como el único principio de la moralidad, sino como un principio más, evitando de esta forma considerar que, al interpretarse como principio utilitarista, estuviésemos priorizando los intereses de la sociedad por encima de los individuales. Donde es posible encontrarse con más dilemas morales relacionados con este principio será con los temas relacionados con la investigación sanitaria. Muchas de las investigaciones que se realizan se justifican en la medida en que pueden aportar un beneficio a la sociedad en su conjunto (como muchas de las investigaciones que se realizan con pacientes que ya sabemos que no podrán beneficiarse con ese tratamiento, pero que sí lo podrían hacer en un futuro pacientes con su misma patología, incluido niños). Los autores también analizan cómo, en ocasiones, podríamos vernos tentados a ejercer un paternalismo con los pacientes identificándolo precisamente con una mala interpretación del principio de beneficencia, sin embargo, mantienen claramente que el derecho de actuar autónomamente debe prevalecer por encima de una beneficencia difícilmente justificable (siempre que se cumplan las tres condiciones que expuse anteriormente que deben estar presente en todas las decisiones propiamente autónomas). Asimismo, en

⁷⁵ En este mismo sentido David Ross también abogaba por diferenciar el principio de no maleficencia y el de beneficencia y John Rawls lo diferencia de la obligación de ayuda mutua.

⁷⁶ Los autores abogan por esta terminología en vez de tratamientos ordinarios y extraordinarios.

⁷⁷ El principio de doble efecto, que ya expuse, debería interpretarse dentro del principio de no maleficencia, ya que los profesionales sanitarios debemos tener claro esta distinción para que podamos administrar tratamientos que sabemos que provocarán finalmente la muerte del paciente, pero que nuestra intención era aliviar el sufrimiento, no acortar su vida.

todos los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias se recoge el espíritu del buen samaritano, que incluso se expresa en forma legal en la inexcusable obligación de asistencia sanitaria en situaciones de emergencias⁷⁸, donde se pone de manifiesto que existe una cierta obligación por parte de los sanitarios hacia la sociedad. Todas las intervenciones sanitarias que tienen relación con la salud pública, destacando la promoción de la salud y prevención de enfermedades, tienen que ver directamente con esta interpretación de la beneficencia como parte fundamental de las propias profesiones sanitarias. Sin embargo, más allá de la beneficencia como principio moral regulador, no se puede interpretar como una máxima que nos obligase a altruismos o sacrificios extremos, sino que debe interpretarse como un ideal moral, una especie de virtud deseable, pero nunca una obligación. El establecer un punto de corte entre lo que es posible entender como un ideal moral y una obligación siempre resulta complicado, pero la ubicación de la beneficencia en alguno de estos extremos sería llevarla hasta un punto tan alejado, quizás excesivo, del concepto mismo al interpretarlo casi como una especie de caridad o misericordia. El último principio es el de Justicia. Nuestros autores presentan diversos modelos de teorías de la justicia que muestran cómo deberíamos distribuir los bienes y servicios dentro de la sociedad y, en consonancia con su visión o interpretación sobre lo que es la propia justicia, poniendo el acento sobre el concepto que ellos consideran más importante dentro de éste⁷⁹. Los que interpretan la justicia defendiendo teorías igualitarias proponen priorizar el igual acceso a los diferentes bienes que cualquier ser racional desearía, donde el criterio de necesidad es la justificación principal de la teoría. Los que entienden la justicia basándose en teorías libertarias priorizan los derechos a la libertad económica y social, enfatizando la importancia de los procedimientos justos. Y, los que comprenden la justicia promoviendo las teorías utilitaristas apelan por una mezcla de criterios para maximizar la utilidad. En general proponen que desde las diferentes teorías de la justicia que se promulgan actualmente, se busque un consenso más realista que sea capaz de abarcar todos los matices, tan necesarios, de nuestra sociedad, ya que cada una de ellas (tanto la propuesta de John Rawls, como la de Robert Nozick o de los utilitaristas) parece que sólo son capaces de explicar parcialmente la diversidad actual donde vivimos. Son conscientes de que en su definición expuesta muestran simultáneamente diferentes visiones de la justicia que difícilmente podrán integrarse, pero no por ello quieren aceptar una única teoría de la justicia que sólo explicaría parcialmente la realidad, ya que cada una de ellas implica visiones muy diversas de los beneficios y cargas que

⁷⁸ En el artículo 196 del Código Penal español de 1995, en su título IX, de la omisión de deber de socorro, especifica: “El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años”.

⁷⁹ Me parece sumamente interesante como los propios autores en su libro citen para introducir este principio bioético un cuento de Jorge Luis Borges titulado *la lotería de Babilonia*, donde los beneficios y las cargas de una sociedad se distribuyen mediante una lotería, para justificar que si intentamos establecer principios válidos de justicia con precisión, éstos podrían resultar tan aleatorios y caprichosos como los que se siguen en el cuento de la lotería de Borges.

deben tener los diferentes miembros de la sociedad⁸⁰, que tienen que ver directamente con interpretaciones muy diversas de la sociedad en sí misma. Hoy promovemos un acceso al cuidado de la salud universal pero nos enfrentamos contra la idea del libre mercado y de la competencia que difícilmente pueden llegar a un acuerdo en el que no se produzcan pequeñas, o grandes diría yo, injusticias. Los profesionales sanitarios no somos ajenos a estos debates, ni debemos serlos, y más allá de planteamientos políticos que difícilmente pueden justificar decisiones de apartar una parte de la población de la atención sanitaria, como actualmente está ocurriendo en nuestro país con los inmigrantes ilegales, tenemos que posicionarnos para defender la atención sanitaria universal como un derecho que los propios gobiernos deben proteger⁸¹. El no haber podido conciliar las diferentes teorías que sobre la justicia que existen será una de las principales críticas que tendrán que afrontar Beauchamp y Childress, y que han intentado subsanar a lo largo de las diferentes ediciones de su propia obra.

A continuación vamos a abordar el problema de cómo aplicar en la práctica e interpretar los principios *prima facie* que postulan Beauchamp y Childress. No ha sido un problema de fácil abordaje ya que los mismos autores en las primeras ediciones de su mencionado libro, aplicaban directamente el modelo con más tradición y con mayor peso en las teorías éticas, el método deductivista. Pero, ya desde la tercera edición de su libro *Principles of Biomedical Ethics*, lo modifican por un esquema explicativo que pondere que cuando vayamos a realizar un juicio particular en un caso concreto que debemos justificar desde nuestras convicciones morales, deberíamos basarnos en principios que tendríamos que hacer explícitos y que son sobre los que tomamos las decisiones concretas. Estos juicios particulares o acciones estarán justificados por las reglas morales, que se justifican a su vez por principios⁸² y, en último término, estos principios remiten a una teoría ética⁸³ donde se basa toda la argumentación descrita, existiendo de esta forma una jerarquía argumentativa, que coincide plenamente con

⁸⁰ Una de los más complejos problemas a los que tenemos que enfrentarnos en este campo es el de los individuos que denominamos como aquellas personas no han tenido suerte en la vida, como actualmente ocurre con la asistencia sanitaria en España con los inmigrantes y refugiados políticos, si en este caso, el Estado debe protegerlos, al menos en los bienes que podemos considerar como básicos, como sería actualmente en la atención sanitaria.

⁸¹ Es de alabar la actitud de los médicos de atención primaria, avalados por la Sociedad Española de medicina de familia y comunitaria (Semfyc), que se han negado a obedecer las órdenes de las Consejerías de Sanidad de las diferentes comunidades autónomas en España, que les imponían la retirada de la asistencia sanitaria a los inmigrantes sin papeles, apelando a la objeción de conciencia. <http://www.elperiodico.com/es/noticias/sociedad/medicos-familia-objecion-conciencia-atender-inmigrantes-sin-papeles-2061042> (consultada el 7 de diciembre de 2015).

⁸² La diferencia entre reglas y principios es siempre controvertida. Ambas claramente son generalizaciones pero, podríamos afirmar que las reglas están más ligadas a un contexto determinado y tienen un valor más restringido que los principios, ya que éstos son más fundamentales y generales y nos son útiles para justificar las reglas. Un ejemplo de principio sería: “es incorrecto mentir”, relacionado claramente con el principio de respeto de la autonomía de los pacientes y, la regla correspondiente sería: “es incorrecto mentir a un paciente”.

⁸³ Las teorías las podemos definir como cuerpos de conocimientos que abarcan principios y reglas. Ejemplos de teorías éticas, como ya expuse anteriormente en los otros epígrafes, son la teoría ética kantiana y el utilitarismo de Mill.

nuestra propia tesis de trabajo sobre la importancia de la fundamentación y de la teoría ética, para poder justificar adecuadamente y acertadamente nuestros juicios y decisiones morales diarias en la asistencia de los pacientes. Nuestros autores abogan por procesos de razonamientos que son compatibles con el utilitarismo de la regla (defendido por Beauchamp) y con el deontologismo (defendido por Childress), mostrándose, sin embargo, de acuerdo en el nivel de los principios y de las reglas, aunque ambos los deriven de diferentes teorías éticas. Desde la tercera edición de su citado texto, abogan por basar nuestros juicios y acciones en principios, reglas y situaciones particulares, más que en las teorías éticas de donde parten estos. Nos vuelven a recordar la importancia de las teorías éticas y su fundamentación, pero nos muestran cómo es posible llegar a un acuerdo que sepan aunar planteamientos, que parecen excesivamente diferentes, pero sobre los que podemos llegar a un consenso final con el que trabajar en nuestra práctica diaria (en ocasiones se destacan más las diferencias de estas teorías éticas que sus posibles conexiones, como nos muestran nuestros autores). Se pueden defender principios como el de justicia y el de autonomía y, reglas como la de mantener la confidencialidad y la de la veracidad de la información, desde teorías éticas diferentes, que no tienen por qué abocarnos a desacuerdos en la deliberación moral práctica asistencial. Pero, más allá de esta propuesta deductivista que parecen presentarnos, los autores abogan por resolver los problemas mediante un equilibrio reflexivo cercano a la propuesta de Ross, que señala la importancia de balancear intuitivamente entre las obligaciones *prima facie*. Las críticas que recibieron por su postura deductiva y por la cierta ambigüedad a la hora de aplicarlos en la práctica, intentaron resolverlas a partir de la cuarta edición donde nos muestran los diferentes modelos de justificación.

Para intentar resolver estos problemas que podríamos encontrarnos a la hora de aplicar en casos prácticos asistenciales concretos los cuatro principios de la bioética postulados por nuestros autores, es necesario realizar una exposición sucinta de los tres tipos de razonamiento moral que Beauchamp y Childress exponen ya en su cuarta edición: el modelo deductivo, el inductivo y el coherentista. El modelo deductivo, muy utilizado en las ciencias matemáticas, intenta solucionar los problemas buscando axiomas que aplicar (lo que se conoce como una perspectiva desde lo general hacia lo particular, “desde arriba hacia abajo”), siendo, en este caso, las teorías éticas las bases apropiadas desde donde poder deducir los juicios morales adecuados a cada situación concreta⁸⁴. Nuestros juicios morales se seguirán lógicamente (aquí podemos contrastar precisamente una clara influencia del positivismo), se deducen, del conjunto de las premisas éticas desde las que se parta (una teoría ética preexistente con sus preceptos normativos correspondientes). Una justificación moral será adecuada si, y sólo si, las reglas o los principios generales, juntos con los hechos significativos del caso, sostiene la inferencia de los juicios justificados o correctos. Para ello, la estructura teórica de las teorías éticas debería estar tan claramente definida de manera que todos los juicios morales se pudiesen justificar desde sus principios o axiomas. El deductivismo ha sido

⁸⁴ En este punto sería preciso recordar claramente lo que vimos sobre la *Ética demostrada según el orden geométrico* de Baruch Spinoza que sirve de modelo deductivo perfectamente. Otro ejemplo ilustrativo sería el del principio de utilidad, donde desde el utilitarismo de la regla se podrían derivar la corrección de nuestros juicios morales.

alabado y aceptado ampliamente pero, también ha recibido sus críticas⁸⁵ debido principalmente a la dificultad de mostrar que las teorías deductivistas en el ámbito de la moral sean necesariamente racionales, ya que si fueran valoradas por la posibilidad intuitiva de sus implicaciones, muchas de ellas parecen abocarnos a situaciones claramente contraintuitivas y, en muchas ocasiones, sus conclusiones van a estar muy alejadas de nuestros casos reales y podrían llegar a mostrarse sumamente indeterminadas a la hora de resolver situaciones concretas. Frente al modelo deductivo tenemos el inductivo, habitualmente más utilizado en las ciencias de la salud, que intenta solucionar los problemas partiendo del caso particular para elaborar una teoría desde éste por analogía (lo que se conoce como una perspectiva desde lo particular hacia lo general, “desde abajo hacia arriba”), siendo la casuística, que a continuación veremos en el siguiente epígrafe de fundamentación, un ejemplo paradigmático de éste modelo. Las reglas y principios de este modelo se construyen analizando y estudiando la realidad (poseen una fuerte base empírica), partiendo desde los hechos, la tradición moral, la experiencia y los juicios previos realizados. De esta forma, de manera ascendente desde la realidad, desde los acuerdos y prácticas ya existente y, por analogía, vamos construyendo las normas generales, los principios, y la teoría. Estos principios al no ser derivados en el orden del conocimiento, como sí hacían los deductivistas, no podemos considerarlos como primarios y desarrollaremos nuestros juicios morales basándonos en nuestras experiencias previas y los casos análogos que hayamos estudiados.⁸⁶ La ventaja de adaptarnos tanto a la realidad, desde la que partimos, a diferencia del método deductivista que precisamente tenía el problema de estar muy alejadas de los casos reales, trae consigo también el problema de que es posible que estemos aceptando como normal prejuicios o sesgos, que ya existen en nuestra sociedad, y los entendamos como buenos o correctos (como podría ser el paternalismo que durante tantos años se consideró como una actitud normal y loable entre los profesionales sanitarios, justificándose en una beneficencia mal entendida), por lo que hay que tener sumo cuidado cuando hagamos un análisis de los casos ya resueltos ya que pueden haberse cometido graves errores y que no seamos capaces de detectarlos a tiempo. El tercer modelo que exponen nuestros autores es el modelo coherentista, que precisamente busca solucionar los posibles sesgos que el modelo inductivista pudiera presentar. De esta forma, como vía intermedia para intentar resolver los problemas, no se decanta ni por el modelo de razonamiento ascendente ni por el descendente. John Rawls utilizaba el concepto de equilibrio reflexivo para visualizar este tipo de propuesta de argumentación de juicios morales. El escritor estadounidense pensaba que para evitar la posibilidad de prejuicios o sesgos en los juicios de los que partíamos como base de

⁸⁵ David DeGrazia en su artículo: “Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism”, en *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 17, 1992, pp. 511-539, plantea cómo cada uno de los modelos usados de justificación para realizar juicios morales particulares presentan dificultades significativas, realizando un acertado análisis de éstos que resulta muy interesante para comprender su auténtico valor.

⁸⁶ Como ya veremos con más detenimiento en el apartado dedicado a la casuística, es el método de razonamiento más utilizado por los profesionales sanitarios y, por ello, ha tenido tanto éxito finalmente como método de razonamiento en la misma bioética. Las implicaciones que la casuística y el principialismo muestran serán determinantes a la hora de intentar contestar precisamente a la pregunta de esta tesis y, por ello, es necesario delimitar claramente ambos.

nuestras justificaciones morales, deberíamos de crear una base argumentativa mediante juicios ponderados o sopesados, *considered judgments*⁸⁷ en la terminología de Rawls, en los que tendríamos confianza y creeríamos que podemos evitar cualquier tipo de prejuicio, convirtiéndose en juicios en los que nuestras capacidades morales se pueden basar con una mayor probabilidad evitando posibles distorsiones o sesgos. La importancia de esta propuesta es que los juicios sopesados rigen a todos los niveles de generalidades del pensamiento moral y, que estos juicios están sujetos a revisión, por lo que son puntos fijos desde lo que construir los argumentos morales pero sólo de forma provisional. El objetivo del equilibrio reflexivo es ajustar y adaptar estos juicios de tal forma que sean coherentes con la teoría final construida, formándose mediante los juicios paradigmáticos que creamos en primer lugar que nos hablarían sobre la corrección o incorrección moral de una acción determinada. La idea es poder llegar a reajustar la teoría si se detectan en algún momentos incoherencias con la propia realidad, donde la reflexión y la dialéctica son las herramientas que se aplicarían para poder llevar nuestros juicios morales a una seguridad que sabemos que puede ser inestable, en constante revisión si es necesario, pero más adecuada a la realidad multiforme que habitamos.

He arribado al final de la sucinta exposición del principialismo y vamos a realizar un pequeño balance final de lo aportado por esta teoría tan decisiva en la bioética. Por un lado, hay que reconocer a su favor que ha sabido actualizar las clásicas teorías éticas, en un mundo tan difícil de penetrar como es el sanitario, consiguiendo que los problemas bioéticos hayan podido ser abordados en el mundo sanitario con una profundidad hasta entonces desconocida y, por todo ello, han sido capaces de acercar la ética a los profesionales sanitarios de una forma inteligible y sumamente práctica, útil y manejable para que pudieran aplicar su propuesta en el día a día asistencial; pero, por otro lado, y a pesar de que han ido modificando sus planteamientos en las diversas ediciones de su libro *Principles of Biomedical Ethics*, para solventar aquellas críticas justificadas que se les han venido realizado, creemos que el principialismo posee serias limitaciones, porque finalmente parece que la bioética quedaría más cerca de una simple práctica científica en detrimento claramente de la necesaria fundamentación filosófica que precisa, que es la pregunta que plantea esta tesis. Por ello voy a continuar analizando otra propuesta, como fue la casuística, que considero que puede llegar a complementar, en cierta medida, algunas de las deficiencias del propio principialismo. Asimismo, tras todo lo expuesto, el principialismo puede llegar a suponer una manera de entender la propia bioética que no comparto como tal. En el fondo parecería que subyace una especie de positivismo modificado que olvida algunas dimensiones, difíciles de manifestarse y entenderse de lo que es la relación entre los paciente y los profesionales sanitarios, incluida la investigación sanitaria como ejemplo paradigmático. Las propuestas que expondré en la vía alternativa de la fundamentación de la bioética, considero que tratarán de cumplimentar precisamente estas dimensiones que son también necesarias a considerar en la misma bioética. Mi experiencia personal y profesional con respecto al principialismo me ha servido para reflexionar cómo los alumnos de enfermería se olvidan en un solo año de los cuatro principios de la bioética,

⁸⁷ Ejemplos de este tipo de juicios serían los que es necesario realizar para evitar la discriminación de las minorías (racial, sexual, económica,...), o los que tienen relación directa con cualquier tipo de intolerancia religiosa.

salvo honrosas excepciones, por lo que considero preciso ir más allá precisamente de estos cuatro principios, quizás más allá de una bioética entendida sólo como práctica científica. Si bien el principialismo ha logrado acercar las teorías éticas al mundo sanitario actual, todavía quedaría dar un paso más para integrarlas realmente en el corpus del conocimiento sanitario. Quizás, la propuesta de la ética del cuidado, como se verá entre otras de las que analizaré en la vía complementaria de fundamentación de esta tesis, considero que podría ser el siguiente paso para una conexión más cercana entre las teorías éticas, imprescindibles, y la actuación práctica diaria de los profesionales sanitarios basada en los cuatro principios bioéticos. Dicho de otra forma, el engarce necesario entre considerar la bioética como disciplina filosófica y práctica científica a la vez.

2.1.1.6. LA CASUÍSTICA.

Quisiera comenzar la exposición sobre este método inductivista para resolver problemas éticos, justificando por qué lo he considerado dentro de lo que he denominado como vía clásica de la bioética y no en la vía alternativa. Mi justificación parte de la base de que entiendo la casuística como un modelo clásico en el sentido de que los profesionales sanitarios lo hemos venido utilizando continuamente en la toma de decisiones diarias asistenciales con los pacientes y, principalmente, porque la casuística, como expondré a continuación, es un modelo de razonamiento moral utilizado desde hace siglos y, por ello, debería quedar incluido en esta vía clásica de fundamentación de la tesis. Pero, sin duda, fue a partir del famoso libro de 1982 *Clinical Ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*⁸⁸, de Albert Jonsen, Mark Siegler y William Winslade, el que ubicó en la bioética a la casuística como método práctico de toma de decisiones en la práctica asistencial sanitaria. Posteriormente se publicó otro libro que es preciso también considerar como fundamental al hablar de la casuística *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*, de Albert R. Jonsen y Stephen E. Toulmin en 1988. A partir de estas dos fundamentales aportaciones, es cuando la casuística comienza de nuevo a considerarse como una opción más dentro de las posibles alternativas de análisis a la hora de abordar los problemas bioéticos asistenciales. Encuadrar la casuística como vía clásica o vía alternativa creo que no tiene mayor importancia en sí misma. Pero, sí creo que es una propuesta sumamente interesante para los profesionales sanitarios, tan acostumbrados a trabajar como estamos con casos clínicos basados en causas similares o prototipos, para resolver situaciones clínicas análogas y, por ello, considero que la casuística ha contribuido también a introducir poco a poco la bioética en las diferentes profesiones sanitarias. Asimismo, considero que para la respuesta de la tesis es importante analizar la casuística, ya que ésta es capaz de mostrar a la bioética quizás como más cercana a una práctica científica que a una disciplina filosófica y ello, como expondré en las conclusiones, ha sido

⁸⁸ Al igual que *Principles of Biomedical Ethics*, de T. L. Beauchamp y J. F. Childress, que actualmente ya está en su séptima edición, como comentamos en el anterior epígrafe dedicado al principialismo, *Clinical Ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*, publicó en el año 2015 su octava edición tras nuevas revisiones y reflexiones, lo que convierte también en un librito clásico e imprescindible en la bioética actual.

decisivo a la hora de interpretar y comprender hoy la bioética pero, sobre todo, el mismo futuro de ésta.

Antes de comenzar de lleno a exponer la casuística actual, hemos de retroceder algunos siglos y entender cómo y dónde surge el pensamiento que avala a la propia casuística. Sin duda, es necesario remontarse en este sentido arqueológico al propio Aristóteles y a su *Φρόνησις* porque, como analizaré a continuación, cuando describa el método con más detenimiento, se debe al filósofo griego los fundamentos del propio modelo en su manera de entender la ética, no como la aplicación de un método rígido deductivo (ya que el método casuístico es inductivo precisamente) de conocimiento sino, desde la necesaria prudencia del análisis en cada caso concreto antes de tomar una decisión final valorando las probables consecuencias⁸⁹ finales de nuestras acciones clínicas, ya que en las deliberaciones éticas, que tienen que ver con hechos contingentes, no sería posible acceder a su probable solución mediante la aplicación de una demostración simplemente formal (como sí sería posible en las ciencias lógicas y matemáticas). Por todo ello, ya Aristóteles afirmaba que la ética no pertenece realmente al conocimiento científico como tal, sino al dominio de la sabiduría práctica (*Φρόνησις*)⁹⁰. Esta manera de entender la bioética actual que valora las circunstancias en la que tienen lugar los hechos donde tenemos que realizar un juicio moral, es deudora claramente del pensamiento del estagirita. Resultaría importante no olvidar estas raíces desde donde proviene la fundamentación, el espíritu, de la casuística porque en ocasiones parece como si fuera una nueva manera de abordar la reflexión ética y bioética (por ello es considerado en algunos manuales bioéticos la casuística como una nueva forma de reflexión ética, una nueva vía alternativa al *clásico* principialismo que, sin embargo, no comparto y, por ello, la presento en esta vía clásica de fundamentación). Y, cuando tiene que afrontar la casuística muchas críticas, como la de ser una propuesta poco fundamentada o excesivamente relativista, es preciso recordar que realmente no es una propuesta nueva, sino que tiene su fundamentación en una de las propuestas éticas mejor elaboradas de la historia del pensamiento, como fue la de Aristóteles.

De los dos libros citados anteriormente, he querido seleccionar el segundo porque considero que tiene más relación con los hilos conductores de esta fundamentación que están hilvanándose para poder responder la pregunta de esta tesis, pero considero que el primer libro también es necesario para comprender el sentido y alcance de la misma casuística. Centrándome ahora en la propuesta de Albert R. Jonsen y Stephen E. Toulmin, en el propio prefacio del citado libro los autores relatan cómo fue su participación en la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, creada por los Estados Unidos de Norteamérica

⁸⁹ Una de las grandes aportaciones de la ética aristotélica, como ya expuse en el apartado inicial de esta fundamentación clásica de la tesis, es precisamente su orientación teleológica, que considero esencial en la aplicación práctica de la bioética, como reflexionaré con más detenimiento en las conclusiones de esta tesis.

⁹⁰ Me parece relevante destacar que ya desde los mismos planteamientos de Aristóteles quizás se vislumbra la necesidad de solucionar la pregunta de esta tesis y, sin embargo, el estagirita aboga por una especie de solución intermedia, también en este sentido de término medio, que comentaré en las conclusiones de la tesis.

en el año 1974⁹¹, y en la que estuvieron trabajando con otros miembros de la Comisión desde 1975 a 1978 elaborando diferentes informes, y publicando el último de ellos, quizás el más importante y famoso de todos ellos, el Informe Belmont, titulado *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*⁹², que fue el que finalmente les motivó a plantearse la publicación de dicho libro. Siendo precisamente su trabajo durante esos años y los importantes documentos que se elaboraron durante los últimos años de la década de los setenta⁹³, los que les hizo replantearse la forma de abordar los problemas bioéticos y recuperar el viejo método basado en los casos⁹⁴ (*case methods*) de la teología pastoral y confesional, que guardaba relación con el análisis moral práctico que Aristóteles exponía en su *Ética nicomáquea* y que tenía sus paralelismos con las prácticas morales del judaísmo y del islamismo. A continuación, en las seis partes en las que dividen su libro los autores van a ir mostrando sucesivamente el trasfondo de la casuística, los precursores de ésta, la alta casuística, tres ejemplos de casuística, la crisis y el futuro de la casuística. En ellos van a ir exponiendo que la casuística puede ser un método práctico para resolver dilemas bioéticos si se aplica correctamente como se explica detalladamente a lo largo de todo su libro. En palabras de sus propios autores en el Prefacio de la citada obra “*The occasion that led to the writing of this book exemplifies its thesis. From 1975 to 1978 the authors collaborate in the work of the National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, which was set up by the United States Congress in 1974. One outcome of this work was a casuistry (or moral taxonomy) for distinguishing acceptable from unacceptable ways of involving humans as subjects in medical or behavioral research. As the commission’s work approaches its*

⁹¹ Esta Comisión fue creada en el año 1974 como consecuencia directa del escándalo del experimento Tuskegee, que sucedió en el estado norteamericano de Alabama desde el año 1932 al 1972, donde el servicio de salud pública norteamericana quiso estudiar cómo evolucionaba la enfermedad de la sífilis sin que los pacientes recibieran el tratamiento correspondiente a este padecimiento, a pesar de que ya existía dicho tratamiento, y sin que los pacientes fueran consciente de que estaban participando en un estudio científico experimental. La muestra de los sujetos a estudio eran pobres, negros y que viviesen en el campo, creyendo que estaban recibiendo atención sanitaria gratuita por parte del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica.

⁹² Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación y que, a diferencia de los cuatro principios de la bioética propuestos posteriormente por Beauchamp y Childress que ya expuse en el epígrafe anterior, sólo propone tres principios bioéticos: respeto por las personas, beneficencia y justicia (el principio de autonomía está desarrollado en el de respeto por las personas y el de no maleficencia está contenido en el de beneficencia).

⁹³ Algunos tan importantes para la bioética como el citado Informe Belmont en 1979, realizado por el Departamento de Salud, por nombrar sólo alguno de los once informes que durante esos años fueron publicados por esta misma Comisión.

⁹⁴ El estudio de casos es una metodología didáctica muy empleada en diferentes disciplinas de conocimientos, como son en las diversas profesiones sanitarias. En la ciencia médica está ampliamente reconocida la casuística como modelo de estudio de los casos clínicos diarios, pero incluso en la propia disciplina enfermera, estos estudios de posibles casos han venido evolucionado hacia el denominado proceso de atención de enfermería (PAE), que sirve como un método para poder pergeñar un plan de cuidados individualizado a cada paciente desde una perspectiva holística, con cinco etapas diferenciadas que se van desarrollando hasta finalizarlo, remitiendo nuevamente a la primera etapa, como un proceso de conocimiento circular y continuo.

*end we compared notes, and found that we were independently struck by aspects of current ethical theory. The time had come (it seemed to us) to reconsider the older “case methods” of confession and pastoral theology, which relied on Aristotle’s analysis of moral practice in the Nicomachean Ethics and which have their parallels in the moral practice of Judaism and Islam”*⁹⁵.

A continuación voy a centrarme en lo que sería posible entender por casuística y en las propias palabras de Albert R. Jonsen, en su entrada en la *Encyclopedia of Bioethics*⁹⁶, se encuentra la siguiente definición “*casuistry, a term derived from the Latin Word meaning “event, occasion, occurrence” and in later Latin, “case”, was coined in the seventeenth century to refer pejoratively to the practice described by contemporary Christian theologians as “cases of conscience” (casus conscientiae). Today the word might be defined as the method of analyzing and resolving instances of moral perplexity by interpreting general moral rules in light of particular circumstances. This article will relate the origins and development of casuistry in Western culture, its decline, and its current revival as a method of ethical analysis, particularly in bioethics*”⁹⁷, donde al final del artículo también es posible encontrar lo

⁹⁵ La oportunidad que llevó a escribir este libro sirve de ejemplo de su tesis. Desde 1975 a 1978 los autores colaboraron en el trabajo de la Comisión Nacional para la Protección de los seres humanos en la investigación biomédica y conductual, que fue establecida por el Congreso de los Estados Unidos en 1974. Una de las conclusiones de este trabajo fue una casuística (o taxonomía moral) para distinguir entre formas aceptables e inaceptables de involucrar a seres humanos como sujetos de investigaciones médicas o conductuales. Cuando el trabajo de la Comisión fue llegando a su conclusión nosotros comparamos anotaciones, y encontramos que fuimos sorprendidos independientemente por aspectos de su metodología y resultados que difícilmente podíamos contar con ellos en términos de la actual teoría ética. Había llegado el momento (o eso nos parecía) de reconsiderar el viejo “método basado en casos” de la teología confesional y pastoral, que estaba fundamentado en el análisis aristotélico de la moral práctica en la *Ética nicomáquea* y que tenía sus paralelismos en la moral práctica del Judaísmo y del Islam” (traducción propia). JONSEN, A. R. y TOULMIN, S. E., *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, London, University of California Press, 1988, p. vii.

⁹⁶ La *Encyclopedia of Bioethics* tiene actualmente cuatro ediciones. Las tres primeras bajo esa denominación fueron editadas en los años 1978, 1995 y 2004. Posteriormente, se ha editado una cuarta edición que simplemente se denomina *Bioethics*, en mayo del 2014, con nuevas revisiones y adendas (en las que considero que tácitamente es posible entrever ciertos nuevos conceptos que tienen una relación directa con la biopolítica, como son las relacionadas con los sistemas sanitarios de salud y las políticas sanitarias, ya que incluso hay una entrada para el concepto de biopolítica). Asimismo, la definición de bioética en la introducción de la primera edición por parte del editor jefe Warren T. Reich es una definición canónica de la misma bioética: *The systematic study of human conduct in the area of the life sciences and health care, insofar as this conduct is examined in the light of moral values and principles*” (el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales).

⁹⁷ “Casuística, un termino derivado de la palabra latina que significa “evento, ocasión, acontecimiento” y en latín tardío “caso”, fue acuñado en el siglo diecisiete para referirse peyorativamente a la práctica descrita por los teólogos cristianos de aquella época como “casos de consciencia” (*casus conscientiae*). Hoy la palabra debería ser definida como un método de análisis y resolución de casos de perplejidad moral mediante la interpretación de normas morales generales a la luz de las circunstancias particulares. Este artículo relata los orígenes y el desarrollo de la casuística en la cultura Occidental, su declive, y su actual renacer como un método de análisis ético, particularmente en bioética” (traducción propia).

que realmente podría llegar a aportar la propia casuística: “*Casuistry, then, keeps moral reflection close to case. Neither classical nor modern casuistry repudiates principles: Casuistry is not merely another name for situationism or contextualism. Rather, principles are seen to be relevant to cases in varying degrees: In some cases, principles will rule unequivocally; in others, exceptions and qualifiers will be appropriate*”⁹⁸. Ya que, como el propio autor reconoce al final, queda mucho trabajo por realizar para que sea posible mostrar la relación que existe entre la teoría ética y la elaboración de juicios morales prácticos.

Con todo lo expuesto, ya sería posible entrar en materia e intentar explicar algunas cuestiones relevantes sobre la casuística. Creo entonces necesario comenzar con una breve introducción histórica, como realizan los propios autores en su obra, ya que si se habla de nueva casuística, algo tendría que decirse de la antigua. Para ello, sería necesario remontarse a autores como Melchor Cano, Domingo Soto y Francisco de Vitoria pertenecientes a la Escuela de Salamanca, en el siglo XVI, donde comienzan a realizar evaluaciones probabilísticas, eligiendo entre diferentes opiniones probables, para intentar valorar las diversas opciones que pudieran permitir una libre elección de la conciencia moral, tras una sutil deliberación sobre todas las opciones posibles que en cada caso concreto parecían más razonables, pudiendo elegir finalmente entre las diversas elecciones probables. Como es posible apreciar, el contexto donde están ubicados los citados autores son los problemas que surgen con la confesión dentro de la institución católica y, por ello, los diccionarios de casos de conciencia comienzan a multiplicarse durante los siglos XVI y XVII en los países católicos. Los casos hipotéticos se fueron haciendo cada vez más complejos y arduos, lo que les abocó finalmente a un laberinto de posibilidades casi infinitas, como los borgianos, a los que Blaise Pascal ridiculizó en sus *Cartas Provinciales* sin ninguna piedad, alegando que la casuística defendía un modelo de razonamiento moral que se preocupaba sólo de la valoración de las circunstancias como los razonamientos jurídicos (donde los agravantes y los atenuantes establecerán definitivamente las penas en cada caso concreto). Detrás de toda esta doctrina probabilística podemos encontrar la idea fundacional, inspirada en Guillermo de Ockham, de que la libertad es el patrimonio propio y original del hombre. El jesuita Suárez será el encargado de sistematizar la doctrina probabilística desafiando la noción medieval de la seguridad moral objetiva. A lo largo de varios siglos, hasta el siglo XVIII, donde comienza a decaer las tesis probabilistas, la teología moral se había convertido en una especie de catálogo donde las opiniones estaban clasificadas según su mayor o menor grado de probabilidad para poder, de este modo, llegar a iluminar a los teólogos en la resolución de los casos análogos que se les pudieran presentar en la realidad. De esta forma, esta casuística que ejercían los jesuitas estaba marcada claramente por una dirección espiritual en sus planteamientos, buscando siempre una ponderación de las acciones de los fieles para valorarlas adecuadamente según las circunstancias personales. Fue en esta época cuando el rigorismo kantiano comenzó a

⁹⁸ “La casuística, entonces, acerca la reflexión moral a los casos. Ni la casuística clásica ni la moderna rechazan los principios: la casuística no es simplemente otro nombre para enunciar el situacionismo o el contextualismo. Más bien, los principios parecen ser relevantes en los casos en grados diversos: En algunos casos, los principios nos guiarán inequívocamente; en otros, las excepciones y las clasificaciones serán apropiadas” (traducción propia).

imponerse en la historia de la filosofía moral, como ya vimos en el capítulo dedicado al filósofo prusiano.

Frente a esta vieja casuística, Jonsen y Toulmin nos ofrecen una nueva interpretación que tuvo su origen en la experiencia personal de nuestros autores en la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, como comenté. En esta comisión, creada principalmente para regular la investigación con sujetos humanos (tras los bochornos e inhumanos casos que se habían denunciado en aquella misma época), y recomendar reglamentaciones que protegiesen los derechos de los sujetos con los se realizaban las investigaciones clínicas, intentando prevenir los abyectos errores pasados. Fueron muchos los temas tratados en esa Comisión y los documentos que se elaboraron de forma consensuada. En concreto en la reflexión bioética producida en este Comité integrado por científicos, abogados y filósofos con diferentes opiniones, se trataron temas como: la confidencialidad, el consentimiento informado, la investigación con seres humanos, la relación riesgo-beneficio en la experimentación, el respeto a la autonomía (y su problemática con los sujetos no competentes: niños, discapacitados psíquicos, etc.), la asistencia legal, la eutanasia, el testamento vital,... Y, más allá de todas las deliberaciones que se establecieron con fundamentaciones diversas y en ocasiones extremas, los miembros de la comisión llegaron a consensos allí donde parecía el terreno abonado al enfrentamiento insoluble entre posiciones contrapuestas, ya que partían de teorías éticas que, en principio, parecían antagónicas. ¿Cómo pudieron llegar al consenso desde posiciones tan extremas? La respuesta hay que buscarla principalmente en el método de trabajo en el que se basaron sus conclusiones. Aunque partían de posturas antitéticas diversas fue posible construir acuerdos debido al *modus operandi* con el que supieron trabajar, ya que cuando analizaban los casos uno a uno (valorando concienzudamente analogías y diferencias), olvidándose momentáneamente de los principios y de las teorías éticas que cada uno defendía, era posible llegar a recomendaciones consensuadas entre todos.

Partiendo, por ello, desde estos acuerdos a los que fue posible llegar voy a intentar exponer y reflexionar sobre la casuística moderna. El método inductivista de la casuística podría afirmarse que se plantea debido principalmente a dos problemas que parecen insolubles: por un lado, los métodos deductivistas no parecen que logren solucionar los problemas morales a los que nos tenemos que enfrentar los profesionales de la salud en la asistencia sanitaria del día a día; y, por otro lado, en las ciencias de la salud estamos acostumbrados a discernir entre posibles opciones terapéuticas mediante el análisis de casos similares al que nos enfrentamos en un momento dado (confrontamos el caso actual con algún otro que hayamos vivido o con alguno que esté expuesto en la amplia bibliografía, basada y organizada precisamente en casos, que habitualmente consultamos). Nuestros autores defienden que el razonamiento moral es fundamentalmente práctico, diferente del teórico (pero resulta curioso reconocer que en el proyecto normativo de la modernidad este último es el que ha tenido un especial predominio sobre el primero). Jonsen y Toulmin consideran que el método inductivo, que tiene como base la analogía, es más apropiado que el deductivo cuando necesitamos realizar juicios morales. El método deductivo podría ser más apropiado si no tuviésemos dudas sobre la aplicabilidad de los principios de los que partimos, donde las particularidades del caso clínico que estamos tratando no son relevantes. Sin embargo, en nuestra práctica diaria las singularidades de cada situación, cada paciente es único e

irrepetible como ser humano que es, le confieren un valor y un peso sobre los argumentos, que parece que es mayor que la determinación de un principio a cada caso concreto (ambiguo y complejo siempre, con numerosas aristas y puntos de vistas posibles diferentes), haciéndose excesivamente complejo, donde la sabiduría práctica se vuelve más necesaria que un argumento lógico deductivo bien desarrollado (o, al menos, esa fue la experiencia de los autores durante la citada Comisión). Los autores argumentan que en el caso de la que certeza moral existiese, hay que buscarla en el análisis e interpretación de los casos particulares más que en unas teorías éticas quizás excesivamente abstractas, en ocasiones, y de difícil aplicabilidad a la realidad finalmente. Cuando se intentaban solucionar casos concretos les era excesivamente difícil lograr un consenso, un acuerdo mínimo posible, cuando trabajaban desde los principios y las teorías éticas, pero, curiosamente, sin embargo, era posible llegar a acuerdos cuando se discutían las cuestiones morales en cada uno de los casos. Como método retórico de argumentación, la casuística, otorga un valor decisivo a las circunstancias concretas de cada caso real y las normas específicas que se argumentan en cada situación particular, ya que no creen en la existencia de una única teoría que fuera capaz de describir la totalidad de los valores morales de todo el mundo, ni tampoco creen que sea posible realmente aplicar un método deductivo de razonamiento moral en la toma de decisiones diarias que realizamos, derivando nuestros juicios morales desde un principio moral supremo, de una forma casi aséptica y sin mancharnos con la pringosa realidad.

Analizaré ahora con más detenimiento cómo trabaja la casuística resolviendo los problemas éticos en la práctica. El método en sí mismo es posible estructurarlo en al menos seis pasos. El primer paso, se puede denominar como el del proceder analógico y los casos paradigmáticos, donde se trata de ir elaborando, basándonos en la práctica, una serie de casos paradigmáticos que se establecen como referencia, a través de los cuales, y, por analogía con ellos, se intenta resolver el caso actual que se nos presente. Estos casos paradigmáticos eran los casos extremos que se ponían como ejemplo, donde parece que todos podríamos estar de acuerdo en principio y el grado de certidumbre parece máximo y, a partir de ahí, se van exponiendo casos que van variando las circunstancias y ya no parecen tan claros de determinar, de tal forma que el grado de certidumbre se va oscureciendo poco a poco⁹⁹. Se ordenan o clasifican de esta forma los casos desde los más simples a los más complejos y desde los más claros a los más oscuros, en una especie de movimiento gradual (diferentes grados de certidumbre posible). Cuanto más lejos estemos del caso paradigmático más difícil nos será resolver el caso concreto ya que más dudas se nos presentarán. Esta es nuestra manera de pensar en la clínica diaria a la hora de implementar un cuidado o un tratamiento, por eso es un método que se aproxima mucho a la reflexión habitual de los profesionales sanitarios y también a la forma de resolver los casos los jueces, interpretando también por analogía con los casos paradigmáticos el caso actual que tengan que juzgar. El segundo paso

⁹⁹ Un ejemplo que nos puede servir para situarnos en el contexto serían los casos referidos a matar a otro ser humano. En un extremo, el caso paradigmático, sería matar sin previa provocación y que se haya producido el fallecimiento del agredido. A partir de él, en el que casi todos, yo diría que prácticamente todos, estaríamos de acuerdo en el juicio final, se van cambiando las circunstancias, por ejemplo: legítima defensa, que puede llevarnos poco a poco a ir presentando atenuantes que pueden cambiar finalmente el propio juicio.

sería la apelación a máximas o reglas, donde se intentaría inferir cuál es la regla o máxima moral pertinente a las peculiaridades de nuestro caso particular (en ocasiones vamos a encontrarnos en este nivel referencias a máximas, refranes o proverbios ancestrales, como por ejemplo: un mal menor puede ser tolerado para prevenir uno más grande¹⁰⁰ o como la máxima *vim vi repellere*¹⁰¹ para justificar la autodefensa ante una agresión). El tercer paso es posible denominarlo como el análisis de las circunstancias, donde se demuestra y justifica la idea de que son las circunstancias las que hacen el caso. Serán precisamente las circunstancias particulares de cada caso (qué, dónde, quién, cuándo, por qué, cómo y por qué medios) las que conforman y, a la vez, complican y modifican cada caso particular en referencia al caso paradigmático, incluidas las condiciones del agente (¿temer por sus bienes, su vida, su reputación, justifica ciertamente un delito?). Por todo ello, para determinar el juicio moral del caso concreto que nos compete tendremos que tener en consideración las circunstancias del caso y las del agente. Nuestros autores abogan por un juicio prudente al estilo, como vimos, de Aristóteles o Cicerón. El cuarto paso sería el análisis de los grados de probabilidad, que personalmente considero que es uno de los más complicado de analizar y, en la que nos hará falta toda la experiencia personal que hayamos podido adquirir a lo largo de los años y una sensibilidad interpretativa muy refinada, para poder discernir adecuadamente dentro de los diversos matices morales que nos va a presentar cada caso particular. Es necesario valorar los grados de probabilidad de cada situación, entre lo altamente probable y lo altamente improbable, que vendrán dadas no sólo por la fuerza de los argumentos que utilicemos en ese caso sino, también, por las opiniones de las autoridades morales que estén presentes o que invitemos a reflexionar en ese caso.¹⁰² En este momento más que aferrarnos a nuestros principios, sería preciso comenzar a realizar una ponderación prudente de las ventajas y los inconvenientes de cada uno de

¹⁰⁰ En nuestro actual Código Penal español, de 23 de noviembre de 1995, reconoce el denominado como estado de necesidad en su artículo veinte, donde se quedaría exento de responsabilidad criminal: el que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurren los siguientes requisitos: primero, que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar; segundo, que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto; y , finalmente, tercero, que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse.

¹⁰¹ La fuerza debe ser repelida por la fuerza.

¹⁰² Es una práctica muy habitual y, yo diría que muy recomendable, en algunos Comités de Ética Asistencial (CEA) de nuestros hospitales, el invitar a expertos en algún tema que sea preciso analizar en algún caso concreto, ya que a pesar de que los CEA normalmente están formado por componentes con conocimientos muy heterogéneos, en las ciencias de la salud, donde se producen avances continuos muy significativos en muchos campos de conocimientos, es necesario en muchas ocasiones que invitemos a expertos que nos ayuden a reflexionar sobre un caso en concreto que podamos estar analizando. A pesar de que pudiera parecer que ampliar el número de los miembros del CEA en momentos puntuales, para que puedan opinar otros profesionales que habitualmente no forman parte del Comité, podría suponer alargar excesivamente el planteamiento y resolución final de un caso añadiendo muchas consideraciones y matices, mi experiencia personal es que incluso en casos donde hemos aumentado hasta en un cincuenta por ciento las personas externas del Comité con respecto a su número habitual, la deliberación moral final se ha facilitado al poder preguntarles directamente a estos expertos las dudas que nos surgían en ese caso y que ninguno de los miembros del CEA era tan experto en ellas.

los cursos de acción posible. El quinto paso es el denominado como el de los argumentos acumulativos, donde se trataría de ir sumando, apilando, acumulando, argumentos a favor o en contra de los diferentes cursos de acción, más que utilizar un solo principio que se imponga con todo su peso de forma lógicamente deductiva. En este punto la casuística estará más cercana a nuestra forma habitual de argumentar moralmente, que basamos en el sentido común y en una retórica que pondera argumentos y razones de cada caso particular. El último punto, el sexto, es el de la presentación de la resolución final, donde la argumentación casuística nos propondría una resolución que sirviera para tomar una acción concreta en ese caso que estábamos estudiando, y que presentaremos como conclusiones más o menos probables (de ahí el valor de la probabilística en la casuística), después de haber seguido todo el método de razonamiento planteado en sus seis pasos. Nuestros autores afirman que es necesario que las obligaciones morales particulares, a lo que los expertos hayan llegado, se presenten justificadas por máximas o reglas generales pero, que deben ser identificadas como válidas en este caso, y no presentadas sólo como normas universales, y que se establecen en una relación directa con unas condiciones típicas del agente y de las circunstancias particulares del caso. Finalmente, hay que destacar que la *Φρόνησις* de la tradición aristotélica es la luz que ilumina todo el razonamiento casuístico. Y, al igual que sucede en la discusión de un caso clínico o legal, pueden darse nuevas circunstancias en el caso ya resuelto, que nos haga replantearnos nuevamente todas las conclusiones a las que habíamos llegado. De esta forma las conclusiones no podemos nunca presentarlas como necesarias y absolutamente ciertas, sino precisamente como revisables si han cambiado las circunstancias, el contexto, los datos y las razones que mantenían nuestra argumentación. Esto no debe considerarse como un signo de debilidad del planteamiento casuístico, yo diría que todo lo contrario, es un método tan flexible que es capaz de adaptarse a las nuevas circunstancias y volver a reflexionar sobre una nueva resolución, a la luz de los cambios que se hayan venido produciendo en el caso.

Tras lo expuesto, la primera impresión que sería posible tener es que la casuística parecería ser una teoría enfrentada al principialismo. Sin embargo, no debería plantearse de esta forma (salvo algunos casuistas tan extremos en sus planteamientos que se niegan a aceptar y tomar en consideración cualquier tipo de principio en su argumentación moral), ya que considero que sería posible poner el acento en lo particular, las circunstancias concretas del caso a estudiar, y valorar en su justa medida lo que podría llegar a aportarnos los principios en nuestra argumentación ética. El propio Tom Beauchamp acepta que los casos paradigmáticos son fundamentales para la discusión de nuevos casos concretos, pero destaca que el razonamiento basado en la analogía que propone la casuística, se basa finalmente en algún tipo de principio, norma o regla, y, de esta forma, no considera que la casuística sea una alternativa opuesta al principialismo, sino que la considera como una teoría que se puede, y debe, cumplimentarse mutuamente con el principialismo. A estas consideraciones también expone Albert Jonsen que podemos valorar la casuística como una alternativa al principialismo o como un complemento a éste. Pero, considera que para realizar un discurso moral bien fundamentado, que siempre será necesario, debemos finalmente invocar algún principio moral, por lo que no se podrían resolver los casos planteados mediante una casuística sin ningún tipo de principio en la que fundamentarse. Jonsen entiende que el valor de cada principio dependerá directamente de cada contexto y que la relevancia e

importancia de cada principio se determinan según el análisis de los diferentes casos y, de esta forma, se podría entender la casuística como una alternativa al principialismo, ya que no se preocupa tanto por analizar e interpretar los significados de los principios (que sería el trabajo propio que se debería realizar desde la filosofía moral), sino desde la complementariedad y valoración de los principios con las circunstancias de cada caso.

Pero, podríamos decir que atender sólo a los principios, como hace el principialismo, es tan poco prudente como tener en consideración la mera atención sólo a los casos (*case by case*), como quizás sea capaz de realizar la casuística más radical. En este sentido, debemos reconocer que la misma casuística realmente no rechaza el atender a las reglas o máximas de nivel medio, como vimos, sino que lo que no aceptaría es subsumirse a unos principios que se apliquen de forma deductiva sobre un caso concreto, sin tener en consideración las circunstancias concretas de ese caso y el contexto en que se desarrolla. Pero, la misma casuística creo que ha desarrollado expectativas que seguramente no siempre podrá cumplir, ya que más allá de esos casos paradigmáticos o una taxonomía de referencia, finalmente tendremos que acudir a la experiencia personal del experto, o expertos según el caso concreto, que sean capaces de decidir sobre ese caso con los casos reales que han tenido que resolver con anterioridad. Por eso valoro muy recomendable el establecimiento de Comités en el ámbito sanitario (tanto los Comités de Ética Asistencial como los Comités Éticos de la Investigación Clínica, que han ido ganando importancia en las últimas décadas en el sistema sanitario, aunque quizás todavía no han podido desarrollar todo su potencial debido a diferentes circunstancias en cada uno de ellos), que nos permiten mediante la deliberación de todos los miembros de Comité llegar a una resolución del caso planteado y reflexionando sobre las circunstancias concretas. El antiguo director espiritual que decidía por nosotros ha dado paso actualmente a los Comités Éticos, el nuevo marco deliberativo donde es posible llegar a afrontar entre sus miembros las dificultades de la aplicación moral al caso concreto. Más allá de planteamientos cercanos a la ética discursiva, se trata en los Comités de una discusión intersubjetiva donde nos escuchemos realmente, para llegar a una decisión desde diferentes colectivos como resultado de ciertas prácticas deliberativas. La casuística muestra de este modo su excelsa potencia frente a lo que se denominan como casos difíciles, aquellos que no se dejan domar por un principio o norma, y las discusiones frente a ellos suelen ser bastantes polémicas y vehementes. Frente al carácter controversial inherente quizás a la misma bioética, considero que sería necesario basarnos en unos principios que nos delimiten el campo de actuación frente al todo vale pero, más allá de este campo, es preciso pergeñar razonamientos que tengan en consideración el contexto y las circunstancias de cada caso donde nos movemos y, de esta forma, crear un modelo cualificado para resolver problemas morales prácticos. Más allá del falso dilema que se propone al querer elegir entre el principialismo y la casuística, entre principios y casos, estaría una propuesta de razonamiento moral equilibrada, como es la propia casuística bien entendida, que propone aprovechar todo lo bueno de las teorías morales adaptándose al problema concreto y sus circunstancias, que en muchas ocasiones irán cambiando a lo largo de los años y, parece que estas posturas supuestamente enfrentadas en una especie de patrón bioético que se replica continuamente, como el misma pregunta de esta tesis.

La casuística contribuyó, sin duda, a ir estableciendo una dinámica de consenso y deliberación en la toma de decisiones bioéticas. Y, en este sentido, los mismos principios que propusieron Beauchamp y Childress están claramente inspirados en el informe Belmont de la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, realizados desde la propia forma de trabajar de la casuística, lo que muestra que no son planteamientos tan contrapuestos como pueden parecer en un primer instante. La casuística se contrapone a una posible tiranía de los principios, que puede llevarnos a una simplificación excesiva en el campo moral de los problemas que estemos estudiando. Jonsen y Toulmin piensan que la deontología puede llegar a cubrir una serie de regularidades de los dilemas morales, pero que necesitamos otros enfoques para poder adaptarnos a situaciones que no se dejan aprehender simplemente con la aplicación de ciertos principios. La *Φρόνησις*, como sabiduría moral, puede ayudarnos a superar esta especie de ceguera moral a la que puede abocarnos el principialismo, donde sólo veamos principios y no el caso real. El principialismo siempre tiene el peligro de poder llevarnos a un principlismo, a una especie de simplificación de los problemas morales para que todas las piezas de nuestro puzzle moral encajen de forma forzada según los principios, pero las aristas de la realidad se niegan a ajustarse a un esquema cuadrulado en diversas ocasiones. El no abordar los dilemas morales mediante el diálogo moral nos puede llevar a atrincherarnos detrás de nuestros principios y parapetarnos frente a la realidad diversa desde una visión extrema de éstas (como en los debates que se produjeron y, en ocasiones siguen replicándose cíclicamente, sobre la eutanasia y el aborto). El actuar frente a los problemas morales con rígidos principios puede llevarnos en ocasiones a contradecirnos y, en este sentido, la casuística no nos ofrece recetas rápidas de actuación sino que aboga por realizar un análisis serio y profundo de las circunstancias con una ponderación acorde a los graves problemas que tenemos que resolver en el día a día bioético. Sólo construyendo nuestras decisiones en un diálogo ponderado con los demás podremos llegar a soluciones adecuadas, ya que la obediencia ciega a las reglas, en ocasiones, puede llevarnos a hacer más mal que bien. En el fondo se trata de aplicar una cierta hermenéutica allí donde los principios han establecido su reino absoluto, para poder llevar el caso a la realidad existente con sus circunstancias concretas¹⁰³. Más allá de buscar una receta fija para resolver problemas y tranquilizar de esta forma a nuestra conciencia, deberemos ejercer como exégetas de una realidad multiforme y difícilmente aprehensible. Los principios nos pueden guiar hasta un punto en la resolución de nuestros problemas pero, llegados a ese límite que los propios principios tienen, debemos, mediante la prudencia, adentrarnos en el pantanoso lodazal de las

¹⁰³ En muchas ocasiones, sobre todo en situaciones críticas (como ocurre en accidentes con múltiples víctimas), tendremos que realizar un triaje (clasificación y priorización) de nuestra asistencia sanitaria. De esta forma un principio como podría ser el de igualdad (tratar a todos los pacientes por igual), se debe valorar y ponderar, atendiendo a los pacientes que tienen mayor posibilidades de supervivencia (clasificamos a los pacientes de estos accidentes por orden de gravedad en: negros, rojos, amarillos y verdes, atendiendo primero a los rojos, luego a los amarillos y posteriormente los verdes; los pacientes que clasificamos como negros, los más graves, por ejemplo un paciente en parada cardiorrespiratoria (PCR) no presenciada, no lo atendemos y lo clasificamos directamente como muerto). A este problema trágico, siempre, hay que añadir que estas decisiones hay que tomarlas en segundos y en contextos no adecuados para poder tomar una decisión ponderada (gritos de dolor, llantos, llamadas de auxilio, sirenas, explosiones, zonas no seguras, ...).

circunstancias, los detalles, las excepciones, los contextos,..., valorando las posibles consecuencias de nuestros diferentes cursos de acción posibles.

Jonsen y Toulmin abogan por una propuesta práctica basada en la denominada como ética de los casos, partiendo desde la particularidad de cada situación concreta, que tenga en consideración dos características fundamentales del discurso moral. La primera, es tener en consideración siempre las circunstancias concretas del caso; y, la segunda, es valorar las máximas y principios que habitualmente tenemos en cuenta para resolver en nuestras decisiones morales. Para ello nos va a servir esta taxonomía moral propuesta por los autores que nos puede ayudar mediante una cierta sistematización de los casos particulares que se van analizando, y su comparación con los casos paradigmáticos que nos sirven siempre de referencia, que van incorporando diferencias y similitudes significativas entre los diferentes casos que vayan ocurriendo (al estilo de la jurisprudencia o la misma clínica). Este giro aplicado de la ética, que era demandado en parte por los propios profesionales sanitarios, se implementó desde la práctica presionada por los casos que se vinieron denunciando y que fueron tratados en la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, donde el método de trabajo, como dijimos, era el de definir y construir cada protocolo caso por caso, basándose en una sabiduría práctica más que una simple geometría moral. Se impuso finalmente una visión de la ética más al estilo aristotélico, donde la *Φρόνησις* o sabiduría moral, nos puede ayudar a determinar el mejor curso de acción posible, ponderando el término medio de nuestras acciones y comprometidos con la sensatez. La verdad moral va a residir finalmente en los detalles de cada caso entendiendo que la ética no es una especie de ciencia (donde se impone el método deductivo que nos ayuda a tomar decisiones impuestas desde la lógica de los axiomas), sino que nos movemos en el mundo de lo contingente y lo probable, con objetos y sujetos de conocimiento cambiantes, poliédricos, mudables que siempre pueden ser visto desde múltiples perspectivas y, por todo ello, los problemas morales no tendrán, en la mayoría de las ocasiones, una única solución correcta sino varias entre las que tendremos que escoger de la forma más prudente posible y, en ocasiones, sólo podremos elegir entre la menos mala de todas ellas.

Más allá de todo lo expuesto, es hora de atender a las críticas que la casuística parece tener que responder. La principal y más importante quizás sea ¿cómo determinamos los casos paradigmáticos?¹⁰⁴ Ya que ésta es una idea central de todo el razonamiento que posteriormente hagamos por analogía con el caso concreto que intentemos resolver,

¹⁰⁴ Algunos de los casos paradigmáticos como los de Karen Ann Quinlan (quien en el año 1975, con 21 años, se encontraba en un estado vegetativo persistente tras una anoxia cerebral provocada por la ingestión de alcohol y barbitúricos, después de permanecer conectada a la ventilación mecánica durante unos meses, sus padres solicitaron a los profesionales sanitarios la desconexión de la ventilación mecánica y éstos se negaron; los padres solicitaron a continuación dicha desconexión a la Corte Suprema de New Jersey que falló a su favor, sin embargo, tras la desconexión de la ventilación mecánica Karen vivió nueve años más hasta su muerte por una neumonía en el año 1985) y Nancy Cruzan (quien en el año 1983, con 24 años, tras un accidente de tráfico entró en un estado vegetativo persistente, al igual que en el caso de Karen la familia solicitó en este caso la retirada de la sonda que la alimentaba artificialmente; tras cuatro años en los que no se había percibido ninguna mejoría en Nancy, y tras ocho años desde el accidente y varias sentencias legales, se le permitió retirar a la familia la sonda que la alimentaba, muriendo con posterioridad), se muestran como fundamentales e imprescindibles fuentes de reflexión y de toma de decisiones en los casos posteriores.

donde las conclusiones que realicemos desde nuestro caso particular son comparadas con este primer caso de referencia. De esta forma, el caso paradigmático se convierte en la referencia, la autoridad moral, más que los principios o reglas rígidas, como ya vimos. Si nos retrotraemos al pasado de la casuística en la época medieval, la determinación de estos casos paradigmáticos descansaba en un supuesto orden natural establecido por algún dios pero, en nuestros días, tal argumentación es ahora insostenible. Desde el laicismo que debe guiar la bioética actual, no podemos descansar el establecimiento de los casos paradigmáticos en ningún dios de alguna de las culturas de nuestro mundo actual multicultural, debiendo entonces responder a una serie de cuestiones complicadas como serían ¿cuáles son los casos paradigmáticos y por qué son esos y no otros?, ¿en qué momento un caso se convierte en paradigmático?, y ¿quién determina finalmente cuáles son los aspectos moralmente determinantes en los casos paradigmáticos? Las soluciones a todas estas cuestiones no están completamente resueltas aún hoy y, quizás, alguna de ella sea insoluble en sí misma. El problema principal sería que si queremos justificar la casuística desde las prácticas y tradiciones actuales, nos quedamos sin argumentos para responder el por qué escogemos la tradición cultural dominante (como es la nuestra) y no otra y, aunque lleguemos a un consenso con todas las tradiciones culturales existentes, no terminaríamos de resolver el problema, ya que finalmente siempre vamos a remitirnos al *statu quo* actual, que no nos protege de equivocaciones ni de cometer errores, ya que podemos estar aceptando acríticamente sesgos y prejuicios difíciles de ver desde nuestra propia postura. La pregunta final que tendríamos que responder sería ¿cómo podríamos tener una actitud crítica sobre las propias tradiciones culturales, si son éstas precisamente las que la casuística nos dice que conforman nuestros estándares desde donde tomar nuestros propios juicios morales? Sin duda, la casuística tiene que hacer frente a esta acertada crítica buscando realizar una continua reflexión sobre las propias tradiciones culturales desde donde hemos venido construyendo los casos paradigmáticos y, sin esta autocrítica necesaria, parecería que la casuística estaría abandonada a una suerte *déjà vu* continuo que nos encierra en un círculo de pensamiento autorreferencial, que poco nos asegura que estemos tomando una decisión correcta sobre el caso que queremos resolver, más allá de una especie de moda peligrosa de la que nos resultaría difícil escapar ciegamente.

Finalmente, y como resumen, considero relevante añadir que la casuística pone el acento en las consideraciones concretas y específicas de cada caso, estableciendo un razonamiento moral contextual, evitando el abismo que, en ocasiones, existía entre lo particular y concreto con las teorías éticas y los principios que de ellas se derivaban, como la teoría utilitarista o la kantiana. Se asemeja bastante a la forma habitual que tenemos de razonar moralmente y de resolver nuestros propios conflictos en nuestra práctica los profesionales sanitarios y, es capaz de hallar un consenso entre personas que es posible que nos acerquemos a la resolución de los casos concretos desde teorías éticas casi enfrentadas. Por todo ello la casuística busca realmente resolver problemas, buscando interpretar y comprender la situación y el contexto concreto donde están situados los problemas bioéticos, para resolver cuestiones prácticas de nuestro quehacer diario, convirtiéndose realmente en un género de investigación moral. Toda la aplicación que podamos realizar de los principios o normas debería estar ponderado por el discernimiento y la perspicacia (que podemos encontrar en algunos textos relacionados con el concepto de equidad) y, de esta forma, cuanto mayores problemas

sea posible detectar en las situaciones a resolver, mayor necesidad de discernimiento deberemos tener. A todo esto hay que sumarle que la casuística, para los profesionales sanitarios, no es un modo de razonamiento y de toma de decisiones extraño y oscuro sino, es el habitual y conocido que realizamos en nuestra práctica diaria asistencial, teniendo la suficiente flexibilidad de adaptarse a las nuevas circunstancias que surjan durante la evolución de un conflicto moral que ya habíamos resuelto, y que siempre podemos y debemos volver a revisar a la luz de las nuevas circunstancias. Sobre esta nueva casuística debemos añadir que la regla de juego sobre la que vamos a basar todas nuestras decisiones es una regla milenaria: la *Φρόνησις*. Sin prudencia, no podemos aplicar la casuística por más que sigamos un esquema argumentativo que parece asegurarnos una decisión correcta. La sabiduría práctica es uno de los conocimientos más valiosos del ser humano y, no parece que ningún atajo deductivo o inductivo nos vaya a minimizar esta gran virtud. Volvemos de nuevo a Aristóteles, si es que en algún momento lo habíamos dejado atrás, y volvemos de nuevo a la pregunta de esta tesis, ya que tras ella se esconde también una supuesta visión enfrentada de entender la bioética, al igual que parece que existe cierta visión enfrentada de resolver de forma práctica los problemas bioéticos, o bien desde planteamientos principialistas o bien desde planteamientos casuísticos. Se perpetúa, por tanto, una cierta visión maniqueística de la forma de entender la bioética, no sólo de forma teórica, sino también en su aplicación práctica.

2.1.1.7. MÁS ALLÁ DEL PRINCIPIALISMO.

Sin duda, el principialismo supuso un gran avance en la construcción de la bioética actual. Fue todo un hito que no debería nunca de dejar de asombrarnos. Fue capaz de poner en contacto e iniciar un diálogo muy fructífero y necesario entre las diversas teorías éticas filosóficas y los problemas éticos asistenciales sanitarios, incluyendo los relacionados con la investigación científica en el campo de las ciencias de la salud, que estaban cuestionando la misma praxis de los profesionales sanitarios y los fines de éstos. Fue capaz de este modo de aunar, de crear un puente necesario, entre la teoría y la práctica, pero, no sólo he mostrado cómo el principialismo ha sido capaz de aunar este abismo entre la teoría y la práctica, sino que en la casuística intenté reflexionar sobre cómo se intentó realizar un gran esfuerzo intelectual por conseguir cerrar también este abismo. Ambas posturas creo que se han expuesto lo suficientemente claras para comprender que no son opuestas y antagónicas entre sí, sino que deben entenderse como complementarias, y que son necesarias entenderlas de esta forma para poder contestar la pregunta de esta tesis. Pero, más allá del principialismo también hay vida en la bioética.

El siguiente apartado trata principalmente de exponer algunas de las líneas que han surgido desde el mismo principialismo. Toman como base esta propuesta metodológica de aproximación a los problemas bioéticos y tratando de cumplimentarlas con nuevas aportaciones que, en muchos casos, tienen como objetivo superar las críticas que la teoría de los principios ha venido recibiendo durante las más de tres décadas que ya lleva publicada. Y, aunque los propios autores, Beauchamp y Childress, han revisado y actualizado su obra, actualmente está impresa una séptima edición de su imprescindible *Principles of Biomedical Ethics*, hay aspectos que se han venido desarrollando

paralelamente a su obra y que considero que parten del propio principialismo, para intentar mejorarlo y, por ello, deberían estar bajo el epígrafe que me propongo ahora desarrollar. Sólo he considerado presentar como un apartado diferente la propuesta de H. Tristram Engelhardt porque, como expondré en el siguiente epígrafe de esta tesis, creo que representa un salto cualitativo, aunque parta de la propuesta principialista, para realizar un giro práctico muy realista e interesante en el quehacer actual bioético.

Tan pronto como comenzó a extenderse y aplicarse el principialismo empezaron a desarrollarse ciertas críticas que fueron poniendo en evidencia la misma teoría. A continuación voy a ir exponiendo en un cierto orden cronológico algunas de ellas, teniendo en cuenta que se han ido desarrollando a lo largo de los años y que los mismos autores, Beauchamp y Childress, han ido respondido a sus críticas y han venido modificando sustancialmente su postura inicial. Voy a comenzar por las críticas realizadas por Danner Clouser y Bernard Gert en su artículo *A critique to principlism*¹⁰⁵ publicado en 1990, posteriormente analizaré las críticas realizadas por Henry Richardson en su artículo *Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems*¹⁰⁶ de 1990 y, a continuación, las de David DeGrazia en su artículo *Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism*¹⁰⁷ publicado en 1992; seguiré con la propuesta de Diego Gracia expuesta, entre otros textos, en su artículo *La deliberación moral: el método de la ética clínica*¹⁰⁸ publicado en 2001, finalizando con la propuesta de Ricardo Maliandi y Oscar Thüer expuesta en su libro *Teoría y praxis de los principios bioéticos*¹⁰⁹ publicado en 2008. Con estas propuestas no se acaban todos los análisis que se han realizado desde el principialismo con el objetivo de mejorarlo y desarrollarlo más acertadamente pero, creo presentar un abanico lo suficientemente amplio para poder mostrar como el propio principialismo puede ir evolucionando hacia nuevas posturas, que tratan de solucionar los problemas intrínsecos de esta teoría fundacional de la propia bioética. Considero que estos mismos planteamientos serán importantes a la hora de contestar finalmente la pregunta de esta tesis, como expondré en las conclusiones, ya que muestran diversas y heterogéneas propuestas epistemológicas que implican una visión más cercana, en ocasiones, a entender la bioética como una praxis científica y, en otras ocasiones, como una disciplina filosófica.

El principialismo comenzó a extenderse y aplicarse rápidamente debido sobre todo a su relativa fácil aplicabilidad a los problemas sanitarios del quehacer diario. Y, en muchas ocasiones, quizás demasiadas, se ha identificado la propia bioética con los

¹⁰⁵ CLOUSER, D. y GERT, B., "A critique to principlism", *The Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 15, Nº 2, 1990, pp. 219-236.

¹⁰⁶ RICHARDSON, H., "Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems", *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 19, Nº 4, 1990, pp. 279-310.

¹⁰⁷ DEGRAZIA, D., "Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism", *The Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 17, 1992, pp. 511-539.

¹⁰⁸ GRACIA, D., "La deliberación moral: el método de la ética clínica", *Med. Clin. (Barc)*, 2001; 117: pp. 18-23.

¹⁰⁹ MALIANDI, R., y THÜER, O., *Teoría y praxis de los principios bioéticos*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús, 2008.

cuatro principios bioéticos de Beauchamp y Childress, estableciéndose una especie de repetición mecánica, casi religiosa, del denominado peyorativamente como “el mantra de Georgetown” (por el lugar de procedencia de sus autores). Pero, frente a la propia teoría y cuando comenzó a aplicarse ampliamente, comenzaron a vislumbrarse sus posibles errores. Las primeras críticas que voy a analizar, como ya comenté, provienen de Bernard Gert y Danner Clouser expuestas en el artículo ya citado. Los autores proponen una teoría moral de tipo deductivista y llegan a la conclusión de que precisamente la que exponen Beauchamp y Childress no es deductivista, sino que lo que nos proponen los autores del principialismo es más bien una especie de balanceo de diferentes consideraciones morales superficialmente interrelacionadas, que hace que la persona que tenga que tomar finalmente la decisión moral no sea consciente de los fundamentos finales de ésta, ya que cree que toma la decisión en base a los principios de la teoría, cuando realmente no es así, como explican a continuación. Para estos autores, el principialismo no especifica genuinas guías sistemáticas para la acción y la deliberación moral, debido a su falta de sistematicidad y eclecticismo en la propia fundamentación de la teoría moral. El principialismo no es realmente una teoría moral, como las propuestas por Kant o Mill, sino que tratan de conciliar diferentes teorías casi antagónicas en alguno de los principios propuestos (como en el principio de justicia donde Beauchamp y Childress intentan conciliar, como ya expuse, las posturas e interpretaciones tan dispares como pueden ser las de Rawls y Nozick). Por todo ello, en la práctica, no nos van a ayudar ya que no generan normas específicas para el comportamiento que sean finalmente coherentes, comprensibles y claras para aplicarlas de forma deductiva a la realidad. Y, finalmente, argumentan que cuando se presentan varios principios, como en el principialismo, debería quedar claramente especificada una jerarquía de éstos para poder realmente tomar una decisión de forma deductiva y no meramente balanceada, como sostienen los autores que hacen Beauchamp y Childress con sus principios.

A continuación voy a centrarme en las críticas, más constructivas que la anteriormente expuesta, que realizaron tanto Henry Richardson como David DeGrazia en el artículos anteriormente citados, ya que contribuyeron decisivamente a las modificaciones que realizaron Beauchamp y Childress en sus siguientes ediciones de *Principles of Biomedical Ethics* (especialmente los cambios realizados en la cuarta edición), en contraposición a las críticas de Gert y Clouser que pretendían realmente desacreditar más la misma teoría de los principios. Richardson continúa la línea de argumentación de Beauchamp y Childress y realiza un análisis más sofisticado del principialismo desarrollando una especificación de normas. Richardson piensa que frente al conflicto que tengamos en un caso en concreto entre las normas, podríamos llegar a tener dos opciones: por un lado, la que él denomina *la aplicación*, que trataría de especificar cómo desde una norma se puede derivar lo que debemos hacer en un caso concreto (como si aplicáramos un método deductivo *ad hoc*) y, por otro lado, la que define como *el balanceo*, que trataría de especificar cómo aplicamos el juicio intuitivo y la deliberación en un caso concreto dándole un peso relativo a las normas. Frente a esta forma de proceder, Richardson expone otra manera de afrontar los casos que sería la que él denomina *la especificación*, que buscaría proveernos de un esquema de trabajo que nos permitiese aplicar las normas a los casos y que nos muestren de esta forma cómo debemos proceder. En cierta forma esta especificación que nos propone el propio Richardson, estaría basada en el desarrollo del significado y del alcance de las normas

que son consideradas como generales mediante un ajuste o recorte al caso concreto que estamos evaluando y, nos explica cómo una norma de nivel que podemos considerar como medio podría llegar a servir como enlace, como puente, entre un precepto general y un caso concreto, especificando de esta forma la relación que existe entre ellos. Para llevar a cabo esta especificación, Richardson propone aplicar calificaciones sustantivas (cuándo, dónde, qué, cómo, quién, por qué medios debemos implementar o no la acción) que nos podrían informar precisamente sobre el alcance de la aplicación de la norma o de la naturaleza del propio acto. La especificación que plantea Richardson me parece brillantemente viable y operativa a nivel práctico pero, plantea nuevamente el problema de que sería posible estar incorporando sesgos o contenidos arbitrarios en nuestros esquemas de trabajo para tomar las decisiones finales. Por su parte, DeGrazia, plantea en su artículo citado que deberíamos comenzar a abandonar las teorías deductivistas (en contraposición a Gert y Clouser que insistían en la falta del compromiso deductivista en el principialismo y lo solicitaban), cuestionando abiertamente la inclusión de las teorías éticas tradicionales como el deontologismo o el utilitarismo de regla, para proponer una teoría coherentista que abogue por la unión de un equilibrio reflexivo amplio y la especificación de la aplicación de los principios. DeGrazia propone una especie de principialismo especificado que precisa de un mayor desarrollo y, en relación con el equilibrio reflexivo amplio que expone (a diferencia del equilibrio reflexivo estrecho que critica), los principios se obtendrían de una teoría filosófica de base (que le otorgaría su independencia teórica), y no sólo a partir de juicios sopesados (del que se origina el equilibrio reflexivo estrecho). DeGrazia reconoce que la teoría de Beauchamp y Childress está cercana realmente también al coherentismo, ya que coinciden en que no existe una fundamentación racionalista de la moralidad como tal (en algún nivel parece que siempre existiría una cierta intuición), ni un principio rector supremo de la moralidad, o varios principios, de los que podamos derivar todos los juicios morales correctos sin ningún tipo de dudas, y también reconoce la necesidad de un procedimiento de decisión, para no aceptar directamente como correctos nuestros juicios intuitivos y que la teoría finalmente no sea sólo una especie de justificación para esas intuiciones morales. Sin embargo, DeGrazia también analiza algunos puntos en los que no coincide con Beauchamp y Childress como son: que no planteen un método claro para la justificación discursiva cuando existen conflictos (como en numerosas ocasiones nos encontramos); no especifican claramente de qué modo y en qué niveles puede aplicarse el equilibrio reflexivo; con respecto a las teorías éticas mantienen una actitud ambivalente, llegando a mantener que tienen un papel significativo en la justificación y, finalmente, si en los principios que mantienen insisten en que se basan en la tradición pero no proponen realmente una base que justifique esa fundamentación. Por todo ello, DeGrazia huye finalmente de una fundamentación basada en las prácticas establecidas, el *estatus quo* o la tradición, e insiste en la necesidad de una crítica que cuestione y revise seriamente los principios y las normas que tienen relación con la universalización y el reconocimiento de las diferencias morales significativas.

Como he expuesto Gert y Clouser no aceptan el principialismo por que la consideran que no es realmente una teoría deductiva y, Richardson y DeGrazia la critican por ser deductivista y no ser suficientemente coherentista. Aunque, en principio, no parece que puedan tener sentido ambas críticas a la vez, lo que sí considero es que estas críticas tan dispares aparentemente, muestran precisamente el carácter problemático de la propia

bioética que no agota o se resuelve en ninguna de las dos propuestas, sino que precisa de un análisis más amplio como planteo en esta tesis. Frente a todo esto Beauchamp y Childress, en la cuarta edición de *Principles of Biomedical Ethics*, comienzan ya a girar su interpretación de la misma bioética hacia una postura donde se empiezan a privilegiar unos principios sobre otros (compartiendo una visión más coherentista, siguiendo los postulados de DeGrazia). Es en esta cuarta edición cuando es posible comenzar a ver cómo se le concede mayor importancia y significación a conceptos que directamente tienen que ver con el coherentismo como son: el equilibrio reflexivo y la coherencia (conceptos que estaban presentes en las ediciones anteriores, quizás de una forma tácita, pero que en la cuarta edición se exponen y son tratados con mayor importancia en el desarrollo de su teoría). Pero, a pesar de este giro, todavía hay una cierta mezcla deductivista en la resolución de algunos casos (los más simples), quizás para no producir una ruptura total con los planteamientos de las ediciones anteriores o, quizás, para no cambiar completamente el modelo teórico de partida y presentarse como otra nueva teoría bioética. Por eso, más allá de la propuesta inicial de una especie de deductivismo híbrido de las primeras ediciones, Beauchamp y Childress parecen virar en este momento hacia una propuesta más coherentista. Dentro de esta misma línea, sería preciso resaltar también la importancia que en la cuarta edición los autores otorgan a la propuesta de una ética de la moral común¹¹⁰, que basa la mayor parte de su contenido en las creencias habituales compartidas, presentado la ventaja de que va añadiendo contenido moral mediante un método que va especificando y ponderando normas, que va clarificando e interpretando el contenido de éstas y que les otorga finalmente coherencia al conjunto de las normas añadidas. Pero, la principal ventaja de esta moral común, es precisamente que siempre parece que podemos llegar a un mayor consenso social de las normas, reglas y principios que nos aportan la moral común frente a las teorías éticas clásicas, que podrían llegar a parecer finalmente como constructos cuasi cerrados. En este punto, también aclaran que aunque los cuatro principios que nos proponen como base de la bioética difieren precisamente en su justificación teórica o en el método, sin embargo, son asumidos y pueden justificarse en mayor o menor medida por todas las teorías éticas ya existentes. Por moral común entienden Beauchamp y Childress a ese conjunto de normas que todas las personas moralmente serias comparten y la relacionan de forma explícita con el discurso que justifica los derechos humanos. En la quinta edición de *Principles of Biomedical Ethics* se ha avanzado y enfatizado en que la moral común es la base desde donde se construyen las normas morales, pero, sin embargo y, a pesar de ello¹¹¹, los cuatro

¹¹⁰ Que hay que diferenciar de la moral habitual, ya que precisamente una de las funciones de la moral común es cuestionar, reflexionar, criticar y evaluar esos actos locales de la moral habitual, que nos permitirían establecer unos principios éticos básicos. De esta forma, la moral común sería una especie de base teórica ética que va más allá de las costumbres y actitudes de una comunidad local. Beauchamp y Childress consideran que los principios de la moral común deben ser universales (como lo son los derechos humanos básicos).

¹¹¹ Es muy significativo e interesante que Gert, Culver y Clouser en su libro *Bioethics: A Return to Fundamentals* de 1997, establezcan también como base de la misma bioética la moral común, ya que parece indicar que esta línea argumentativa de justificación de la bioética está construyéndose más firmemente.

principios bioéticos continúan siendo los mismos y sus argumentos centrales que los justifican no se han modificado sustancialmente.¹¹²

Más allá de todas estas críticas planteadas también merece una sucinta reflexión la respuesta por parte de Beauchamp y Childress a ellas. Frente a la avalancha de críticas que tuvieron que soportar y que siguen soportando, los autores podrían haber optado por eliminar completamente los planteamientos deductivistas de las anteriores ediciones. Quizás, esto hubiera supuesto una ruptura excesivamente grande y el reconocimiento de un craso error en sus planteamientos iniciales, que creo sinceramente que los mismos autores no comparten y, por ello, han intentado amortiguar las críticas mediante una especie de conciliación de todas ellas pero, quizás, sería más razonable plantearse si finalmente van a tener que renunciar a algunos de los planteamientos fundacionales de sus principios bioéticos, si tenemos en cuenta precisamente estas supuestas zonas grises que es posible encontrar en el principialismo fundacional. A continuación reflexionaré sobre dos planteamientos (por un lado, el de Diego Gracia y, por otro lado, el de Ricardo Maliandi y Oscar Thüer) que sí van a suponer un salto cualitativo en los planteamientos de Beauchamp y Childress y que los mismos autores estadounidenses podrían haber incorporado a su propia teoría. Puede parecer que con todo ello la teoría de los principios tiene una inconsistencia y tensión en sus propios planteamientos pero, a pesar de todo, creo que la ambigüedad no puede desaparecer en los planteamientos de los autores, ya que nos movemos en un mundo contingente y multiforme, donde quizás no existen zonas de exclusión seguras que nos impidan cometer errores o falsos planteamientos. La búsqueda de la certeza en el campo bioético es una utopía y, por ello, el diálogo interdisciplinar basado en el desarrollo de una sabiduría moral desde la experiencia en este campo me parece imprescindible. El mito del mantra de los cuatro principios bioéticos parece abocarnos a un planteamiento cuasi mecanicista, muy cercano al deductivismo que los propios autores quieren matizar, por lo que finalmente parece difícil escapar de la tesitura de buscar un necesario equilibrio entre la aplicación deductivista de los principios en los casos y una valoración coherentista de éstos en los mismos. Por todo ello, me parece muy interesante el planteamiento que proponen Florencia Luna y Arleen L.F. Salles al respecto, mediante la introducción de dos niveles teóricos que interactúan en el discurso de Beauchamp y Childress “1.- Nivel formal o estructural de la teoría: el cual da un lugar prioritario a los principios dentro de una estructura deductivista. Esto explicaría por qué en ciertos pasajes se hace alusión a la centralidad de principios y reglas. 2.- Nivel práctico u operacional de la teoría: donde juegan con igual fuerza virtudes, derechos y principios. En el nivel de resolución de los casos o políticas, todos estos elementos interactúan y pueden implicar que se pase por alto principios en acuerdo con un coherentismo. Esto explicaría por qué señalan que: “Aunque hemos descrito nuestro enfoque como basado en principios, rechazamos el supuesto de que uno deba defender un único tipo de teoría que esté basada únicamente

¹¹² En esta quinta edición también es importante resaltar que los apartados de teorías morales y de métodos de justificación moral, que estaban al comienzo del libro en las ediciones precedentes, han pasado a ubicarse en el final de éste (en la tercera parte del libro, en los capítulos ocho y nueve), mostrándose precisamente una mayor relevancia de los principios y su aplicabilidad que de la justificación teórica de su obra. Este cambio significativo también parece tener relación con la pregunta de esta tesis, como comentaré en las conclusiones de la tesis.

en principios, en virtudes, en derechos, en casos, etc.”¹¹³, donde ambos discursos conviven en un equilibrio frágil e inestable, como la misma bioética parece abocada. Y por todo ello, las autoras abogan por que Beauchamp y Childress reconocieran que su propia teoría de los principios es una teoría coherentista que privilegia algunos principios sobre otros, y no una versión basada sólo en principios y en una ética de la moralidad común, como ellos mismos la definen y la defienden. De esta forma, me parece relevante afirmar que cada nueva edición de su libro *Principles of Biomedical Ethics* es casi una nueva versión reelaborada de la teoría de los principios, como en el fondo parece ser, y no como una reedición que no es capaz de mostrarnos realmente los profundos cambios que se han ido introduciendo en las diferentes versiones de su obra, ya que ésta ha ido evolucionando desde un principialismo tradicional (las tres primeras ediciones), para ir transformándose progresivamente en un nuevo principialismo coherentista y finalmente en un principialismo de la moralidad común. El intento que han venido realizando Beauchamp y Childress de querer integrar e incorporar autores tan diferentes en su planteamientos teóricos como son Kant, Mill, Nozick, Rawls, etc., son un ejemplo más de ese equilibrio quebradizo de la obra de referencia del principialismo, sin que ello le reste el más mínimo valor precisamente a ese intento continuo de reelaboración, sino todo lo contrario, ya que es capaz con esta forma de intentar aprehender un conocimiento tan difícil como es el bioético. A continuación expondré dar un paso más en el principialismo y cómo sería posible ir más allá precisamente de la teoría de Beauchamp y Childress.

Otro sendero que comienza con el profesor español Diego Gracia Guillén que parte de los planteamientos de William David Ross y William Frankena, que priorizan los principios de no maleficencia y de justicia sobre el de beneficencia, siguiendo el razonamiento que expongo a continuación. Parece evidente para Gracia que entre la no maleficencia y la beneficencia hay una relación de cierta jerarquía, ya que nuestro deber de no hacer daño a cualquiera está por encima del deber de beneficiarlos, como podríamos decir en este mismo sentido también de la justicia (se podría obligar a alguien a no hacer daño o a no ser injusto, pero no se le podría obligar a realizar actos de beneficencia). Para poder llevar a cabo una acción que podamos considerar como de beneficencia, ésta debe ser realizada por personas que han decidido libremente ejecutar dicha acción, por lo que finalmente el principio de beneficencia estaría relacionado íntimamente con el principio de autonomía. Podríamos afirmar entonces que el principio de autonomía y el de beneficencia están al mismo nivel. Cada individuo decide autónomamente cuál será su propia idea de su vida, sus valores, su propia idea de la felicidad y todas las acciones que considera que van en su beneficio. Beneficencia y autonomía nos hacen ser diferentes con respecto a los demás, nos conforman y nos delimitan ante nosotros y ante los demás, no sólo a nivel ético sino también a nivel político. Nuestros valores sociales, culturales, religiosos, económicos, políticos,... nos definen como personas, con una idea propia de lo que representa para cada uno la felicidad. Pero, más allá de este nivel individual, tenemos un nivel social donde vivimos. Un Estado en el que convivimos con los demás mediante la aceptación de ciertos preceptos morales que el propio Estado nos obliga a aplicar a todos sus ciudadanos por igual. Mientras la ética que tiene relación directa con los principios de

¹¹³ LUNA, F. y SALLES, A. L. F.: *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2008, pp. 73-74.

autonomía y beneficencia estarían en un nivel privado, la ética que tiene relación con los principios de no maleficencia y de justicia estarían en un nivel público. La diferencia principal y fundamental es que mientras en el nivel privado todos tenemos derecho a ser diferentes y a que se nos respete precisamente esa diferencia, a nivel público existe una obligación de ser tratados todos por igual, ya que una aplicación desigual implicaría marginar, segregar o discriminar a una parte de la población (que no podría compartir el mismo principio de justicia). William Frankena especifica claramente que en el caso de que pudiera existir conflicto entre los principios de beneficencia y el de justicia, el segundo tiene prioridad, siguiendo la tradición clásica, en la que el propio Aristóteles tiene un peso determinante como vimos, el bien de una comunidad, de una polis para el estagirita, tiene prioridad sobre el bien individual o privado cuando se deba decidir entre ambos y, de esta forma, los deberes públicos se imponen a los privados. Frente a esta clara argumentación nos encontramos con un problema en relación con que los primeros principios genéticamente o cronológicamente hablando, que se desarrollaron, son los de autonomía y el de beneficencia, antes que los de justicia y de no maleficencia. Sólo un ser que es autónomo puede decidir realmente vivir en sociedad. Sólo un ser que es autónomo puede decidir sobre sus actos y sobre su moralidad. Los contenidos de los principios de justicia y de no maleficencia serán definidos por un consenso entre todos los seres autónomos que formen esa sociedad, que se otorgarán a sí mismos un Código legal que reconozca su sistema de valores (bien por un consenso o bien por la fuerza). Por tanto, primero son los individuos autónomos y luego se crea la sociedad. En este sentido existe ahora una inversión de las prioridades de los principios, ya que desde un punto de vista cronológico o genético los principios de autonomía y beneficencia, el nivel privado de la moralidad, tiene prioridad sobre los principios de no maleficencia y el de justicia, el nivel público de la moralidad. Sin embargo, Diego Gracia deja completamente claro que en caso de conflicto entre un deber público y uno privado, el público siempre debe ser priorizado debido a su importancia como principio mínimo desde el que construir nuestra moralidad. Finalmente es importante aclarar, como Diego Gracia nos indica, que los objetivos de la moralidad pública no tendrían sólo como finalidad evitar la marginación, la segregación social, sino que asimismo tendrían relación directa con la protección de la vida, la integridad física o biológica de los individuos que la componen y conforman.

Por todo ello, Diego Gracia plantea frente a los cuatro principios *prima facie* del mismo nivel que establecieron Beauchamp y Childress, donde sólo las consecuencias y las circunstancias podían ordenarlos según los autores norteamericanos, una organización de estos cuatro principios en dos niveles que definirían dos dimensiones de la misma vida moral. Por un lado, la dimensión pública, formada por los principios de no maleficencia y de justicia (deberes de obligación perfecta o de justicia) y, por otro lado, la dimensión privada, formada por los principios de autonomía y de beneficencia (deberes de obligación imperfecta o de beneficencia). Estos dos niveles se verían organizados por dos reglas: la primera, la cronológica o genética, donde mantiene que la dimensión privada es anterior a la pública y, la segunda, la jerárquica, donde mantiene que la dimensión pública siempre tendría prioridad sobre la privada en caso de que se diese algún conflicto entre ambas. Pero, frente a esta subordinación de la dimensión pública a la dimensión privada podemos encontrar dos claras objeciones. La primera objeción tendría que ver precisamente con que se puede interpretar que se subsume, se reduce, los principios de justicia y de no maleficencia al derecho, con la consiguiente

reducción de su contenido ético. Esta interpretación queda expresamente aclarada por Gracia ya que expone que en los deberes de obligación perfecta siempre van a mostrarse en una doble expresión, pública y privada a la vez. Un consenso público, o por la fuerza, sobre un principio que se transcriba en algún código jurídico (como sería el Código Penal) no implica obligatoriamente que yo personalmente esté de acuerdo con esa ley o interpretación de ésta, ya que siempre tengo la posibilidad moral individual de tomar la decisión de no realizarla (incluso la sociedad puede permitir o tolerar realizar acciones que mi moral individual puede valorar como incorrectas y, aun estando permitidas en esa sociedad, yo no las realice por considerarlas desde mi punto de vista como inmorales), o bien, hacer otras que la sociedad en principio no reconoce o recoge en ningún código, pero que yo creo individualmente que moralmente son necesarias (actos que considero que son de justicia pero que la sociedad los interpreta como actos de beneficencia y no los reconoce como tales, ni están expuesto en ningún tipo de código). La segunda objeción tendría que ver con una interpretación excesivamente estrecha de los postulados de Gracia, que plantearía que siempre los deberes de justicia y no maleficencia estarían por encima de los de autonomía y beneficencia. El mismo autor lo aclara brillantemente cuando expone que, en realidad, lo que él propone es que en caso de conflicto entre un deber imperfecto y uno perfecto, el que tiene prioridad siempre es el deber perfecto, pero no implica necesariamente que los deberes jurídicos tengan prioridad sobre los morales como se puede llegar a interpretar en esta segunda objeción. Gracia entiende que lo que tiene prioridad son los deberes perfectos y no su mera expresión jurídica, sino el contenido moral de éstos (lo que nos obliga realmente es el modo de entender moralmente el contenido de los deberes perfectos, no su expresión jurídica y, en el caso en que coincidan ambos, el jurídico y el personal, no se plantearía entonces ningún tipo de duda al respecto). En todo caso como Gracia nos advierte: “No se conoce ningún principio deontológico que se pueda decir de modo absoluto que carece o puede carecer de excepciones, a no ser que se formule de modo puramente analítico y, en consecuencia, tautológico. Éste es un error muy frecuente en ética”¹¹⁴, ya que en muchas ocasiones nos olvidamos precisamente de ello, pudiendo llegar a la obsesión de perseguir y acatar los principios ciegamente, sin la *Φρόνησις* siempre necesaria.

No quisiera acabar el planteamiento de la interpretación de Diego Gracia del principialismo sin exponer uno de los más grandes logros de este autor. Sin duda la sabiduría de este pensador ha ido más allá de su jerarquización de los principios, y su valor ha sido formar a toda una generación de clínicos para que puedan actuar y tomar decisiones bioéticas en el día a día. Por todo ello su obra tiene un valor que queda fuera de toda duda. Más allá del método de deliberación moral que tan brillantemente nos propone: “La deliberación es en sí un método, un procedimiento. Por eso pueden establecerse unas fases por las que debe pasar todo proceso deliberativo que quiera ser correcto. El análisis crítico de casos bioéticos debe constar siempre de unos pasos básicos que son los siguientes: 1.- Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión. 2.- Discusión de los aspectos médicos de la historia. 3.- Identificación de los problemas morales que presenta. 4.- Elección de la persona responsable del caso del problema moral que a él le preocupa y quiere discutir. 5.- Identificación de los cursos de acción posibles. 6.- Deliberación del curso de acción óptimo. 7.- Decisión

¹¹⁴ GRACIA, D., “La deliberación moral: el método de la ética clínica”, *Med. Clin. (Barc)*, 2001; 117: p. 20.

final. 8.-Argumentos en contra de la decisión y argumentos en contra de esos argumentos, que estaríamos dispuestos a defender públicamente.”¹¹⁵, que nos ha servido, y que continuamos aplicando diariamente en los Comités de Ética Asistencial de los diferentes centros sanitarios. Diego Gracia ha sabido siempre plantear una bioética basada en la prudencia y no en los extremos insolubles: “Para evaluar la calidad ética de un curso de acción hay que analizarlo siempre en dos fases, contrastándolo con los principios en juego y con las consecuencias previsibles. Los principialistas extremos suelen afirmar que las decisiones deben tomarse sólo a la vista de los principios, ya que consideran éstos absolutos e inmutable. Los consecuencialistas extremos, por el contrario, piensan que la corrección de un acto sólo se mide por sus consecuencias. Ambas tesis han tenido y tienen sus defensores en ética, pero son claramente posturas extremas, y como tales distan mucho de ser mayoritarias. Lo que se ha dado en llamar “sentido moral” afirma la existencia de principios deontológicos formulados universalmente, como el no matar o el no mentir, pero considera que todo principio tiene sus excepciones, que se justifican por las circunstancias del caso y las consecuencias previsibles”¹¹⁶, exponiendo todo un ejemplo del camino por donde debería conducirse hoy la misma bioética. Por todo ello, considero que el valor del pensamiento de Diego Gracia es que sus reflexiones y planteamientos son tremendamente útiles y prácticos para los dilemas bioéticos a los que los profesionales sanitarios debemos enfrentarnos en el día a día, donde en todo momento ha hecho gala de una prudencia y una sabiduría moral que nos debe servir como ejemplo y guía por el que seguir trabajando, evitando posturas extremas que nos perpetúan, en muchas ocasiones, en un diálogo de sordos. La pregunta de esta tesis plantea precisamente una dicotomía parecida a la que Diego Gracia ha sabido superar y, por ello, sus reflexiones han servido de ayuda en las conclusiones de esta tesis.

Finalmente, para acabar este epígrafe titulado más allá del principialismo, representado por Beauchamp y Childress, voy a exponer sucintamente la ética de la convergencia que nos presentan Ricardo Maliandi y Oscar Thüer en su libro *Teoría y Praxis de los principios bioéticos*. La propuesta de estos autores me ha parecido muy interesante porque parten de un supuesto que, en ocasiones, hemos olvidamos o queremos, en cierta medida, obviar, que sería el examen de la conflictividad, partiendo desde una reflexión filosófica sobre la relación entre la razón y la conflictividad, que a estos autores les servirá de guía desde donde construir la propuesta de una ética de la convergencia. Los hemos presentado dentro de la línea del principialismo aunque, como se mostrará, nos plantearán finalmente una especie de metaprincipio que será el de la convergencia. Ellos exponen claramente sus intenciones de estar incluidos dentro del principialismo de la siguiente manera “muchos prefieren prescindir de los “principios” y apelar a criterios diferentes. Los autores del presente libro no compartimos esa opinión. Creemos que los principios no son una cuestión de gustos ni de opciones arbitrarias o temperamentales, sino que radican en la estructura misma de la razón. Es decir, si se quiere obrar de un modo racional y razonable, hay que hacerlo según determinados

¹¹⁵ *Ibidem*, p.20.

¹¹⁶ *Ibidem*, p.20.

principios, aun cuando eventualmente no se sea consciente de ellos¹¹⁷, y por ello los he incluido en este epígrafe de más allá del principialismo, ya que defienden precisamente el mismo valor de los principios como estructura básica de la misma bioética, como armazón necesario desde el que construir la propia reflexión bioética, más allá de modas pasajeras, aunque sean capaces de ir un paso más, en los mismos límites del principialismo.

Los autores argentinos parten de la complejidad que supone las cuestiones relacionadas con los ámbitos biológicos y sociales del ser humano y, dentro de estas interrelaciones que conformamos los individuos, los conflictos son una forma de interrelación, al igual que el mismo orden. De esta manera, se conforma una especie de oposición entre la conflictividad y el orden, al igual que entre la discordancia y la armonía en la música. Los mismos autores nos lo exponen de esta forma: “los conflictos establecen relaciones en el modo de la divergencia; la armonía lo hace en el modo de la convergencia”¹¹⁸, donde la razón tendría que ver precisamente con estas dos funciones o dimensiones distintas: por un lado, busca el orden intentando deshacer la conflictividad y, por otro lado, reconoce ella misma que el conflicto es inevitable en el campo de los conocimientos donde nos movemos. Por ello los autores afirman que la razón posee siempre esta doble dimensionalidad y, la razón misma es bidimensional e intrínsecamente conflictiva, y nos presentan la ética convergente como el intento de indagar los modos posibles de minimizar la conflictividad de la misma razón. Por un lado, la dimensión del orden, trata de buscar, en cierto modo los exige, fundamentos y principios y, por otro lado, la dimensión que reconoce la conflictividad, tiende a cierto desorden, en los mismos límites de la propia fundamentación, que sería la crítica. Maliandi y Thüer afirman que la razón tiene una dimensión fundadora (F) y otra dimensión crítica (K), y que el conflicto de las dimensiones de la razón es un conflicto de principios, que los autores denominan principios cardinales. Su hipótesis de trabajo será que los principios bioéticos de Beauchamp y Childress podrían estudiarse y comprenderse mejor como especificaciones de los mismos principios cardinales. Los autores se marcan dos metas en su obra: por un lado, tratan de analizar precisamente la importancia de la fundamentación de los principios bioéticos y de donde surgen éstos (mostrando claramente sus interrelaciones conflictivas) y, por otro lado, intentan solucionar los problemas de aplicabilidad de los mismos principios. Pero, más allá de este reconocimiento de la conflictividad dentro de la razón y de la misma bioética, me gustaría destacar quizás el aspecto más importante de su obra que sería el intento de llevar a la práctica sus reflexiones bioéticas mediante el reconocimiento del diálogo interdisciplinar¹¹⁹ siempre necesario en la bioética. Será precisamente esta forma de diálogo que los autores postulan, el tipo de diálogo también acertado precisamente para contestar la pregunta de esta tesis.

¹¹⁷ MALIANDI, R. y THÜER, O., *Teoría y praxis de los principios bioéticos*, Buenos Aires, Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús, 2008, p. 8.

¹¹⁸ *Ibidem*, p.9.

¹¹⁹ Ricardo Maliandi es Doctor en filosofía y Oscar Thüer es Licenciado en medicina y son capaces de establecer entre ellos en el libro un diálogo muy necesario entre la filosofía y las ciencias de la salud. Diálogo sumamente enriquecedor capaz de mostrar precisamente el carácter dialógico de la razón imprescindible en la bioética.

La propuesta de la ética de la convergencia de Maliandi y Thüer es capaz de exponer matices muy interesantes que considero que intentan aunar y adecuar diferentes conceptos teóricos, desde diferentes perspectivas pero, en cierta forma, complementarias y, tomando como base desde donde construirse, el propio carácter dialógico de la razón¹²⁰, resaltando la necesidad de la crítica como fundamento de todo conocimiento. En palabras de los mismos autores: “la ética convergente procura desarrollar una fundamentación ético *pragmático-trascendental* en el sentido apeliano, pero ajustándola a una conjunción (o, más precisamente, a una convergencia) con la percepción de lo conflictivo proporcionada por la ética de los valores y, en particular, la de Nicolai Hartmann”¹²¹, lo que nos muestra, su valor como propuesta ética pragmático-trascendental, como los autores afirman, intentando acercar y converger las posturas de Hartmann y Apel, buscando adecuar la estructura conflictiva del *ethos* (que resalta el propio Hartmann) con la fundamentación reflexiva pragmático-trascendental (por la que aboga Apel), ya que, tanto en Apel como en Hartmann, podemos llegar a encontrar el nexo común de una defensa del universalismo de la ética, frente a ciertas corrientes que destacan casi irracionalmente las diferencias. De esta forma, es necesario resaltar la importancia que habría que darle al desarrollo de una teoría de la razón donde se destaquen dos características necesarias: por un lado, su carácter bidimensional (fundamentación y crítica) y, por otro, su dialogicidad (la razón sólo puede tener sentido si la entendemos como una necesaria comunicación dialógica). Por todo ello, para Maliandi y Thüer podríamos llegar a afirmar que existe una especie de a priori dentro de su propuesta de la ética de la convergencia, que sería lo que ellos denominan el “a priori de la conflictividad”.

La propuesta de la ética de la convergencia trata de aunar los postulados de la ética material de los valores y la ética del discurso, reconociendo una pluralidad de cuatro principios propuestos que exige que se armonicen entre ellos. Estos cuatro principios son ordenados por los autores en dos ejes o pares, por un lado, el eje universalidad-individualidad, lo que los autores definen como conflictividad sincrónica, y, por otro lado, el eje conservación-realización, definido como conflictividad diacrónica, siendo determinados en correspondencia con la misma bidimensionalidad de la razón que los autores propugnan (los principios de la universalidad y la conservación que corresponderían con la dimensión de fundamentación, mientras que los principios de la individualidad y la realización corresponderían con la dimensión crítica). De tal forma, estos cuatro principios son los que van a determinar cómo tomamos nuestras decisiones

¹²⁰ Un carácter dialógico sería extremadamente necesario hoy día porque precisamente nos evitaría ubicarnos en esta nueva moda, sobre todo a nivel ético-económico, que siempre intentan presentarnos algunas soluciones como las únicas alternativas posibles al problema que tenemos que afrontar, y nos recuerda precisamente que nunca nadie parece que tiene la última palabra en cualquier situación y que la crítica es una actitud necesaria, si realmente queremos conocer algo verdaderamente más allá de las apariencias. Las tentativas críticas que realicemos para solucionar cualquier problema siempre tienen un valor en sí mismas (como esta misma tesis que reivindica precisamente el valor necesario de la crítica), ya que, aunque finalmente puedan ser frustradas, son valiosas y válidas en cuanto a meras tentativas que promueven el necesario diálogo crítico que hace que podamos finalmente avanzar en la toma de una decisión (muchos de nuestros errores finalmente nos guían hasta la auténtica solución de un problema aunque sea mediante un camino ciertamente tortuoso, en ocasiones, y aparentemente equivocado al principio).

¹²¹ *Ibidem*, p. 48.

en las acciones morales prácticas y van a fundamentarse por vía de la reflexión pragmática-trascendental, ya que estos cuatro principios (que los autores denominan como cardinales) estarán presupuestos en toda argumentación adecuada a los discursos prácticos. Los autores lo exponen de la siguiente manera “quien defiende *argumentativamente*, en un discurso práctico, sus propios intereses, o incluso determinados intereses de alguien “afectado” por las posibles consecuencias de una acción, lo hace inevitablemente apelando, al menos en modo tácito, a alguno o algunos de los cuatro principios: toda discusión práctica es, en el fondo, discusión acerca de la universalidad (por ejemplo, igualdad de derechos) o la individualidad (por ejemplo, una diferencia específica que no debería pasarse por alto), o la conservación (por ejemplo, la necesidad de evitar riesgos) o la realización (por ejemplo, la necesidad de modificar un determinado estado de cosas)”¹²², teniendo siempre en cuenta el a priori de la conflictividad (un conflicto en sí mismo intrínseco de la razón práctica), de tal forma que no consistiría simplemente aplicar los principios (lo que podría parecer una solución fácil es tan sólo una especie de espejismo) y elegir entre uno u otro, en forma disyuntiva (o bien... o bien), sino que más bien tendremos que hablar de conjugar las exigencias éticas de forma adversativas (es cierto que...pero). A los autores les sirve para apoyar esta argumentación el pensamiento de Hartmann, que en cierta manera realiza una inversión del imperativo categórico kantiano, al postular que junto a la exigencia de universalizar la propia máxima moral, siempre puede existir otra que hace referencia a la singularización de la propia conducta, que es propio de cada individuo y que nadie podría cumplir en su lugar. A modo de resumen, los propios autores definen el cometido de la ética convergente de la siguiente manera “si se admite que la complejidad de los fenómenos morales deriva de su conflictividad básica, y que esta se explica, en última instancia, como una *antinomia ética fundamental* (en adelante AEF) en la que se enfrentan dos pares de principios, representantes de dos dimensiones de la razón (F y K) y de dos estructuras conflictivas (sincrónica y diacrónica), y si se admite, además, que la fundamentación ética *a priori* puede hacerse mediante la aplicación de la reflexión pragmático-trascendental, se comprenderá cuál es el cometido de la ética convergente”¹²³, que considero que muestra una propuesta reflexiva sumamente interesante para afrontar esta misma tesis trato de pergeñar.

Pero, sin duda, lo más interesante de la propuesta de Maliandi y Thüer es la relación que establecen entre los cuatro principios cardinales que nos proponen y los cuatro clásicos principios bioéticos que nos presentaron Beauchamp y Childress. Los principios de justicia y de autonomía se vinculan con los de universalidad e individualidad en la conflictividad sincrónica y, los de beneficencia y no maleficencia con los de realización y conservación de la conflictividad diacrónica. En tanto que en la dimensión de fundamentación, el principio de la universalidad se vincula con el de justicia y el de conservación con el de no maleficencia, mientras que en la dimensión crítica, el principio de individualidad se vincula con el de autonomía y el de realización con el de beneficencia. Pero, la teoría de la ética de la convergencia va más allá de la de los cuatro principios de Beauchamp y Childress ya que no sólo reconoce esta pluralidad de principios, sino que reconoce el valor de la conflictividad a priori entre los

¹²² *Ibidem*, p. 50.

¹²³ *Ibidem*, p. 54.

principios, que no nos conduce a un supuesto relativismo inevitable sino, todo lo contrario, ya que conectado con el principio de convergencia se exige maximizar la armonía entre ellos. Y, todo ello, con vista siempre a una aplicación práctica que los autores en su libro nunca dejan de lado, de tal manera que si existe un conflicto entre los principios, proponen no que se priorice entre ellos (como propone Diego Gracia al jerarquizarlos), sino que se procure la máxima armonía posible entre ellos apelando a la bidimensionalidad de la razón en sus dimensiones crítica y fundamentadora, ya que aplicando el principio de convergencia que los propios autores nos proponen (comprendiendo éste como el esfuerzo de la razón por minimizar los conflictos, intentando la mayor armonía posible), podremos quizás lograr el mayor equilibrio entre los principios y su aplicación práctica. Finalmente, el paradigma de la convergencia propuesto por Maliandi y Thüer aboga por tomar en consideración no ya sólo la contingencia, sino la misma necesidad de los conflictos, que explicaría que los principios se puedan llegar a oponer entre sí. La aportación clave de estos dos autores es precisamente proponernos el a priori de la conflictividad como concepto que nos valdría, tanto para la fundamentación, como para la aplicabilidad de los principios bioéticos.

A modo de resumen de este apartado he de decir que he expuesto varias propuestas sumamente interesantes (aunque no todas las que se han planteado a lo largo de más de los treinta años desde que comenzara a exponerse el principialismo como tal), que partiendo desde el propio principialismo han intentado mejorarlo en cierto sentido y, que Beauchamp y Childress han tenido en consideración en las últimas ediciones de *Principles of Biomedical Ethics*. Algunas de ellas son críticas tan frontales que podemos considerarlas que casi desacreditaban totalmente al mismo principialismo pero, creo que las expuestas finalmente han aportado siempre algo al propio principialismo. Danner Clouser y Bernard Gert criticaban la teoría de los principios por no ser suficiente o realmente deductivista, y no presentar una jerarquía de los principios de tal forma que si hubiese conflictos entre ellos se pudiera deducir cómo actuar y cuáles serían los prioritarios. Por su parte, Henry Richardson proponía ir más allá de la mera aplicación y del balanceo de las normas para aplicarlas a un caso concreto, y propugnaba por la especificación, que valoraría las calificaciones sustantivas de cada caso, permitiéndonos ajustar o recortar las normas a cada caso. Expuse también que David DeGrazia proponía superar el deductivismo desde una teoría coherentista que propugne un equilibrio reflexivo amplio, que unido a una especificación de la aplicación de los principios nos pudiera llevar a una especie de principialismo especificado, desde un equilibrio reflexivo amplio. También mostré cómo Diego Gracia proponía una jerarquización de los cuatro principios bioéticos en dos niveles: por un lado, los principios de justicia y de no maleficencia (deberes de obligación perfecta o de justicia) y, por otro lado, los principios de beneficencia y de autonomía (deberes de obligación imperfecta o de beneficencia). Cuando en la resolución de un caso nos encontrásemos con un conflicto entre los deberes de obligación perfecta, que se corresponden con la dimensión pública de la moralidad, y los deberes de obligación imperfecta, que se correlacionan con la dimensión privada de la moralidad, Gracia especifica que los primeros tendrían prioridad sobre los segundos. Sin embargo, el propio autor aboga por una marcada prudencia en la emisión de nuestros juicios y en la recuperación de la sabiduría moral, más allá de cualquier método que tengamos para la resolución de los casos diarios que haya que intentar resolver (como el método que el propio autor nos plantea).

Finalmente, comenté los planteamientos de Ricardo Maliandi y Oscar Thüer que nos proponen una ética de la convergencia que pretende aunar los postulados de la ética material de los valores y la ética del discurso, reconociendo una pluralidad de cuatro principios cardinales que exige que se armonicen entre ellos, partiendo de los supuestos de que la razón misma es bidimensional (posee una dimensión fundamentadora y otra dimensión crítica) e intrínsecamente conflictiva. Por ello nos presentan la ética de la convergencia como el intento de indagar los modos posibles de minimizar la conflictividad de la misma razón, para que cuando nos encontremos con un conflicto entre los principios bioéticos, más que jerarquizarlos, intentemos minimizar los conflictos mediante la mayor armonía, el mayor equilibrio entre los principios y su aplicación práctica posible, que no deja de ser una propuesta casi utópica en sí misma y, por ello, quizás, también bioética.

2.1.1.8. TRISTRAM ENGELHARDT: LOS EXTRAÑOS MORALES

Para acabar la aproximación a la vía clásica de la bioética voy a concluir con un autor que bien podría definirse como postmoderno, si esto tiene algún sentido realmente, en la misma bioética. Hugo Tristram Engelhardt nos propone una aproximación a la bioética desde otros presupuestos que van mucho más allá del principialismo, aunque en cierta medida también parten de él. Pero considero que la propuesta del autor norteamericano es tan novedosa e interesante que por ello lo he incluido en un epígrafe aparte del anterior.

Para desarrollar este apartado voy a seguir la propuesta del autor expuesta en su libro *The foundations of Bioethics* que cuenta con dos ediciones y la segunda ya está traducida al castellano. Desde el comienzo del citado libro es posible observar una perspectiva muy diferente a la planteada por Beauchamp y Childress y, aunque Engelhardt también va a trabajar conforme a una serie de principios, por lo que también podemos considerarla en cierta manera una propuesta en la línea del deductivismo, estos principios no sólo tienen otros enunciados, que en ocasiones podrán parecer algo cercanos a los cuatro principios clásicos de la bioética, sino que en la misma definición de éstos y cómo los aplica el propio autor es posible ir observando una interpretación muy diferente y, a la vez, sumamente interesante de estos nuevos principios bioéticos. Por todo ello, no es sólo una continuación de principialismo, sino que supone realmente un salto, una nueva manera de concebir la bioética. El mismo comienzo del libro ya nos indica claramente que vamos hacia una nueva manera de interpretar la bioética “*Moral diversity is real. It is real in fact and in principle. Bioethics and health care policy have yet to take this diversity seriously. Those who teach bioethics, those who engage in bioethics consultations in the clinical area, those who serve on ethics committees, even those who produces textbooks of bioethics tend to discount the diversity of understandings regarding the morality of particular health care choices (e.g. regarding abortion, commercial surrogacy, euthanasia, germline genetic engineering, inequalities in access to health care, infanticide, organ sales) or the nature of morality (e.g.,*

teleological, deontological, virtue-based)¹²⁴, y es que Engelhardt parte precisamente de esta diversidad moral que es posible encontrar actualmente en nuestra sociedad multicultural para, a partir de ella, construir una bioética que sea capaz de afrontar precisamente las diversas morales de nuestro mundo actual.

Pero, más allá de todo lo que voy a intentar exponer a continuación, como parte del desarrollo de su obra, me gustaría destacar precisamente dos aspectos cruciales por los que he seleccionado a este autor y que podría servir de enlace, de gozne, con la vía complementaria y con la pregunta inicial de esta tesis. Estos dos aspectos son: por un lado, la importancia que durante toda su obra concede este autor a lo relacionado con las políticas sanitarias, que posteriormente se expondrá que tiene relación directa con la biopolítica (incluso llegando a referirse a los sanitarios como burócratas de la salud y geógrafos de valores) y, por otro lado, la idea de los *amigos y los extraños morales*, que intentaré analizar conjuntamente con la propuesta de *el otro*, de Emmanuel Lévinas. Por ambos aspectos determinantes he traído a Engelhardt como último autor de esta vía clásica de fundamentación de esta tesis, ya que considero que puede llegar a proporcionar precisamente una visión, que partiendo desde los mismos cuatro principios bioéticos de Beauchamp y Childress, sea capaz de proporcionar otra visión y de entablar puentes de unión con las propuestas que voy a analizar en la vía complementaria de fundamentación de la tesis.

Desde una personal interpretación de los problemas morales en general y de los bioéticos en particular, intentando interpretarlos dentro de las actuales sociedades pluralistas seculares pacíficas, Engelhardt parte de los principios bioéticos de Beauchamp y Childress para entenderlos de otro forma, reformulándolos y clasificándolos de otra manera. Engelhardt habla principalmente de dos principios: el de beneficencia y el de permiso. Si tenemos que confrontarlos con los cuatro principios clásicos, podríamos decir que el de beneficencia abarcaría aproximadamente al de no maleficencia, justicia y beneficencia, mientras que el de permiso tendría relación aproximadamente al de autonomía.

Pero, antes de comenzar con estos dos principios he de exponer algunas consideraciones sobre lo que el autor piensa sobre nuestra sociedad multicultural actual, que va a determinar precisamente su propia interpretación de la bioética y cómo aplicarla en el propio campo de la salud. Engelhardt piensa que los problemas morales, para que tengan realmente un sentido hablar de ellos, deberían ser planteadas siempre dentro de sociedades pluralistas seculares pacíficas (aquellas que son capaces de tolerar diferentes visiones de los planteamientos morales, y que, por ello, carecerían de una ortodoxia ideológica, religiosa o moral que estuviese impuesta por la fuerza y que

¹²⁴ La diversidad moral es real. Es real como hecho y como principio. La bioética y las políticas de salud tienen que tomar ya en serio esta diversidad. Aquellos que enseñan bioética, aquellos que participan como consultores bioéticos en las áreas clínicas, aquellos que trabajan en los comités de bioética, incluso aquellos que producen libros de textos de bioética tienden a desechar la diversidad de entendimientos relacionados con la moralidad de elecciones individuales en el cuidado de la salud (por ejemplo relacionados con el aborto, los vientres de alquiler, la eutanasia, la ingeniería genética de líneas germinales, las desigualdades en el acceso a los cuidados de salud, el infanticidio, la venta de órganos) o de la naturaleza de la moralidad (por ejemplo teleológica, deontológica o basada en la virtud). ENGELHARDT, H. T., *The foundations of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1996, p. 3 (traducción propia).

tuviesen la posibilidad de opinar libremente sobre estos temas). Actualmente, con respecto a la sociedad multicultural donde vivimos hoy, es posible encontrarse con que estamos constituidos por comunidades concretas que nos ofrecen una moral muy determinada y, que en muchas ocasiones, no permiten dentro de su ortodoxia ningún tipo de planteamientos alternativos ni de pensamiento crítico, estableciendo un discurso único¹²⁵ con respecto a la moralidad que no admite ningún género de dudas en su fundamentación última (esta crítica debería también extenderse a nuestra propia visión occidental de la bioética). Este tipo de moralidades están inmersas en un Estado secular, habitualmente, o al menos en teoría, que intenta proveer a todos sus ciudadanos de una moral que llegue a todas las comunidades diversas que lo conforman. De tal forma que el discurso moral último del Estado ofrecería dos niveles: por un lado, un discurso moral que tendría un contenido concreto para todos aquellos que comparten esa moral y, por otro lado, un discurso moral que se desarrolle a través de procedimientos para aquellos que no comparten, de una forma parcial o total, la moral del propio Estado. Engelhardt denomina como amigos morales a aquellos que estarían en el primer grupo y, a extraños morales aquellos que pertenecen al segundo grupo. Nuestra realidad, sin embargo, es hoy día tan plural que dentro del mismo Estado conviven diferentes grupos étnicos, con diferentes religiones y cosmovisiones, y con unos valores tan diversos que en ocasiones son completamente antagónicos entre ellos mismos, con diferentes concepciones de la vida y su valor, de tal forma que resultaría prácticamente imposible llegar casi a unos mínimos acuerdos entre ellos sobre lo que es una vida buena o un comportamiento correcto con respecto a los demás o, cuál sería el fin último de nuestra existencia y de nuestras acciones. En este sentido, toda bioética que se base exclusivamente en argumentos racionales concretos estaría destinada a enfrentarse, en muchas ocasiones, con estas morales que no han sido construidas desde la racionalidad sino desde la autoridad y la tradición milenaria.

Pero, ¿es que acaso la razón no es la guía que debe servirnos para establecer una auténtica moral universal? La respuesta a esta pregunta parte de los planteamientos postmodernos de Engelhardt: “A canonical, content-full secular morality cannot be discovered. The recognition of this failure marks the postmodern philosophical predicament. It is a circumstance difficult to accept, given our intellectual history and its exaggerated expectations for reason. The failure of the modern philosophical project to discover a canonical content-full morality constitutes the fundamental catastrophe of contemporary secular culture and frames the context of contemporary bioethics.”¹²⁶y, sobre la postmodernidad, no podemos argumentar nada en su contra, sino más bien, todo lo contrario, preguntarnos como hacía Jean-François Lyotard en su famoso libro *La*

¹²⁵ Este discurso único no sólo se ha instalado en la moralidad hoy de nuestras sociedades multiculturales, sino que, lamentablemente, se ha extendido como un virus a otras cuestiones tan centrales e importantes como son la economía y la política y, con ello, también a la biopolítica actual de nuestros Estados modernos.

¹²⁶ Una moral canónica, secular y dotada de contenidos no puede ser descubierta. El reconocimiento de este error marca el predicamento de la filosofía postmoderna. Es una circunstancia difícil de aceptar, dada nuestra historia intelectual y sus exageradas expectativas sobre la razón. El error del proyecto de la filosofía moderna de descubrir una moralidad dotada de un contenido completo constituye la catástrofe fundamental de la cultura secular contemporánea y enmarca el contexto de la bioética contemporánea. *Ibidem*, p. 8 (traducción propia).

condición postmoderna, que estudia precisamente “la condición del saber en las sociedades desarrolladas”¹²⁷ y, dentro de estos saberes está el ético, “¿dónde puede residir la legitimación después de los metarrelatos? El criterio de operatividad es tecnológico, no es pertinente para juzgar lo verdadero y lo justo. ¿El consenso obtenido por discusión, como piensa Habermas? Violenta la heterogeneidad de los juegos del lenguaje. Y la invención siempre se hace en el disenso. El saber postmoderno no es solamente el instrumento de los poderes. Hace más útil nuestra sensibilidad ante las diferencias, fortalece nuestra capacidad de soportar lo inconmensurable. No encuentra su razón en la homologación de los expertos, sino en la paralogía de los inventores. La cuestión abierta es ésta: ¿es practicable una legitimación del lazo social, una sociedad justa, según una paradoja análoga a la de la actividad científica? ¿En qué consistiría?”¹²⁸, ya que como es posible colegir del pensamiento del propio Lyotard, éste se pregunta por lo justo y no sólo por lo verdadero y, asimismo manifiesta y analiza en cierta forma esa relación de saber-poder que analizaré más detenidamente cuando exponga el pensamiento de Michel Foucault en la vía complementaria de esta tesis, y también se cuestiona cómo construir y legitimar una sociedad justa y, en el fondo, el autor francés, no sólo habla del conocimiento y de la ética, sino también de la política. Pero, más allá de esta búsqueda de sentido y de reconocimientos de los límites de la propia razón, Lyotard también es capaz de mostrar cómo la postmodernidad podría llegar a sensibilizarnos ante las diferencias y nos va a fortalecer nuestra capacidad de soportar lo inconmensurable, que en bioética será bastante, quizás demasiado para aquellos que están acostumbrados y buscan siempre una única solución a cualquier tipo de problema, ya sea matemático o ético, ya sea una praxis científica o una disciplina filosófica, sin valorar las diferencias que existen entre esos tipos de conocimientos y sus aplicaciones en el mundo real.

Engelhardt sería capaz entonces de partir desde esta visión postmoderna para argumentar que una bioética, como la de los cuatro principios de Beauchamp y Childress, que se base únicamente en argumentos racionales concretos está abocada a encontrarse con numerosos problemas insolubles cuando trate de aplicarse en la práctica de nuestro mundo actual. La postmodernidad ha mostrado como el proyecto ilustrado basado en la razón, que fundamentaba tanto la moralidad como la autoridad, ha fracasado a la hora de contrarrestar el relativismo y el nihilismo que pretendía combatir. Por ello, el autor considera que pueden existir dos concepciones diferentes de la misma bioética. Por un lado, la bioética del compromiso moral dotado de contenido que sería la que se establece entre amigos morales y, por otro lado, tendríamos la bioética secular que intenta establecer una ética operativa entre los extraños morales. Engelhardt intenta construir precisamente una ética para este último grupo, que es con el que habitualmente debemos tratar en nuestras sociedades multiculturales actuales. La moralidad canónica en una sociedad postmoderna donde conviven amigos morales y extraños morales comienza a perder sentido cuando se topa con la actual realidad moral tan diversa, ya que no existe finalmente una autoridad última (en la Ilustración era la Razón, que se imponía a las demás formas de pensamiento y justificación de manera argumentada, pero hoy ya no podemos seguir aferrados a ese brillante espejismo).

¹²⁷ LYOTARD, J.F., *La condición postmoderna*, Madrid, Cátedra, 2000, p. 9.

¹²⁸ *Ibidem*, pp. 10-11.

Incluso en aquellas sociedades donde han existido y siguen existiendo comunidades religiosas (cristianos, musulmanes, judíos,...) en Occidente, lo que ha ido ocurriendo paulatinamente ha sido una relajación de la ortodoxia y la tradición en su seno, pero no una completa disolución de sus doctrinas. Por ello, lo que actualmente nos encontramos, más que comunidades de amigos morales, cada vez menos, nos encontramos con sociedades cada vez más grandes y con más diversas ideologías y religiones donde podremos, y debemos, convivir son extraños morales. Considerando esta evolución de la sociedad y de estas cuestiones, Engelhardt nos presenta una bioética secular que busca integrar a todos esos extraños morales, de tal forma que sea posible encontrar unos principios que sean capaces de regular las acciones en lo relacionado a las cuestiones de salud. Partiendo de los principios bioéticos del informe Belmont y de la obra de Beauchamp y Childress, es capaz de aportar una visión diferentes de los cuatro principios clásicos, reformulándolos e incorporando nuevos contenidos en ellos mismos. Como ya expuse, estos dos principios fundamentales son el de permiso (*permission*) y el de beneficencia (*beneficence*) y, a continuación, voy a reflexionar sobre cada uno de ellos.

La autoridad que otorga o cede una persona sobre otra, como puede ser el paciente al profesional sanitario, implicaría que le está otorgando un permiso para que el segundo realice una acción (tratamiento, cura,...) sobre el primero y, por ello, Engelhardt prefiere hablar de principio de permiso más que de autonomía. Parece evidente que el principio de permiso está claramente referido al consentimiento, tanto explícito como implícito. En la asistencia sanitaria nos vamos a encontrar precisamente con ambos y, tanto uno como otro, nos crean grandes conflictos al personal sanitario (el implícito nos lo vamos a encontrar en situaciones de emergencias donde debemos decidir por el paciente, si éste no ha podido manifestar con anterioridad sus voluntades anticipadas, como puede ser una parada cardiorrespiratoria (PCR) o ante la disminución de su estado de conciencia como en un accidente cerebro vascular (ACV) y, el explícito nos los encontraríamos cuando se establece un contrato o un consentimiento informado que establezca claramente la asistencia sanitaria que va a recibir el paciente, que puede entrar en conflicto con la que nosotros consideramos como la mejor opción para el paciente pero, con la que éste puede no estar de acuerdo, y se establece un contrato entre ambos para evitar conflictos, que los dos tendrán que cumplir inexcusablemente). Sin embargo, es importante considerar las dos cuestiones que conforman el principio de permiso: por un lado, sin permiso no existiría realmente ninguna autoridad moral y, por otro lado, cualquier acto contra esta autoridad a la que se ha concedido este permiso de hacer tal acción, situarían al infractor fuera de la comunidad moral que se ha creado artificialmente. Engelhardt nos indica que el principio de permiso es capaz de proporcionarnos una fundamentación que podría entenderse como una moralidad de autonomía comprendida como respeto mutuo, de tal forma que la autoridad moral no surja de creencias comunes ni de argumentos racionales, sino precisamente del acuerdo de los que participan en esa decisión (en palabras del propio Engelhardt “when the premises held in common are insufficient to frame a concrete understanding of the moral life, and if rational arguments alone cannot definitively establish such premises, then reasonable men and women can establish a common fabric of morality only

through mutual agreement”¹²⁹) y, sólo de esta forma el permiso o el consentimiento sería el origen de la autoridad moral, basándose de esta manera en el respeto mutuo de los que llegaron a ese acuerdo consentido por ambas partes, convirtiéndose en la condición *sine qua non* para que pueda formarse una comunidad moral. Por último, habría que añadir que para que ambos, o la comunidad, respeten los acuerdos a los que se llegaron, éstos deben poder ser justificables para cualquiera y que esta justificación no sea por el uso de la fuerza.

Con respecto al principio de beneficencia, que comenté que engloba a los clásicos principios de justicia, no maleficencia y beneficencia, Engelhardt también lo examina de tal forma que parte de la premisa de que el objetivo de toda acción moral sería conseguir beneficios y no realizar perjuicios. Pero, en nuestra sociedad, es prácticamente imposible realizar una explicación canónica de los perjuicios y de los beneficios de una acción (incluso en cualquier acto sanitario nos encontramos con el problema de que siempre estemos, de alguna manera, intentando persuadir al paciente para que siga nuestros consejos y, de esta forma, podríamos considerar que estamos ejerciendo una pequeña coacción y faltando, en cierta medida, al respeto por sus creencias, tradiciones o costumbres de la comunidad a la que pertenece el paciente). Así, debemos de reconocer precisamente esta limitación y comprender que no podremos referirnos en última instancia a ningún principio de beneficencia dotado de contenido al que podamos apelar. Sin embargo, en el fondo, la intención de todas nuestras acciones morales, tienen la característica de poseer un cierto compromiso hacia la beneficencia (sin este compromiso la vida moral realmente carecería de sentido en sí misma) y, por otro lado, nuestras acciones morales que no nos acercaran a una preocupación por la beneficencia podrían ser realmente censurables, ya que en cierta manera estaríamos excluyendo a estas personas afectadas de la comunidad moral a la que hemos dotado de contenido mutuo. El principio de beneficencia también necesitará un consentimiento bien explícito o implícito, como ya expuse precisamente en el principio de permiso comentado. El contenido explícito vendría relacionado con todo aquello que la propia comunidad al constituirse ha definido como beneficioso o perjudicial, dotando de esta forma de un contenido común a todos de dicho principio y, el contenido implícito vendría relacionado con aquellos acuerdos previos basados en el principio de permiso. En el fondo, como Engelhardt propone, este nuevo principio de beneficencia estaría realmente relacionado con lo que podría denominarse como la moralidad del bienestar y de la solidaridad social. Con respecto al principio clásico de maleficencia, incluido según Engelhardt en este de principio de beneficencia, el autor se muestra claro al indicarnos que este tipo de acciones constituirían una incorrección moral ya que perjudicarían al contenido propio de la vida moral establecida por la comunidad, y quedarían fuera de cualquier justificación. Y, finalmente, con respecto al principio clásico de justicia, incluido también en este principio de beneficencia por Engelhardt, tendría que ver precisamente con la distribución de los bienes dentro de una moral determinada y, como tal, podría considerarse como una especie de beneficencia. Pero,

¹²⁹ Cuando las premisas compartidas en común son insuficientes para construir una comprensión concreta de la vida moral, y si los argumentos racionales no pueden definitivamente establecer dichas premisas, entonces los hombres y las mujeres razonables pueden establecer una estructura de moralidad común sólo mediante un mutuo acuerdo. ENGELHARDT, H. T., Op. Cit., p. 103 (traducción propia).

los problemas comenzarán cuando se intente determinar exactamente qué se debería repartir, por qué y a quién, ya que no será fácil llegar a un acuerdo entre todos en este nivel precisamente (como se ha empeñado tozudamente en demostrarnos la Historia). Ya que si intentásemos interpretar la justicia como lo hace John Rawls, que propone proporcionar a todos las condiciones materiales de igualdad y de oportunidad posibles, que entiende la justicia como equidad, no parece que pudiera ser fácilmente compatible con la que postula Robert Nozick, que aboga por una redistribución justa de los bienes individuales únicamente si ésta es consentida por los propietarios de éstos.

Como es posible observar tras lo expuesto, Engelhardt parte desde una visión postmoderna que afecta de forma determinante su manera de entender la ética y la misma bioética. Para el autor estadounidense la ética no es una forma de actuar unívoca sino que englobaría diferentes maneras o formas y, por ello, la moralidad que existe entre los amigos morales es diferente a la que se conforma entre los extraños morales, ya que precisamente es esto lo que sucede, y se conforma y establece entre estos extraños morales unos acuerdos que nos recuerdan, en cierta forma, al planteamiento de Adela Cortina en su *Ética mínima* de “una ética dialógica, que se cuida de hacer justicia al ser *autónomo y dialógico* del hombre y exige, por ello, sin remilgos, un *mínimo moral*: que sólo se consideren normas justas las que han sido queridas por los afectados, tras un diálogo celebrado en condiciones de simetría”¹³⁰, que reconoce también la necesidad de establecerlos con normas justas, que serían aquellas queridas por las personas que se van a ver afectadas finalmente por ellas mismas. Engelhardt resalta la importancia de que la diferencia precisamente entre los amigos morales y los extraños morales se debe realmente al origen de la autoridad moral, ya que en los primeros ese origen será debido al permiso y la tolerancia entre ellos, mientras que en los segundos la autoridad moral vendrá determinada por los acuerdos de colaboración que se establezcan entre ellos. Aunque, en principio, pueda parecer que esta diferencia no es significativa ni importante, creo que es clave para poder interpretar la bioética hoy en nuestras sociedades multiculturales. Es significativo que también Adela Cortina en su libro anteriormente citado, considera la multiculturalidad como un gran desafío: “Sin duda la humanidad ha sido siempre multicultural, en la medida en que desde los orígenes han convivido culturas diversas; sin embargo, los últimos tiempos han traído acontecimientos que ponen sobre el tapete la cuestión del multiculturalismo de forma nueva. En sociedades liberales -y éste es el primer acontecimiento-, que se proponen explícitamente defender la igual ciudadanía de todos sus miembros, ¿cómo permitir que algunos de ellos se sientan ciudadanos de segunda, porque se sienten ligados a una cultura que no es la liberal imperante? Gitanos, amish, musulmanes, mormones, que consideran su cultura como parte inalienable de su identidad, serán discriminados de hecho en una sociedad liberal si esa sociedad no asume explícitamente la defensa de sus derechos culturales”¹³¹, lo que muestra claramente el peso actual¹³² de la multiculturalidad como un tema siempre a considerar y valorar adecuadamente en la

¹³⁰ CORTINA, A., *Ética mínima*, Madrid, Tecnos, 2008, p. 18 (las cursivas son de la autora).

¹³¹ *Ibidem*, p. 24.

¹³² Tras los últimos atentados en noviembre de 2015 en París, estas palabras de la filósofa valenciana parecen cobrar mayor importancia y actualidad, y demuestran que las cuestiones bioéticas también están unidas de forma insoluble con las biopolíticas.

bioética. En principio, entre los amigos morales, no deberíamos encontrar situaciones conflictivas dentro las que no fuera posible llegar a un acuerdo de una forma relativamente sencilla y, sin embargo, entre los extraños morales las situaciones conflictivas y las tensiones serán habituales, quizás en exceso en determinados temas, que podemos resumir principalmente en dos tipos: por un lado, aquellas que tienen relación directa con la limitación de la autoridad de las personas que tienen que intervenir sobre otras (como serán las que ocurran entre el personal sanitario y pacientes que no comparten la misma cultura y valores, cada vez más frecuente hoy día en nuestro sistema sanitario), y las relacionadas con una falta de contenido de las normas morales que deberíamos compartir y, por otro lado, todos los conflictos relacionados directamente con la diferencia que existe entre garantizar los intereses legítimos de los extraños morales y el respeto por su libertad (quizás, estas segundas son las que más conflictos nos crean a los profesionales sanitarios, que hemos sido adoctrinados en el paternalismo, y en muchas ocasiones nos debemos enfrentar con pacientes completamente autónomos que no comparten nuestras indicaciones, y se niegan a realizarlas apelando a su capacidad de autodeterminación y libertad de acuerdo a su cultura¹³³). Es necesario señalar en este punto que para Engelhardt los principios pueden interpretarse tanto como principios, teniendo la capacidad de justificar nuestras acciones sanitarias cuando nos encontramos con conflictos morales, como he expuesto, pero, también pueden interpretarse como reglas, que pueden llegar a guiarnos cuando nos tenemos que enfrentar ante un conflicto concreto.

En el fondo, la propuesta de Engelhardt no deja de ser una propuesta deductivista basada en unos principios, jerárquicamente ordenados, minimalista y con unos compromisos prácticos muy diferentes a los que nos proponían Beauchamp y Childress. Por eso el objetivo de nuestro autor es realizar una reflexión bioética dentro de una sociedad postmoderna, secular, plural y pacífica, basada en el consenso entre aquellos extraños morales que no compartimos una serie de creencias o ideologías, que nos permitiesen llegar a acuerdos básicos de una forma sencilla. La pretensión de la modernidad de fundar contenidos válidos que fueran asumidos por toda la comunidad secular plural no es posible en plena postmodernidad, por eso el consenso se debe buscar en los procedimientos y en algún tipo de jerarquía de los diversos principios bioéticos (que Engelhardt identificaba principalmente con los principios de permiso y de beneficencia). Como no nos es posible determinar un principio de beneficencia dotado de contenido al que pudiésemos referirnos sin ningún tipo de duda entre los extraños morales, eso viene a significar que es el principio de permiso es el que se convierte en la única autoridad que podría decidir cuáles serán las cosas que podemos considerar como beneficiosas y cuáles no, en cada circunstancia concreta que debe ser adecuadamente ponderada. El principio de permiso se ve claramente priorizado en caso de conflicto con el de beneficencia y se trasluce de esta forma un esquema deductivista

¹³³ En estos casos, cada vez más habituales, el hecho de respetar la libre elección de los pacientes tendría que ver precisamente con el respeto al principio de permiso y, las preocupaciones que éstos nos crean al no seguir nuestras indicaciones que consideramos lo mejor para el paciente (fundamentados siempre en los últimos avances científicos), que solemos interpretar como un error considerable por parte del paciente, y que tendrían que ver asimismo con el principio de beneficencia. Por eso estaríamos hablando, como en este caso, que entre los extraños morales vamos a encontrar en muchas ocasiones una tensión importante de principios.

en el planteamiento de Engelhardt, que quizás podría definirse como individualismo extremo. Finalmente, también es interesante hablar de dos principios que plantea nuestro autor en relación con las desigualdades morales y económicas y su relación con el Estado. Por un lado, tendríamos el principio de propiedad, que procede del principio de permiso y vendría englobado dentro de los que sería el respeto mutuo entre todos, de tal forma que violar la propiedad equivaldría a violar a la persona que es el propietario, pero es necesario especificar que sólo los objetos y los animales se pueden realmente poseer¹³⁴ y, por otro lado, expone el principio de autoridad política, que justificaría precisamente la autoridad política que los gobernados otorgan a sus gobernantes, pero que no se puede considerar como un criterio sobre el que construir lo que los extraños morales van a considerar como buena vida individualmente y, por todo ello, el principio de permiso vuelve a cobrar de nuevo prioridad sobre todos ellos, como una especie de luz que puede llegar a iluminarlos.

He dejado para el final, un aspecto que considero que tiene relación directa con un problema claramente biopolítico: el derecho a la asistencia sanitaria. Engelhardt lo aborda en su citado libro en el capítulo octavo que se titula: “Rights to Health Care, Social Justice, and Fairness in Health Care Allocations: Frustrations in the Face of Finitude¹³⁵”, donde examina precisamente este derecho a la asistencia sanitaria, que lamentablemente, todavía no se ha convertido realmente en un derecho universal, sino que gracias al mercantilismo que se ha instalado también en los ámbitos de la salud, se hace negocio, y cada día más, tratando al ser humano como un objeto, como una mercancía más, con la que obtener beneficios a costa de todo, incluido la salud pública. Si bien en la propuesta bioética de Engelhardt se intenta evitar los contenidos, priorizando los procedimientos, no sería posible dejar de afirmar que algunos contenidos, como los que tienen relación con este derecho a la salud, se ven de alguna forma manifestados por parte de este autor. En este tema apuesta claramente por una propuesta más liberal y claramente cercana a Robert Nozick más que a John Rawls, ya que finalmente Engelhardt sostiene que no es justificable un derecho a la atención de la salud ni fundamentar ningún tipo de obligación por parte del Estado con respecto a sus ciudadanos en este tema. Nuestro autor se justifica en que no existe un derecho moral secular fundamentalmente humano a recibir una asistencia sanitaria, ni un mínimo decoroso al respecto, por lo que tal o tales derechos deberían ser creados *ad hoc*. Engelhardt considera que entre los extraños morales se podría llegar a algún tipo de acuerdo al respecto, pero considera que la legitimidad moral, que podría imponer en la asistencia sanitaria la obligación por parte del Estado de la beneficencia y de la justicia igualitaria en este campo para todos sus ciudadanos, no es más que una de las posibles interpretaciones o visiones que pueden aportarse con respecto a este tema y, considera que una autorización para todos los implicados, en un tema tan importante, no sería factible. Cuando se refiere a la justicia social expone que sería deshonesto tal

¹³⁴ Es interesante destacar en este punto cómo Engelhardt considera que con respecto a este principio de propiedad, los niños y los organismos biológicos humanos son propiedad de las personas que los producen, pero teniendo en consideración la beneficencia y la circunstancia de que el embrión y el niño finalmente se convertirán en una persona, se verán limitados en este caso los derechos de propiedad sobre ellos.

¹³⁵ El derecho a la asistencia sanitaria, a la justicia social y a la imparcialidad en la asignación de la asistencia sanitaria: frustraciones ante la finitud (traducción propia).

consideración, ya que un acuerdo canónico en la reflexión moral secular respecto a este tema es difícilmente justificable y cree que actualmente es inexistente, además de demagógico ya que piensa que para ello el Estado tendría que utilizar el uso coercitivo de sus fuerzas. De esta forma, Engelhardt aboga por un individualismo extremo que prioriza siempre el principio de permiso en su jerarquía y, que descalifica la posibilidad de una asistencia sanitaria universal vista como derecho, con una justificación tan utilitarista como hacerlo debido a las dificultades que existirían para imponer por la fuerza del Estado un sistema sanitario justo.

Finalmente, me gustaría destacar que es curioso observar las implicaciones prácticas que tienen las propuestas teóricas como la de Engelhardt en el campo de la bioética y de la biopolítica. Aunque, basada en principios, como otras que ya he expuesto, y más allá de ser más deductivista o coherentista en sus propuestas, deberíamos considerar que los principios no siempre van a lograr a las mismas conclusiones ni van a aplicar los mismos argumentos (como claramente hemos visto con Engelhardt, ya que desde principios similares, al menos en apariencia, con los de Beauchamp y Childress, se concluyen afirmaciones tan dispares como hemos visto en el campo de la justicia). Considerar un único principio como absoluto (como el utilitarismo del acto) u ordenar jerárquicamente varios (como Engelhardt) puede llevarnos en ambos casos a respuestas claramente antiintuitivas (como en el caso de la negación de la asistencia sanitaria como derecho) ya que, en ocasiones, es posible vernos forzados, casi acorralados, por la aplicación casi mántrica de nuestros propios principios. Pero, por otro lado, el intento a toda costa de evitar compromisos teóricos sustantivos con contenidos concretos (como entiendo que será quizás el caso de Engelhardt) también puede abocarnos a una propuesta ética tan mínima, que no sea realmente operativa en el campo de la salud para poder aplicarla a los casos bioéticos concretos. Por todo ello, considero que es posible colegir ahora la siguiente conclusión que propone también Florencia Luna: “aún si las teorías apelan a principios, no necesariamente nos comprometen con los mismos”¹³⁶, ya que si no estaríamos quizás de nuevo abocados a una remodelada tiranía de los principios.

En resumen, Engelhardt propone una bioética postmoderna que tiene como base dos grandes principios: el de permiso y el de beneficencia, que en cierta manera engloban los cuatro clásicos principios bioéticos de Beauchamp y Childress, pero que lo reinterpretan a la luz de los extraños morales, aquellas personas que no comparten una misma cultura o ideología (con sus correspondientes valores), pero que tienen que convivir necesariamente en la sociedad multicultural actual. Por ello, el citado autor aboga por una ética secular y pluralista que pueda dar respuesta o, al menos intentarlo, dentro de nuestra complicada sociedad actual. Para ello, esos extraños morales deben poder llegar a un acuerdo que marque unos mínimos morales donde convivir y resolver nuestras cuestiones bioéticas, especialmente en el campo de la salud y la asistencia sanitaria. De los principios mencionados, Engelhardt prioriza el de permiso sobre el de beneficencia por lo que podría abogarnos finalmente a una bioética excesivamente individualista. Sin embargo, como contrapartida, podemos encontrar en el planteamiento de nuestro autor una visión más actual, quizás más pragmática, en

¹³⁶ LUNA, F. y SALLES, A.L.F., *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2008, p. 78.

ocasiones en exceso, de la propia bioética y de las posibles soluciones a la hora de abordar casos concretos.

2.1.1.9. ¿HASTA AQUÍ HEMOS LLEGADO?

Por ahora debo afirmar que sí, y considero que ello no es poco. Ahora sería preciso reflexionar sobre todo lo que he expuesto en esta vía clásica de la fundamentación de la tesis a modo de resumen y a modo de introducción y justificación de la misma vía complementaria, que expondré a continuación. He venido comentando someramente varios autores clásicos de la misma bioética para poder responder a la pregunta que intenta contestar esta tesis. Los hilos conductores son varios: la relación entre la ética y la política a lo largo de la misma historia de la ética (en ocasiones una subordinada a la otra, en ocasiones como complementos imprescindibles, sin la que una de las dos no tiene sentido sin la otra), el continuo intento de buscar siempre una aplicabilidad práctica de la misma bioética sin renunciar a una fuerte fundamentación teórica de ésta, la necesidad de reconocer otro tipo de razonamientos en la toma de decisiones morales habituales (más allá de la clásica racionalidad que se ha venido reconociendo, sería deseable comenzar ya a valorar la adecuada importancia de los sentimientos y las emociones en la toma de decisiones bioéticas) y, sobre todo, la necesidad de una reflexión epistemológica sobre la bioética que sirviese para poder contestar la pregunta inicial de la tesis, y qué consecuencias sobre la misma bioética podría tener su respuesta finalmente.

Comencé con la exposición del pensamiento ético de cuatro filósofos clásicos: Aristóteles, Spinoza, Kant y Mill, para contextualizar a la bioética desde los necesarios imprescindibles posicionamientos filosóficos. He intentado exponer sus reflexiones éticas aproximándolas todo lo que ha sido posible hacia la bioética y la respuesta a la pregunta de nuestra tesis, pero siendo siempre consciente de que no nos es posible extrapolar directamente sus reflexiones filosóficas a la bioética, ya que sus planteamientos originales pretendían dar respuestas a preguntas concretas de su época y de su pensamiento filosófico, por ello sus posicionamientos nos pueden servir de guía en la bioética actual, pero no podemos pretender encontrar en ellos respuestas directas a la cuestiones bioética actuales. Sin embargo, sus reflexiones filosóficas sobre la ética son sumamente importantes y necesarias para la construcción del mismo armazón de la bioética, como he intentado exponer. Por ello, cuestiones tan importantes para la bioética como la autonomía, la dignidad, la justicia, la beneficencia, la no maleficencia, el diálogo, la felicidad, las virtudes, las emociones, la solidaridad, los afectos, las consecuencias de nuestros actos, etc., son temas centrales y recurrentes en el pensamiento de estos clásicos filósofos a los que siempre debemos considerar como guías certeras de la reflexión ética y, precisamente deberíamos entenderlos como puntos de partida, de un pensamiento bioético que debe ir todavía construyéndose para intentar dar respuesta a los relevantes problemas bioéticos actuales y futuros. A continuación de ellos, dediqué otros cuatro epígrafes a desarrollos de cuestiones propiamente bioéticas, partiendo desde el clásico principialismo de T. Beauchamp y J. Childress, para ir explorando seguidamente la propuesta casuística de A. Jonsen, completándolos con planteamientos surgidos a la luz del principialismo y que pretendían, en la mayoría de los casos, complementar o mejorar las cuestiones bioéticas iniciadas por los propios

padres del principalismo y, finalmente, expuse una propuesta que podría considerarse como *postmoderna* por parte de T. Engelhardt, que realiza consideraciones sumamente valiosas a los planteamientos precedentes. Todo ello planteado desde los mismos hilos conductores que he especificado en el párrafo anterior, proponiendo, por tanto, caminos a recorrer, más que cuestiones cerradas de discusión. Este planteamiento, por ello, ha sido más bien propositivo y no tanto exhaustivo. El objetivo final de esta vía clásica era poder introducir la vía complementaria que a continuación voy a desarrollar, precisamente como la entiendo: como complementaria de la anterior, no como alternativa. Si se pudiera construir un símil histórico-geográfico con lo expuesto, la vía clásica haría referencia a la Europa del Renacimiento y la vía complementaria debería intentar entenderse como el Nuevo Mundo que descubrió Colón y, por ello, no son dos universos paralelos condenados a enfrentarse, sino necesariamente complementarios. Desde entonces, la Historia de la Humanidad no puede entenderse sin el resto del mundo descubierto, al igual, creo que la bioética puede cobrar mucho más sentido a partir de esta necesaria vía complementaria.

2.1.2. LA VÍA COMPLEMENTARIA:

A continuación voy a desarrollar lo que he denominado como la vía complementaria dentro de la fundamentación de esta tesis y como apartado segundo de ésta. Como ya expuse, cuando realicé una pequeña introducción en la vía clásica, la vía complementaria debería servir para ir introduciendo en la reflexión bioética cuestiones que considero que pueda cumplimentar y mejorar la propia reflexión bioética, siempre con el objetivo final de llevarla a la práctica y no como mera disertación sobre cuestiones que a los filósofos nos pueden parecer sumamente interesantes, pero que aporten poco, o casi nada, a la práctica asistencial diaria. Por ello, todas las propuestas que voy a exponer a continuación siempre van a intentar sumar, al menos es mi intención, contenidos a la misma bioética y siempre desde una perspectiva que busque su aplicación práctica para los profesionales sanitarios y para todos aquellos estudiosos de la bioética. Para ello, en cada uno de los epígrafes voy a preguntar precisamente ¿qué puede aportar realmente cada uno de estos apartados a la bioética? Así que voy a seguir el siguiente esquema expositivo en cada uno de ellos: en primer lugar, una pequeña introducción que intenta explicar sucintamente cada uno de estos epígrafes y, en segundo lugar, voy a intentar responder en cada uno de ellos a la pregunta que anteriormente cité y que recorre todo este epígrafe y, finalmente, éstos nos servirán para responder la pregunta de la misma tesis, que no debemos olvidar que es el sentido general de esta fundamentación.

Pero, creo que sería necesario justificar en cierto modo el porqué de esta vía complementaria dentro de la fundamentación de esta tesis. Sin duda, desde que nació la misma bioética se produjeron razonamientos morales basados en fundamentaciones de tipo utilitaristas o deontologistas, consideradas en sus comienzos como antagónicas e irreconciliables. Conforme la bioética entró “en batalla”, se acercó al mundo y a los propios pacientes, las teorías comenzaron a encontrarse excesivamente estrechas para abarcar una realidad tan múltiple como la actual, multicultural y postmoderna, como ya comenté. Se comenzaron a realizar debates bioéticos y filosóficos donde se exponían las deficiencias de los enfoques normativos universalistas y generalistas, poniendo de

manifiesto que en el fondo de ellos había una especie de individualismo excesivo quizás propio de la filosofía Occidental, una fe casi ciega en la razón que discriminaba, en ocasiones sin una verdadera justificación, otras posibles formas de conocimiento moral, basándose en unos principios (el mantra de Georgetown de los cuatro principios bioéticos de Beauchamp y Childress) que eran priorizados por encima de las circunstancias concretas de cada caso. De esta forma, frente al deontologismo y el utilitarismo, que se desarrollan en teorías bioéticas que priorizaban los enfoques deductivistas y el principialismo, comienzan a pergeñarse otras alternativas de análisis de los problemas bioéticos que ponían el foco y el acento en los elementos particulares de cada caso, como ya era posible comenzar a vislumbrar en la propuesta casuística que tenía reminiscencias aristotélica. Estas nuevas propuestas son las que voy a exponer ahora en esta vía complementaria de fundamentación. No será posible exponer todas las que existen actualmente, sino que he seleccionado algunas de ellas que van a servir precisamente para justificar finalmente nuestras hipótesis de la tesis y la contestación a la pregunta de la tesis. En el fondo, las propuestas que voy a exponer no quieren negar sistemáticamente que puedan existir elementos generales en la moralidad, sino que quieren resaltar precisamente que es prácticamente imposible codificar la moralidad como si fuera un sistema físico-matemático, de tal forma que sea posible aplicar soluciones generales a problemas concretos como si fueran simplemente objetos que hay que ordenar dentro de un sistema universalista (cada elemento, cada objeto, tiene su cajón donde guardarse y en el que encaja exactamente: un lógico *κόσμος* frente al supuesto *χάος*), tratando de crear reglas para aplicar en todos los contextos similares posibles. Las propuestas que expondré someramente en esta vía complementaria quieren reflexionar, frente a las propuestas deductivistas y principialistas, sobre el valor de cuestiones tan importantes como son nuestras emociones y nuestros deseos, valorando de forma positiva la creación de una sensibilidad en la formación de nuestra vida moral y en la forma en que es posible ir construyendo ese conocimiento con el tiempo y, por ende, nuestra propia personalidad moral, en el fondo, una de las partes más importantes de nuestra propia identidad.

El orden de los epígrafes a exponer no es aleatorio pero tampoco corresponde realmente a un orden cronológico, sino que atiende principalmente a un orden de importancia creciente propuesto por el autor, aunque algunos de ellos podrían fácilmente intercambiarse, donde los dos últimos epígrafes son sin duda los dos más relevantes personalmente y donde quisiera centrar buena parte de toda la reflexión que he ido pergeñando: la ética del cuidado y la biopolítica, como llaves necesarias para abrir la puerta que da acceso a la pregunta de esta tesis. Ambas son las dos grandes aportaciones que quiere añadir esta tesis a la reflexión actual de la bioética. Por un lado, desde la ética del cuidado no sólo pretendo exponer todo lo que supone el cuidado en las profesiones sanitarias, su misma existencia sin duda, sino que es precisamente el cuidado quizás como un pilar básico de la bioética, quizás incluso más que sus cuatro principios de Beauchamp y Childress, que expondré que realmente están incluidos en este concepto de cuidado que pretendo presentar y analizar. Finalmente, con la biopolítica habremos llegado al puerto hacia el cual partimos desde el comienzo de la tesis. Pero, no es Ítaca ni cualquier posible puerto final, sino que es, no podría ser nunca de otra forma, un puerto desde donde continuar la reflexión bioética, que desde ahora considero que ya sería posible denominarla como bioética-biopolítica en mi opinión, porque esta tesis no acaba ni agota nada, sino todo lo contrario, quiere ser el comienzo

de nuevos mapas por donde otros intrépidos deberían seguir su camino de exploración: éste, y no otro, es el verdadero objetivo de la tesis y de su pregunta que la acompaña desde el inicio. Porque esta tesis debería poder abrir la bioética a otros campos de conocimientos más allá de los propios sanitarios, filósofos, juristas, teólogos, biólogos, ..., y, debería quizás, por tanto, ser un punto de llegada y de partida a la vez desde el que seguir reflexionando finalmente

2.1.2.1. LA ÉTICA DE LA VIRTUD.

Comienzo esta nueva vía complementaria con una propuesta que tiene claramente unas connotaciones históricas amplias, que nos retrotraen directamente al mundo heleno de los primeros filósofos y más concretamente a Aristóteles, donde la virtud ocupaba un lugar central en su corpus filosófico y, más concretamente, a su filosofía moral, como expuse en el epígrafe dedicado a su pensamiento. Pero, en este epígrafe partiré de la concepción aristotélica de la virtud, que ya comenté, para llegar a la propuesta contemporánea, denominada como ética de la virtud, que considero que puede llegar a ofrecer unos matices bioéticos sumamente interesantes. En cierta forma, se podría afirmar que la ética de la virtud no quiere simplemente actualizar de algún modo la propuesta ética aristotélica, sino que quizás intenta proponer una ética, y bioética por extensión, que trataría de ir más allá de las propuestas más consecuencialistas o principialistas que estudié anteriormente. Me parece importante justificar desde el comienzo cada una de las propuestas que voy a exponer sucintamente en esta vía complementaria y, por ello, considero que la ética de la virtud es especialmente importante porque es capaz de proponer una idea central que me parece fundamental, sobre todo hoy día ante la zozobra actual de nuestra sociedad, ya que creo que considera que la filosofía moral se centre más en las personas y no tanto en los grandes sistemas deductivistas o en los grandes principios morales. Se fundamenta en la persona, que es una de las ideas centrales de esta tesis que voy a ir pergeñando detenidamente, especialmente en las hipótesis de esta tesis, y en la adquisición de un conjunto de rasgos de carácter que pueden llegar a facilitar el actuar de una manera correcta, integrando una de las aportaciones sobre las que voy a insistir también en esta tesis: la importancia de las emociones en la determinación o valoración de las situaciones bioéticas. Por todo ello, la ética de la virtud me parece un gran avance y giro en la bioética actual, ya que va más allá de la probable tiranía actual de los principios para explorar otras propuestas bioéticas, más humanas diría yo.

De la exposición que realicé sobre la filosofía de Aristóteles en la vía clásica de fundamentación de esta tesis, me gustaría resumir algunas ideas principales, que pueden llegar a servir para poder caminar adecuadamente en esta presentación de la ética de la virtud. Ya comenté como el estagirita concedía a la ética un valor fundamental para poder construir posteriormente una política adecuada, por lo que ya desde entonces sería posible afirmar que la unión bioética-biopolítica que voy a presentar en las hipótesis de la tesis partían ya desde esta concepción aristotélica de la ética y de su unión indisoluble con la política. Mostré también como la ética que Aristóteles proponía era teleológica, buscaba un *τέλος*, una finalidad, que era la felicidad y que las virtudes eran el empedrado del camino que podía llevarnos a ella (pero nunca eran éstas la finalidad ni el objetivo que el hombre debía buscar, ya que lo que pretendía alcanzar era la felicidad

y no el ser virtuoso simplemente, como ya maticé). Dentro de las virtudes se encontraba una de las más importantes para el saber bioético: la prudencia, la *Φρόνησις*, que será necesario rescatar en nuestra reflexión bioética actual como un pilar desde donde construir y reflexionar los difíciles casos bioéticos, entendiendo la prudencia como la virtud de la inteligencia práctica que ayuda a aplicar los principios generales a los casos particulares y, no como una especie de cautela sobre nuestro interés propio. En el fondo Aristóteles trataba de humanizar la ética (donde tienen cabida los deseos personales que deben guiarnos en la acción) y la ética de la virtud trataría de humanizar la bioética, porque eso me parece, que en ocasiones los propios profesionales sanitarios hemos podido olvidar que la misma bioética debe dar respuesta al ser humano y a sus problemas cotidianos. De Aristóteles también destacué, en su momento, la idea de la importancia de la reflexión ética a lo largo de toda la vida para poder ir desarrollando esa especie de sabiduría práctica que debería ayudarnos a dar respuestas a las candentes cuestiones bioéticas y, sobre todo, para el propio uso de la vida diaria. De todas las ideas que expuse, yo diría que ésta última es la más importante y, que precisamente, la ética de la virtud quiere resaltar a lo largo de la exposición que a continuación desarrollaré, ya que en el fondo lo que subyace en esta propuesta es que más allá de una teoría bioética imprescindible, será preciso llegar a desarrollar o recorrer un camino propio cada uno de nosotros, ya que esta especie de sabiduría práctica que debe buscar cada persona, debe ser descubierta por cada individuo a lo largo de su vida, sin falsos atajos o falsas doctrinas (incluidos los mantras bioéticos) que nos ahorren ese gran viaje propio de cada ser humano.

La ética de la virtud va resurgiendo como una “nueva” propuesta ética desde mediados del siglo XX cuando principalmente un grupo de filósofos va recuperando y actualizando el pensamiento de Aristóteles en torno a su filosofía ética. Más allá de las propuestas éticas existentes, que proponían la aplicación de principios generales para resolver las cuestiones éticas o bioéticas, como un modelo deductivista más al estilo de los modelos físicos-matemáticos, la ética de la virtud postula girar su foco de atención hacia el ser humano, valorando e intentando potenciar unos rasgos de carácter propios de cada individuo, que le permitan afrontar de la manera más correcta posible los problemas éticos a los que tiene que enfrentarse a lo largo de su propia existencia. Se trataría entonces, de esta forma, de resaltar y valorar adecuadamente cuestiones como las motivaciones, las intenciones, las creencias, las emociones, los rasgos deliberativos de cada individuo cuando se toman las deliberaciones morales, cuestiones éstas, que habían sido relegadas a un segundo plano en la valoraciones éticas, asignándoles un papel secundario o casi despreciándolas como cuestiones que poco, o casi nada, tenían que ver con la ética en sí misma. Por eso sobre la ética de la virtud, en el fondo, sería posible afirmar que trata de humanizar la misma ética y a la bioética y, por eso, me parece una propuesta tan interesante como necesaria. Considero vehementemente que esas cuestiones que he nombrado anteriormente no son un añadido superfluo en las valoraciones bioéticas, sino que deberían quedar presentes y claramente expuestas en cada uno de los casos o cuestiones bioéticas que sea preciso intentar resolver. En muchas ocasiones quizás se llega a realizar un análisis excesivamente frío de los casos bioéticos, como si no estuviesen implicadas personas tras ellos (una valoración ciertamente deshumanizada que claramente tiene relación con la misma biopolítica, como expondré).

Las reflexiones éticas de Aristóteles tenían como finalidad principal intentar responder a la pregunta: ¿cómo puedo vivir una buena vida?, centrándose su respuesta en la idea de un tipo de carácter y de unas disposiciones que se deberían de desarrollar a lo largo de la misma vida, que nos permitiesen alcanzar un tipo de comportamiento que nos asegurase una buena vida, como ya mostré cuando expuse la filosofía del estagirita, y que es la base de la misma ética de la virtud. La búsqueda de la felicidad, ese logro, era una especie de camino que el individuo debía de recorrer mediante el ejercicio de la virtud a lo largo de su vida. Mostré en ese epígrafe cómo esta idea implicaba una especie de trabajo constante a lo largo de nuestra vida para desarrollar una sabiduría práctica, basada en la prudencia, que nos permitiera finalmente ser felices, porque nunca debemos olvidar que nuestro objetivo era la felicidad en sí misma (como *τέλος* final) y no la virtud. Pero, para lograr este fin había que ir alcanzándolo poco a poco, como plazas a conquistar en una batalla casi sin final, en una especie de círculo virtuoso de lucha constante, que intenta alcanzar una serie de fines que nos llevarían definitivamente al bien al que todas las cosas tienden por su propia naturaleza: la *εὐδαιμον* (felicidad), que sería este bien último o supremo al que todos los demás fines se deberían subordinar. Finalmente, lo que propone Aristóteles debe concebirse como un tipo de actividad, de acción, como una forma de vida virtuosa que nos permita alcanzar la felicidad después de un arduo camino, no exento de dificultades y problemas, que tiene relación con el concepto de praxis precisamente de la pregunta de esta tesis. Sin embargo, podría llegar a pensarse que esta *εὐδαιμον* puede concebirse como una vida llena de poder, de fama, de dinero o de placeres y, en este sentido, Aristóteles claramente busca la felicidad en la meta del ser humano como tal, en su naturaleza y potencialidad propia (en ese paso de potencia a acto tan característico de su filosofía) y no en una vida llena de bienes materiales, que pueden llevarnos a que nos olvidemos realmente de nuestro objetivo final. El estagirita describe esta potencia propia del ser humano (diferencia que le demarcará como distinto de todos los demás seres vivos) como su capacidad de razonar y, sería posible alcanzar nuestra *εὐδαιμον* conforme vayamos desarrollando de forma excelente nuestra capacidad de razonar. Por este motivo Aristóteles finalmente es criticado en ocasiones por presentarnos una *εὐδαιμον* excesivamente intelectualista pero, considero que la propuesta aristotélica tiene la ventaja de proponer una felicidad a la que se puede llegar mediante la virtud conforme a un trabajo personal, un esfuerzo, en ocasiones titánico, que muestra un camino a recorrer a lo largo de toda nuestra vida, que esconde una cultura de esfuerzo continuado.

Aristóteles, como ya expuse, dividía las virtudes en dos tipos, las intelectuales o dianoéticas y las morales o éticas, y las describía como disposiciones o actualizaciones de la naturaleza racional de los individuos. Es preciso recordar que las virtudes intelectuales se iban adquiriendo poco a poco mediante una instrucción personal, que iban perfeccionando el conocimiento y la verdad que uno podía adquirir en su condición de ser humano racional y político. Y, con respecto a las virtudes morales, que finalmente constituían o conformaban una excelencia del carácter personal, estaban íntimamente imbricadas con los sentimientos y las acciones que podemos desarrollar. Para Aristóteles, esta virtud moral era posible llegar a definirla como un hábito selectivo que intenta buscar un posicionamiento intermedio en su acción, basado en la razón como lo haría el hombre prudente. Para nuestra tesis es muy importante indicar precisamente que estas virtudes morales no son innatas, sino que mediante el ejercicio y el entrenamiento en ellas es la única forma de adquirirlas a lo largo de toda la vida, como la visión

bioética que propondré en la segunda hipótesis de la tesis, y que hay que ir desarrollando a lo largo de nuestra carrera como profesional sanitario. El estagirita daba un valor considerable a la idea del carácter propio de cada uno, ya que éste podía, y debía, desarrollarse mediante la actuación continua de actos virtuosos y, a través de este tipo de repetición es como alcanzaríamos el carácter también virtuoso necesario para ser felices. Pero, ahora voy a detenerme en el papel modulador del placer y del dolor en el desarrollo de estas virtudes morales, ya que considero que sería necesario recuperar precisamente hoy esta interpretación aristotélica, por que en muchas ocasiones quizás olvidamos el valor del dolor y del sufrimiento en nuestra vidas, sin que por ello debamos dejar que sea extremo, como moduladores o constructores de nuestra propia sabiduría práctica personal e identidad propias. Aristóteles entendía que el dolor y el placer no solo eran capaces de desarrollar el carácter virtuoso necesario de todos los seres humano, ya que nos recompensa o castiga según nuestro propio comportamiento, sino que reconocía el valor que tenían al poder manifestar las disposiciones internas de las personas, ya que el sentir placer cuando estemos cumpliendo una acción que pensamos que es virtuosa, es lo que nos mostraría la calidad moral de nuestro carácter. El estagirita exponía que la virtud moral (que curiosamente desde el punto de vista de la perfección y el bien, la virtud no deja de ser uno de sus extremos) representaba el término medio entre el defecto y el exceso, ya que éstos últimos se manifiestan como vicios. Es necesario recordar asimismo cuando mostré el concepto de término medio aristotélico, del justo medio, que éste debería adaptarse y amoldarse a las personas y a las circunstancias concretas, intentando moderar siempre nuestras acciones y nuestras pasiones y, para determinar este término medio, tan difícil de encontrar en muchas ocasiones, es necesario desarrollar la prudencia necesaria que nos guíe a la hora de poder tomar una decisión concreta (es preciso recordar que el término medio tampoco se puede convertir en una especie de dogma, como es posible observar en muchas ocasiones ya que, en ocasiones, las menos, en alguno de los extremos puede hallarse también la solución más acertada en un problema bioético). Pero, más allá de todo lo expuesto, cuando sea preciso tomar finalmente una decisión moral, es necesario que el sujeto tenga la voluntad de querer realizarla (a diferencia de los planteamientos platónicos que nos mostraban como era la ignorancia, y no la falta de voluntad, la que nos hacía cometer los errores). Nuestra voluntariedad es siempre necesaria y deberá basarse en su razonamiento y en el ejercicio de una virtud intelectual: la sabiduría práctica. No deberíamos guiarnos en este punto sólo por nuestros deseos a la hora de la elección, sino que sería preciso seguir la luz de la razón, mediante una deliberación práctica correcta sobre lo que será más adecuado realizar en esa situación concreta. Se muestra de esta forma como la sabiduría práctica debería coordinar nuestras emociones y nuestro intelecto a la hora de lograr la virtud moral, ya que debe guiarnos más allá del fin de una práctica específica, de un caso concreto, para alcanzar conocer cuál sería el bien general al que tenderían todas las prácticas que serían dignas de ser valoradas como tales. La sabiduría práctica es planteada por Aristóteles como una virtud que pertenece tanto a las virtudes morales como a las intelectuales, es la única virtud que podríamos decir que pertenece a ambos campos a la vez y, precisamente la que más nos interesa en esta ética de la virtud y en los planteamientos de esta tesis. A modo de resumen, sería posible afirmar que Aristóteles nos indicaba cómo dentro de la naturaleza propia del ser humano tenían una importancia fundamental tanto el plano intelectual como el emocional (éste último despreciado claramente por su maestro Platón), cada

uno con sus propias virtudes, y cómo planteaba una virtud que podría aunar estos dos campos tan necesarios e imprescindibles en el ser humano: la sabiduría práctica.

Como ya comenté cuando analicé el planteamiento de Aristóteles, la importancia de lo particular, del hecho concreto, cobra una importancia fundamental en su razonamiento moral. Sobre esta cuestión existen diferentes interpretaciones que abogarían, algunas de ellas, a que el propio pensador plantea, en ocasiones, generalizaciones morales que pudieran ser normativamente más significativas que su análisis concreto y particular. Sin embargo, creo que Aristóteles si defiende una vuelta al examen del mundo, del caso y de lo concreto, que su maestro Platón había menospreciado por ser un mundo de apariencias y engaños, de *δόξα* en vez de *ἐπιστήμη*. Sí, es cierto que en ocasiones Aristóteles plantea ciertas generalizaciones normativas pero, considero que es necesario reconocerle la importancia del análisis de los casos, sus circunstancias y sus consecuencias como un valor a tener en cuenta en la bioética actual. Pero, por encima de esta cuestión, que no puede considerarse como menor, me gustaría resaltar la importancia que nuestro pensador le atribuye a la motivación y a la disposición interna del sujeto, como factores claves moduladores del carácter moral que tanto nos interesa de la filosofía aristotélica para la construcción de la ética de la virtud. El valor y la importancia que le atribuye Aristóteles al análisis concreto de las circunstancias y del contexto es determinante a la hora de poder realizar un juicio moral prudente. El propio Aristóteles nos indicaba que para poder evaluar el comportamiento ético de una persona era necesario no sólo valorar sus actos de elección moral específicos en un caso, sino también realizar un examen de la vida moral de ese individuo y de su carácter moral a lo largo de ésta. Este carácter moral, que se va autoconstruyendo desde la sabiduría práctica es la piedra angular que se necesita precisamente para plantear esta ética de la virtud.

Llegados a este punto considero que no es posible dejar de exponer algunas cuestiones fundamentales en el planteamiento moral de Aristóteles, ya que creo que necesitan ser aclaradas antes de profundizar en los planteamientos actuales de la ética de la virtud. He de recordar, como expuse, que la ética aristotélica posee un carácter teleológico ya que nuestras acciones poseen una finalidad, un propósito que las guía, al igual que todos los seres vivos. En nuestro caso ese objetivo es la felicidad vinculada a nuestra facultad que nos hace diferente al resto de los seres vivos: la facultad de pensar, nuestra intelectualidad, como ya expuse. Frente a la propuesta aristotélica tengo que decir que, evidentemente creo que identificar la finalidad del ser humano con un solo objetivo me parece complicado de justificar, ya que si exploramos la naturaleza humana a lo largo de la historia y de las diferentes culturas, podríamos exponer una variedad de *τέλος* humanos diversos. Sin embargo, esto no resta valor realmente a la propuesta de Aristóteles, sino que debería hacernos reflexionar precisamente sobre lo que pueden llegar a aportar otras propuestas, cada una con un *τέλος* diferente, que considero que es posible integrarlas en la propuesta aristotélica. Otra cuestión también difícil de dilucidar será interpretar exactamente lo que se puede llegar a entender por felicidad, ya que en sí misma parece un concepto excesivamente vaporoso y difícil de aprehender y, en este sentido, creo que sería necesario recordar que en el mundo de la ética, y de la bioética por extensión, es posible llegar a encontrar numerosos conceptos difíciles de asir e interpretar, como podrían ser los conceptos de dignidad o el de utilidad, por citar sólo algunos, que no le restan valor ni objetividad a las propuestas que nos quieren presentar, sino que nos reafirman precisamente en la dificultad de las cuestiones que estamos

tratando y la necesidad de una reflexión y una crítica que necesitan para intentar aportar algo de luz en un mundo de difícil comprensión, pero no de imposible como algunos pretenden hacernos creer con sus pensamientos y soluciones únicas. Es necesario también reflexionar sobre el valor del desarrollo del carácter moral personal a lo largo de nuestra vida, ya que en muchas ocasiones se puede interpretar, y de hecho se hace, como un concepto que tiene muy poca utilidad práctica en el día a día a la hora de tomar una decisión en el campo bioético. Pero, considero que lo que precisamente puede aportarnos el pensamiento de Aristóteles es realmente poder entender como un valor necesario este carácter moral, sobre todo en los profesionales sanitarios, que aboga por el desarrollo de una sabiduría práctica, en vez de usar manuales, protocolos o guías de actuaciones rápidas que nos anulan como personas y nos remiten a comportarnos como si fuésemos un robot que sigue ciegamente las reglas o los principios que se le programa. Si se puede criticar la poca utilidad del carácter moral es porque quizás no se comprenda realmente la dificultad que la ética tiene para el propio ser humano, porque el utilizar normas o principios no creo que sea finalmente tan fácil como en apariencia pudiera parecer, sino que personalmente, creo que los mismos principios son también, en ocasiones, poco “útiles” como ya expuse. El responder a las cuestiones morales urgentes que nos plantean en numerosas ocasiones la asistencia sanitaria, intentando asirnos a principios o reglas, siempre difíciles de interpretar en cada caso concreto, y olvidando la importancia del carácter moral a la hora de intentar tomar una decisión, opino que es un lujo que no nos podemos permitir, además de un problema conceptual de interpretación sobre la misma ética finalmente. Por último, considero que deberíamos hablar sobre la dificultad de buscar un consenso en los valores que conformarían ese carácter moral, dentro de las sociedades multiculturales donde actualmente vivimos, ya que creo que este consenso no nos resultará fácil, como la realidad diaria nos muestra, pero no por ello considero que se deba abandonar esta búsqueda de valores consensuados desde donde construir o desarrollar el carácter moral bioético. Las dificultades que encontramos en el mundo de la ética no deberían hacernos olvidar la importancia de lo que nos jugamos como seres humanos, y el parapetarse sobre la tradición, como si fuera un muro infranqueable e inamovible, no nos hará tener más razón en nuestros planteamientos éticos, sino que seguramente nos llevará a chocar con los pacientes de otras culturas que tenemos que atender y estableceremos, como solemos ver desgraciadamente, un lenguaje de sordos al que nada nos lleva, salvo a la mutua soledad. La dificultad de hallar valores desde donde construir precisamente este carácter moral no debe amilanarnos sino, todo lo contrario, animarnos a ser críticos con nosotros mismos y nuestra cultura para poder superarla, rescatando todos sus valores positivos e integrando los demás valores positivos de las otras culturas, sumando en vez de restar.

Tras lo expuesto, creo que ahora ya es posible comenzar a analizar cómo se ha ido incorporando la ética de la virtud a nuestro pensamiento bioético actual. Para ello, voy a seguir los planteamientos de algunos autores que me han parecido que pueden aportar una línea de reflexión necesaria y que han sabido conectar los planteamientos aristotélicos con los “nuevos” planteamientos de la ética de la virtud contemporánea. Un buen puerto de partida podría ser el artículo escrito por Elizabeth Anscombe en 1958, (antes de que comenzaran realmente la bioética como tal en 1970 con Van Rensselaer Potter), titulado *Modern Moral Philosophy*, donde la autora reflexiona muy acertadamente sobre cómo los términos *moralmente incorrecto o correcto* o *deber*

moral habían dejado de tener el sentido originario cuando se establecieron, una moral respaldada por un dios dentro de unas tradiciones y un entorno cultural muy concreto. En medio del siglo XX, tras las devastadoras Guerras Mundiales, parecía necesario legitimar estos conceptos más en algún tipo de contrato entre los ciudadanos, apelando a unas supuestas leyes naturales que impondrían nuevamente un carácter normativo a la ética con un contenido concreto, más que a una tradición cultural o algún dios. Pero, Anscombe cree que la posible solución para legitimar las normas morales, que ya no pueden fundamentarse en algún dios, es fundamentarlas precisamente en la propuesta aristotélica de las virtudes pero, al mismo tiempo, nos advierte que continuar utilizando nuestra moral de deberes y obligaciones ya no tiene sentido, al no aceptar actualmente ningún tipo de autoridad que las sostenga. Por ello, en este nuevo lenguaje moral de las virtudes hemos de olvidarnos de esa referencia continua a los deberes y obligaciones de las morales basadas en la autoridad. En esta misma línea de Anscombe, Alasdair MacIntyre en su famoso libro *After Virtue* publicado en 1981, continúa con las mismas propuestas y las expone y desarrolla más ampliamente. De los planteamientos del filósofo escocés nos interesan sobre todo sus reflexiones sobre dos temas fundamentales para esta tesis: por un lado, su análisis sobre lo que supone una práctica como actividad y, por otro lado, lo que podrían suponer las virtudes como rasgos de carácter en las profesiones sanitarias. MacIntyre analiza la crítica sobre cómo el debate moral en algunas cuestiones, como serían incluso las bioéticas, puede llegar a eternizarse sin llegar a conclusiones que puedan contentar a todas las partes implicadas, en sus propias palabras “*the most striking feature of contemporary moral utterance is that so much of it is used to express disagreements; and the most striking feature of the debates in which these disagreements are expressed is their interminable character. I do not mean by this just that such debates go on and on and on - although they do- but also that the apparently can find no terminus. There seems to be no rational way of securing moral agreement in our culture*”¹³⁷, donde sería posible argumentar casi al infinito, tanto a favor como en contra de una postura concreta, lo que MacIntyre interpreta como una suerte de fracaso de la filosofía moral occidental. No parecería entonces que podamos apelar a una suerte de racionalidad que se imponga en estos temas sino, más bien todo lo contrario, que encontramos en los razonamientos que se exponen, una suerte de interpretaciones diferentes según las culturas que intervengan en el debate y, dentro de las mismas, en ocasiones, tampoco podríamos llegar a acuerdos ni encontrar fundamentos finales que legitimen completamente nuestras decisiones. De esta forma, sería posible llegar a encontrarse en medio de unas tradiciones culturales que no pudiesen seguir justificándose, ya que desde donde se construían muchas de ellas han dejado de tener sentido actualmente (como podría ser una justificación basada en algún tipo de religiosidad). Frente a esta problemática difícil de superar, MacIntyre propondría recuperar y actualizar las enseñanzas aristotélicas, de una filosofía moral basada en las

¹³⁷ “La característica más impactante del discurso moral contemporáneo es que mayoritariamente es usado para expresar desacuerdos; y la característica más impactante de los debates en los que estos desacuerdos son expresados es su carácter interminable. No quiero afirmar con esto que esos debates continúan, y continúan, y continúan -aunque si lo hagan- pero también que aparentemente no pueden encontrar un final. No parece que podamos asegurar un acuerdo moral en nuestra cultura”. MACINTYRE, A., *After Virtue. A study in Moral Theory*, Notre Dame, University Notre Dame, 2007, p. 6 (traducción propia).

virtudes y de la actualización de un *τέλος* en nuestro mundo moderno actual. Más allá del *τέλος* trascendente, que había reinado en parte de la Antigüedad y en la Edad Media, el autor escocés aboga por recuperar una especie de sentido común de la virtud que existió en aquellas épocas antiguas y, actualizar en nuestra sociedad, una base de valores comunes que todas las culturas contemporáneas podríamos llegar a compartir sin renunciar propiamente a nuestra misma cultura, resaltando la importancia de recuperar para el día a día cotidiano esta tradición reconstruida de las virtudes, ya que “*when recurrently the tradition of the virtues is regenerated, it is always in everyday life, is it always through the engagement by plain persons in a variety of practices, including those of making and sustaining families and households, schools, clinics, and local forms or political community. And the regeneration enables such plain persons to put to the question that dominant modes of moral and social discourse and the institutions that find their expression in those modes. It was they who were the intended and, pleasingly often, the actual readers of After Virtue, able to recognize in its central theses articulations of thoughts that they themselves had already begun to formulate and expressions of feelings by which they themselves were already to some degree moved*”¹³⁸, siendo preciso resaltar, por tanto, esas prácticas que también desarrollamos los mismos profesionales sanitarios, como cita el pensador escocés. Es interesante destacar en los planteamientos de MacIntyre, que en la búsqueda de un contenido para nuestro *τέλος* contemporáneo deberían considerarse nuestras prácticas sociales actuales, abandonando de esta forma, en cierta manera, el postulado aristotélico de que podía establecerse el *τέλος* previamente de forma racional, que para el estagirita era la *eudaimonia*, la felicidad. MacIntyre continúa exponiendo sus reflexiones sobre la práctica como actividad, la importancia de la narrativa personal y de la tradición moral y, de estos tres apartados, me gustaría ahora centrarme en el primero, ya que lo considero fundamental en la tesis. Cuando comencé esta tesis he intentado responder a la pregunta que titula ésta: la bioética, ¿una disciplina filosófica o una práctica científica?, teniendo de referencia el concepto de praxis que ahora analizaré cuando nos queramos referir a la práctica científica y, en este sentido, las reflexiones del filósofo escocés nos podrían aportar importantes consideraciones a tener en cuenta en este tema tan central en nuestra tesis y, concretamente lo que significa en la práctica sanitaria y en la práctica de los profesionales sanitarios. MacIntyre nos habla de cómo una práctica puede comprenderse como una actividad que hace referencia a criterios de excelencia y a bienes internos a ella misma, que pueden verse influenciados en ocasiones por bienes externos a esa misma práctica (en el caso de las profesiones sanitarias podrían ser estos bienes externos el dinero, el poder, el prestigio profesional y personal,...). Los bienes internos de cada práctica se alcanza cuando se siguen las normas, principios, reglas que las rigen, que surgen de las mismas prácticas que las conforman según los valores culturales, las

¹³⁸ Cuando recurrentemente la tradición de las virtudes es regenerada, es siempre para el día a día de nuestra vida, es siempre mediante la acción para personas comunes en una variedad de prácticas, incluidas aquellas que tienen relación con la procreación y el mantenimiento de las familias y hogares, escuelas, clínicas y formas locales de las comunidades políticas. Y esa regeneración habilita a esas personas comunes a cuestionar los modos dominantes de la moralidad y del discurso social y de las instituciones que se expresan en esos modos. Eran ellos los destinatarios, frecuentemente agradables, los actuales lectores de *Tras la virtud*, que son capaces de reconocer como centrales estas articulaciones de pensamientos que ellos ya habían comenzado a formular y expresar sentimientos por los que ya se han emocionado en cierto grado. MACINTYRE, A., Op. cit., p. XV (traducción propia).

tradiciones o el contexto histórico donde se desarrollan. Siguiendo esta argumentación, MacIntyre nos indica que el verdadero valor de las virtudes sería el propiciar, el facilitar de alguna manera, ciertos rasgos de carácter que pudiesen disponernos a actuar de una determinada forma que tendrían una relación directa con lo que se suponen que son los bienes internos de esa práctica, sus objetivos como profesión o práctica que podría ejercerse de esta forma de una manera más virtuosa y acorde a sus propios fines internos. En concreto, en nuestras profesiones sanitarias estos fines tendrían que ver con cuestiones tan fundamentales para nosotros como son el cuidado, el curar, el evitar y/o paliar el sufrimiento de los pacientes, la educación para la salud, etc., basándonos en un tipo de conocimiento muy específico, como es el de las ciencias de la salud, que nos permitirían identificarnos asimismo socialmente con lo que se puede llegar a entender como un buen profesional sanitario. Pero, sobre todo (personalmente creo que es una de las aportaciones fundamentales que esta tesis quiere proponer como expondré), esta praxis, esta práctica, no puede ser entendida como un conjunto de técnicas, como se ha puesto el acento en algunas ocasiones dentro de alguna de las profesiones sanitarias (durante un tiempo considerable el enfermero fue denominado como ayudante *técnico* sanitario (ATS), que viene a reflejar perfectamente cómo se quiso entender esta profesión en un momento puntual histórico), ya que entonces hablaríamos de una *τέχνη* y no de una *πραξις*. El valor precisamente de la praxis es que en cierta manera siempre modifica internamente al que la está ejerciendo, o al menos en la mayoría de las ocasiones, no como la *τέχνη* que modifica externamente. Por esos los profesionales sanitarios siempre deberíamos tender a realizar una praxis, una práctica que debe ejercerse de manera virtuosa según los propios valores y bienes internos de cada profesión sanitaria, poniendo en segundo lugar los bienes externos nombrados anteriormente. Detrás de esta concepción de la praxis, donde cobran sentido realmente las profesiones sanitarias, se muestra una manera propiamente humana de entender al otro, de tal forma que se crea un círculo virtuoso, en este caso, entre las virtudes y la praxis, ya que sin virtudes las prácticas no podrían aprenderse ni conservarse o, al menos no tendrían plenamente sentido en mi opinión, y sin las prácticas las virtudes no se podrían desarrollar plenamente como tales, ya que las virtudes necesitan siempre en cierta forma llevarse a la práctica y, se construyen o conforman a través del hábito. Volveré más detenidamente al análisis de lo que es el valor de la praxis, pero, ahora, para terminar esta línea de pensadores modernos que han venido aportando nuevos contenidos a la ética de la virtud, quisiera acabar refiriéndome a Martha Nussbaum como contrapunto de lo expuesto por Anscombe y MacIntyre, ya que la autora estadounidense sostiene que tendríamos que rechazar el término de ética de la virtud como planteamiento conceptual alternativo al utilitarismo o al deontologismo, ya que este desarrollo del carácter virtuoso no es mantenido en exclusividad por los pensadores de la ética de la virtud, sino que otros pensadores, quizás en ocasiones más cercanos al utilitarismo o al kantianismo, también han sabido exponer la importancia del carácter virtuoso en el desarrollo de estas grandes corrientes filosóficas citadas. No será justo establecer de esta forma una simplista identificación del carácter virtuoso sólo con la ética de la virtud, aunque sería preciso reconocer que la recuperación de la ética de la virtud aristotélica ha aportado una recuperación del sentido de la *πραξις*, que creo personalmente que debe ser considerado como su principal valor y, especialmente, en las profesiones sanitarias cobra un sentido casi fundacional para dotarle de sentido a nuestra labor.

Ahora es el momento de abordar cómo se ha ido implementando la ética de la virtud en la bioética actual. Todas las aportaciones que a continuación voy a exponer coinciden en destacar la importancia de sumar a los planteamientos bioéticos cuestiones como los deseos, las intenciones y las motivaciones, en los quizás fríos cálculos de posibilidades en los planteamientos de los casos bioéticos, que nos pueden aportar muchas guías de actuación en la bioética basadas exclusivamente en principios o normas. Pero, también se ha tratado de incorporar la virtud a la bioética en un sentido que trataría de humanizar la misma bioética y, de hacerla más cercana y cálida a los pacientes y a los profesionales sanitarios. Es posible destacar tres tipos de posicionamientos con respecto a la incorporación de la ética de la virtud en la bioética. Comenzaré con la postura que aboga por un planteamiento, que podría denominarse como el más extremo, al proponer de forma radical que se debería reemplazar completamente los principios o normas por la virtud, de tal forma que a la hora de tomar nuestras decisiones ante los problemas bioéticos, deberíamos olvidarnos de seguir los dictados de los principios y basarnos en el carácter virtuoso que hayamos ido construyendo a lo largo de nuestra vida. En mi opinión esta opción es quizás excesivamente extrema y puede que esta radicalización conduzca a una especie de bioética visionaria basada simplemente en la virtud. Sin duda, como ya he valorado positivamente, la virtud puede aportarnos consideraciones y matices que los principios se niegan a ver o valorar pero, el intentar tomar nuestras decisiones ante problemas tan complejo como los bioéticos sólo apoyándonos en ese carácter virtuoso de la persona no me parece que sea realmente prudente. Los principios bioéticos siempre pueden ayudarnos a plantear un caso que tengamos que resolver, de alguna manera a enmarcarlo y delimitarlo, de tal forma que siempre nos pueden servir de ayuda a la hora de tomar una decisión, en muchas ocasiones en situaciones de relativa urgencia en el ámbito asistencial y, en cierta manera, teniendo en cuenta que las virtudes son variables, los principios nos podrían ayudar a situar esas virtudes en el caso concreto a dilucidar de la manera más prudente posible. Además, debemos considerar que existen situaciones, como el consentimiento informado para tratamientos, curas, investigaciones, etc., que al justificarlos directamente apelando a los principios bioéticos nos facilitarían la discusión bioética en los casos concretos, dejando las consideraciones más singulares que debemos intentar resolver mediante la ética de la virtud para aquellas aristas que los principios bioéticos parecen que quizás no hayan podido limar lo suficientemente. Y, finalmente, como muchos de sus críticos afirman, deberíamos también tener en consideración que el que una persona sea virtuosa no implica necesariamente que no pueda errar en un caso concreto y, en esos casos, los principios o normas bioéticas podrían quizás ayudarnos a evitar algunos errores que podemos cometer si sólo nos dejamos guiar por las virtudes, que no podemos llegar a pensar que son infalibles (en este caso estaríamos sustituyendo viejos principios de autoridad a la hora de tomar las decisiones morales por un nuevo principio de autoridad que serían las virtudes, concretamente nuestras propias virtudes). De esta forma, este planteamiento extremo de la ética de la virtud peca quizás de lo mismo que critica: una dogmatización de un único planteamiento bioético para resolver los difíciles casos bioéticos actuales. Sirva como ejemplo de las dificultades que pueden acarrearlos el entender las virtudes como dogmas, que podemos encontrarnos ante situaciones donde la virtud de decir la verdad a un enfermo puede chocar con la virtud de ser prudente en una situación concreta, donde una excesiva información puntual sin ningún tipo de consideraciones podría quizás llegar a ocasionar al paciente más trastornos que

beneficios¹³⁹. Apelar en este caso sólo a las virtudes para tomar una determinación, puede que no nos ayuden a resolver el problema, ya que volvemos a encontrarnos con un planteamiento que nos hace difícil priorizar, seleccionar o clasificar las virtudes, al igual que nos ocurría con los principios bioéticos. En el otro extremo de este planteamiento que analizo, se podría plantear una ética de la virtud que se entendiera más como un suplemento de los principios que como una sustitución completa de éstos. Este planteamiento afirma que los principios y las normas son realmente útiles a la hora de tomar una decisión moral, entendiendo que aunque éstos puedan llegar a parecer excesivamente amplios y abstractos, son la base desde la que tomar las decisiones frente a la amplia problemática bioética actual y, sin embargo, un carácter moral puede asimismo ayudarnos mejor a la hora de tomar una decisión. Entiende las virtudes como una buena ayuda para poder tomar las decisiones bioéticas y las incorporaría a los casos bioéticos con un cierto valor instrumental pero, finalmente, aunque valore las virtudes por su utilidad, entiende que es posible llegar a tomar decisiones morales sin la ayuda final de éstas. Entre estas dos posturas, quizás casi antagónicas, existe un planteamiento al respecto de la ética de la virtud, que considero que podría representar un posicionamiento más cercano a las hipótesis de esta tesis. Esta última postura plantea que nos es imposible actuar adecuadamente en nuestras acciones y casos bioéticos sin la ayuda de la virtud y, por ello, va más allá del planteamiento anterior pero sin llegar al extremo del primero que vimos. Se plantea que, de alguna forma, para que se pueda afirmar que se actúa de una manera correcta frente a un problema bioético, se precisaría que se encuentre presente la virtud y, por ello, es tan importante la forma en la que pergeñamos nuestras decisiones y actuamos como la acción misma (que es nuestro objetivo final: tomar una decisión para actuar). Para intentar visualizar este planteamiento voy a exponer el caso habitual de un enfermero que en una unidad de cuidados intensivos realice su trabajo de forma cuasi mecánica y, el último día de estancia del enfermo en la unidad, éste muy emocionado le agradece su trabajo y su trato humano y, a su vez, el enfermero le responde en un ataque de sinceridad, quizás trasnochado, que lo hizo sólo porque le pagan por ello y no porque sienta nada por él. Esta acción del enfermero aunque correcta desde el punto de vista técnico (ha realizado todos sus cometidos sin realizar ningún tipo de error), no puede ser vista desde el punto de vista moral sin cierta perplejidad y, yo diría que se podría llegar a decir que esa falta de apego hacia el enfermo debería ser entendida de un profesional sanitario casi como

¹³⁹ Desgraciadamente en muchas ocasiones, frente a los enfermos se establece una especie de conspiración del silencio, entre los profesionales sanitarios que lo atienden y sus familiares y/o allegados, tratando al enfermo como un ser vulnerable que por su proceso de enfermedad estuviese invalidado para tomar sus propias decisiones y, por ello, no se le llega a informar en ningún momento (incluso con el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad es lo suficientemente grave como para que el enfermo pudiese decidir en sus últimos momentos de vida como organizar ésta precisamente) perdiendo de esta forma su autonomía. Afortunadamente, más allá de entender la comunicación con los pacientes como una forma necesaria de su misma terapia y, conociendo que la información debe proporcionarse al enfermo de una forma adecuada a cada situación personal (adaptándonos al tiempo, el espacio, los valores, etc., del paciente), se promulgó hace más de una década en España 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, que obliga a los profesionales sanitarios (más allá de las importantes consideraciones bioéticas respecto a su autonomía) a informar a los pacientes adecuadamente y romper, con ello, un pesado silencio que en ocasiones se establece con el paciente y que causa también un sufrimiento que se suma al de su propia enfermedad.

inmoral en sí misma, porque lo realizado por este profesional no puede considerarse como un trato humano finalmente sino sólo como técnico, y el trato asistencial sanitario no puede ser solamente técnico, sino que debe ser también cumplimentado con un adecuado trato humano, basado en la virtud precisamente. Y, por ello todo, lo que llevo analizando cobra importancia ahora en la ética de la virtud en relación con los profesionales sanitarios, y debemos darle la importancia justa que deben tener las respuestas emocionales y los sentimientos en las relaciones de los profesionales sanitarios con los enfermos y, la empatía, tanta veces manifestada como el pilar desde donde se debería construir la relación sanitaria, empieza a tener un sentido ahora cuando afirmamos que la ética de la virtud, en este posicionamiento intermedio que postulo, sí debe tratar de manifestar que existen ciertos rasgos de carácter, de valores, que los profesionales sanitarios deberíamos ir cultivando a lo largo de nuestra vida y profesión, en contraposición al sólo seguimiento de reglas, normas y principios que nos convierten en meros “profesionales” que se relacionan con enfermos, pero que no son capaces de construir una relación sanitaria desde el trato humano hacia el otro, que la ética de la virtud nos podría aportar y, sobre todo, comenzar a hacer visible dentro de las mismas profesiones sanitarias.

Como ya expuse en la introducción de esta vía alternativa, en cada uno de los epígrafes debo tratar de responder a la siguiente pregunta: ¿qué puede aportarnos esta teoría que acabo de exponer a la bioética y a los planteamientos de esta tesis? Y, centrándome en lo expuesto: ¿qué puede aportar realmente la ética de la virtud? La respuesta es que mucho, ya que la ética de la virtud trataría de poder mostrar especialmente al personal sanitario las virtudes clásicas aristotélicas como la prudencia, el respeto por la verdad y por la justicia, entre otras, como valores inherentes que deberíamos desarrollar todos los profesionales sanitarios, ya que las virtudes deberían plantearse quizás como rasgos de carácter de los profesionales sanitarios. Tras todo este planteamiento, lo que sería posible concluir es que la ética de la virtud lo que propone finalmente es destacar el valor, o la virtud, del respeto por el otro ser humano al que vamos a atender, que debería estar siempre más presente que el intentar respetar o repetir, en ocasiones sin entenderlos plenamente, los cuatro principios clásicos bioéticos que ya comenté. El desarrollo de este carácter virtuoso de los profesionales sanitarios no es tarea fácil. En ocasiones, muchas, nos encontramos con sanitarios que han sido formados, casi instruidos o adoctrinados, en una visión excesivamente tecno-científica del ser humano y sus patologías, sin llegar a estudiar realmente al paciente sano, sólo sus enfermedades. Cuando se pretende enseñar también estas virtudes o valores humanitarios necesarios para la atención sanitaria, como puede ser en la asignatura de bioética que encontramos en los planes de estudios de las facultades de ciencias de la salud, el método de enseñanza se aproxima también casi a una exposición más que a una reflexión. Enseñar a los profesionales sanitarios la importancia de estos conocimientos choca con unos planteamientos excesivamente rígidos y centrados más en la evaluación de los conocimientos en estos campos, que en la propia reflexión interna de los futuros profesionales sanitarios. El valor de la *παιδεία* griega cobra en este campo de conocimiento un peso realmente significativo a la hora de plantearnos la enseñanza de la bioética precisamente como virtud y, en este sentido la ética de la virtud creo que ejemplifica claramente el camino que este tipo de enseñanza debería tratar de plantear a los alumnos de las ciencias de la salud, que serán los futuros profesionales sanitarios. Pero, no sólo me gustaría destacar esta importante aportación de la ética de la

virtud a la bioética, sino que creo que también ha sabido, sobre todo, aportar humanidad a la misma bioética, que había sido ensombrecida quizás por los grandes principios bioéticos que no nos dejaban ver al paciente, destacando la importancia de considerar las emociones, las motivaciones, los sentimientos, las intenciones, las creencias, los deseos y los rasgos deliberativos en la bioética, ya que habían sido expulsados de ésta injustamente a mi parecer. La ética de la virtud también ha sabido analizar adecuadamente los matices que nos presentan las diferentes culturas con las que convivimos actualmente, presentando una propuesta de bioética que busca su aplicabilidad y su utilidad práctica en todas las culturas analizando los casos concretos, las circunstancias y sus consecuencias, así como la importancia que cobra el placer y el dolor en la toma de decisiones finalmente. Para acabar, creo que de todas las aportaciones expuestas, me gustaría destacar que la ética de la virtud apuesta por un esfuerzo prolongado en el tiempo para aprender mediante la prudencia la sabiduría práctica, que nos pueda ayudar a los profesionales sanitarios a construirnos un auténtico carácter bioético a lo largo de toda nuestra vida, basado claramente en la necesidad de un trabajo y de un esfuerzo en el aprendizaje continuo, ya que este carácter bioético necesita ir construyéndose.

Precisaré claramente de esta misma ética de la virtud para desarrollar las tres hipótesis de la tesis y sus planteamientos, ya que como se verá en ellos, será necesaria una comprensión real de esta ética de la virtud para comprenderlos y dar sentido a la respuesta final de la pregunta de esta tesis, ya que no sólo nos aporta la ética de la virtud todo lo expuesto anteriormente a los profesionales sanitarios, sino que creo que traza también una línea de salida, de escape, ya que la bioética comenzaba a identificarse con el mantra bioético de Georgetown como si otra forma de bioética no fuera posible. Por eso he puesto en primer lugar la ética de la virtud en los planteamientos alternativos de esta fundamentación bioética para comenzar ese otro viaje que pretende ser esta tesis. Quisiera terminar esta exposición de la ética de la virtud dejando claramente expuesto, por si no he sido lo suficientemente explícito anteriormente, que entiendo la ética de la virtud como un planteamiento bioético complementario a toda la bioética de los principios y planteo un equilibrio entre ambas, no una postura extrema que reniegue de los principios bioéticos, como algún posicionamiento radical que ya expuse puede querer plantear. He comenzado con la ética de la virtud un viaje alternativo que considero que debe cumplimentarse también con todo lo que voy a intentar exponer en los siguientes epígrafes, porque como la misma ética de la virtud plantea, el conocimiento bioético debe ir construyéndose a lo largo de nuestra vida y, por ello, he presentado la ética de la virtud precisamente como el primer puerto que deberíamos visitar en nuestro viaje de autoconocimiento personal.

2.1.2.2. JÜRGEN HABERMAS: CONOCIMIENTO E INTERÉS.

Es preciso abordar en este epígrafe cuestiones que podrían parecer que a primera vista no aportan nada a la bioética, pero que intentaré mostrar que están íntimamente relacionadas con la propia disciplina. Cuestiones que intentarán responder precisamente a la pregunta con la que justifico esta misma tesis, ya que son interrogantes realmente epistemológicos que podrían ayudar a vislumbrar el sentido de los planteamientos que intento responder con esta tesis. La pregunta inicial desde donde comienzo

cuestionando si la bioética es una praxis científica o una disciplina filosófica, tiene relación directa con los temas que han sido abordados en la filosofía de la ciencia a lo largo de la historia del conocimiento y especialmente en los dos últimos siglos. Intentaré exponer cómo ha sido precisamente el desarrollo de los planteamientos positivistas los que han influido de forma decisiva en la concepción del ser humano como objeto y que unidos al desarrollo de la biopolítica, permitieron justificar los excesos en el campo tecno-científico que hicieron necesaria la bioética como freno de éstos. Por todo ello, y especialmente con el objetivo de ayudar a responder a la pregunta de mi tesis, es necesario un sucinto recorrido por algunos temas que tienen relación directa con los planteamientos bioéticos desde la filosofía de la ciencia. Sin embargo, este epígrafe no intenta ser un resumen de todo el corpus de conocimientos de la filosofía de la ciencia pero, sí que intenta plantear una serie de cuestiones que servirán de hilos conductores para posteriormente desarrollarlas más ampliamente en el apartado dedicado a las tres hipótesis de la tesis, donde quedarán justificadas las siguientes reflexiones.

No es por tanto un tema accesorio que pudiese dejar de abordar sino, todo lo contrario, realmente es un tema central que creo que es imprescindible en la misma bioética y al que en muchas ocasiones no se le presta la atención que es debida. Tampoco es accesorio el autor que he escogido de referencia, Jürgen Habermas, ya que lo considero un autor afín a los temas bioéticos, como intentaré exponer en este epígrafe, a pesar de que no es un autor que podría denominarse como “clásico” de la bioética, como podrían ser Kant o el mismo Aristóteles. Como ya expuse, abordaré este tema con más amplitud en las hipótesis de la tesis y sus conclusiones, pero debo aquí bosquejar algunas primeras consideraciones sobre la epistemología bioética que permitirían intentar contestar a la pregunta de esta tesis y a considerar cómo no sólo tendrán relación con la misma bioética, sino que han venido muy marcadas, yo diría casi delimitadas, por el propio desarrollo de la biopolítica. De este modo hay una especial relación entre biopolítica, bioética y epistemología que afirmo que han conformado precisamente el mismo corpus de conocimientos bioéticos y lo han venido a delimitar en una ciencia moderna, como son las que se desarrollan desde las profesiones sanitarias, pero con una necesaria cumplimentación desde los conocimientos humanísticos que la conforman como un tipo de conocimiento multiforme y, en ocasiones, tan difícil de delimitar como de abarcar desde una perspectiva adecuada de pensamiento que realmente pudiera desarrollarla. De esta forma, considero que estas cuestiones no son un simple añadido a la misma bioética, sino que deberían ser considerados como temas necesarios que deberían cuestionarse para intentar comprender si cuando *hacemos* bioética, estamos realizando una praxis científica o simplemente estamos desarrollando una disciplina filosófica que, quizás, y sólo quizás, pudiera servir como una interesante reflexión actual de cuestiones que tienen que ver directamente con la vida de los seres humanos. Debo indicar que ambos caminos no son estrictamente excluyentes, sino que existen puntos de unión entre ellos, espacios que comparten la misma existencia de ambos y, en este sentido, la bioética podría resultar ser un tipo de espacio común entre estas mismas cuestiones, o quizás, precisamente el punto común que las engarza.

Si bien, cuando aborde posteriormente las tres hipótesis de la tesis, ampliaré estas necesarias reflexiones sobre la epistemología de la bioética con otros autores, he creído necesario plantear un autor de referencia, en este ejemplo Jürgen Habermas, y un libro

que nos pudiera servir de guía, *Conocimiento e interés*, que nos sitúe exactamente en el sitio desde donde seguir reflexionando sobre una serie de consideraciones que aportarán una visión necesaria para los planteamientos de esta tesis. Sobre el autor sólo quisiera justificar someramente su elección, ya que lo considero un referente fundamental sobre las reflexiones que se hicieron en el pasado siglo sobre el conocimiento y su problemática con el positivismo y, sus importantes aportaciones a la filosofía política que tendrán relación directa con la biopolítica, como expondré, ya que la investigación sobre la historia y el sentido del espacio público ha sido una parte muy importante en la obra de Habermas, que continua hoy día trabajando todavía en estos temas. Y, sobre el texto elegido, debo aclarar que aunque el mismo autor tiene obras posteriores a *Conocimiento e interés* que son sumamente interesantes para el tema que quiero exponer, como podrían ser *Ciencia y técnica como ideología* o *El discurso filosófico de la modernidad*, por citar algunas, considero que la obra seleccionada puede considerarse casi como fundacional de su propio pensamiento y, quizás, más sistemática, que sintetiza las distintas posiciones del autor en muchos aspectos centrales de su filosofía que iría desarrollando a lo largo de su dilatada carrera filosófica, aunque con relevantes modificaciones posteriores.

A continuación, voy a ir analizando someramente algunas de las ideas que considero clave en *Conocimiento e interés*. Ya desde el comienzo del libro, en el prefacio, nos encontramos claramente con el objetivo principal del texto, que me sirve precisamente como hilo conductor de mi tesis, “Me propongo, desde una perspectiva histórica, reconstruir la prehistoria del positivismo moderno con el propósito sistemático de analizar las conexiones entre conocimiento e interés. Si queremos seguir el proceso de disolución de la teoría del conocimiento, cuyo lugar ha sido ocupado por la teoría de la ciencia, tenemos que remontarnos a través de fases abandonadas de la reflexión. Volver a recorrer este camino desde un horizonte que apunta hacia su punto de partida puede ayudarnos a recuperar la perdida experiencia de la reflexión. Porque el positivismo es eso: el renegar de la reflexión. El análisis de la interrelación entre conocimiento e interés debería apoyar la afirmación de que una crítica radical del conocimiento sólo es posible en cuanto teoría de la sociedad”¹⁴⁰. De lo expuesto, sin duda, la idea que considero más importante es la de que el positivismo nos ha llevado, y continúa hoy día abocándonos, a un *renegar de la reflexión* y de la necesaria crítica que ha sido precisamente uno de los males de nuestro tiempo y de la misma bioética, como expondré. Pero, también creo necesario destacar la idea política que va ligada a su reflexión sobre como el *conocimiento sólo es posible en cuanto teoría de la sociedad*, ya que muestra claramente las relaciones que existen entre lo que podría denominarse como la verdad y lo que la sociedad estaría dispuesta a aceptar y respetar como tal, y su directa relación de esta forma entre conocimiento e interés. Pero, no son estas las únicas ideas importantes que se irán exponiendo en el libro, pero sí las que he querido resaltar ya que serán fundamentales para la argumentación de esta tesis. También me gustaría destacar que ya en el propio prefacio del citado libro se hace referencia a dos autores claves que nos van a ayudar a reflexionar conjuntamente con el propio autor y que considera fundamentales: Marx y Freud, sobre los que descansarán gran parte de sus planteamientos y reflexiones.

¹⁴⁰ HABERMAS, J., *Conocimiento e interés*, Madrid, Taurus, 1982, p. 9.

Habermas desarrolla sus planteamientos a lo largo de los tres apartados y del epílogo de los que consta su libro¹⁴¹. En el primer capítulo que se titula *la crisis de la crítica del conocimiento*, es donde el autor alemán va a ir planteando cuestiones que tienen que ver precisamente sobre la posibilidad de un conocimiento fiable, analizando las aportaciones a estas cuestiones desde la filosofía kantiana, la hegeliana y el marxismo. Pero, un elemento clave a desarrollar en este primer apartado, es que comienza el planteamiento de sus reflexiones mostrando cómo fue surgiendo la expresión de teoría del conocimiento, en el siglo XIX, pero “el objeto al que se mira así retrospectivamente es el objeto de la filosofía moderna en general o, por lo menos, de la filosofía hasta el umbral del siglo XIX”¹⁴², como objetivo en el que centrar sus reflexiones. La ciencia natural se caracterizaba entonces por la utilización de la experimentación y de un lenguaje formalizado y, curiosamente, la ciencia pudo adquirir su estatus final gracias a un conocimiento que podría denominarse de tipo inequívocamente filosófico. De esta forma “las teorías del conocimiento ni se limitaban a la explicación del método científico experimental ni se reducían a teoría de la ciencia”¹⁴³, como podrían parecer en una primera aproximación a ellas. Con el desarrollo de la filosofía kantiana y sus importantes postulados lógicos-trascendentales, la teoría del conocimiento se cuestiona por primera vez a sí misma y logra con ello un posicionamiento donde aparece la filosofía en un lugar dominante con respecto a la ciencia. En este sentido, resultara importante destacar, como realiza Habermas, que “la crítica del conocimiento se concebía aún en referencia con un sistema de facultades cognoscitivas, que incluían la razón práctica y el juicio reflexivo tan obviamente como la crítica misma, es decir, se trataba de una razón teórica que podía verificar dialécticamente no sólo sus límites sino su propia idea”¹⁴⁴ y, de esta manera, todavía no nos encontramos bajo el yugo de los principios metodológicos a los que finalmente se abrazará la ciencia para limitar esa misma autocrítica, necesaria e imprescindible diría yo. Sin embargo, con la filosofía dialéctica hegeliana, que somete la crítica del conocimiento a una profunda e inmisericorde autorreflexión, llegamos al resultado de que no es que la filosofía haya cambiado o girado su posicionamiento histórico con respecto de la ciencia, sino que paradójicamente la abandona definitivamente. Por ello, Habermas postula que después de Kant la ciencia no ha sido realmente pensada desde perspectivas filosóficas y sólo, y esto resulta muy importante para la bioética y esta tesis, desde entonces desaparece la dimensión en la que podría conformarse un concepto epistemológico de la misma ciencia. En principio, este giro podría parecer un simple cambio en algunos posicionamientos que no afectarían realmente a la ciencia, pero creo que es todo lo contrario, a partir de ese momento el conocimiento científico se va a ir convirtiendo paulatinamente en un conocimiento limitado y cerrado sobre sí mismo, como el que

¹⁴¹ *Conocimiento e interés* en su primera edición de 1968 sólo tenía tres apartados y el epílogo fue realizado en la edición posterior de 1973, donde respondía y reflexionaba sobre las críticas realizadas por diferentes autores a su obra original. He preferido referirme a la edición que ya aporta el epílogo porque creo que éste aporta cuestiones que son necesarias para argumentar mi tesis.

¹⁴² HABERMAS, J., Op. Cit., p. 11.

¹⁴³ *Ibidem*, p. 11.

¹⁴⁴ *Ibidem*, p. 12.

actualmente padecemos, con una especialización constante en parcelas limitadas del saber, y que ha abandonado, y yo diría que incluso lo llega a menospreciar, cualquier tipo de intento de saber más abierto y quizás absoluto de tipo filosófico. La crítica del conocimiento se convierte, se transmuta, en ese momento en una teoría de la ciencia cuyo objetivo será una especie de regulación pseudonormativa de la investigación científica. Es interesante resaltar que el que expulsó la filosofía en relación a la ciencia fue la misma filosofía en su propia autocrítica, ya que en ocasiones se expone *interesadamente* como todo lo contrario. La teoría de la ciencia, que había heredado los planteamientos de la teoría del conocimiento, se transformará en una metodología que se realiza desde una autocomprensión cientifista de las ciencias. El cientifismo no sería más que una especie de dogma o fe ciega en la misma ciencia, que plantea una limitación o reducción del conocimiento a una única forma posible de conocimiento: la ciencia. Como Habermas expone, fue finalmente Auguste Comte el que partiendo tanto de la tradición racionalista como de la empirista, el que posteriormente reafirmó la postura de la validez exclusiva de la ciencia justificándose desde una fe ciega en sí misma y no desde un crítico examen siempre necesario. De esta forma, el positivismo fue instalándose progresivamente a lo largo de los siguientes años de una forma tan sutil como efectiva, tan larvada como firme. Hoy ya no nos es posible comenzar ninguna discusión sobre las condiciones del conocimiento probable sin tener que enfrentarnos a la situación creada por la teoría analítica de la ciencia, que ha quedado justificada curiosamente *ad hoc*. Finalmente, después de la autorreflexión fenomenológica del conocimiento hegeliano, “Marx, cuyo materialismo histórico implicaba precisamente un proceso autorreflexivo análogo al de Hegel, malcomprendió su propia concepción, y con ello contribuyó a la desintegración total de la teoría del conocimiento”¹⁴⁵, cuando pudo habernos llevado a una necesaria reflexión crítica de nuestro conocimiento que nos podría haber salvado del reduccionismo positivista, ya que finalmente consiguió que el positivismo llegará a olvidar, interesadamente en mi opinión, que la metodología de las ciencias presentaba unas conexiones indisolubles con el mismo proceso objetivo de formación de nuestra especie como seres humanos, de tal forma, que el mismo positivismo logró su victoria final imponiéndonos su metodología sobre la base de lo que habíamos olvidado y de lo que habíamos reprimido, casi sin darnos cuenta en un corto espacio de tiempo relativamente.

Ya en el segundo apartado del libro, *Positivismo, pragmatismo e historicismo*, Habermas entra a fondo en el análisis de los problemas con los que titula el apartado, mediante el análisis de los planteamientos de Auguste Comte, Ernst Mach, Charles Sanders Peirce y Wilhelm Dilthey entre otros. Sin duda, es el apartado más interesante e instructivo del citado libro, del que sólo puedo ahora aportar una serie de consideraciones a modo de guía de los planteamientos posteriores para el desarrollo de las tres hipótesis de la tesis. Pero, me gustaría resaltar que gran parte de lo justifica este epígrafe dedicado a Habermas está basado en los argumentos que va construyendo en este apartado crucial. La afirmación con la comienza el apartado ya es significativa en sí misma aseverando que “el positivismo significa el final de la teoría del conocimiento. En lugar de esta última aparece una teoría de la ciencia. Si la problemática lógico-trascendental acerca de las condiciones del conocimiento posible aspiraba también a la explicación del sentido del conocimiento en general, el positivismo, en cambio, elimina

¹⁴⁵ *Ibidem*, p. 13.

esta cuestión, que para él ha perdido sentido gracias a la existencia de las ciencias modernas. El conocimiento se encuentra implícitamente definido por la propia realidad de las ciencias¹⁴⁶ y, de esta forma, el autor alemán manifiesta claramente que se ha perdido este cuestionamiento necesario del saber desde Kant y, la teoría de la ciencia ha desplazado definitivamente a la teoría del conocimiento en el positivismo, relegando, o más bien olvidando y casi censurando toda pregunta posible sobre el sentido último del conocimiento. Habermas es capaz de mostrar claramente que el problema del positivismo ha sido precisamente el dogmatizar la creencia de las propias ciencias en sí mismas, cercenando cualquier tipo de cuestionamiento que pudiera llevarnos a una autorreflexión (siempre necesaria en cualquier tipo de conocimiento) en los mismos términos que lo hacía la teoría del conocimiento. Se construye, de esta forma, un círculo vicioso desde el positivismo del que difícilmente podremos llegar a salir, ya que cualquier intento de reflexión y crítica sobre la misma metodología científica es tachado por los científicos como un sinsentido cercano a las viejas teorías metafísicas. En el fondo, lo que subyace en el positivismo es un olvido interesado de lo que había sido hasta ese momento el sujeto cognoscente (lo que se había venido denominando como *yo, conciencia, espíritu,...*), que se sustituye por un sistema de reglas, procedimientos y proposiciones, supuestamente objetivos, con las que las teorías científicas han sido elaboradas y pueden comprobarse cuasi indefinidamente. De tal forma, que el sujeto desaparece en la nueva teoría del conocimiento para ser superado por pura metodología científica y, pierde toda la relevancia y el significado que había tenido hasta entonces en la teoría del conocimiento. Se comienzan a presentar las matemáticas y la lógica formal como las ciencias perfectas, que sirven de modelo desde donde comenzar a construir un conocimiento puro e infalible que no puede ser cuestionado en sí mismo. Pero, lo que olvida el positivismo es lo que Kant denominaba las operaciones sintéticas del sujeto cognoscente, ya que no tienen en cuenta realmente la constitución de los objetos de la experiencia posible ignorando las reglas de conexión entre los símbolos que utilizamos. Por ello, no encontraremos en el positivismo ninguna reflexión sobre la problemática de la constitución del mundo y del sentido del propio conocimiento ya que afirman que el conocimiento describe, se ajusta, a la realidad¹⁴⁷. Finalmente, nos vemos abocado, como expone Habermas, a realizar un esfuerzo titánico para superar el positivismo, ya que no nos bastará con volver a los planteamientos kantianos, sino que la supuesta apariencia objetivista del positivismo sólo puede ser destruida “de forma inmanente por medio de una metodología que persiga hasta el fin sus propios problemas y, de esta suerte, se vea obligada a la autorreflexión. El objetivismo, pretendido que las ciencias reflejan un ensí de hechos legalmente estructurados, oculta de este modo la constitución previa de los hechos, objetivismo que ya no puede ser superado desde fuera por una repristinada teoría del conocimiento, sino únicamente por una metodología que trascienda sus propias limitaciones”¹⁴⁸. Y, los intentos fallidos por parte de Wilhelm Dilthey y de Charles Sanders Peirce de superar el positivismo, de autorreflexionar sobre las mismas

¹⁴⁶ *Ibidem*, p. 75.

¹⁴⁷ De esta manera se entiende la teoría científica como una teoría de la verdad como copia y se establece una relación isomórfica, unívoca e irreversible, entre los enunciados científicos y los estados de los objetos.

¹⁴⁸ HABERMAS, J., *Op. Cit.*, p. 77-78.

ciencias, son mostrados por Habermas como muestras de la dificultad que tiene escarparse e intentar superar el supuesto objetivismo del positivismo, aunque este contramovimiento contra él no fue en vano ya que como expone el autor alemán, ambos consiguieron mostrar diferentes grietas que tuvo que tapar y restaurar posteriormente el neopositivismo.

El tercer apartado del libro, *la crítica como unidad de conocimiento e interés*, es el que cierra las reflexiones más interesantes e importantes de Habermas respecto al significado que valoro que posee esta obra para la bioética y esta tesis, ya que considero que es precisamente en este apartado donde se completan sus reflexiones iniciadas en el segundo apartado del libro, y es posible llegar a encontrar una de las aportaciones más interesantes y originales del autor alemán, que es capaz de mostrar las miserias del positivismo, la misma imposibilidad de abarcarlo todo con sus tupidas mallas, que quedaron deshilachadas cuando se tuvieron que enfrentar a dos de los grandes pensadores de la denominada filosofía de la sospecha¹⁴⁹: Freud y Nietzsche. Este apartado me parece fundamental hoy día porque es capaz de recordar y recuperar precisamente el valor de la crítica en el conocimiento y, exactamente como el propio autor le confiere, como unidad de conocimiento e interés. Pero el valor que quisiera poner en relieve, y que posteriormente volveré a retomar con más detenimiento en las hipótesis de la tesis, es el de poder superar el positivismo desde el propio positivismo que realizó magistralmente Freud, ya que si no hubiese sido de esta manera nos hubiésemos vistos abocados a una posible defensa del mismo positivismo argumentando algún tipo de psicologismo mal interpretado para poder seguir en su ceguera intelectual. Sin embargo, la propuesta freudiana es capaz de poner en evidencia al propio positivismo desde sus mismos postulados, sin que este fuera realmente el objetivo del propio psicoanálisis, como Habermas expone “el psicoanálisis ofrece el ejemplo de cómo esa dimensión de la reflexión autocrítica emerge de nuevo precisamente en el terreno del positivismo: Freud ha desarrollado un marco de interpretación para procesos de formación desviantes y perturbados que pueden ser conducidos de nuevo a la normalidad a través de una reflexión crítica de orientación terapéutica. Ciertamente que ha concebido su teoría no como una reflexión crítica sistemática generalizada, sino como una ciencia experimental rigurosa”¹⁵⁰, ya que este giro que provoca el psicoanálisis es el que considero que podría servir en la misma bioética actualmente¹⁵¹, para superar cierto tipo de positivismo que también lleva instalado tiempo en las ciencias de la salud y que, actualmente, ha tenido una especie de resurgimiento con lo que se han venido a denominar enfermería basada en la

¹⁴⁹ Escuela de la sospecha en palabras de Paul Ricoeur, que incluía a los dos filósofos nombrados conjuntamente con Marx. No es de extrañar que el propio Habermas comente el pensamiento en este libro precisamente de estos tres grandes pensadores.

¹⁵⁰ HABERMAS, J., Op. Cit., p. 193.

¹⁵¹ Es importante destacar que tanto el psicoanálisis como la misma bioética tienen una relación directa con los pacientes, lo cual considero que no es simple casualidad y, asimismo, el primero podría servirnos de espejo donde mostrar y analizar la bioética que estamos tratando de construir actualmente, acercándonos a una visión también necesaria en la misma bioética, pero que escapa a los planteamientos finales de esta tesis.

evidencia¹⁵² o medicina basada en la evidencia. Lo que me gustaría destacar del planteamiento freudiano es que en ningún momento ha intentado, tampoco era su intención realmente, desarrollar o exponer lo que metodológicamente separa el psicoanálisis de las ciencias empírico-analíticas ni de las que utilizan para su conocimiento la hermenéutica y, en este sentido, Freud se centró en su técnica analítica y sus resultados dejando atrás otras consideraciones metodológicas quizás tangenciales para su obra. En el fondo el positivismo no ha podido superar ni integrar el psicoanálisis y, el intento de destierro de éste al cajón de las ciencias inútiles, como la metafísica, tampoco parece que pudiera haber sido una solución adecuada y acertada frente a un tipo de ciencia como es el psicoanálisis que funciona, o al menos consigue curar parcialmente algunas enfermedades que anteriormente no tenían otro tratamiento más allá del encierro en centros cuasi-penitenciarios¹⁵³ (como eran los manicomios/psiquiátricos de aquellas épocas) o tratamientos de shock eléctricos. El otro autor en el que se centra Habermas en este tercer apartado es Nietzsche, del que afirma “es uno de los pocos contemporáneos que unen a un fin sentido para el alcance de las investigaciones metodológicas la capacidad de moverse con facilidad en la dimensión de la autorreflexión¹⁵⁴”, ya que el principal valor de su filosofía consistía en esa crítica necesaria de muchas cuestiones, muy cercana a los anhelados planteamientos socráticos, pero que finalmente le llevó a una especie de negación del valor de la misma reflexión crítica al desarrollar hasta el extremo sus mismos planteamientos, permitiendo que el propio psicologismo lograra convertirse en uno de los intereses rectores del conocimiento.

Además de lo expuesto, en este tercer apartado del libro es donde Habermas se detiene a realizar las consideraciones más importantes y esclarecedoras sobre la relación entre conocimiento e interés. Nuestro autor define el interés en general como “la satisfacción a la representación de la existencia de un objeto o de una acción. El interés tiene como meta la existencia porque expresa una relación del objeto del interés con nuestra facultad apetitiva. Es decir, que el interés presupone una necesidad o genera una necesidad”¹⁵⁵, resultando de ello el desarrollo posterior que Habermas irá realizando del interés en tres tipos: técnico, práctico y emancipatorio, que consigue hilvanar desde los planteamientos kantianos de la siguiente forma “a esto responde la distinción entre interés empírico e interés puro que Kant introduce a propósito de la razón práctica. La

¹⁵² Una interesante reflexión sobre lo poco atinado de esta terminología la realiza Armando Aguirre-Jaime en su artículo titulado: ¿Por qué no puede ser una enfermería basada en la evidencia? Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/27/22>. Volveré a retomar esta línea de argumentación de forma explícita en la segunda hipótesis de esta tesis cuando postule el necesario desarrollo de la mirada bioética.

¹⁵³ Sirva como referencia del uso de los psiquiátricos como cárceles encubiertas, donde se internaban a personas que no querían que fueran reconocidas oficialmente, la historia de Ida Dalser, la primera esposa de Benito Mussolini contada en el libro *Il figlio segreto del Duce: la storia di Benito Albino Mussolini e di sua madre, Ida Dalser* de Alfredo Pieroni. En la tercera hipótesis de la tesis se analizará precisamente el sentido de las prisiones modernas y su relación con las unidades hospitalarias, que tan bien supo mostrar Michael Foucault especialmente en su libro *Vigilar y castigar*.

¹⁵⁴ HABERMAS, J., Op. Cit., p. 194.

¹⁵⁵ *Ibidem*, p. 201.

satisfacción práctica que experimentamos en el bien, es decir, en las acciones que están determinadas por los principios de la razón, es un interés puro. Cuando la voluntad actúa por respeto a las leyes de la razón práctica toma interés *en el bien*, pero no obra *por interés*¹⁵⁶, y, de esta forma, ya comienza a plantear la función sistemática del propio concepto de interés puro práctico de la razón, que Kant expondría tan magistralmente en el *límite extremo de toda filosofía práctica*, la última sección de su famoso libro los *Fundamentos de la metafísica de las costumbres*. Pero, lo que más nos interesa en relación a los planteamientos fundacionales de la bioética queda bien delimitada en la siguiente reflexión de Habermas “existe un uso legítimo de la razón teórica con una intención práctica. En este caso, el interés puro práctico parece asumir el papel de un interés rector del conocimiento¹⁵⁷”, que es el que nos interesa realmente para nuestra tesis y apoya la importancia de la relación entre la teoría y la praxis, y su interés como guía en el propio desarrollo crítico de nuestros conocimientos. Finalmente, sólo me gustaría añadir a los planteamientos de Habermas una reflexión esclarecedora al respecto de lo que he venido pergeñando “sólo podemos asegurarnos metodológicamente de los intereses rectores del conocimiento en las ciencias de la naturaleza y del espíritu después de haber pisado la dimensión de la autorreflexión. *La razón se aprehende como interesada en la realización de la autorreflexión*. Por eso sólo, nos encontramos con la fundamental conexión de conocimiento e interés cuando desarrollamos la metodología en forma de la experiencia de la autorreflexión: como disolución crítica del objetivismo, es decir, de la autocomprensión objetivista de las ciencias que elimina la contribución de la actividad subjetiva en los objetos preformados del conocimiento posible.”¹⁵⁸, ya que considero que precisamente en nuestro quehacer bioético hemos de integrar esta forma autorreflexiva tanto de las dimensiones objetivas como de las subjetivas del mismo conocimiento para poder lograr una comprensión, o autocomprensión en la terminología de Habermas, que mejore el mismo conocimiento. En el fondo, más allá del tipo de saber instrumental y práctico, que tienen que ver respectivamente con el interés técnico y práctico, creo que el saber bioético tiene una correspondencia directa con el tipo de saber emancipatorio de la ciencia crítica y autorreflexiva que debe ser la misma bioética.

Finalmente, en el epílogo escrito en 1973, el propio Habermas analiza algunas críticas que fueron realizadas a su obra durante los cinco años posteriores a su primera publicación. En realidad, como el propio autor reconoce, al ser tan numerosas y amplias las críticas, que si realmente hubiera intentado responderlas a todas, algunas de las cuales reconoce que son acertadas y que le han permitido reestructurar y ahondar en sus planteamientos, tendría que reescribir completamente su obra. Sin embargo, es posible ver cómo en obras posteriores sí que Habermas utilizó muchas de estas consideraciones en sus posteriores reflexiones sobre estos temas tan fundamentales para el autor. Este epílogo viene desarrollado en seis puntos donde intenta responder a sus críticos y, entre ellos, me gustaría detenerme principalmente en dos por lo que valoro que tienen relación directa con la bioética y esta tesis. Estos dos apartados son los titulados como *conocimiento e interés y reconstrucción “versus” autocrítica*. En el primero vuelve a

¹⁵⁶ *Ibidem*, p. 201.

¹⁵⁷ *Ibidem*, p. 206.

¹⁵⁸ *Ibidem*, p. 214.

exponer cómo “lo que el programa de la ciencia unificada hace es confundir la unidad de la argumentación, es decir, de los presupuestos de la fundamentación de la validez de las teorías, con la unidad de las teorías mismas¹⁵⁹”, como ya analizaré en las hipótesis de la tesis, ya que puede ocurrir, en ocasiones, en la misma bioética. Pero, lo que más me interesa son el desarrollo de una serie de pasos que el autor considera que son necesarios ir recorriendo como parte de la reflexión necesaria: diferenciación entre experiencia sensorial (observación) y experiencia comunicativa (comprensión), distinción entre los objetos de la experiencia sensorial posible y los objetos de la experiencia comunicativa posible, la referencia diferencial de la experiencia a la acción (la distinción entre el a priori experimental pragmático y el comunicativo), la práctica diaria versus la práctica de la investigación, los intereses rectores del conocimiento y el interés cognoscitivo emancipatorio y la destrucción de los pseudoa priori; ya que considero que son elementos sobre los que quizás debería también reflexionarse en nuestras teorías bioéticas. Y, en el segundo apartado seleccionado, cuando intenta finalmente precisar aún más el concepto de autorreflexión lo muestra desde diferentes perspectivas y, especialmente cuando habla de las “ciencias reconstructivas” (como la lógica y la lingüística en general), ya que se refiere también a que “la filosofía moral va a establecerse como ciencia reconstructiva, en la medida en que pueda derivar las reglas universales de una ética comunicativa a partir de normas básicas del discurso racional”¹⁶⁰, que considero que es clave en el análisis bioético actual en el que el diálogo debería ser el pilar desde donde repensar la misma bioética. En este sentido quisiera exponer finalmente la argumentación de Habermas con la que coincido y creo necesaria en la misma bioética “más bien la reconstrucción pragmático-universal del habla muestra que en cualquier interacción lingüística, por muy elemental que sea, han de reconocerse pretensiones de validez criticables (es decir, la verdad de los enunciados y la corrección de las normas); son pretensiones de validez que aparecen con un carácter incondicional, puesto que sólo pueden resolverse de modo discursivo”¹⁶¹ y, por ello, considero que no es posible olvidar estos planteamientos que el autor alemán expone como colofón y resumen de esta magnífica obra aunque, como ya expondré, deberíamos reflexionar sobre ellos de una manera realista y actualizada, si no queremos volver a vernos en una especie de mundo ideal comunicativo, como ya nos encontramos en anteriores teorías filosóficas idealistas como en Platón o en Kant, y que Habermas también trata de evitar.

Es hora de que ya intente responder a la pregunta que es preciso realizar en este apartado: ¿qué puede aportarnos esta teoría que acabo de exponer a la bioética? Creo haber expuesto las principales consideraciones a este respecto en los párrafos anteriores, pero ahora intentaré presentarlos mostrando más directamente su relación con la bioética. Lo primero que me gustaría afirmar es que ya en un primer bosquejo de la tesis este apartado no tenía cabida por ser un tema que, aunque a priori, me parecía personalmente muy interesante, creía que era excesivamente amplio para exponerlo en tan pocas líneas. Pero, he creído conveniente presentar algunos hilos conductores generales porque considero que es un tema al que habitualmente no le prestamos la

¹⁵⁹ *Ibidem*, p. 319.

¹⁶⁰ *Ibidem*, p. 335.

¹⁶¹ *Ibidem*, p. 337.

suficiente atención en los diferentes manuales de bioética y, sin embargo, creo que tiene precisamente un peso y un valor fundamental para la propia bioética y su futuro, además de para las conclusiones finales de esta tesis. Detrás de todas las teorías éticas que he venido exponiendo y detrás de muchos planteamientos actuales bioéticos, subyace un substrato que conforman estas mismas teorías y planteamientos. Este substrato es habitualmente positivista o neopositivista y es aceptado tal cual, como si sólo hubiera existido esta forma de mirar y comprender el mundo y, sin embargo, la verdad es que no es ciertamente así. Para poder ir más allá de los planteamientos que actualmente manejamos en bioética, y creo que esto ahora ya es absolutamente necesario, deberíamos cuestionarnos exactamente cómo estamos construyendo el conocimiento o el saber bioético. Aquellos planteamientos excesivamente positivistas son tan reduccionistas que finalmente nos puede llevar a una bioética que simplemente se identifique, en muchas ocasiones, con la legislación existente en ese momento, sin ninguna otra consideración. Y, considero que es necesario hoy abrir, seguramente no sólo el campo bioético, sino también en otros saberes que precisan urgentemente de otras perspectivas y críticas necesarias, desde donde adaptarse a la realidad multiforme de nuestro mundo globalizado y multicultural actual, intentando reflexionar sobre nuevos planteamientos que nos permitan realmente comprender al mundo más allá del miope positivismo.

Frente a esta necesidad de ir más allá de los planteamientos bioéticos actuales cuestionando la construcción del propio conocimiento bioético, podrían objetarse principalmente dos consideraciones. La primera tendría que ver con el problema de la objetividad, yo diría supuesta objetividad, que plantearía que abrir la bioética y sus conocimientos a otros tipos de planteamientos, como los expuestos en esta vía alternativa de la bioética, nos podrían abocar finalmente a una especie de subjetividad del tipo “*todo vale*”, cayendo en un supuesto relativismo y en posturas cercanas a lo que se ha venido a denominar como “pendiente resbaladiza”¹⁶², que podría llegar a justificar decisiones que irían contra los mismos principios bioéticos aceptados. Frente a esta postura, creo que sería necesario considerar, quizás, que deberíamos plantearnos seriamente el abrir la bioética a otros planteamientos que la complementan y, que no pueden considerarse científicamente tan objetivos como los planteamientos clásicos de la bioética, pero que hoy hemos visto que son necesarios, como estoy intentando exponer en esta vía alternativa de fundamentación bioética, y que no sólo complementan a los planteamientos clásicos sino que son tan fundamentales, en ocasiones, como la misma “bioética clásica”. Algunos de estos planteamientos son tildados indefectiblemente como subjetivos y difíciles de observar, medir, predecir, cuantificar,..., pero son estos los planteamientos que nos acercan precisamente al tipo de conocimiento necesario para poder entender realmente la misma bioética. La segunda consideración que se nos puede hacer es que nada nos va aportar el indagar en un terreno tan complicado como puede ser el de la filosofía de la ciencia, cuyos

¹⁶² El filósofo australiano Peter Singer ha tratado en numerosas ocasiones este tema, como por ejemplo en su artículo titulado: “Decisions about death” (Decisiones sobre la muerte) publicado en la revista *Inquiry*, Agosto/Septiembre 2005, donde afirma que “el argumento de la pendiente resbaladiza: sin ningún tipo de duda, el argumento secular más ampliamente invocado contra la legalización de la eutanasia voluntaria es el argumento de la pendiente resbaladiza...”, pero que puede llegar a ser utilizado también en otros temas bioéticos.

planteamientos parecen excesivamente teóricos y alejados de nuestro mundo y, se podría concluir que estas reflexiones se deberían dejar a aquellos filósofos especialistas en esta materia, que no parece que sea el caso de la bioética. Frente a esta objeción debo insistir en que estas reflexiones que tienen que ver más con temas propiamente filosóficos que con temas más bioéticos, son imprescindibles para la misma bioética, ya que son como los cimientos sobre los que vamos a construir el mismo edificio del saber bioético, como insistiré en las conclusiones de esta tesis. Si nos negamos a reflexionar sobre el mismo fundamento del conocimiento bioético, que lo enmarca y lo delimita como tal, estamos restringiendo el conocimiento a un solo tipo: el demostrable y observable, el que coincide con el método científico. Sin embargo, esto no tendría mayor importancia, como quizás no lo tenga en otro tipo de ciencias, pero en bioética no nos podemos permitir el lujo de prescindir y eliminar un tipo de conocimiento, el subjetivo, que nos puede aportar, incluso en ocasiones, más sabiduría práctica que el propio conocimiento supuestamente objetivo, en las amplias y difíciles cuestiones que tenemos que plantearnos en los casos bioéticos, que no se solucionan con la aplicación de una simple ecuación o de axiomas, de principios o normas, sino que deberían plantearse desde una reflexión concienzuda, pues hay mucho en juego, en la que ningún tipo de saber, ya sea objetivo o subjetivo, es prescindible, sino que ambos son necesariamente complementarios.

Creo que no sólo podemos encontrar en *Conocimiento e interés* esta necesidad de crítica del mismo conocimiento, sino que también nos debería servir para plantearnos o alejarnos de cualquier tipo de dogmatismo, incluido el que podríamos estar desarrollando en esta misma tesis. De esta forma se expresa Habermas sobre este problema “el dogmatismo, que la razón disuelve tanto analítica como prácticamente, es una falsa conciencia: es a la vez error y existencia no libre: sólo el yo que se aprehende en la intuición intelectual como sujeto que se pone a sí mismo adquiere autonomía. El dogmático, por el contrario, puesto que no se procura la fuerza para la autorreflexión, vive en la dispersión como un sujeto dependiente, determinado por los objetos y hecho objeto él mismo: lleva una existencia privada de libertad, dado que no es consciente de su espontaneidad en reflexión sobre sí misma”¹⁶³ y, en cierta manera, este convertirse en objeto del dogmático deberíamos evitarlo firmemente, ya que es el primer paso para poder considerar a las demás persona, incluido uno mismo, como objetos de conocimiento sobre los que se podría, por ejemplo, investigar libremente, como se demostró en los escandalosos casos que se dieron durante el pasado siglo con respecto a la investigación sanitaria. Pero, Habermas va más allá y expone que “el dogmatismo es tanto una imperfección moral como una incapacidad teórica, por eso el idealista corre el peligro de ensoberbecerse burlándose del dogmático en lugar de ilustrarlo”¹⁶⁴, ya que el dogmatismo es realmente un peligro tanto teórico como práctico, y que tiene consecuencias directas sobre la manera de entender al mundo y al hombre, incluidas sus relaciones. No deberíamos nunca dejar de evitar cualquier tipo de dogmatismo si realmente queremos construir un conocimiento moral, donde la ilustración debe ser el fundamento y la guía de la construcción de este conocimiento bioético bien argumentado.

¹⁶³ *Ibidem*, p. 210.

¹⁶⁴ *Ibidem*, pp. 210-211.

A modo de resumen final debería considerarse lo aportado por el libro que he propuesto como base de este epígrafe pero, no como un dogma, sino como todo lo contrario, como un libro desde donde reflexionar sobre la importancia misma del conocimiento y de la necesidad de la crítica cuando estemos construyendo cualquier tipo de corpus de conocimientos, como puede ser el bioético. En *Conocimiento e interés* Habermas nos ha ido exponiendo una serie de ideas centrales que deberíamos considerar necesariamente, aunque no coincidamos completamente con el autor en todas sus consideraciones, denunciando finalmente que el positivismo se ha ido construyendo desde la renuncia a la reflexión y como éste ha reducido la teoría del conocimiento a una teoría normativa de las ciencias, abogándonos a un falso cientifismo que no es sino un nuevo dogmatismo, de nuevo cuño, que confunde el método científico con la ciencia. Más allá de esta idea central, el filósofo alemán también ha reflexionado sobre una cuestión central en esta tesis en relación a la importancia de lo político y, en este sentido, afirma claramente que existe una estrecha interrelación entre conocimiento e interés, y aboga porque una crítica radical del conocimiento sólo será posible dentro de la concepción de una teoría de la sociedad, ya que nuestros mismos enunciados científicos adquieren validez y sentido dentro de las estructuras de los procesos de investigación y del análisis de los contextos desde donde se construyen éstos y, de esta forma, ahora ya sólo será posible intentar comprender todo el proceso como teoría de la sociedad, que claramente tiene implicaciones políticas. A todo lo expuesto por Habermas, he añadido la idea de que esta necesidad de reflexión y crítica no sólo debería ser aplicada a todos los conocimientos posibles, sino que es imprescindible hoy en la misma bioética, como una necesidad y no sólo como un planteamiento tangencial y supuestamente accesorio. De esta forma, crítica y reflexión deberían ir siempre de la mano si realmente queremos llegar a conocer algo sobre cualquier tipo de conocimiento y, en nuestro caso, en el bioético debería ser fundamental y fundacional a la vez.

2.1.2.3. EL COMUNITARISMO.

A continuación voy a intentar desarrollar algunas cuestiones relacionadas con el comunitarismo que tienen una relación directa con los planteamientos de esta tesis. Al igual que en el epígrafe anterior, dedicado a Jürgen Habermas, tuve que analizar cuestiones cercanas a la filosofía de la ciencia de forma sucinta, en este epígrafe tendré que adentrarme en temas relacionados directamente con la filosofía política. Pero, no voy a realizar una exposición extensa de todo lo que el comunitarismo ha aportado y continúa aportando a la filosofía política, ya que desbordaría completamente el espacio que podría dedicarle en esta tesis. Sin embargo, considero que sí sería necesaria una reflexión sobre las relaciones entre el comunitarismo y la bioética porque creo que podría aportarnos unas ideas sumamente interesantes y necesarias, a los planteamientos de la bioética, que quizás han estado más centrados en aquellas ideas que en filosofía política podría identificarse como de corte liberales.

Para todo ello voy a realizar un somero recorrido donde primeramente voy a intentar introducir los planteamientos comunitaristas desde la misma filosofía política, para posteriormente reflexionar sobre las relaciones entre la bioética y el comunitarismo, y finalmente, justificar la elección en esta tesis de los planteamientos comunitaristas como vía alternativa en la bioética y las conexiones que pueden existir entre la primera y la

segunda, ya que considero que será un elemento indispensable para entender las relaciones entre bioética y biopolítica que posteriormente analizaré en las hipótesis de la tesis. Pero, antes de todo ello, quisiera destacar que el objetivo que me he marcado en este epígrafe será una reflexión sobre lo que el comunitarismo nos puede aportar directamente a los planteamientos bioéticos, ya que creo que si intentamos integrar un comunitarismo moderado, sin caer en planteamientos extremos excluyentes, podríamos llegar a repensar en la misma bioética la importancia que tiene nuestra cultura, historia y tradiciones en la formación de nuestros conceptos y principios morales actuales. Y, sin olvidar otros planteamientos o tradiciones culturales, quizás de corte más liberal, podamos lograr repensar la bioética no sólo desde una concepción quizás excesivamente individualista, sino que también seamos capaces de pensar la bioética desde las diferentes comunidades multiculturales en las que hoy convivimos y en las que estamos moralmente obligados a entendernos.

Comenzaré ahora a adentrarme en un concepto central para poder entender el comunitarismo, y esta misma tesis cuando tenga que intentar exponer la relación tan estrecha que existe entre la bioética y la biopolítica. Este concepto central es el de la ciudadanía y el de sus propias fronteras en cierta medida. He de comenzar este tema exponiendo que el concepto de ciudadanía comenzó a configurarse en Europa en los mismos comienzos de la Modernidad, de tal forma que la ciudadanía tenía que ver precisamente con la idea de pertenencia a una comunidad política soberana cuyos miembros, ciudadanos, conviven con la determinante característica de ser iguales entre sí en derechos y deberes. Y, en el momento que se fueron desarrollando las revoluciones burguesas del siglo XVIII, la ciudadanía se iría convirtiéndose progresivamente en igualitaria y democrática. Nace en este momento una contraposición clave entre los súbditos y los ciudadanos, ya que los segundos son definidos como individuos iguales entre sí, frente a los primeros que estaban sometidos a la autoridad de un soberano o superior que disponía de ellos¹⁶⁵. Si cuando se produjo el nacimiento de los nuevos Estados comenzaron a vislumbrarse una serie de problemas en relación al concepto de ciudadanía, en la actualidad la problemática que a continuación expondré se ha visto desbordada en el marco de la globalización donde nos encontramos inmersos actualmente. Es necesario indicar que sólo los miembros que son reconocidos con plenos derechos, los ciudadanos, se entienden únicamente desde una posición que podríamos denominar como *hacia dentro* del mismo Estado, ya que sólo los ciudadanos que pertenecen a ese Estado van a tener esa condición frente al exterior donde rige el sistema de Estados que se creó mediante el denominado “modelo de Westfalia”, en el que nos encontramos con una noción de soberanía que no reconoce ninguna autoridad exterior competente que pueda regular a los propios Estados y, donde todos ellos pueden llegar a ser enemigos entre sí, de tal forma que puede llegar a existir un equilibrio entre ellos mediante el principio de no injerencia en los asuntos internos de

¹⁶⁵ Este idea será central en esta tesis y en el nacimiento de la misma biopolítica, que Michel Foucault resume brillantemente con su exposición de cómo el poder soberano consistía precisamente en “hacer morir o dejar vivir” y, con el nacimiento del biopoder en la Modernidad, nos encontramos cómo ahora se ejerce un poder diferente que es el de “hacer vivir y dejar morir”, que no es que sustituya completamente al primero, como podría parecer, sino que curiosamente lo complementa. Analizaré con más detenimiento esta idea posteriormente en la tesis, pero ahora querría resaltarla para que se puedan comprender mejor las conexiones de la bioética-biopolítica con el comunitarismo.

los demás Estados. De esta forma estamos frente a un desarrollo de la ciudadanía que se fue produciendo de forma interna en cada uno de los Estados, donde los propios habitantes de ese Estado fueron poco a poco reconociéndose como iguales mediante una progresiva inclusión frente al exterior, en el cual se fue produciendo también paulatinamente una exclusión con respecto a los otros Estados. Por ello, las políticas denominadas de inmigración se fueron elaborando centrándose en el criterio de la defensa de la seguridad del propio Estado y del supuesto interés nacional frente a los extranjeros y, de esta forma, finalmente, nos hallaríamos frente a un sistema de Estados establecido a lo largo de todo el orbe donde existiría una ciudadanía estatal homogénea en cada país. Pero, los grandes cambios socio-políticos del siglo pasado han desbordado ampliamente este sistema de Estados de tal forma que necesitamos nuevos planteamientos para entender actualmente el concepto de ciudadanía. Entre los fenómenos que han ido cambiando este orden de Estados debemos resaltar los siguientes: problemas de alcance internacionales, como pueden ser los que tienen que ver con la ecología; problemas relacionados con la globalización de estructuras económicas supraestatales, como pueden ser los relacionados con las grandes multinacionales, cuyas estructuras se escapan a la legislación de los Estados para establecerse en otros donde sus negocios pueden convertirse en legales, si tienen problemas con el Estado en el que estaban ubicadas (produciéndose, por tanto, un cierto chantaje entre estas grandes multinacionales y los Estados, ya que el PIB de algunos Estados actuales es inferior al valor de algunas empresas); problemas relacionados con organizaciones transnacionales e internacionales para cooperar sobre problemas que superan las meras fronteras nacionales, como podrían ser los relacionados con las comunicaciones (satélites), defensa (OTAN), economía (FMI), etc.; problemas relacionados con los flujos de comunicaciones internacionales (redes sociales, internet, ...) que dificultan el control y la censura de los Estados y de sus medios oficiales de “noticias”; y, finalmente, problemas relacionados con lo que se ha venido a denominar “injerencia humanitaria”, mediante el reconocimiento de minorías o personas concretas que han sido estigmatizadas por un Estado, donde se les reconoce sus derechos a nivel internacional mediante la aplicación del Derecho Internacional, frente y contra los mismos Estados donde se encuentran. Todos estos fenómenos han venido a ir desdibujando progresivamente lo que podría ser esa distinción de la que hablé entre *interior* y *exterior* donde se definía el Estado moderno y sus ciudadanos. Pero, sin duda el gran fenómeno del pasado siglo, y del nuestro actual, ha sido la emigración a gran escala desde los países más pobres y menos democráticos, o simplemente sin ella, hacia los más ricos y democráticos, donde se han venido desarrollando una problemática interna entre ciudadanía e identidad nacional, remitiéndonos a un problema crucial en la misma filosofía política que tendría que ver con la necesidad de conjugar los derechos de la ciudadanía y los derechos humanos. Problemas que estarían íntimamente relacionados con lo que se ha venido estudiando como el cambio necesario de una noción “clásica” de ciudadanía a una noción de ciudadanía cosmopolita y claramente ampliada.

No he hecho más que bosquejar sucintamente ciertos problemas fundamentales de la filosofía política sobre los que no es posible entrar en profundidad en esta tesis, pero que me parecen sumamente interesantes y necesarios en el desarrollo del planteamiento de la tesis y de la exposición del comunitarismo. Conforme a la necesidad de conjugar la problemática entre los derechos de ciudadanía y los derechos humanos se podría

establecer la siguiente alternativa: o bien definimos que la ciudadanía tiene que ver ineludiblemente con una comunidad limitada, particular, cerrada y, por ello, los derechos de ciudadanía deberían quedar restringidos a una clase de individuos o ciudadanos concretos, pero donde incluso a los extranjeros se les podría llegar a reconocer cierto tipo de derechos como derechos humanos; o bien entendemos los derechos del ciudadano desde una perspectiva universalista, como derechos de todos los seres humanos, donde los derechos humanos precederían, de esta forma, a los derechos del ciudadano. Creo que la solución a este dilema hay que buscarla precisamente en el espíritu de la ciudadanía moderna, donde los primeros revolucionarios concebían una ciudadanía universalista que no se justificaba por ningún tipo de linaje ni adscripción a ningún territorio o ciudad-Estado, como en la ciudad-estado de Atenas, sino sobre la dignidad inherente e irrenunciable de todos los seres humanos. Los textos revolucionarios establecían y justificaban los derechos de los ciudadanos sobre su dignidad como seres humanos, y no sobre condiciones particulares que podrían llegar a diferenciarnos y separarnos. Este tipo de argumentación, que se podría denominar como universalista, abogaría por una disolución de la dicotomía entre derechos del hombre y derechos del ciudadano, aunque no por ello no se deje de reconocer las tensiones existentes entre ambos y los límites de su propia admisión. Existiría, por tanto, unas obligaciones universales morales sobre todos los miembros de la Humanidad, incluido los inmigrantes o cualquier otra minoría, que le son inherente a cualquier ser humano por su propia condición. En el fondo, detrás de toda esta argumentación comenzó a plantearse la necesidad de una ciudadanía más abierta dentro de un horizonte cosmopolita y, más allá de una perspectiva simplemente política comenzamos a encontrarnos con una perspectiva también moral, donde todos nos convertimos en ciudadanos con los mismos derechos. El concepto de ciudadanía se volvería a reconstruir de tal forma que ahora dejaría de ser excluyente y particular, para reconvertirse en incluyente y que nos abra a todos a un sistema universal de derechos, reflejándose en normas que fuesen capaces de ser establecidas por alguna estructura legal internacional. Sin embargo, en este caso, el problema sería cómo podríamos hacer cumplir las normas y leyes de este supuesto derecho cosmopolita, puesto que todavía no existe un poder ejecutivo que esté por encima de la soberanía de los Estados. Finalmente, he de añadir en este punto que las dificultades actuales para establecer este derecho cosmopolita son quizás demasiadas, pero puede que en este momento ya no podamos volver a mantener una ciudadanía con referencia a un solo Estado sin caer en serios problemas morales¹⁶⁶, en un mundo donde las relaciones de poder y las comunicaciones traspasan cualquier tipo de acotación de tipo estatal, que nos demuestran que ya hoy no es posible esa vieja visión particularista y clausurada de la ciudadanía “clásica” como expuse previamente.

¹⁶⁶ Estos problemas morales no dejan de sacudirnos y golpearnos casi diariamente. La actual guerra civil que se desarrolla en Siria y su crisis de refugiados que lleva acarreada, es la última demostración palpable de que este problema de la ciudadanía está todavía sin resolver y, se convierte, en última instancia en un problema que precisa una acuciante solución. Por ello, estas cuestiones que voy a analizar en este epígrafe y su relación con la bioética, me parecen problemas que precisan ya de una solución que traspasa ciertos posicionamientos excesivamente reduccionistas y que deberían abrirse a nuevos planteamientos, como los que intento exponer en esta vía complementaria de la tesis, que cada día cobran mayor repercusión a nivel mundial.

Una vez analizadas sucintamente algunas cuestiones referentes a la ciudadanía voy ahora a intentar exponer algunas reflexiones sobre el comunitarismo que serán necesarias para la construcción de esta tesis. Como mostré anteriormente la ciudadanía no deja de ser un modo de inserción en la sociedad política en la que vivimos, refiriéndonos a la identidad política de cada ser humano en el espacio público donde convive con los demás. A la vez, también se han podido comprobar las dificultades que existen en establecer una única definición intemporal y universal sobre lo que es la ciudadanía y ser un ciudadano, variando su respuesta según el momento histórico y el lugar donde nos encontremos al plantearnos estas cuestiones, e incluso las diferentes tradiciones del pensamiento político donde nos enfrentamos con diversos planteamientos antropológicos y con distintos planteamientos de la relación que existe entre los individuos y las sociedades donde conviven. Pero, más allá de estas grandes diferencias en los planteamientos políticos, que conllevan implícitamente también diferentes concepciones éticas, sería posible identificar tres elementos que podríamos considerar como constantes en las diversas concepciones y definiciones sobre lo que es la ciudadanía, que se van a ir combinando y destacando según las épocas y las concepciones filosóficas que predominen. Estos tres elementos son las nociones de derechos, de participación y de pertenencia. Cuando se subraya uno de ellos sobre los otros, obtendremos diferentes visiones de lo que podemos considerar la ciudadanía. Cuando se centra el énfasis en los derechos podemos decir que estamos más cercanos a los planteamientos denominados como liberales, cuando ponemos el acento en la participación estaremos muy próximos a los planteamientos denominados como republicanos y, finalmente, cuando ponemos el acento sobre la pertenencia estaremos realizando los planteamientos denominados como comunitaristas. Sin embargo, la clasificación expuesta es excesivamente simplista y debe entenderse más bien como un planteamiento inicial, un esquema más que mapa conceptual, desde el que comenzar a exponer el comunitarismo que es el centro de esta reflexión, ya que toda definición de ciudadanía realmente explora estos tres elementos expuestos, pero otorgándoles diferente peso en cada uno de sus planteamientos. Por ello, estos tres elementos deben ser considerados más como tres ejes desde donde construir y explicar el propio espacio político, que como elementos excluyentes e incompatibles entre sí.

A continuación centraré mis reflexiones en el comunitarismo, que establece un predominio del eje de la pertenencia sobre los otros dos ejes (derechos y participación). Si se realiza una búsqueda en la historia de la ciudadanía y sus primeras características que la definían en la misma Grecia y su organización basada en la polis, sin duda, el concepto de pertenencia debería ser el primero y el que tenía máxima preponderancia sobre los otros dos. En aquella Atenas el ciudadano quedaba definido plenamente en oposición al extranjero, al bárbaro, y al meteco (aquel que residía en la ciudad de modo continuo pero no se le consideraba como ciudadano en el sentido pleno) y, de esta forma, se establecían una serie de criterios que delimitaban la ciudadanía en la misma Atenas (nacimiento, residencia, linaje,...), quedando definido el ciudadano como aquel que pertenecía a esa comunidad concreta, como un miembro de pleno derecho de una comunidad dada, quedando entonces establecida la ciudadanía desde una acepción jurídica de lo que el término ciudadano era en ese momento histórico. Sin embargo, más allá de estos vínculos legales que los definían como ciudadanos, más allá de estos derechos y deberes que se establecían, existía una especie de conciencia de estar integrados en una comunidad que poseía una cierta identidad que les era propia y, que

más allá de cada uno de esos individuos particulares que conformaban la comunidad, existía unos vínculos de solidaridad entre ellos que establecían una fuerte cohesión social internamente y, que finalmente eran necesarios para que existiera la misma comunidad o ciudad. Creo necesario destacar que los ciudadanos de estas primeras comunidades estaban unidos por sentimientos de afecto y lealtad¹⁶⁷, que iban más allá de la mera motivación política que pudiera existir inicialmente, y que les implicaba en la creación de una política común que les diera sentido. Precisamente, es esta idea inicial de la polis aristotélica y de la *sittlichkeit* hegeliana posteriormente, la que sirve de referencia a los comunitaristas para defender sus postulados de la importancia de la pertenencia sobre el universalismo de los derechos de los liberales.

Llegados a este punto habrá que resolver la cuestión clave cuando se hace referencia al concepto de pertenencia, que tiene relación directa con la respuesta a la pregunta: ¿cómo se posee o se adquiere en un momento dado la condición de ciudadano de una comunidad o sociedad política?, que tiene que ver directamente con intentar responder a la cuestión: ¿cuáles son esos criterios de pertenencia a través de los cuales se adquiere precisamente la condición de ciudadanos? Para intentar responder a estas cuestiones Aristóteles en el libro III de la Política, cuando reflexionaba sobre lo que podíamos considerar como una ciudad y lo que se podía entender como un ciudadano, aboga por rechazar los criterios de filiación (*ius sanguinis*) y de residencia (*ius soli*) para determinar la ciudadanía de un individuo y, finalmente, apuesta por un concepto de ciudadanía que sea un concepto plenamente político, donde el ciudadano queda definido como aquel que participa en la administración de la justicia y en el gobierno, aquel al que se le reconoce la capacidad de participar de forma efectiva en el mismo gobierno de la ciudad-estado, que previamente tendrá que tener una estructura política donde los mismos ciudadanos puedan participar. Sin embargo, la respuesta de Aristóteles, respecto a la condición política que define la ciudadanía, no termina de cerrar la cuestión sobre los criterios con los que algunos sujetos de una comunidad son ciudadanos y el resto no. Y, en este aspecto, finalmente sería necesario buscar algún tipo de condicionante externo, que no se definiera exclusivamente como concepto político, teniendo que referirnos a algún tipo de fundamentación extrapolítica, basándonos en ciertos condicionantes preexistentes entre esos mismos miembros de la comunidad que terminan convirtiéndose en ciudadanos. Tradicionalmente estos vínculos han sido los relacionados con un territorio común, una cultura compartida, una lengua propia, una historia de la que sienten partícipes, algunas determinaciones de tipo étnicas, etc., lo que en el fondo subyace es una especie de identidad prepolítica común (lo que hemos denominado modernamente como identidad nacional¹⁶⁸) de esos miembros de la sociedad que finalmente adquieren esa condición de ciudadanos, hallándonos expuestos

¹⁶⁷ No se debe venerar e idealizar la polis griega como una sociedad perfecta a la que se añora y sea deseable regresar, ya que las características que afirmo eran sólo aplicables a los ciudadanos libres, que eran una minoría, el resto de la población sufría una especie de esclavitud asumida y aceptada por esta clase de ciudadanos de primera. Sin embargo, esos vínculos de pertenencia y el sentimiento de solidaridad, sí que me parecen relevantes y deseables, tanto para el desarrollo del comunitarismo como para las conclusiones posteriores sobre el futuro de la bioética.

¹⁶⁸ Aunque, en ocasiones, estos temas de identidad nacional parecen cerrados y agotados, son cuestiones que siguen siendo claramente actuales como nos muestra la actual Declaración de Independencia de la Generalitat de Cataluña del 11 de noviembre de 2015.

a una serie de condicionantes de tal forma que la ciudadanía no depende tanto de la voluntad común de sus miembros, como aboga la postura contractualista, sino que esa ciudadanía se basaría y estaría justificada mediante una identidad derivada de la pertenencia a una nacionalidad¹⁶⁹.

No es posible dejar de observar en todo ello una especie de paradoja final, ya que frente a las pretensiones universalistas de la ciudadanía, ésta nos remiten finalmente a una comunidad determinada de individuos que tienen un sentimiento grupal, más o menos local, que les cohesiona y justifica en última instancia, que les permite reconocerse y determinarse mutuamente. Esta especie de identidad comunitaria previa es anterior a la comunidad política y conforma una cierta conciencia nacional, que define finalmente el armazón político y jurídico de cada Estado, donde será posible encontrar un fuerte elemento motivacional que no nos es posible de comprender sólo desde la política. Podría considerarse que esta evolución política histórica acabaría finalmente con los nacionalismos, sin embargo, como la realidad muestra dolorosamente de manera casi continua, sigue existiendo una especie de dependencia de los ciudadanos con respecto a la nacionalidad con la que se identifican. Con todo ello, no es posible dejar de apreciar esas tensiones que existen, y seguramente continuarán existiendo en el futuro, entre la ciudadanía y la nacionalidad, donde la segunda se conforma en una especie de lealtad afectiva hacia nuestra propia nación, que primaría en caso de conflicto sobre otros objetivos o valores que pudiéramos determinar conforme a algún tipo de procedimiento político dentro de esa misma nación, frente a la ciudadanía que aboga porque existiese una prioridad de la voluntad política de los ciudadanos en contraposición a los vínculos nacionales previos que puedan existir entre ellos.

Ahora voy a entrar en un debate clave para esta tesis con respecto al comunitarismo y de esta noción de ciudadanía basada en la pertenencia por la que aboga, que tiene máxima relevancia en relación al planteamiento de nuestra tesis de unión de la bioética y de la biopolítica. Esta idea sobre la que voy a intentar reflexionar ahora es el problema de las diferencias que existen en las diversas sociedades contemporáneas dentro de una misma nación, ya que tiene que ver precisamente con el respeto a las minorías que siempre deberían coexistir dentro de cualquier grupo, porque la homogeneidad de todo el grupo no siempre será posible y, seguramente, tampoco deseable. Esta idea del respeto por las minorías la analizaré con más detenimiento cuando exponga la que denomino como perspectiva feminista, en otro de los epígrafes de la vía complementaria de fundamentación de esta tesis, y lo que ésta precisamente puede aportarnos en la bioética y a la biopolítica, pero he de aclarar en este punto cómo desde las teorías políticas también habría que analizar la importancia de integrar a los grupos minoritarios en un concepto de ciudadanía integradora, que sea capaz de incluir a estas minorías, donde la visión de homogeneidad que nos aporte la ciudadanía no resulte excluyente sino integradora. El desafío al multiculturalismo actual, donde coexistimos

¹⁶⁹ Las diversas identidades nacionales que conviven en un mismo territorio pueden llegar a presentar serios conflictos de convivencia, que han sido la principal causa de muchos conflictos bélicos a lo largo de la Historia.

diferentes complejidades culturales, religiosas y étnicas¹⁷⁰, debería ser superado por una concepción integradora de la ciudadanía, donde vamos a enfrentarnos a una identidad previa cultural que en muchas ocasiones chocará frontalmente con la noción de ciudadanía. El problema tiene relación directa con que es posible encontrarse con ciudadanos cuyo *status* legal le reconoce precisamente esta ciudadanía, pero que se sienten excluidos dentro de una sociedad que no respeta adecuadamente su identidad diferenciadora, y demandan entonces un marco político nuevo y adecuado que reconozca su *status* y unos derechos que sean diferenciados según el grupo al que ellos pertenecen. La condición moderna de ciudadanía se entiende como una condición universal de todos los sujetos que la conforman, pero que debe saber responder a las diferencias necesarias que existen en nuestro mundo globalizado y multicultural y, por ello, quizás debemos renunciar a la visión “clásica” de la ciudadanía por otra más integradora, que reconozca y valore precisamente ese derecho a la diferencia real sin dejar por ello de ser ciudadano. Más allá de abogar por una neutralidad, casi imposible, de la noción universal de ciudadanía, se debe intentar defender unas políticas de la diferencia, coincidiendo con lo que nos propone Javier Peña, que “posibiliten y promuevan el florecimiento de los marcos culturales necesarios para el desarrollo de los individuos. No es fácil, sin embargo, resolver los conflictos de pertenencia, conjugar las distintas identidades; no podemos pasar por alto los problemas ligados a este tipo de políticas en relación a los derechos individuales, los riesgos para la cohesión social, la consolidación de las minorías clausuradas y mutuamente excluyentes, etc.”¹⁷¹, con las que convivimos y deberíamos seguir conviviendo, ya que la pluralidad respetada y valorada dentro de una sociedad, siempre nos remite a una convivencia y a una comunidad integradora y no excluyente, una comunidad realmente moral y con un futuro común que nos une.

Avanzado en lo expuesto, sería posible concluir que precisamente el concepto de ciudadanía abogaría por una comunidad política que podría entender como no relevantes, a efectos políticos, nuestras diferencias de identidades plurales que nos conforman como individuos y, que esto parece resultar incompatible con la idea del respeto necesario a las diferencias de nuestro mundo actual y, sin embargo, el hecho de que existan aristas difíciles de encajar con la realidad no implica necesariamente que el concepto de ciudadanía por el que aboga el comunitarismo, sea un concepto desfasado e inútil en estos tiempos, más bien todo lo contrario, lo que se pone de manifiesto es la necesidad, como analizaré, de integrar las diferencias culturales, históricas, étnicas, etc., en una concepción de la ciudadanía que haga necesario el desarrollo de unas políticas de la diferencia que reconozcan y valoren a estas minorías, que quizás realmente no lo sean, pero que han sido consideradas como tales a lo largo de nuestra sociedad (como puede ser la diferencia basada en el género, que no quedaría justificada realmente en una minoría completamente aritmética, sino en una minoría construida en un marco

¹⁷⁰ Estas cuestiones políticas que parecen hoy superadas y sobre las que no tendríamos ya que preocuparnos, cobran relevancia y actualidad antes los nuevos atentados perpetrados por ciudadanos de *nuevos* Estados, como los cometidos en París en noviembre del 2015, que demuestran la importancia de reflexionar todavía sobre estas cuestiones tan importantes para el futuro de la humanidad en su conjunto.

¹⁷¹ PEÑA ECHEVERRÍA, J., *La ciudadanía hoy: problemas y propuestas*, Valladolid, Ed. Universidad de Valladolid, 2000, p. 27.

histórico, cultural y social muy concreto). Viejas y nuevas aspiraciones vienen demandando una visión de la ciudadanía que sea capaz de revitalizar y comprender las viejas nociones de ciudadanía, actualizándolas en una sociedad actual. El definir la ciudadanía sobre la consideración de la pertenencia como eje fundamental de ésta, como realiza el comunitarismo, podría parecer que nos presenta una aporía insalvable entre la necesaria pertenencia de todos los ciudadanos a un grupo particular, que podría menospreciar sus rasgos y características fundamentales que los definen, y el reconocimiento necesario de las diferencias para que los individuos no sean absorbidos por la identidad grupal en menoscabo de su identidad individual. Sin embargo, creo que el comunitarismo puede ser capaz de presentar una ciudadanía que se establezca como una comunidad política construida desde la pertenencia, donde a efectos políticos de construcción no se valoren las diferencias de los individuos, pero que sea capaz de contrarrestar mediante las políticas de la diferencia el necesario reconocimiento de los diferentes grupos que la conforman y sus características inherentes que los definen. Que esto no sea fácil no implica necesariamente que no sea posible como creo, ya que abogo porque el comunitarismo nos puede aportar a la bioética y a la biopolítica el valor de la pertenencia que puede justificar la necesaria solidaridad y cooperación como pilares desde donde tomar nuestras difíciles decisiones bioéticas, que no encuentro en los posicionamiento más liberales o en los republicanos, sin que esto suponga menospreciar completamente estos dos últimos posicionamientos, que también aportan reflexiones sumamente interesantes y necesarias pero, quizás, no tan enriquecedoras y, yo diría que imprescindibles, como realiza el comunitarismo.

Ahora voy a intentar exponer cómo la ética de la virtud, que ya expuse como primer epígrafe de la fundamentación de esta tesis en su vía complementaria, se ha visto acompañada con un cierto énfasis por el mismo concepto de comunidad, que podría comenzar a mostrar la necesidad de ambas posturas en la bioética. Ya comenté, cuando hablamos de la ética de la virtud, a Alasdair MacIntyre que en su posicionamiento neoaristotélico había sido capaz de mostrar la importancia de las virtudes en la formación de nuestro carácter moral, pero además, el filósofo escocés ha venido también a resaltar la relación tan importante que tiene el papel de la comunidad y de las tradiciones morales en la formación moral de cada individuo, afirmando que una moralidad que pueda considerarse universal y abstracta en sí misma no podría existir, ya que convivimos en una sociedad concreta con una tradición moral específica que determinan de forma fundamental nuestro propio desarrollo moral a lo largo de toda nuestra vida. De esta manera, recibimos durante toda nuestra existencia una serie de ideales de la sociedad en la que vivimos. Este bagaje moral no significa necesariamente que tengamos que compartirlo sin ningún tipo de reflexión personal, pero aún en el caso de rechazarlo lo haremos dentro de la misma tradición moral. El reconocer la importancia determinante de la comunidad y de la tradición en la formación de nuestra identidad moral es lo que hace de MacIntyre un filósofo comunitarista. Sin embargo, el comunitarismo no es realmente un movimiento filosófico que podamos considerar como unificado, sino que realmente ha venido siendo tratado por diferentes filósofos a lo largo de las últimas décadas de diversas maneras, de tal forma que los propios Tom Beauchamp y James Childress han distinguido entre un comunitarismo moderado, que pone el acento sobre la importancia de la comunidad en la formación de la identidad moral, intentando acomodar ciertos preceptos liberales, frente al comunitarismo radical, que rechaza frontalmente las teorías liberales y, de esta forma, los autores

estadounidenses han insistido en el valor del primero sobre el segundo. Es sin duda este cuestionamiento de la concepción liberal de la persona la que me interesa realmente en los planteamientos de esta tesis, ya que considero que realiza una crítica necesaria a la tradición liberal del pensamiento occidental marcada por el kantianismo y el utilitarismo, que ya expuse, analizándolos y realizando un replanteamiento necesario de la posibilidad de una ética universal y objetiva que sea posible aplicar a todos los seres humanos en todas las culturas de nuestro planeta, como planteaba el propio Kant con el imperativo categórico. Y, más allá de estos planteamientos universales liberales, el comunitarismo quizás pueda servir para reflexionar de nuevo entre las necesarias relaciones entre ética y política, y entre la bioética y la biopolítica como planteo en esta tesis, que sirvan para plantearnos esas conexiones que ponen en valor la importancia del contexto de la comunidad y de las prácticas concretas y locales, como elementos genuinos y propios que logran desarrollarnos como auténticos agentes morales y políticos. Prácticas que tienen relación con la pregunta de esta tesis como analizaré en las conclusiones de la tesis.

El comunitarismo, como perspectiva en la filosofía política y moral, considera que la ética es realmente un proyecto de grupo en una comunidad humana concreta, que puede ser más o menos grande según las circunstancias, que irá desarrollando paulatinamente un proceso de socialización moral de cada uno de nosotros, donde los elementos comunales nos conforman de una manera determinante nuestra propia identidad moral. Voy ahora a intentar analizar, de forma sucinta, cómo interpreta el comunitarismo tres características claves que lo conforman y que son también sumamente interesantes para la misma bioética y esta tesis. Estas tres características relevantes serían: la concepción de la persona, la comunidad y las relaciones sociales. En relación a la primera, concepción de la persona, el comunitarismo entiende que el concepto de lo que podría denominarse como *self*, que nos ha venido presentando el discurso liberal, parecería ser un elemento constitutivo que estaría de alguna manera más allá de nuestra experiencia, con una supuesta identidad casi fija y prácticamente invulnerable en sí misma. Esta concepción idealista de la persona que nos presenta el pensamiento liberal, está caracterizada por resaltar el valor de la autonomía personal y de una identidad propia, que es más significativa y determinante cuanto más la podemos presentar como separada del resto de las personas, como un ser único que renuncia, sino que incluso puede llegar a menospreciar, al vínculo esencial que siempre debería existir entre los individuos y las comunidades a las que pertenecen. De esta forma, se presentaría el concepto de un individuo que tiene prioridad sobre la sociedad en la que convive con sus semejantes, convirtiéndose ésta en un elemento secundario y no protagonista, donde sus intereses personales individuales son valorados como más importantes y tienen mayor peso en la toma de decisiones, independientemente de los lazos sociales y morales que siempre existen, o considero que deberían existir, entre todos los individuos que conforman una comunidad. Sin embargo, el comunitarismo plantea una teoría ética que pueda superar esta concepción individualista de origen liberal de la persona, e ir más allá de una concepción en cierta forma atómica, incluso

casi asocial, sin historias y relatos¹⁷² compartidos y que casi podríamos decir que es irreal, desde la que se ha venido construyendo a través de los siglos una individualidad, especialmente en nuestra tradición cultural occidental, que ha ignorado aspectos esenciales de la experiencia moral humana ya que desdeña la importancia de los otros¹⁷³, de la comunidad, en su propia formación moral. El comunitarismo ha querido poner en relieve la importancia de los otros, de la comunidad, de los contextos sociales donde vivimos y de los mismos lenguajes morales que nos conforman, en la formación de nuestra moralidad, donde coexistimos con una serie de compromisos y obligaciones entre nosotros, que los mismos individuos valoramos como positivos y necesarios para convivir y formar una comunidad en la que nos desarrollamos a lo largo de toda nuestra vida como seres humanos. Rechazan, por lo tanto, la visión liberal del individuo aislado ya que consideran que nuestra propia percepción se va creando cuando vamos definiendo nuestras afiliaciones y afinidades dentro de una entidad colectiva o grupo social (nuestra comunidad profesional¹⁷⁴, nuestra comunidad religiosa, nuestro barrio, nuestra ciudad, nuestro país, etc.). El comunitarismo trataría de resaltar, principalmente, cómo es a través de la pertenencia a una variedad de grupos sociales que el resto nos identifica y, a su vez, nos veríamos identificados en esos mismos grupos que nos conforman social y moralmente, ética y bioéticamente. En cuanto a la segunda característica a analizar, la comunidad, el comunitarismo entiende que la comunidad es un centro de cooperación donde los individuos nos interrelacionamos mediante lazos afectivos y sentimientos, más allá de una mera racionalidad compartida. Este concepto de comunidad estaría muy cercano al que nosotros entendemos habitualmente como familia, que es el que los comunitaristas toman como modelo de comunidad, donde se van creando unos fines, esperanzas y proyectos comunes entre sus miembros, cooperando entre ellos, con unos fuertes lazos afectivos que los conforman, donde lo importante no son tantos los intereses y derechos concretos e individuales de alguno de sus miembros, que entonces habitualmente se separa de esta comunidad-familia, sino que lo importante sería la promoción de los valores que serían necesarios para poder afianzar los lazos sociales-morales-afectivos del mismo grupo. Finalmente, la tercera característica importante para el comunitarismo son las relaciones sociales, donde éstas cobran una importancia decisiva ya que conciben que nos sería imposible entender realmente a los seres humanos si no los concebimos dentro de una sociedad basada en la interdependencia e interrelación de los unos con los otros. La importancia de las relaciones sociales es fundamental para construir ese yo relacional que considero somos, en lo que se basaría finalmente nuestra misma moralidad, en contraposición al atomismo que define ciertamente la moralidad liberal, donde las relaciones sociales se

¹⁷² En un epígrafe posterior de la vía complementaria de esta tesis, comentaré la importancia de estos relatos e historias personales en la construcción de la identidad de cada persona, incluida también la bioética, que construyen y conforman una narrativa personal que considero muy relevante para entender hoy la bioética.

¹⁷³ En el siguiente epígrafe de esta vía complementaria de esta tesis, analizaré precisamente el concepto del otro en la bioética, central en mi opinión para poder construir una bioética-biopolítica que tenga un futuro acorde con la humanidad, desde los planteamientos de Emmanuel Lévinas.

¹⁷⁴ Los propios Códigos Deontológicos de las diferentes profesiones sanitarias reconocen este espíritu comunitarista frente a concepciones más liberales, sirviendo de guía para el correcto desarrollo de cada una de las diversas profesiones sanitarias.

interpretan y conciben como algo exterior al ser humano, contingentes, que vendrían más a expresar deseos o compatibilidad de intereses, pero que realmente no nos constituirían como seres humanos y, de esta forma, no tendrían la relevancia constitutiva que los comunitaristas afirman.

Pero, más allá de simples planteamientos descriptivos, los comunitaristas afirmarían que todos los individuos finalmente estamos interconectados en una comunidad que nos conformaría y, no es sólo que la concepción relacional que afirman sea más acorde con nuestra auténtica realidad moral, sino que nuestra misma existencia cobra más valor si nos guiamos por valores colectivos y comunales, frente a otros valores más pecuniarios o hedonistas. Cada día parece cobrar más sentido en nuestro mundo multicultural globalizado que la promoción de estos valores que los comunitaristas promueven son más necesarios, si queremos establecer un mínimo diálogo entre todas las culturas que convivimos actualmente, convirtiéndose en un objetivo que deberíamos llegar a alcanzar entre todos. Ahora es cada vez más urgente que integremos realmente este valor comunitarista de un replanteamiento del concepto de persona y de ciudadano que convive en un contexto político y moral global, que debería hacernos reconstruir nuestro concepto de acción y decisión moral valorando siempre la comunidad. De tal forma, que puesto que los individuos que conforman una comunidad real dada no sólo comparten los valores de ese grupo sino que éstos los definen, los comunitaristas afirmarían que la “vieja” concepción del individualismo liberal no es aceptable dentro de un auténtico comportamiento ético humano. Por todo ello, ahora no sólo deberíamos hablar de esos planteamientos iniciales descriptivos del comunitarismo, sino que ya vemos cómo éstos han venido conformando realmente argumentos que ahora deberíamos entenderlos casi como prescriptivos, especialmente en el mundo bioético como justificaré a continuación.

Llegados a este punto, es el momento de intentar responder, como he venido haciendo en los epígrafes anteriores, ¿qué puede aportarnos en realidad el comunitarismo a la bioética? Creo que durante la exposición somera del comunitarismo en este epígrafe, he tratado de mostrar cómo esta teoría puede complimentar nuestra visión actual de la bioética que, quizás, ha sido excesivamente influenciada por la tradición liberal de un modelo individualista moral, que ha venido menospreciando sistemáticamente a lo largo de los siglos, algunos elementos claves de la moralidad que son necesarios entenderlos para poder comprender realmente nuestro papel ético en relación al otro y a nuestra sociedad actual, y que el comunitarismo es capaz de poner en relieve y de resaltar el valor de estos elementos en la construcción moral. He de empezar aclarando que realmente el comunitarismo, como teoría política, no nos aporta ningún tipo de procedimiento a la hora de tomar decisiones en el campo bioético pero, creo que es precisamente su manera diferente y novedosa de reflexionar sobre nuestras cuestiones bioéticas las que pueden realmente aportarnos una visión diferente y necesaria, complementaria en numerosas ocasiones, que nos ayude a avanzar en los planteamientos e investigaciones bioéticas actuales. Para los propios profesionales sanitarios, cuando somos capaces de entender cómo los pacientes son seres esencialmente sociales, comenzamos a realizar unos cuidados más basados en esa concepción socio-política comunitarista, que enlaza con la concepción holística de cuidar al enfermo de forma bio-sico-social, que nos va a determinar directamente cómo actuar con los mismos pacientes, integrando teoría y praxis, por tanto en nuestra asistencia sanitaria, como pretende esta misma tesis. Más allá de los derechos

individuales de los pacientes, que nunca podemos olvidar¹⁷⁵, el comunitarismo viene a poner el acento en la importancia de tener en cuenta una jerarquía de valores que existen en la comunidad donde nos encontremos, que serían el fruto de unas tradiciones, narrativas e historias compartidas entre todos sus componentes y que deberíamos saber integrar a la hora de reconocer los propios derechos individuales y la autonomía de todos los individuos.

En la actualidad autores como Daniel Callahan, James Lindemann Nelson, Hilde Lindemann o Ezekiel Emanuel han venido reflexionando sobre la importancia de las propuestas comunitaristas en el marco de la bioética, y lo que pueden aportar a la misma investigación bioética cuestiones que se han venido conformando desde los planteamientos comunitaristas. El mismo Ezekiel Emanuel ha venido reflexionando sobre cómo la falta de consenso en la resolución de cuestiones bioéticas podría estar directamente relacionado con la filosofía política liberal actual, que ha venido conformando unas políticas, una leyes y unas prácticas sociales basadas casi en exclusiva en la defensa de la individualidad sobre los derechos y valores de los grupos sociales que la constituyen. La propuesta de Emanuel es el liberalismo comunitarista que vendría a ser una filosofía política alternativa que sería capaz de conjugar, por un lado, el pluralismo y, por otro, concepciones de la buena vida¹⁷⁶ que sean capaces de llegar a justificar políticas y leyes necesarias, insistiendo en que es precisamente la falta de valores compartidos y de una concepción de vida consensuada de nuestra sociedad actual, la que nos está haciendo muy difícil llegar a poder encontrar soluciones reales y viables a los problemas bioéticos a los que tenemos que enfrentarnos continuamente. Por su parte, Daniel Callahan ha venido realizando unas interesantes reflexiones desde el comunitarismo con respecto a la distribución de los recursos, siempre limitados y muchas veces escasos, en los diferentes sistemas sanitarios, ya que es uno de los grandes problemas bioéticos actuales que parece de difícil solución en relación al gasto exponencial de los diversos sistemas de salud, especialmente los que tienen relación directa con las nuevas tecnologías sanitarias. Desde los planteamientos que Callahan nos hace visible sería necesario superar esos cursos de acción probables, que en muchas ocasiones los sanitarios tenemos que dilucidar, basados exclusivamente en los intereses, derechos y deseos individuales de los pacientes, que están íntimamente ligados a la tradición defendida por el pensamiento liberal, mediante la reflexión de cuestiones que tendrían que ver directamente con los valores y los objetivos realistas de las ciencias

¹⁷⁵ Reflejados, por ejemplo, en las diversas cartas de derechos y deberes de los pacientes que las diferentes Comunidades Autónomas españolas han venido desarrollando y que se basan en la Ley General de Sanidad de 14/1986, de 25 de abril, en sus artículos décimo y onceavo, que a su vez se fundamenta en la propia Constitución Española en su artículo cuarenta y tres, donde se reconoce el derecho a la protección de la salud, correspondiendo a los poderes públicos organizar y tutelar la Salud Pública a través de medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios, donde la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. Asimismo, en la Comunidad Autónoma de Canarias se plasma en la Orden de 28 de febrero de 2005, la Carta de los Derechos y de los Deberes de los Pacientes y Usuarios Sanitarios y se regula su difusión, donde resulta interesante analizar estos 25 derechos y 7 deberes, que muestran precisamente la clara relación que existe entre una concepción determinada de la política y su relación con la ciudadanía.

¹⁷⁶ Emanuel insiste firmemente en una deliberación muy cuidadosa sobre lo que sería la buena vida y los ideales que la deberían conformar, que considero sumamente interesantes por sus implicaciones también en la asistencia sanitaria.

sanitarias, que no pueden llegar a prolongar la vida de los pacientes indefinidamente, sino que deberían plantearse cuestiones en relación con la calidad de vida de los pacientes teniendo en cuenta las posibilidades reales de cada sociedad, reflexionando sobre cuestiones como la vida y la muerte dignas, y la relación entre el bien público y el bien individual de cada paciente. Callahan llega hasta cuestionarse la relación entre salud y felicidad, ya que parece que la habríamos dejado en las manos de la tecnología sanitaria, y reconoce que sería necesario establecer un diálogo público imaginativo donde se consideren seriamente nuestras diversas tradiciones morales que están íntimamente relacionadas con nuestra propia cultura intelectual, llegando a reconocer y fomentar aquellos valores que precisamente consideremos como los más relevantes dentro de nuestra propia sociedad. También es interesante destacar las reflexiones de James Lindemann Nelson en relación con los trasplantes de órganos, desde los planteamientos comunitaristas por los que aboga este autor, ya que consideraría que deberíamos establecer políticas públicas que entendiesen la donación de los órganos para trasplantes como una especie de deber social a fomentar¹⁷⁷, al interpretarlo como una acción que beneficia a toda la comunidad. Y, de esta forma, Nelson, finalmente justifica que aquellos que puedan donar órganos lo hagan de una manera rutinaria y no como casos excepcionales de altruismo individual, como regalo que hace un individuo a otro, sino como una dádiva dentro de una comunidad donde los unos nos ayudemos a los otros. Finalmente, son relevantes también las reflexiones que realiza Hilde Lindemann, junto con Nelson, en relación a la toma de decisiones que realizamos los sanitarios, defendiendo que los planteamientos comunitaristas abogan por un punto de vista comunal en estas cuestiones que podría ser considerado como más acertado que los individualistas. En esta línea argumentativa, el paciente no debería ser considerado como un átomo aislado socialmente, sino que debe ser comprendido dentro de un conjunto de individuos con los que se relaciona más directamente, habitualmente su familia y círculo de amigos, y también dentro de la comunidad donde convive. No es un tema por el que podamos pasar por alto sin entender que su planteamiento mismo es sumamente relevante, especialmente cuando tenemos que tomar decisiones al final de la vida¹⁷⁸, en la que el concepto de una autonomía total y absoluta, sin tener en cuenta a su familia-amigos-comunidad, no es quizás tan adecuado en muchas ocasiones como puede parecer a simple vista. Desde que analizamos precisamente estas cuestiones con más detenimiento en los casos concretos, nos damos cuenta de que el cuidado que pueda dar esa familia es determinante a la hora de tomar las decisiones sobre el tratamiento y los cuidados que haya que suministrarle al paciente determinado. De esta forma, claramente podemos observar como las decisiones sobre nuestro tratamiento se ven

¹⁷⁷ El debate en estas cuestiones tan importante es continuo y sumamente actual. A partir del 1 de diciembre de 2015 entra en vigor una nueva ley de donación en Gales, de tal forma que todos sus ciudadanos se convierten de forma automática en donantes de órganos (implantando el denominado consentimiento presunto) a no ser que se hayan excluido previamente del mismo sistema de donación, mientras el resto de Reino Unido queda a la espera de los resultados de esta medida para valorar posteriormente su implantación.

¹⁷⁸ Aunque no de manera exclusiva al final de la vida, ya que debemos considerar también estos aspectos comunitaristas cuando tenemos que tomar también decisiones al comienzo de la vida, e incluso, cuando estamos planeando cuestiones relacionadas con técnicas de fecundación artificiales principalmente.

sumamente influenciadas y determinadas por nuestros familiares, a los que habría que reconocerles cierto tipo de autoridad moral, que estaría fundamentada en la relevancia constitutiva de la familia y de los sentimientos y emociones con los que nos relacionamos con ellos, ya que como el comunitarismo pone de manifiesto, son estas conexiones con los otros las que nos definen también a nosotros mismos. Sin duda, estos planteamientos comunitaristas han servido para poner de manifiesto ciertos límites, ciertas aristas, difíciles de interpretar de una autonomía absoluta por la que se aboga en muchas ocasiones dentro de la misma bioética y, que quizás, podrían y deberían ser cumplimentadas con estas aportaciones y reflexiones que nos realizan desde el comunitarismo.

Llegados a este punto de la exposición del comunitarismo y su relación con los planteamientos bioéticos actuales, es necesario reflexionar sobre algunas críticas que se le han venido realizando y que considero que sería importante que las analice para ponderar adecuadamente el mismo comunitarismo. Sin duda, la primera tendría que ver con el mismo concepto de comunidad en la que se basa esta teoría, que quizás, es demasiado amplio y vago y, sus mismos límites no quedan del todo bien definidos. Aunque pueda parecer que esta ambigüedad no tendría importancia en el valor y desarrollo de la teoría, no creo que no debemos seguir reflexionando sobre él para intentar una concepción más definida del mismo concepto, ya que en el fondo, delimitar el concepto de comunidad creo que sería fundamental para la plausibilidad de la misma teoría comunitarista. Otra segunda crítica tendría que ver precisamente con un aspecto clave para las reflexiones bioéticas ya que el comunitarismo afirma, en cierta medida, una superioridad moral del individuo relacional sobre el que podamos considerar como conformado desde postulados meramente individualistas. En nuestra bioética actual, donde el principio de autonomía es considerado como uno de los pilares determinantes de la misma teoría bioética, el realizar una reflexión ponderada de este principio desde los planteamientos comunitaristas es realmente valioso, como he venido exponiendo a lo largo de todo el epígrafe, pero considero que no es posible afirmar tal cual esta superioridad de lo relacional sobre lo individual en lo que tiene que ver con la bioética. Creo necesario que sigamos investigando estos planteamientos comunitaristas, ya que pueden aportar, y yo considero que aportan, una visión necesaria y complementaria a la bioética “institucional” actual, pero creo también que es necesario que se realice un análisis y un estudio basado en el diálogo de las diferentes posturas intelectuales, para debatir esa supuesta superioridad del ser relacional que el comunitarismo nos plantea y que, quizás, no esté lo suficientemente fundamentada en los mismos escritos comunitaristas. Finalmente, una tercera crítica, que considero que es la más importante y significativa para la bioética, es la que tiene que ver con aquel tipo de comunitarismo “fuerte” que plantea una dicotomía entre autonomía radical versus una toma de decisiones basadas en planteamientos comunitaristas. Y, en este sentido, considero que un comunitarismo moderado, como expuse, puede ser un buen punto de partida para conseguir un consenso necesario que reconciliara los ideales liberales de autonomía y autodeterminación con los que tienen relación directa a la pertenencia a una comunidad. En bioética ha sido clave, y hemos venido luchando durante años por el principio de autonomía del paciente frente a un rancio paternalismo sanitario mal entendido, por lo que no podríamos nunca dejar de reconocer la importancia de la libre elección de los cuidados y los tratamientos por parte del paciente como un pilar necesario e imprescindible que debe siempre guiar a la bioética, pero, más allá de esta necesaria

autonomía de los pacientes, que todavía hoy no hemos logrado realmente, los planteamientos comunitaristas pueden acercarnos a soluciones más acertadas, quizás, en los difíciles problemas bioéticos que hemos de resolver diariamente en la asistencia sanitaria. Y, frente al *statu quo* de algunas comunidades, ancladas en valores discriminatorios y excluyentes, no podemos dejar de reconocer el valor de la autonomía, ya que todavía hoy nos encontramos frente a tradiciones culturales que explotan a muchos de sus miembros estando socialmente aceptada, por lo que las influencias morales de una comunidad sobre sus miembros no podemos considerarlas siempre como moralmente legítimas¹⁷⁹ sin ningún tipo de crítica o análisis necesario, como afirman los comunitaristas.

A modo de resumen final, el comunitarismo ha sabido también introducir en las reflexiones bioéticas cuestiones que considero cruciales, como son los sentimientos y afectos de lealtad que nos creamos como seres humanos dentro de la comunidad donde convivimos, que tiene mucho que ver con cuestiones de cooperación y solidaridad que son fundamentales en la bioética (como por ejemplo en la donación de órganos y trasplantes). Asimismo, creo que un comunitarismo moderado es necesario en nuestros planteamientos bioéticos, donde se reconozca realmente el valor de los otros, de la comunidad, de la familia y de nuestros amigos, en la toma de las decisiones bioéticas, frente a una autonomía quizás en algunas ocasiones excesivamente individualista y aislada del propio mundo relacional del individuo. Pero también debemos coincidir con Florencia Luna y Arleen L. F. Salles en que “uno puede acordar con el comunitarista en que el ser humano no se encuentra totalmente desarraigado, pero, al mismo tiempo, enfatizar la importancia de cuestionar las normas y prácticas de la comunidad”¹⁸⁰, ya que considero que esta visión complementaria que nos puede mostrar el comunitarismo es necesaria en la bioética actual. Y, ahora, cuando exponga en el siguiente epígrafe el valor de los otros, que tan bien nos supo exponer Emmanuel Lévinas, creo que podemos justificar precisamente esta visión necesaria y cumplimentaría del comunitarismo actual en la bioética.

2.1.2.4. EMMANUEL LÉVINAS: EL OTRO.

Comenzaré a continuación un tema central en el desarrollo de esta tesis y que servirá de referente a la hora de desarrollar completamente las tres hipótesis de trabajo y la respuesta a la pregunta de la tesis. Considero sumamente importante la elección de Emmanuel Lévinas ya que, al igual que otros autores que ya expuse, aunque no es considerado como un autor clásico o de referencia dentro de los manuales “oficiales” de la bioética, considero que puede aportar a la reflexión e investigación bioética algunos conceptos que considero que son realmente imprescindibles en la misma bioética, como intentaré exponer a lo largo de este epígrafe y más extensamente en las hipótesis de la

¹⁷⁹ Estas comunidades pueden ser también de algún tipo ideológico, étnico o religioso. Los testigos de Jehová pueden ser un ejemplo muy significativo de este tipo de comunidades, donde los posicionamientos comunitaristas podrían llegar a plantearnos serias dudas sobre el valor superior del ser relacional sobre el individual.

¹⁸⁰ LUNA, F. y SALLES, A. L. F., *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2008, p. 100.

tesis. También, creo necesario justificar la elección de un libro de referencia, *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, a través del cual intentaré ir exponiendo algunas de las ideas centrales que estudiaré en este epígrafe y que engarzan con las ideas que he venido exponiendo anteriormente. Podría haber seleccionado alguna otra obra que personalmente considero tanto o más interesante que la citada pero, creo que este libro reúne una serie de cuestiones que son claves y centrales en la filosofía de nuestro autor y, expresamente, significativas y necesarias para el desarrollo posterior de las tres hipótesis de nuestra tesis. Pero, su extensa obra literaria creo que se ha convertido en un referente necesario de la ética actual y también de la bioética como intentaré exponer a continuación. Intentaré reflexionar a través de este libro de las cuestiones que van uniendo esta tesis con sus hipótesis, de tal forma que serán centrales en el armazón final de las conclusiones, como intentaré mostrar finalmente.

Emmanuel Lévinas es un autor fundamental en esta tesis, sin cuyas ideas sinceramente no podría afirmar que este trabajo habría sido posible, ni que tiene la profundidad y sentido que intento que cobre esta tesis. Con tan importante afirmación quiero indicar que su idea central sobre el otro, se convirtió conforme comencé a explorarla en unas de las motivaciones que me llevaron a escribir esta misma tesis. Entiendo que en este pequeño epígrafe que le voy a dedicar a este valioso escrito, y a una sólo de sus muchas obras muy valiosas, no podré llegar a exponer toda la profundidad que he encontrado en su obra, por lo que intentaré ser lo más conciso en el desarrollo de su libro que pretendo analizar. Sin embargo, más allá de este pequeño resumen, que va a ser orientado a la justificación de mi tesis, tanto de sus hipótesis como de sus conclusiones, quisiera indicar que este texto de Lévinas lo considero una obra “clásica” que debería leerse en profundidad en los diferentes planes de estudios que pueden versar sobre la bioética. Intentaré por ello exponer toda la complejidad de las ideas expuestas en este libro, indicando que creo imprescindible una lectura detallada y reflexiva de esta obra en su totalidad, ya que su belleza supera cualquier resumen que se pueda realizar de ella.

He seleccionado como referencia la traducción realizada por Daniel E. Guillot para ediciones Sígueme, que aporta a esta obra una *Introducción* muy interesante y profunda sobre este libro. Además, en esta edición traducida al castellano he podido también leer la presentación de la edición castellana, por el mismo Emmanuel Levinas, que sirve de introducción y resumen de ésta. El libro consta de cinco capítulos y un prefacio que claramente van a ir desarrollando una serie de ideas centrales que intentaré desgranar a continuación. En principio, voy a seguir el mismo índice del libro centrándome en las ideas principales de cada capítulo, con respecto a los hilos de Ariadna que he trazado a lo largo de esta fundamentación de la tesis y que servirán para hilvanar finalmente mis hipótesis de trabajo. Por ello, quedarán al margen de estos comentarios algunas ideas sumamente interesantes que quedan expuestas magistralmente en la obra, pero en las que no podemos detenernos con la profundidad que quisiéramos debido al espacio tan reducido que puedo dedicar a esta obra en estos epígrafes introductorios de la tesis. Finalmente, acabaré este epígrafe reflexionando, como en los anteriores, lo que puede aportarnos este autor a la bioética y a los planteamientos de esta tesis en concreto. Para todo ello, los hilos conductores que propongo tendrán claramente relación a ideas como: lo mismo y lo otro, la ética, el lenguaje, el simbolismo, la subjetividad, la política, la moralidad, la ciencia, la experiencia de la alteridad, la exterioridad, lo infinito, la

totalidad, el rostro, la interioridad,... Por citar sólo algunas de las principales dentro de esta obra.

Comenzaré este análisis de la obra por la misma presentación de la edición castellana que realiza nuestro autor. En ella, Lévinas podríamos llegar a afirmar que realiza un resumen muy escueto de las principales ideas que va a exponer posteriormente en el libro y, sin embargo, algunas de ellas están ya claramente conformadas en este mismo prefacio, aunque posteriormente las desarrolle más ampliamente. Una de ellas, centrales para la fundamentación de la misma bioética y para mi tesis, es la idea de la responsabilidad por el prójimo, centrándome concretamente en los pacientes que asistimos y cuidamos, como expresa nuestro autor “nuestro libro encuentra en la apertura en un movimiento que, de inmediato, es *responsabilidad* por el prójimo, en vez de asirse a cierto “contenido” de conocimiento que tal vez no es más que la sombra de una presa”¹⁸¹, ya que en esta cita se muestra también como la exterioridad, que expondrá posteriormente, viene marcada por el mismo concepto de responsabilidad, desde donde va a nacer, como mostraré posteriormente, la ética; pero, no sólo en esta cita es posible reconocer ya la importancia de esta responsabilidad, sino que además resulta esclarecedor ya ver cómo en la obra de nuestro autor se va a realizar una crítica, yo diría más que necesaria, sobre lo que es el conocimiento (como también comenté con Habermas en uno de los epígrafes anteriores de fundamentación en su vía complementaria en esta tesis) y la objetividad que podemos alcanzar en él, que como bien nos dice, puede que no sea más que una sombra y no algo tan seguro como parece mostrarse actualmente, sino que viene marcada por “la *ideología*, inocente o maligna, ha alterado ya nuestro saber”¹⁸², sin que sea hora posible refugiarnos en la misma ciencia supuestamente aséptica, ya que ésta, como expone Lévinas, debe ser cuestionada “y si el saber proporcionado por las ciencias no estuviera tampoco exento del equívoco que denuncia, confirmaría todavía más la anfibia del aparecer”¹⁸³. Asimismo, me gustaría resaltar cómo el libro de Lévinas “busca una salida a esta referencia del ser; referencia en la que uno no está seguro de que se rompa el encantamiento, de que el hombre, en su conocer, no quede encerrado en su conciencia subjetiva, de que su impulso de trascendencia no permanezca encallado, dejando al *yo* cautivo de sí mismo”¹⁸⁴, sin que este *yo* pudiera olvidar su responsabilidad sobre el *otro*, que en cierta forma lo despierta de ese sueño dogmático de la racionalidad moderna y, para ello, Lévinas cierra esta presentación magistralmente citando a una de nuestras obras cumbres de la literatura castellana, *Don Quijote de la Mancha*, y reflexionando sobre ella afirmando que “no es solamente la comedia trágica del idealismo temerario en lucha contra la mediocridad triunfante de la lucidez realista”¹⁸⁵, sino que trata sobre el hechizamiento de lo real del que es ciertamente difícil escapar y el cual Don Quijote, una y otra vez de manera tragicómica, trata de romper, aunque los resultados finales no

¹⁸¹ LEVINAS, E., *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, Salamanca, Ed. Sígueme, 1997, p. 9. (las comillas y la cursiva son del autor).

¹⁸² *Ibidem*, p. 9 (las cursivas son del autor).

¹⁸³ *Ibidem*, p. 9.

¹⁸⁴ *Ibidem*, p. 9 (las cursivas son del autor).

¹⁸⁵ *Ibidem*, p. 10.

fueran los deseados por nuestro héroe idealista manchego. Finalmente, sólo quisiera añadir que en esta presentación de la edición castellana será posible ver cómo Lévinas ya refiere a que *el cara a cara* con el que nos vamos a encontrar, es precisamente la base de la “relación ética que no refiere a ninguna ontología previa. Ella rompe el englobamiento clausurante –totalizante y totalitario - de la mirada teorética. Ella se abre, a modo de responsabilidad, sobre el otro hombre – sobre el inenglobable -: ella va hacia lo infinito. Ella conduce al exterior, sin que sea posible sustraerse a la responsabilidad a la que apela de tal modo”¹⁸⁶, que resume y sintetiza perfectamente, algunas de las ideas centrales que voy a analizar a continuación, donde el *cara a cara* marca esta relación de responsabilidad hacia el otro, hacia la que no puedo dejar de sustraerme, ya que “*totalidad e infinito* describe la *epifanía del rostro* como un deshechizamiento del mundo”¹⁸⁷, como afirma Lévinas en esta sucinta y brillante presentación de su obra.

A continuación comienza el prefacio del libro propiamente, con una frase que permite centrarse claramente en el mismo objetivo de éste “aceptaremos fácilmente que es cuestión de gran importancia saber si la moral no es una farsa”¹⁸⁸, quedando bien definido que la preocupación del autor francés y el objetivo de este libro, es precisamente saber si podemos hablar de ética tras las Grandes Guerras Mundiales del siglo pasado, ya que como nos dice Lévinas a continuación “el estado de guerra suspende la moral; despoja a las instituciones y obligaciones eternas de su eternidad y, por lo tanto, anula, en lo provisorio, los imperativos incondicionales”¹⁸⁹, en clara referencia a los imperativos categóricos kantianos. Su vivencia directa de los campos de concentración nazi impactaron profundamente en su pensamiento, por lo que en cierta medida estas reflexiones que realiza están claramente marcadas por el horror directo, de tal forma que llega a definir la política como el arte de prever y ganar por todos los medios la guerra, ya que “la guerra no se sitúa solamente como la más grande entre las pruebas que vive la moral. La convierte en irrisoria”¹⁹⁰, llegando hasta el extremo de afirmar que “la política se opone a la moral, como la filosofía a la ingenuidad”¹⁹¹, por todo ello creo que este libro se convierte en una seria reflexión necesaria sobre la misma posibilidad de la ética y, Lévinas, intenta pensar positivamente, después de tanto sufrimiento personal, sobre la existencia misma de la ética y, por esto, podría servirnos también para poder justificar la posibilidad de la bioética y de su relación con la biopolítica, porque como expondré cuando analice en profundidad los planteamientos de Giorgio Agamben, ha sido el desarrollo de la biopolítica desde la modernidad la que nos llevó a poder justificar planteamientos tan inhumanos como los vividos en las Grandes Guerras Mundiales. Pero también nos habla Lévinas en este prefacio de los conceptos de totalidad e infinito que posteriormente expondrá más ampliamente, para

¹⁸⁶ *Ibidem*, pp. 9-10.

¹⁸⁷ *Ibidem*, p. 9 (las cursivas son del autor).

¹⁸⁸ *Ibidem*, p. 47.

¹⁸⁹ *Ibidem*, p. 47.

¹⁹⁰ *Ibidem*, p. 47.

¹⁹¹ *Ibidem*, p. 47.

referirse al primero, y todavía dentro del análisis que está realizando sobre cómo las guerras destruyen la identidad del Mismo, “la faz del ser que aparece en la guerra se decanta en el concepto de totalidad que domina la filosofía occidental”¹⁹², que nos convierte en meras marionetas de fuerzas, que nos han venido dirigiendo desde la antigüedad; y, con respecto al segundo, que relaciona directamente con el primero, que va a ser una especie de más allá de la totalidad y la experiencia objetiva, cuando enuncia que “la relación con *una excedencia siempre exterior a la totalidad*, como si la totalidad objetiva no completara la verdadera medida del ser, como si otro concepto – el concepto de *infinito* – debiera expresar su trascendencia con relación a la totalidad, no-englobable en una totalidad y tan original como ella”¹⁹³, que ya permite introducir el concepto central de su obra del rostro del otro. Ya que sin tener que sustituir la filosofía por la escatología, sería posible ir ascendiendo desde la experiencia de la totalidad hacia un punto donde la totalidad comienza a resquebrajarse mediante el resplandor de la exterioridad o de la misma trascendencia en el rostro del otro, que hace referencia directa según Lévinas a ese concepto de infinito que nos irá mostrando paulatinamente, y cuya relación con este infinito no podemos expresar en términos de experiencia, ya que el mismo infinito finalmente desborda el pensamiento que lo piensa. Avanzando en esta exposición de sus ideas, que presentará más ampliamente a lo largo de su libro, nos muestra Lévinas la relevancia de una apología sobre la subjetividad, tan importante en esta tesis, que debería superar el ideal de la supuesta objetividad que nos ha llevado hasta las guerras como marionetas, que se justificaría desde la misma idea de lo infinito, ya que “este libro se presenta entonces como una defensa de la subjetividad, pero no la tomará al nivel de su protesta puramente egoísta contra la totalidad, ni en su angustia ante la muerte, sino como fundada en la idea de lo infinito”¹⁹⁴, ya que la idea de infinito que nos intenta mostrar Lévinas se produce en la misma relación que se desarrolla entre el Mismo con lo Otro, que se convierte en insuperable, donde lo personal y lo particular van a llegar a magnetizar el campo mismo donde se va a ir produciendo este infinito, cuyo primado filosófico es superior a la idea de totalidad. Finalmente, de todas las ideas expuestas en este prólogo he dejado para el final una de las más importantes para el desarrollo de las hipótesis de esta tesis y la pregunta que intento contestar con ésta, que tendría que ver con la relación que existe entre la teoría y la práctica (centrándome especialmente en las ciencias de la salud), que Lévinas va a presentar como modos de la trascendencia metafísica, ya que precisamente lo esencial de la ética se encuentra en su intención misma trascendente, porque como nuestro autor afirma “la ética, *ya por sí misma*, es una “óptica”¹⁹⁵, una óptica que los profesionales sanitarios deberíamos saber enfocar correctamente cuando planteamos en nuestra relación sanitaria la relación ética con el otro (en nuestro caso el paciente), ya que es una idea central en esta tesis y por ello cobra tanta importancia esta obra de Lévinas, especialmente cuando afirma en la segunda hipótesis de esta tesis el necesario desarrollo de la mirada bioética por parte de

¹⁹² *Ibidem*, p. 48.

¹⁹³ *Ibidem*, p. 49 (las cursivas son del autor).

¹⁹⁴ *Ibidem*, p. 52.

¹⁹⁵ *Ibidem*, p. 55 (las cursivas son del autor).

los profesionales sanitarios, que tiene una relación directa con el concepto de esta óptica ética citada.

Avanzado en el libro de referencia, el primer capítulo de éste se titula *el Mismo y lo Otro* donde el autor francés comienza a presentar precisamente la idea de lo Otro, central en este libro y de referencia necesaria a lo largo de nuestra tesis. Pero no sólo cobra importancia esta idea fundamental, sino que a lo largo de este capítulo me gustaría resaltar otras reflexiones que también considero que son relevantes para el mismo desarrollo de la bioética. Partiendo de la idea de la metafísica como deseo de conocer lo allá lejos, hacía un fuera de sí extranjero, que tiende hacia lo totalmente otro, hacia lo absolutamente otro, hacia un deseo de lo invisible, ya que el mismo movimiento metafísico lo entiende Lévinas como trascendente, nos va a ir presentando a lo largo de este primer capítulo ideas centrales como es la de la alteridad que define como “la heterogenidad radical de lo Otro, sólo es posible si lo Otro es otro con relación a un término cuya esencia es permanecer en el punto de partida, servir de *entrada* a la relación, ser el Mismo no relativamente, sino absolutamente”¹⁹⁶, ya que Levinas afirma que “*un término sólo puede permanecer absolutamente en el punto de partida de la relación en tanto que Yo*”¹⁹⁷. Más adelante se centra en el concepto del Otro metafísico que define que “es otro como una alteridad que no es formal, con una alteridad que no es un simple revés de la identidad, ni de una alteridad hecha de resistencia del Mismo, sino con una alteridad a toda iniciativa, a todo imperialismo del Mismo”¹⁹⁸, donde Lévinas expone cómo debemos entender este Otro y su relación con el Mismo que estará basada en el lenguaje, realmente esta relación es el lenguaje, ya que funciona originariamente como discurso que se fundamenta precisamente en la separación radical que existe entre yo y el Otro, que no permite formarse a la totalidad. De esta forma, avanzando en sus planteamientos iniciales, Lévinas comienza a explicar cómo la metafísica precede a la ontología, resaltando no sólo la importancia de la teoría y de la inteligencia, sino que introduce las sensaciones, donde se confunden cualidad objetiva y afección subjetiva, que define como tercer término, el término neutro que denomina Lévinas, y que tan importante es para nuestra línea argumental de la tesis con respecto al conocimiento en la misma bioética. Resulta significativo que en este punto de su argumentación defina la ética como “este cuestionamiento de mi espontaneidad por la presencia del Otro”¹⁹⁹, que hace clara referencia a esa intención crítica, que se convierte en una preocupación crítica y que nos sirve para intentar superar el dogmatismo que había venido identificando y reduciendo lo Otro en el Mismo en la filosofía occidental principalmente, que había estado instalada en esa permanencia continua en el Mismo, que era lo que podría considerarse como la Razón, una razón soberana que se conoce a sí misma, que no es limitada por ningún tipo de alteridad. Este tipo de filosofía enroscada sobre sí misma, sobre la ipseidad del Mismo, podría llegar a definirse como una egología, cuyo concepto de verdad es una especie de dialéctica que concilia, de este modo, obediencia y libertad, que lo que nos muestra finalmente es una supremacía del

¹⁹⁶ *Ibidem*, p. 60 (las cursivas son del autor).

¹⁹⁷ *Ibidem*, p. 60 (las cursivas son del autor).

¹⁹⁸ *Ibidem*, p. 62.

¹⁹⁹ *Ibidem*, p. 67.

Mismo en nuestra filosofía occidental. Y en esta misma línea de pensamiento, Lévinas muestra como este *yo pienso*, clave en nuestra filosofía ontológica, se termina transmutando en un *yo puedo* que se convierte en una especie de explotación de la misma realidad, que extiende hasta el Estado y su violencia, basada curiosamente en la no-violencia de la totalidad, como nos explica con sus palabras “sin precaverse contra la violencia de la que vive esta no-violencia y que aparece en la tiranía del Estado. La verdad que debería reconciliar las personas, existe aquí como anónimamente. La universalidad se presenta como impersonal y hay allí otra falta de humanidad”²⁰⁰, donde es posible rastrear precisamente los hilos que van a hilvanar la relación determinante entre la biopolítica y la bioética que defenderé en esta tesis. Lévinas va a ir mostrando cómo se ha ido construyendo en el desarrollo de la filosofía del poder, que va imponiéndose, sobre todo en el pasado siglo, mediante los poderes técnicos que ha ido desarrollando el ser humano, exponencialmente en la segunda mitad del siglo pasado en las ciencias de la salud, una filosofía que no ha cuestionado al Mismo, por lo que se ha convertido finalmente en una filosofía de la injusticia impuesta de forma imperialista, donde el Otro se reducía sistemáticamente y de manera acrítica al Mismo, amparándose en el poder anónimo del Estado, cosificándonos y, por ello, el autor francés se fija como objetivo del libro precisamente “percibir en el discurso una relación no alérgica con la alteridad, a percibir allí el Deseo, donde el poder, por esencia asesino del Otro, llega a ser, frente al Otro y “contra todo buen sentido” imposibilidad del asesinato, consideración del Otro o justicia. Nuestro empeño consiste concretamente, en mantener, en la comunidad anónima, la sociedad del Yo con el Otro, lenguaje y bondad”²⁰¹. A continuación, explora Lévinas la trascendencia como idea de lo Infinito ya que lo infinito es lo propio de un ser trascendente, convirtiéndose lo infinito en lo absolutamente otro, teniendo siempre en consideración la diferencia fundamental entre la objetividad y la trascendencia, y resaltando que la idea de lo infinito se produce como Deseo, un Deseo perfectamente desinteresado que es la bondad en sí misma. Es significativo en este punto destacar cómo Lévinas insiste en que el análisis de la idea de lo Infinito, que sólo podría ser accesible partiendo de un Yo, finalmente podría llevarnos a superar lo subjetivo, de tal forma que la noción de rostro nos va a conducir a una noción de sentido que es anterior a mí mismo y, de esta forma, en nuestra existencia económica la relación con el Otro no terminaría en una totalidad humana o divina, sino precisamente está basada en esta idea de lo infinito, en la que el Otro permanece trascendente con relación al Yo. Finalmente, de entre otros muchos temas tratados en este primer capítulo (como la muerte, la verdad, el ateísmo, el discurso, la justicia, la belleza, el cara a cara, el lenguaje,...) quisiera destacar cómo entiende Lévinas que será el recibimiento del Otro mediante su rostro, mediante esos ojos que son capaces de atravesar la máscara ya que el ojo no brilla, sino que habla directamente, el que cuestiona profundamente mi misma libertad, de tal forma que ese es precisamente el comienzo de la conciencia moral, ya que “la moral comienza cuando la libertad, en lugar de justificarse por sí misma, se siente arbitraria y violenta”²⁰², frente a un otro que

²⁰⁰ *Ibidem*, p. 70.

²⁰¹ *Ibidem*, p. 71.

²⁰² *Ibidem*, p. 107.

nos hace cuestionarnos como seres humanos y, a la vez, nos debería hacer más humanos.

El segundo capítulo se titula *interioridad y economía*, donde Lévinas analiza ya las relaciones que se producen en el interior del Mismo, que tendrían que ver con el intervalo de la separación, que no entiende nuestro autor como la simultaneidad que se produce habitualmente entre la distancia que podría encontrarse entre dos términos y su posterior unión, sino que comprende esta separación como psiquismo o vida interior. Esta especie de interior que analiza Lévinas se nos muestra, aparece, como una presencia en lo de sí, lo que se significa como economía y habitación. Por ello, a lo largo de este capítulo irá analizando cuestiones tan significativas como la noción de realización, el gozo, el alma, la felicidad, la afectividad, la corporalidad, la libertad, los utensilios, la sensibilidad, la separación, la morada, el trabajo, etc., pero, dentro de este mismo capítulo, quisiera destacar algunas reflexiones al hilo de nuestra tesis, como son la que tiene que ver, de nuevo, con la referencia a la racionalidad ya que Lévinas plantea cómo un yo identificado plenamente con la razón podría llegar a perder completamente su ipseidad misma, en busca quizás de una absurda e inalcanzable objetivación. Y, en relación a ello, nos indica cómo “la razón hace posible la sociedad humana, pero una sociedad cuyos miembros no fuesen más que razones se desvanecería como sociedad”²⁰³, y, para ello, Lévinas afirma que es necesario poder superar esta noción de Razón, en las diferentes razones de cada uno de los individuos, a la que se debería poder incorporar la necesidad de felicidad, sin servimos de los otros sino mediante el gozo, planteando que el yo del gozo no es ni biológico ni sociológico. Y, resulta sumamente interesante, cómo Lévinas reflexiona sobre lo patético del liberalismo en relación a la exaltación de la vida biológica, que tiene que ver directamente con nuestros planteamientos de cómo el desarrollo de la biopolítica ha venido conformando nuestro concepto hoy de la vida biológica por parte incluso de los propios profesionales sanitarios, donde “la persona surge como producto de la especie o de la vida impersonal que recurre al individuo para asegurar su triunfo impersonal. La unicidad del yo, su estatuto de individuo sin concepto, desaparecería por esta *participación* en aquello que lo supera”²⁰⁴, que no deja de presentarse como una especie de paradoja o de aporía dentro de nuestra misma sociedad, ya que parecería que finalmente promueve un tipo de persona que no llega a representar en el fondo otra cosa, en cuanto que precisamente es un sí mismo, donde la multiplicidad sólo podríamos conservarla si cada uno de nosotros conservamos nuestro propio secreto y no nos fundimos, o confundimos diría yo, en una totalidad que nos disuelve mutuamente y, en el fondo, puede permitir el objetivarnos y manipularnos hasta límites insospechados. En el fondo, el autor francés muestra, cómo las nociones de egoísmo, de gozo y sensibilidad y toda la dimensión de la interioridad, que deben entenderse como articulaciones de la separación, construyen realmente la idea de lo Infinito y son necesarias para la relación con el Otro, que se va creando desde el ser separado y finito que cada uno es. Al hilo de toda estas reflexiones que Lévinas realiza sobre el cuerpo, ya que nuestra conciencia va a surgir de la ambigüedad del cuerpo, afirmando que no existe tal dualidad entre cuerpo propio y cuerpo físico, es interesante resaltar cómo entiende nuestro autor que la vida es cuerpo, en una especie de

²⁰³ *Ibidem*, p. 138.

²⁰⁴ *Ibidem*, p. 139 (las cursivas son del autor).

encrucijada con las fuerzas físicas que nos golpean, de tal forma que podríamos hablar de un cuerpo efecto, donde siempre es posible encontrarnos en el tan temido paso del cuerpo-amo de cuando estamos sanos, al cuerpo-esclavo de cuando nos encontramos enfermos. Asimismo, me gustaría resaltar de este importante capítulo, las reflexiones que sobre el lenguaje realiza Lévinas ya que precisamente “la relación con el otro, la trascendencia, consiste en decir el mundo al Otro”²⁰⁵, porque el lenguaje tiene como intención precisamente buscar una generalidad de la palabra que puede llegar a crearnos un mundo común el cual podamos ofrecérselo. Hay que entender, en este punto, que el lenguaje no va a tratar de exteriorizar una especie de representación que podría estar preexistente de alguna forma en mí, sino que trata de poner en común con el otro un mundo que hasta ese momento era mío. En este sentido Lévinas afirma que “la “visión” del rostro no se separa de este ofrecimiento que es el lenguaje. Ver el rostro es hablar del mundo. La trascendencia no es una óptica, sino el primer gesto ético”²⁰⁶, donde nuestro autor pone de manifiesto precisamente esta relación tan estrecha entre lenguaje y la ética que analizaremos con más profundidad en el epígrafe sobre ética y narrativa que veremos próximamente. Finalmente, Lévinas pone el acento en la importancia que tienen nuestras obras, nuestro trabajo en nuestra misma comprensión, de tal forma que cuando intentamos comprender a alguien a partir de sus obras, realmente podríamos afirmar que resulta más sorprendido que comprendido, ya que de alguna forma nuestra vida y nuestro trabajo nos pueden llegar a enmascarar tanto que casi nos hace imposible llegar a vernos realmente.

El tercer capítulo del libro se titula *el rostro y la exterioridad*, donde Lévinas va a ir profundizando en temas ya expuestos en los capítulos anteriores, pero que los va ir desarrollando con mayor extensión y relacionándolos con lo expuesto. Es para nuestra tesis, quizás, el capítulo principal ya que ahonda en la idea del rostro, del Otro y de la subjetividad, centrales en las relaciones de los profesionales sanitarios con los pacientes y, por ello, centrales también en nuestras hipótesis de la tesis. Comienza el autor francés este capítulo realizando un análisis de la sensibilidad y su relación con el rostro, afirmando cómo sólo la relación con otro nos lleva hacia una dimensión de la trascendencia y nos introduce en una relación completamente diferente de la experiencia que conocemos basada sólo en los sentidos, ya que Lévinas introduce el concepto de deseo y de goce, que consigue superar nuestra anticuada concepción de la experiencia en el sentido sensible, egoísta y relativo del término. Más adelante Lévinas se afirma en cómo el plano de la ética precede al plano de la ontología, ya que “el rostro abre el discurso original, cuya primera palabra es una obligación que ninguna “interioridad” permite evitar. Discurso que obliga a entrar en el discurso, comienzo del discurso por el que el racionalismo hace votos, “fuerza” que convence aún “a la gente que no quiere entender” y funda así la verdadera universalidad de la razón”²⁰⁷, donde encontramos la fuerza del rostro, esa responsabilidad hacia el otro que no podemos nunca negar, es irrenunciable, y que deberíamos ser capaces de captarla como relación con el rostro mostrando la esencia ética de la relación que instauramos. Lévinas muestra cómo la razón vive en el lenguaje, en esa oposición del cara-a-cara con el rostro del otro, en esos

²⁰⁵ *Ibidem*, p. 191.

²⁰⁶ *Ibidem*, p. 192.

²⁰⁷ *Ibidem*, p. 214.

ojos que me miran, que finalmente apelan a mi responsabilidad con él, unida a mi libertad entendida como responsabilidad frente a él. Esta presencia del rostro (lo infinito del Otro) es indigencia, que es observada por todo el resto de la humanidad como si fuera un tercero, y debería ser interpretada como un mandato que manda mandar. Es importante destacar la asimetría de lo interpersonal, ya que esta relación entre el Yo y el Otro, supone una multiplicidad que se niega a la totalización, que lo cosificaría y lo anularía y, para evitarlo, buscaría una fraternidad que se encuentra situada en una especie de espacio esencialmente asimétrico, que huye de cualquier tipo de reduccionismo totalitario y, por ello, simétrico. Lévinas nos recuerda cómo puede el idealismo profundizado hasta el fin, reducir toda ética a política, donde el yo y el Otro podemos llegar a funcionar como meros cálculos que sirven a unos supuestos intereses comunes ideales, que acaban por dominarnos y sojuzgarnos de manera inhumana. Continúa el capítulo con un análisis y defensa de la subjetividad, que podemos considerarla dentro de este capítulo como una de las aportaciones más importantes e interesantes de éste. Lévinas lo expone de la siguiente forma “si la subjetividad no fuese más que un modo deficiente del ser, la distinción entre voluntad y razón conduciría en efecto a concebir la voluntad como arbitraria, como negación pura y simple de una razón embrionaria o virtual que dormita en un yo y, en consecuencia, negación de este yo y violencia frente a sí mismo”²⁰⁸, donde pone de manifiesto como la subjetividad es clave y sumamente importante en esta relación que se establece entre el yo y el otro, más allá de una supuesta objetividad totalizadora. En cierta manera esa responsabilidad que vimos nos llama e impele a un comportamiento ético, que podemos o no realizar desde nuestra libertad de elección pero, en cierta forma, es en el recibimiento del rostro donde la misma voluntad se termina abriendo a la razón. El Otro no se nos impone como objeto y en su presencia, que podemos denominar como ética, nos abre paso a lo racional que no debemos interpretar en este caso como una especie de suspensión de la individualidad ya que es en el lenguaje, en esa respuesta del rostro que nos habla, donde la respuesta misma no puede nunca dejar de ser un acto ético. Finalmente, termina Lévinas el capítulo reflexionando sobre un tema tan importante como es la muerte, relacionándolo con los temas de la voluntad, el tiempo y la corporeidad, refiriéndose de la siguiente manera “el aplazamiento de la muerte en una voluntad mortal – el tiempo – es el modo de existencia y la realidad de un ser separado en relación con el Otro. Es necesario tomar como punto de partida este espacio del tiempo. Se trata aquí de una vida cuerda que no debe medirse con un ideal de eternidad que tilde de absurda o de ilusoria su duración y sus intereses”²⁰⁹, en clara referencia a las religiones que menoscaban, en ocasiones, el sentido de nuestras vidas temporales. Y, sin embargo, podemos tener la posibilidad de no ser para la muerte cuando intentamos ser bondadosos al considerar que el Otro cuenta más para nosotros que el yo mismo. Y en relación con el tema de la muerte, Lévinas realiza la siguiente anotación refiriéndose al odio que intenta humillar al otro desde el sufrimiento “la prueba suprema de la libertad no es la muerte sino el sufrimiento”²¹⁰, muy significativa para los profesionales sanitarios, ya que considero que es necesario evitar a toda costa el sufrimiento de los

²⁰⁸ *Ibidem*, pp. 231-232.

²⁰⁹ *Ibidem*, p. 245.

²¹⁰ *Ibidem*, p. 252.

pacientes, entendiendo que el sufrimiento puede llegar a ser mucho más doloroso que la propia muerte del paciente finalmente. Actualmente, con todos los avances tecnocientíficos que hemos desarrollado, existe la posibilidad de morir sin dolor y, sin embargo, todavía podemos encontrar profesionales sanitarios que se cuestionan eliminar el sufrimiento del paciente aparándose en algunas ideologías escondidas tras ciertas religiones desvirtuadas.

El cuarto capítulo se titula *más allá del rostro*, en el que Lévinas va a reflexionar sobre cuestiones como el amor, el eros, el deseo, la fecundidad, etc., cuando somos para el otro y queda manifestada de esta forma mi bondad. Es interesante destacar como la trascendencia como tal es lo que va a conformar nuestra conciencia moral. En la epifanía del rostro del otro comienza precisamente la exterioridad, que es la significación misma y, de esta forma, el rostro es exterioridad en su moralidad. El rostro significa por sí mismo, no con relación a algo o alguien, ya que “el hecho de que, existente para el otro, existo de otro modo que al existir para mí, es la moralidad misma. Envuelve por todas parte mi conocimiento del Otro y no se desprende del conocimiento del otro por una valorización del otro, por añadidura de este conocimiento primero”²¹¹, no existiendo por tanto una objetividad totalizadora que nos aniquila, sino una subjetiva moral que nos conforma. Avanzando en este mismo capítulo nos encontramos con una interesante reflexión que nos afecta a los profesionales sanitarios ya que, en ocasiones, reconocemos la autonomía de los pacientes, pero sin la responsabilidad propia que los profesionales sanitarios tenemos frente a una autonomía que no debería ser entendida como una máxima sin más, un extremo en sí mismo incuestionable y, en este mismo sentido Lévinas afirma que “la libertad del sujeto que se implanta, no se parece a la libertad de un ser libre como el viento. Implica la responsabilidad, lo que debería asombrar, sin que nada se oponga a la libertad más que la no-libertad de la responsabilidad. La coincidencia de la libertad y de la responsabilidad, constituye el yo, desdoblándose de sí, harto de sí mismo”²¹², ya que pudiera parecer que es posible abandonar al paciente en su propia autonomía absoluta, abandonándolo en sus propios derechos, olvidando la responsabilidad que tenemos con los pacientes ya que aunque respetemos siempre su autonomía no podemos nunca abandonarlos a su suerte, olvidándonos de nuestra propia responsabilidad con ellos.

Finalmente, acaba el capítulo quinto del libro con unas *conclusiones* que resumen perfectamente todo el tratado, y que sirven para aprehender una perspectiva general de todo lo brillantemente expuesto. Vuelve Lévinas a reflexionar sobre algunas de sus ideas centrales y yo quisiera, llegados a este punto, volver a considerar algunas por su significación para las hipótesis de esta tesis. Sin duda, la que considero más importante es la que tiene relación con la pregunta con que nuestro autor abrió su libro, ya que responde también a la posibilidad de esta misma tesis y de la misma bioética, es donde nuestro autor afirma que “la ética, más allá de la visión y de la certidumbre, esboza la estructura de la exterioridad como tal. La moral no es una rama de la filosofía, sino la filosofía primera”²¹³, que justifica nuestro estudio, ya que la obra de Lévinas pretende describir en cierto sentido la exterioridad metafísica, que precede al plano ontológico.

²¹¹ *Ibidem*, p. 271.

²¹² *Ibidem*, p. 280.

²¹³ *Ibidem*, p. 308.

Otra de las ideas más importantes de toda la obra es este concepto del autor francés de que el ser es exterioridad, que en cierta forma es capaz de curvar el espacio de la intersubjetividad para llegar a reconocer al otro, que se nos manifiesta en su rostro y, que más allá de cualquier tipo de relación lógica o causal totalizadora y objetiva, es capaz de conseguir ver la presentación de un ser exterior, el otro, ya que “esta representación del ser exterior que no encuentra en nuestro mundo ninguna referencia la hemos llamado rostro. Y hemos descrito esta relación con el rostro que se presenta en la palabra, como deseo, bondad y justicia”²¹⁴, que considero que resume perfectamente cómo deberíamos plantear la relación de los profesionales sanitarios y los pacientes. Finalmente, y al hilo de nuestras reflexiones sobre la relación entre bioética y biopolítica, creo que en las mismas reflexiones de Lévinas sería posible encontrar expuestas las violencias totalizadoras de la objetividad impuesta por una razón, que va a tener en el poder político de los Estados modernos, la fuerza de ejercer una inmisericorde reducción de los sujetos a una totalidad que los termina por aniquilar como individuos y los vuelve a convertir en súbditos del biopoder, como analizaré con más detenimiento en nuestras hipótesis de la tesis.

Tras todo lo expuesto, es el momento de preguntarnos, como he realizado en los epígrafe anteriores, ¿qué puede aportarnos todas estas reflexiones de Lévinas a la bioética? Y, en este punto, como ya expuse al comienzo del epígrafe, pienso que los contenidos expuestos en este libro son sumamente relevantes en dos aspectos. Por un lado, podemos afirmar que este texto de Lévinas aporta a la filosofía y a la bioética una serie de reflexiones fundamentales y realmente importantes, como he venido exponiendo y que intentaremos resumir someramente a continuación. Pero, por otro lado, creo que estas ideas son extremadamente significativas para los profesionales sanitarios en muchos sentidos, pero especialmente en lo que tiene que ver con la relación que establecemos con los pacientes, ya que considero que son unas ideas que nos podrían servir para intentar conocer realmente el rostro del paciente, del otro, donde la relación sanitaria debería basarse principalmente en esta relación ética que nuestro autor nos expone. A continuación vamos a intentar exponer cada uno de estos puntos más ampliamente.

Dentro del primero, considero que Lévinas ha sabido aportar una serie de consideraciones sumamente importantes a la filosofía. La primera claramente tiene relación con la pregunta con la que abría su texto sobre la posibilidad de que la moral fuera simplemente una farsa y, en este sentido, creo que esta obra es capaz de fundamentar la ética de una forma que yo consideraría que es diferente a los planteamientos anteriores en la misma filosofía. Más allá de los planteamientos idealistas o formales, como el kantiano, Lévinas ha sido capaz de plantear la ética como filosofía primera, más cercana y más humana, centrada en el otro y en la subjetividad, demostrando los peligros de una ética objetiva totalitaria que encierra una doble faz que finalmente reduce el ser humano a mero objeto. Esta fundamentación *diferente* de la ética valoro que es muy interesante para la bioética, no sólo por lo que aporta como fundamentación, sino porque el propio autor ha sabido analizar los riesgos que la política y sus intereses pueden tener sobre la ética, y para nosotros sobre la misma bioética, como expondré cuando analice posteriormente la biopolítica. Asimismo considero que hay una serie de ideas que Lévinas ha sabido exponer de forma diferente

²¹⁴ *Ibidem*, p. 300.

y que podrían servir para repensar la misma bioética. Entre ellas me gustaría destacar las siguientes: la responsabilidad que tenemos con el otro, que es irrenunciable y marca el mismo concepto de exterioridad y nacimiento de la posibilidad de la ética; los conceptos de totalidad e infinito, que considero que aportan una reflexión muy acertada sobre el mismo espacio desde donde surge la ética; la importancia del lenguaje en la relación ética con el otro; la alteridad entendida no como otro yo, sino como un sujeto completamente diferente a mí, en una relación que debemos considerar como asimétrica en sí misma; las reflexiones que realiza sobre la objetividad y la subjetividad, analizando las conclusiones a las que nos abogan ambas y recuperando el importante valor de la segunda; y finalmente, la corporeidad y su relación con el conocimiento y la ética, por citar sólo algunas de las que he expuesto anteriormente y a modo de resumen final. Sin embargo, estas reflexiones no agotan todo lo que Lévinas puede aportar a través de sus escritos, sino que lo dicho debería servir simplemente de introducción a una filosofía que propongo que hoy ya es imprescindible no sólo para la ética, sino también para la misma bioética.

Dentro del segundo, considero que el valor de las consideraciones de Lévinas al hilo del otro son extremadamente valiosas para todos los profesionales sanitarios, ya que nos deberían servir para reflexionar sobre nuestras relaciones con los pacientes, porque en numerosas ocasiones hablamos de empatía, de ponernos en el lugar de los pacientes, de tratarlos como nos gustaría que nos trataran, cuando en realidad, debemos dar un paso moral más y, tratar a los pacientes como a ellos realmente les gustaría que les trataran. Por ello las ideas que Lévinas plantea en su libro me parecen de referencia y reflexión obligada, donde reconozcamos el valor de la subjetividad y evitemos una objetividad reduccionista y totalizadora que, en muchas ocasiones, nos sirven para enmascarar actuaciones “objetivas y asépticas” como una supuesta profesionalidad mal entendida. No es difícil seguir escuchando de aquellos profesionales sanitarios que intentan ponerse en el lugar del paciente, que tienen una actitud “poco profesional”, cuando yo diría que lo poco profesional es ser un sanitario inhumano. Detrás de este tipo de consideraciones y comentarios despectivos sobre los profesionales que intentan dar un trato humano al otro, al paciente que nos mira desde su rostro, nos encontramos con un positivismo y una objetividad reduccionista y totalizadora, como nos indicó Lévinas, que no es que no aporten nada a la relación sanitaria, sino todo lo contrario, llegan a interpretar al paciente como un número más, lo deshumanizan y lo reducen a una carpeta más, a un formulario más, en una larga lista de números o nombres. La responsabilidad con el otro, con el paciente en nuestro caso, debería convertirse en la guía de nuestras actuaciones sanitarias diarias. La ética como óptica que nos plantea nuestro autor nos debería servir para aprender a mirar al paciente de otra forma, desde una mirada más humana, desde una mirada bioética (como analizaré más detenidamente en la segunda hipótesis de la tesis). Y, finalmente, la importancia que Lévinas le otorga al lenguaje a la relación ética debe servirnos para considerar que las relaciones con los pacientes están basadas también en el lenguaje, de tal forma que los profesionales sanitarios nunca debemos olvidar que la comunicación forma parte de la terapia de los pacientes. Para cuidar y curar a los pacientes el lenguaje se muestra como insustituible y la base de la misma relación sanitaria, y no como un añadido más después de los necesarios e imprescindibles conocimientos técnicos y científicos que los profesionales sanitarios debemos poseer, actualizar y aplicar acertadamente según las últimas evidencias científicas al respecto.

2.1.2.5. LA ÉTICA FEMINISTA.

En filosofía es posible encontrarnos en ocasiones con modas que con el tiempo se terminan disolviendo sobre sí mismas. La ética feminista tiene en principio toda la apariencia de ser precisamente una moda. Sin embargo, creo que las aportaciones que ha venido realizando la denominada ética feminista no pueden considerarse como una moda moderna, sino que han servido, y creo que seguirá sirviendo, para haber puesto el acento sobre algunas cuestiones que eran imprescindible en el pensamiento filosófico, y a pesar de que algunas de ellas podemos encontrarlas en diversos pensadores clásicos anteriores, creo que la ética feminista ha sabido darle una nueva impronta que ha servido para visualizar cuestiones imprescindibles para la filosofía y más concretamente para la bioética, como intentaré justificar en este epígrafe, y que tienen bastante importancia para esta tesis y para contestar a la pregunta que planteo. Por todo ello, quiero significar que la ética feminista no está en esta tesis por no quedarme fuera de una moda actual de la filosofía, sino porque estoy firmemente convencido de todo lo que la ética feminista puede aportar realmente a la bioética. Asimismo, existe una relación íntima entre la ética del cuidado y la ética feminista que, como expondré, no es casual sino todo lo contrario, es una relación compleja pero necesaria. Más allá de todo ello, también me he propuesto en este epígrafe reflexionar sobre algunas consideraciones negativas que la misma ética feminista podría llegar a tener, sin que puedan por ello quitar valor a una visión de la filosofía y de la ética que considero sumamente necesaria. La ética feminista es algo más que una crítica del *statu quo* actual, es un cuestionamiento que sirve para enriquecer el debate de la ética y de la bioética. De tal forma, que es posible afirmar finalmente, que no sólo deberíamos considerar que el feminismo va a contribuir al desarrollo de la misma bioética, sino que la bioética creo que necesita, hoy más que nunca, como analizaré a continuación, de este enfoque feminista para que pueda seguir desarrollándose más allá de los planteamientos clásicos que han venido conformándola y, de esta forma, ayudar a seguir construyendo la propia filosofía y la bioética.

En el desarrollo de este epígrafe voy a centrarme en lo que el feminismo ha aportado a la bioética y también en lo que podría seguir aportando. Para ello creo que es necesario comenzar analizando someramente algunos de los efectos que la misma crítica feminista ha realizado a la ciencia, a la teoría ética y a las ciencias de la salud, como muestra de su recorrido histórico y del mismo valor del feminismo. Durante los últimos años se ha podido contrastar cómo se ha venido poniendo en entredicho la misma cuestión del conocimiento heredado debido a un olvido, quizás interesado, del eje género/sexo que lo ha venido configurando, bien en ocasiones de forma expresa, o bien en ocasiones, las mayoría de ellas, de forma tácita. Se han venido menospreciando, hasta hacerlas casi invisibles, a las mujeres en muchos ámbitos del conocimiento donde se pretendía, sin embargo, una supuesta objetividad allí donde la mitad de la población mundial estaba ausente, no sólo en los planteamientos teóricos sino también en sus aplicaciones prácticas (como expondré más detenidamente en el ámbito sanitario), donde la necesaria crítica feminista ha servido para que sea posible finalmente visualizar un androcentrismo que deformaba muchos campos de diferentes conocimientos. Más allá de este planteamiento inicial, estudiaré también la relación que tiene la ética feminista con la ética de cuidado, que expondré posteriormente, y con los mismos planteamientos comunitaristas, ya expuestos. Por todo ello, intentaré mostrar

ahora cómo todos estos planteamientos van a venir hilvanándose para desarrollarse más ampliamente en las hipótesis de la tesis (en realidad se verá que tienen relación con las tres hipótesis que voy a defender), de tal forma que debería poder mostrar las conexiones que entre ellos pudieran llegar a establecerse para poder contestar finalmente, como en los epígrafes anteriores, a la pregunta sobre si la ética feminista tiene algo que aportar a la misma bioética.

Un primer espacio a considerar, donde la crítica feminista nos ha aportado interesantes reflexiones, es el mismo mundo supuestamente aséptico de la ciencia. Autoras como Helen Longino, Donna Haraway y Evelyn Fox Keller, por citar sólo algunas, han sabido mostrar cómo la misma ciencia no está exenta de la influencia de los valores de las sociedades donde se realiza ésta, ni de los compromisos axiológicos de las personas que intervienen en su desarrollo y aplicación finalmente. Centrándome en nuestro campo de estudio, se llegó a poner de manifiesto el sexismo que se había venido produciendo, tanto en la práctica como en la investigación sanitaria, a lo largo de la historia de ésta, que analizaré con más detenimiento cuando comente sucintamente el desarrollo histórico de la píldora anticonceptiva como ejemplo de esta manipulación sexista de la misma ciencia. Un segundo espacio que debería citarse es el de la misma teoría ética, donde como ya expondré en el epígrafe dedicado a la ética del cuidado, cómo Carol Gilligan fue capaz de mostrarnos los prejuicios androcéntricos de la teoría del desarrollo moral propuesta por su maestro Lawrence Kohlberg, que quedaba reducida de esta forma su aplicación a sólo la mitad de los seres humanos. El supuesto universalismo de las propuestas éticas de su mentor fue desenmascarado por la crítica feminista de Gilligan²¹⁵. Finalmente, un tercer espacio, que es fundamental para este trabajo, es el que relaciona el binomio salud y mujer. Mediante la crítica feminista se ha conseguido poner de manifiesto y visualizar problemas que hasta entonces habían sido casi ocultados y denigrados en el mismo campo de las ciencias de la salud. El que personalmente considero más grave, y sobre el que volveré en las hipótesis de la tesis cuando hablemos de la biopolítica y sus escandalosas consecuencias, tienen que ver directamente con el hecho de considerar varias etapas normales de la vida las mujeres como enfermedades en sí mismas, o al menos que necesitan una cierta vigilancia estrecha de los diferentes profesionales sanitarios (como pueden ser la menopausia, la reproducción sexual y la menstruación, por citar sólo algunas²¹⁶), lo que suponía una medicalización de la misma condición de ser mujer o, al menos, ciertas etapas y edades de la mujer, que ponía de manifiesto todos los prejuicios existentes por parte de *statu quo* sanitario de la misma visión negativa y enfermiza que se tenía de la mujer, de tal forma que cualquier tema relacionado con la reproducción (como el aborto, la maternidad de alquiler, las técnicas de inseminación artificial, etc.) era estrechamente

²¹⁵ Volveré también a analizar este punto con más detenimiento cuando reflexione sobre las relaciones complejas y ambivalentes entre la ética del cuidado y la ética feminista.

²¹⁶ La última medicalización de la condición femenina viene de la mano de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) que es muy cuestionada científicamente, pero que ya se ha establecido en nuestro calendario de vacunación y los profesionales sanitarios la administramos como una más dentro del mismo, sin cuestionarse los riesgos y los beneficios que de ella se puedan desarrollar con el tiempo. Si bien la mayoría de las vacunas han demostrado ser un gran avance sanitario para la prevención de muchas enfermedades mortales, es necesario siempre mantener una actitud crítica y reflexiva sobre las nuevas vacunas que vayamos a incorporar al calendario de vacunación.

controlado para un seguimiento de cualquier tipo de *desviación* de lo que se proponía como normal desde un androcentrismo impuesto por los mismos profesionales sanitarios, que nos convertíamos de este modo en funcionarios de este biopoder que aceptamos como normal, sin realizar ningún tipo de reflexión o de crítica necesaria de esta supuesta normalidad. Asimismo, también es necesario reflexionar sobre cómo la crítica feminista fue capaz de mostrarnos el desprecio que se tenía por patologías relacionadas con las mujeres, que se consideraban que debían ser continuamente tratadas, buscando una explicación reduccionista de mucha de ellas sólo en el plano bio-sanitario, olvidando la necesaria comprensión holística que abarca los planos biológicos-sociológicos-psicológicos-sociales. En este mismo apartado no se debe olvidar cómo se ha tratado, en muchas ocasiones, más allá de una medicalización denigrante, de realizar una hormonalización, una psiquiatrización, en incluso una genetización de muchas supuestas enfermedades femeninas que la crítica feminista ha sabido mostrar que se trataban de etapas absolutamente normales de las mujeres en su ciclo vital. Estas tres críticas que ha venido a realizar el feminismo sobre la ciencia, la ética y la asistencia sanitaria a la mujer, lo que nos ha venido a mostrar ha sido precisamente el valor de pensamiento feminista, de esa crítica tan necesaria hoy, que deberíamos incorporar sin más dilación a la misma bioética, por sus valores que implica.

Es interesante hacer notar cómo el feminismo parte de la situación de exclusión, de discriminación y de opresión en el que viven las mujeres, que nos puede servir en la bioética no sólo para revertir esta discriminación, sino para que seamos capaces de visualizar a todas aquellas minorías (aunque curiosamente las mujeres sean mayoría en la humanidad) que están oprimidas o relegadas a un segundo tipo de condición humana, como una segunda categoría de personas. Pero, también es necesario exponer sucintamente que existen diversos tipos de feminismos, aunque en este epígrafe voy a hablar del feminismo en general debido a que no tenemos el espacio necesario en esta tesis para poder exponer todas las corrientes que se han ido desarrollando a lo largo de las últimas décadas y que aportan diferentes matices al mismo feminismo que la conforman como una teoría de pensamiento realmente interesante y necesaria diría yo. Por citar sólo los más significativos deberíamos hablar del feminismo que podríamos denominar como marxista, o al menos muy cercano a estas tesis, que nos apremia a cambiar la explotación de las mujeres mediante la sustitución del sistema capitalista por uno socialista; otro tipo de feminismo es el que se ha relacionado más con la vertiente liberal que basa sus planteamientos en defender nuestra igual naturaleza humana, donde se conformarían nuestros derechos morales comunes²¹⁷; otro tipo de feminismo sería el que parte desde planteamientos psicoanalíticos para explicar la discriminación soportada en función de su psiquismo; y, finalmente, la postura feminista quizás más radical, que nos indica cómo ha sido el sistema patriarcal la causa directa de que existan

²¹⁷ La cuestión que denuncia este tipo de feminismo es que en la realidad las sociedades, en general a lo largo de la historia, han valorado a las mujeres como seres menos capacitados intelectualmente, con deficiencias morales significativas y con una naturaleza débil, que permitía justificar una discriminación efectiva, en ocasiones incluso determinada por leyes, que reducían y menospreciaba su participación en las cuestiones políticas, conminándolas a una obediencia ciega al androcentrismo dominante en las diferentes épocas.

estas grandes desigualdades discriminatorias sobre las mujeres y de la opresión que tienen que soportar.

Centrándome ahora en la misma ética, el feminismo ha creado un hábito, muy crítico y saludable, de repensar todas las cuestiones que menospreciaban la misma capacidad moral de las mujeres. Este replanteamiento ha venido a introducir un aire nuevo en los anquilosados planteamientos éticos y ha sabido enfatizar y replantear nuevas cuestiones, más allá de un primer desenmascaramiento de los prejuicios de géneros que existían sin ningún tipo de justificación. El feminismo ha sido crucial a la hora de repensar los conceptos de universalidad y de imparcialidad que parecían dos torres incuestionables, y que nos han sabido para mostrar cómo en ellos también podemos encontrar sombras, quizás tenebrosas y oscuras. Asimismo, ha sido capaz de avanzar en los planteamientos reduccionistas de corte exclusivamente deductivistas desde principios abstractos y universales, y ponderar adecuadamente las particularidades de los casos, analizando el contexto concreto en el que tenemos que tomar las decisiones. Pero, también ha sido capaz de ver las interconexiones existentes en muchos planteamientos éticos, de tal forma que ha podido responder y profundizar en problemas morales interpretándolos en su conexión con el género.

Para avanzar en los planteamientos feministas, voy a reflexionar sobre los postulados de Alison Jaggar cuando plantea las cuatro condiciones mínimas que tendría que cumplir un enfoque ético para que pueda ser considerado como feminista, ya que me va a ayudar a mostrar precisamente algunas consideraciones claves que puede aportar el feminismo a la bioética. La primera condición indicaría cómo un enfoque feminista tiene que ser sensible a las desigualdades de género, sobre todo en aquellas sociedades, como la nuestra, donde ha existido históricamente una supremacía del androcentrismo dominante, que ha provocado una valoración sistemáticamente negativa de la mujer. Ésta ha sido interpretada como lo otro, lo diferente, menospreciando los rasgos que eran considerados como lo femenino (las emociones, la afectividad, la interdependencia, la conexión con los demás,...), frente a los rasgos masculinos (la racionalidad, la independencia, el individualismo, la autonomía,...), que eran considerados como valores positivos y un fin a alcanzar por todos, quedando los hombres en una posición jerárquicamente privilegiada que representan o, deberían representar, a toda la humanidad. Un enfoque feminista es capaz cuestionar seriamente este androcentrismo que ha venido discriminando a la mitad de la población mundial justificando un trato vejatorio e injusto. La segunda condición tendría relación directa con la necesidad de una valoración del contexto social donde estamos inmersos a la hora de poder intentar solucionar los problemas individuales que nos atañen. De esta manera, si queremos actuar decisivamente para terminar con la discriminación, no podemos sólo plantearnos acciones individuales, sino que debemos valorar nuestra necesaria actuación a nivel de grupos, intentando coordinar nuestros actos dentro de los contextos donde nos encontramos inmersos, cambiando el enfoque, abriendo el campo de visión al grupo y a la comunidad, más que enfocarlo al individuo particular. La tercera condición estaría relacionada con el cuestionamiento de la dicotomía de lo público y lo privado, que tanto tiene que ver con los planteamientos de las hipótesis y las conclusiones esta tesis, ya que plantean que hay que volver a repensarlos y que tenemos que ocuparnos no sólo de los asuntos morales del ámbito público, que se establecen habitualmente entre extraños, sino que también hemos de ocuparnos de los que se establecen en el ámbito privado, los que principalmente afectan a las mujeres. Cuestiones habituales de nuestra esfera

privada de vida como son las relaciones personales, las sexuales, las íntimas y las que tienen relación con la violencia doméstica, han sido tradicionalmente olvidadas, o al menos relegadas a un plano secundario de reflexión moral, y deberían ser consideradas y valoradas adecuadamente, ya que van a afectar de forma más considerable a aquellos que están en una situación más vulnerable en nuestra sociedad, como son las mujeres. Pero, no sólo se va a cuestionar de esta forma la separación entre lo público y lo privado, sino cuestiones filosóficas tan importantes como la división entre el cuerpo y la mente o el enfrentamiento entre la emoción y la razón, son temas que el feminismo nos hace reflexionar, por lo que considero que el feminismo en este punto es fundamental para repensar toda la bioética hoy. En último lugar, para que un enfoque ético pueda ser considerado como feminista, debe ser capaz también de repensar y de ponderar adecuadamente la experiencia moral de las mujeres, que es tan válida como la de los hombres, y de reconocerle su capacidad legítima de tomar las decisiones que les afectan. Para ello es necesario que seamos capaces de analizar las situaciones y los contextos donde las mujeres van a tomar sus decisiones, ya que éstos son capaces de influir de forma decisiva en la toma de decisiones finales, sobre todo si consideramos el peso que tiene el androcentrismo en nuestras sociedades, de tal forma, que en ocasiones su influencia es tan frecuente que se ha convertido en una situación normalizada, lo que no puede dejar de sorprendernos ya que su influencia se hace casi de forma soterrada, casi invisible como una fina niebla que nos desdibuja la realidad. El feminismo, en este punto, se muestra claro y trata de recuperar la capacidad de tomar decisiones morales por parte de las mujeres evitando todo tipo de subordinación que continúe menospreciando el verdadero valor moral de las mujeres. Por todo lo expuesto, considero que el feminismo es capaz de poner en relieve y llevar a primer término, en el campo de la ética, la importancia de lo público, y considera de forma relevante cómo afecta la dimensión política en la toma de las decisiones finales morales, desenmascarando las relaciones de poder, que no dejan de ser relaciones y prácticas políticas, o biopolíticas como veremos más detenidamente, que vienen oprimiendo a las mujeres. Más allá de mostrar el feminismo la importancia del género y del sexo como categorías analíticas que hay que tener en consideración y, a partir de ellas, volver a repensar la ética y la bioética, el objetivo final del feminismo trataría entonces de que desaparezca todo tipo de subordinación de aquellos marginados socialmente, en este caso concreto de las mujeres por el androcentrismo dominante, que pone de relieve la importancia de lo público para poder cambiar la distribución del poder que viene oprimiendo sistemáticamente a las minorías. Sin duda, la lección más importante que el propio feminismo nos ha expuesto, es la de tratar de averiguar cuáles son los poderes que vienen discriminando a las minorías, ya que cualquier forma de opresión es moralmente inaceptable, para finalmente condenar a esos poderes y tratar de eliminarlos para revertir esta discriminación.²¹⁸

Entrando ahora en las aportaciones que el feminismo ha llevado a la ética feminista, me gustaría resaltar tres aspectos principales que para mi tesis son fundamentales, pero que no agotan todo el rico contenido que el feminismo ha venido aportando, y sigue

²¹⁸ Me parece muy importante resaltar en este punto que el feminismo no sólo tiene un contenido teórico muy interesante y necesario, sino que su objetivo final también es llevarlo a la práctica y cambiar de esta forma una opresión intolerable, que ha sido silenciada intencionada e interesadamente durante siglos.

todavía hoy sumando, a la misma ética. Estos tres elementos son centrales en los argumentos que hemos venido pergeñando a lo largo de esta tesis y que vamos a desarrollar más ampliamente en sus hipótesis conclusiones: el valor de las emociones en la epistemología moral, el concepto de autonomía y el de racionalidad supuestamente imparcial. Antes de comenzar a desarrollar algunas cuestiones claves dentro de estos elementos, es necesario exponer que el feminismo no debe entenderse sólo como una crítica necesaria al statu quo que existía, y que todavía podemos encontrar lamentablemente en casi todas las culturas, que ha sido capaz de desvelar muchas situaciones morales que se aceptaban como correctas o normales debido a la tradición en la que se basaban sus postulados discriminatorios; sino que más allá de esta crítica, el propio feminismo ha sabido aportar una visión diferente, como intentaré desarrollar en mi exposición, a elementos que son fundamentales en nuestro razonamiento moral bioético. Voy a comenzar por una de las que considero más interesante y que últimamente está cobrando un papel fundamental en las investigaciones neurobioéticas que se vienen desarrollando, que tiene que ver con el papel que juegan las emociones en la toma de las decisiones morales. Si bien nuestro hilo conductor de esta idea en la tesis comenzaba con Spinoza, creo que el feminismo precisamente ha sabido actualizarla y dotarla de un sentido sumamente interesante y práctico. Aunque actualmente se vienen desarrollando investigaciones realmente importantes en este campo de la neurobioética, como las que viene realizando Antonio Damasio, entre otros, considero que deberíamos seguir investigando para lograr comprender que las emociones forman parte de nuestras decisiones morales, de tal forma que seguramente las conforman de alguna manera que todavía no logramos apreciar completamente. Por ello, la división clásica entre racionalidad y emociones, como si fueran incompatibles entre sí, debería ser superada por una comprensión más acorde con la realidad, como muestran las últimas investigaciones, y como nos muestran los análisis de muchos casos concretos bioéticos, donde es posible apreciar que la solución de los problemas no se consigue mediante la aplicación de simples principios rígidos universales, sino que existe una especie de mapa emocional, de campo de trabajo, donde se establece primariamente una resolución del mismo problema, más allá del simple cálculo racional moral. De esta forma, la ética feminista ha sabido ver que no sólo debemos comprender los fenómenos morales desde el uso exclusivo del intelecto, sino que deberíamos quizás asumir que las emociones están siempre presentes en cualquier tipo de conocimiento, como sustrato de éste, y que no debe ser valorado negativamente, sino más bien como necesario para poder comprender realmente nuestro conocimiento moral de una forma más acorde a nuestra propia naturaleza humana. El segundo elemento que valoro que puede recobrar otra dimensión desde la ética feminista, y que se ha convertido en central en misma bioética actual, es el concepto de autonomía, ya que la crítica feminista ha sabido apreciar y poner de manifiesto precisamente las mismas sombras que este concepto puede llegar a proyectar, como he venido exponiendo. Por un lado deberíamos partir de la base de que precisamente podría ser la autonomía un concepto fundamental para poder romper la opresión androcéntrica, pero, sin embargo, no debemos dejar de reconocer que esta misma noción de autonomía podría llegar a esconder el biopoder de aquellos que tienen mayor dominio sobre los otros y, en el fondo, lo que este concepto de autonomía volvería a reproducir, y no a solucionar por tanto, sería el papel de subordinación por parte de los que no detectan el poder necesario para poder expresar realmente su autonomía. Personalmente, considero que la crítica feminista al concepto de autonomía

ha sido uno de los puntos más necesarios que la propia ética feminista ha sabido ir construyendo a lo largo de los años, ya que ha sabido rehacer correctamente el mismo concepto, llegando a mostrar que un concepto de autonomía absoluto puede llegar a convertirse realmente en un sinsentido, como es la misma aplicación de los principios *ad hoc*. La rearticulación del concepto de autonomía por parte de la ética feminista ha sabido incorporar la importancia y la relevancia de lo político en lo ético, resaltando la importancia de lo relacional en la misma autonomía, donde parecía que los compromisos sociales no tendrían ningún valor y no dejaban de ser una especie de aporía insalvable. Pero, lo que verdaderamente pone de manifiesto la ética feminista en el análisis del concepto de autonomía es que sin tener en cuenta realmente las prácticas sociales y las relaciones personales, el mismo concepto absoluto de autonomía no tiene realmente un sentido ético completo. De esta forma, la autonomía no debería entenderse en la misma relación sanitaria, como en muchas ocasiones hacemos, como un abandono del paciente a su autonomía idealista, sino que se trata de desenmarañar con él su autonomía comprendida dentro de sus mismas relaciones personales y sociales que lo conforman como ser humano, respetando sus en última instancia sus propias decisiones. Finalmente, el tercer elemento que me gustaría resaltar que el feminismo ha sabido reflexionar muy acertadamente en la ética feminista, es el que tiene relación con un ideal concepto de imparcialidad que tiene reminiscencia de la tradición ilustrada y, que en muchas ocasiones, es intentando interpretar como una máxima dentro de nuestros razonamientos morales, como si sólo tuvieran justificación aquellos argumentos que son completamente imparciales. No se trata, por tanto, de abandonar realmente el ideal de imparcialidad sino de reinterpretarlo ahora más acertadamente, reconociendo en él la importancia de otros aspectos que quizás deshacen esta imparcialidad, pero que consiguen que seamos más acertados en la toma de las decisiones morales. En el fondo, lo que subyace, continúa siendo la interpretación sesgada de que las mujeres son fundamentalmente emocionales, y ellas no pueden entender realmente el concepto de imparcialidad, que requiere un razonamiento casi abstracto y completamente racional, que es, a su vez, superior. Así, sería posible observar de nuevo como existe una separación entre lo racional y lo emocional, que no se sostiene realmente como ya expuse. Quizás, el ideal de imparcialidad se aleja en exceso de los planteamientos donde deberíamos dar cabida a los proyectos de vida y a los compromisos personales de los pacientes en la toma de sus decisiones, que no pueden resolverse sin tener en consideración cuestiones que se engloban en la parte relacional con los demás, llenas de dependencias, de intimidades y de parcialidades, en el fondo, llenas de vida. Esta descalificación de las mujeres para convertirse en auténticos agentes morales capaces de tomar decisiones, viene justificada por una interpretación errónea del mismo concepto de imparcialidad en la ética. Quizás la noción de imparcialidad tenga un sentido absoluto y unívoco cuando hablamos de ciencias lógicas y matemáticas pero, puede que no tenga el mismo sentido cuando estamos intentando resolver una cuestión ética delante de un paciente concreto y un contexto social y familiar que lo condicionan finalmente.

Para ir concluyendo ya este epígrafe dedicado al feminismo, antes de preguntarnos lo que el feminismo puede aportar a la bioética, me gustaría tratar brevemente algunas ideas relacionadas directamente con nuestra tesis. Voy a intentar retomar algunas consideraciones sobre las aportaciones que Helen Longino ha venido exponiendo sobre cómo los prejuicios sexistas han condicionado claramente la investigación científica,

mostrando a continuación el ejemplo paradigmático del desarrollo de la píldora anticonceptiva. Pero, también creo necesario que tratemos finalmente de exponer las reflexiones que Rosemarie Tong ha realizado sobre el feminismo y la bioética.

Sin duda, creo que es necesario tomar de referencia a Helen Longino cuando tratamos de desenmascarar el sexismo que está instalado en la ciencia actual, como ya expuse. Comenzando con la investigación científica donde apenas podemos encontrar mujeres que la desarrollan, y cuando las hay no alcanzan los cargos rectores que podrían dirigir realmente las investigaciones a realizar; a la que hay que unir, la práctica invisibilidad de las mujeres en los ensayos clínicos²¹⁹, cuando no una errónea visión de la mujer como enferma en cada una de sus etapas vitales (embarazo, menopausia, puerperio, etc.)²²⁰. Al menos deberíamos de evitar tres tipos de reduccionismos cuando hablamos del *continuum* salud-enfermedad en el caso de las mujeres: la biologización, la sociologización y la psicologización, que se han llevado a cabo durante décadas de forma tan sistemática que se ha convertido en un sesgo normalizado e inapreciable. Pero también considero que hay que resaltar de las tesis de Longino su crítica a la concepción de la ciencia pura o, al menos, libre de supuestos valores sexistas o racistas que han venido condicionando claramente la investigación científica desde hace muchos años, como ya comenté. Asimismo, Longino ha sido capaz de mostrarnos que una vez salvados el mínimo de no dañar (correspondiente al principio bioético *primum non nocere*) a los otros en la investigación con seres humanos, precisando de su consentimiento informado para cualquier tipo de investigación, se debería considerar que no todo aspecto o valor ético es externo a los aspectos productivos de la propia investigación. En esta línea, es importante destacar que el quehacer científico siempre queda enmarcado en una sociedad con sus propios valores constitutivos, que la delimitan, conforman y la guían finalmente, de tal forma que la relación ética-política y la epistemología no es algo tan separado como podría parecer en un principio, sino que existe una especie de membrana semipermeable entre ellos, que casi iguala el peso de ambos solutos. Longino ha resaltado al menos cinco elementos de la investigación que se ven claramente influenciados y definidos por los valores contextuales de cada sociedad donde se desarrolla ésta. Estos cinco elementos son: las preguntas, qué se supone que es relevante investigar y qué no (influenciadas claramente también por los intereses económicos y políticos, más que por los propios intereses científicos de los propios investigadores); las prácticas de investigación, que hemos podido ir mejorando éticamente a lo largo de este último siglo; la selección y descripción de los datos de la investigación, que conforman claramente los diferentes tipos de interpretaciones finales de éstos; las asunciones específicas, que van a determinar en muchas ocasiones la elección entre unas hipótesis y otras que pudieran tener los mismos resultados a priori; y, finalmente, las asunciones globales, que tienen relación directa con aspectos como la asunción de la pasividad por lo femenino y de lo activo en todo lo

²¹⁹ En numerosos ensayos clínicos se evita la participación de mujeres, o se reduce al mínimo estadísticamente significativo, ya que hay que añadir al estudio el gasto adicional de suministrar un doble método anticonceptivo a las participantes en ellos y, de esta forma, finalmente los resultados y sus parciales desde el mismo inicio de la supuesta investigación científica aséptica.

²²⁰ Resulta interesante resaltar cómo Michel Foucault ya nombraba la “histerización” del cuerpo femenino, en la que se justificaba la interpretación sesgada de cómo tratar las ciencias de la salud al género femenino.

masculino. En el fondo, lo que Longino ha sido capaz de mostrar es que actualmente tenemos un quehacer científico basado en una concepción androcéntrica de la misma ciencia, de modo que la penetra, la recorre, la modifica y la moldea de una forma casi invisible, intangible, pero que resulta ser sumamente efectiva. Podría parecer que esta interpretación sexista de la ciencia es inocua y sólo puede llevarnos a ciertos errores o sesgos en la misma investigación científica, que poco la modifica finalmente pero, más allá de este problema metodológico y de credibilidad de una ciencia determinada socialmente por los valores dominantes de cada cultura y época, se está cometiendo al menos un trato completamente injusto y vejatorio a una minoría de ésta, que no puede tener ningún tipo de justificación científica ni moral y puede llegar a ser peligrosa, como expondré a continuación.

Para mostrar hasta qué punto no es tan inocua esta visión sexista y racista de la ciencia, un caso paradigmático que puede ayudar a ver estos horrores tan abyectos, es el que se produjo con la investigación, desarrollo e implementación de la píldora anticonceptiva en sus orígenes. Más allá de las motivaciones personales de Margaret Sanger, que son bastante cuestionables y controvertidas, nos interesa de este caso varios aspectos que voy a exponer pero, sobre todo, el más importante quizás pueda ser la consideración por parte de los mismos científicos de la necesidad de *normalizar* a las mujeres. Tras el análisis de este caso se puede apreciar todos los juicios de valor que muchos científicos hicieron sobre la condición femenina. Por un lado, se entendía la menopausia como una enfermedad a vigilar y controlar, ya que provocaba que la mujer estuviese fuera de control. Y, por otro lado, todos los supuestos controles científicos fueron manipulados de forma que encajaran con los resultados esperados, hasta que varias muertes²²¹ llevaron a la conclusión de que quizás no se estaban evaluando correctamente los resultados del fármaco. Sin duda, la farmacovigilancia que debía haber alertado sobre sus riesgos fue claramente malinterpretada valorando los intereses económicos y políticos de la sociedad de su época, influenciados por los prejuicios existentes incluso a nivel científico, de tal forma las asunciones genéricas de los investigadores fueron determinantes en la evaluación final del fármaco. No es sólo que se realizara una interpretación errónea de la menopausia como una enfermedad, y no como un ciclo vital más de las mujeres, sino que muchos síntomas secundarios provocados por el fármaco, como las cefaleas, las náuseas y los vómitos, fueron simplemente interpretados como normales, achacándolos más a una mala elaboración o una mala práctica sanitaria que al mismo principio activo del fármaco con el que se estaba llevando a cabo el experimento. En el fondo del todo el problema, lo que se pueden vislumbrar son los claros intereses biopolíticos de controlar a la mitad de la especie humana mediante un fármaco que las regule y normalice, para poder recobrar el orden del sistema que necesita el biopoder. Y, de esta forma, se desarrolló finalmente un fármaco que pudiera someter a las mujeres, mediante unas prácticas sanitarias y un lenguaje científico que refuerzan la idea de una jerarquía dominada y controlada por los hombres. Este ejemplo nos muestra cómo es posible manipular la supuesta verdad científica mediante los valores asumidos por una sociedad, de tal forma que finalmente

²²¹ Es necesario resaltar en este punto que se desconocen exactamente el número de muertes provocadas por la experimentación con el fármaco "Enovid", ya que muchas de ellas fueron atribuidas a patologías primarias que presentaban las pacientes, y no a los propios efectos secundarios del fármaco administrado.

lo que se produce es que los valores contextuales se transforman en valores constitutivos.

Llegados a este punto considero interesante introducir algunas reflexiones realizadas por Rosemarie Tong, que nos van a servir para finalizar este recorrido que he propuesto de la ética feminista, como un elemento decisivo de la vía complementaria de fundamentación de esta tesis. Más allá de la pluralidad de las diferentes opciones de pensamiento dentro del feminismo, como ya cité al comienzo de este epígrafe, que nos han aportados diferentes matices fundamentales para realizar un análisis más acertado de los problemas bioéticos aunque, en ocasiones, pueden llegar a mantener diferentes posturas sobre un mismo tema,²²² Tong identifica cuatro puntos que demandan los enfoques feministas en ética: el primero sería reconocer los intereses y las cuestiones morales de las mujeres tanto como ya se reconocen las de los hombres; el segundo tendría que ver con el reconocimiento de los hombres y las mujeres como agentes morales completos; el tercero sería el afirmar los valores culturales que han sido asociados a las mujeres al menos tanto como los valores que han sido asociados con los hombres; y, finalmente, el cuarto sería el valorar realmente tanto las experiencias y los modos de razonamiento moral de las mujeres tanto como los de los hombres. De esta forma, cobra especial relevancia la crítica metodológica de los planteamientos feministas que ha sido capaz de desenmascarar los enfoques distorsionantes del androcentrismo dominante, que debe ser cuestionados no sólo a nivel ético-político, sino también en los planos epistemológicos y ontológicos donde los han venido conformando decisivamente a lo largo de la historia. Asimismo, es necesario resaltar la crítica que realiza a uno de los grandes principios de la bioética, que la crítica feminista ha sabido cuestionar muy acertadamente, como ya expuse anteriormente: el principio de autonomía, ya que el feminismo nos plantea una ontología relacional que cuestiona aspectos que han sido determinantes en la concepción y desarrollo de este gran pilar de la bioética. El concepto de “autokoinoia” propuesto por Sarah Lucia Hoagland, oponiéndose al mismo concepto de autonomía, que no sería capaz de reconocer la necesidad relacional de nuestra identidad moral, pone en evidencia no sólo a este mismo principio de la bioética, sino también afecta de forma decisiva a la relación que mantenemos los sanitarios con los pacientes, que debería basarse más en una ética del diálogo que en una obediencia a simples principios o leyes, superando de esta forma una interpretación de la ética como instrumento de subordinación, donde podemos encontrarnos que entendemos que un buen paciente sería aquel que obedece bien a los profesionales sanitarios. Finalmente, me gustaría destacar la idea de la necesidad imprescindible de establecer realmente entre los pacientes y los profesionales sanitarios un diálogo práctico auténtico, donde los pacientes nos pudieran hablar y narrar sus

²²² Es importante resaltar que el mantener diferentes posturas en ciertos temas concretos, no quita validez a los planteamientos feministas en bioética, sino más bien todo lo contrario, nos muestra la gran capacidad crítica que tiene el feminismo de poder analizar desde diferentes puntos de vistas un mismo problema y llegar a conclusiones diversas.

propias experiencias y valores²²³ pero, un modelo de diálogo que debería estar focalizado en la preocupación por el otro, que nos exige finalmente respeto, sensibilidad, escucha activa, responsabilidad y confianza para poder entender su vulnerabilidad en ese momento de su ciclo vital afectado por una alguna patología concreta.

Tras todo lo expuesto, es preciso preguntarse, como he hecho anteriormente ¿qué puede aportar realmente el feminismo a la misma bioética? Y, por todo lo comentado, pienso que la bioética necesita un enfoque feminista ya que nos puede permitir abrir un nuevo campo de reflexión, allí donde la bioética parecía haberse encerrado en sus propios principios, de tal forma que el feminismo no sólo nos va a permitir que visualicemos aquellas minorías²²⁴ que están oprimidas por algún tipo de poder manifiesto o tácito, sino que nos va a permitir volver a ver al paciente como un otro, a través del desarrollo de la mirada bioética por parte de los profesionales sanitarios, que analizaré en la segunda hipótesis de esta tesis. Asimismo, postulo que existe una conexión entre la ética del cuidado, el comunitarismo y la ética feminista que pone de relieve las necesarias interrelaciones que existen en esta vía alternativa de fundamentación de la bioética, de tal forma que me parece que, aunque se han planteado en epígrafes diferentes, entre todas ellas hay una especie de reflexión final que hace que se valore al paciente en su justa medida, haciéndolo realmente visible y dejando que se oiga su verdadera voz. Pero, también vienen a poner el acento en la importancia de la política, como argumenta esta tesis, en los planteamientos bioéticos ya que entendemos que la ética feminista nace desde los planteamientos explícitamente políticos del feminismo, que tiene una clara vocación de acción y no sólo de reflexión, ya que para ellas la opresión que sufren las mujeres es política y moralmente inaceptables, extendiendo esta idea a todas las posibles minorías existentes. Sin duda, volveré a retornar este valor de la acción que se siente en la ética feminista para contestar a la pregunta de esta tesis.

Pero, llegados a este punto, quisiera simplemente destacar también sucintamente que las relaciones entre la ética del cuidado y la ética feminista se han venido conformando de forma compleja, ya que si bien la ética del cuidado ha sido considerada como un avance importante para el feminismo, a su vez ha sido criticado porque pudiera, de alguna forma, perpetuar estereotipos femeninos que continúan subyugando el papel de las mujeres dentro de las mismas profesiones sanitarias. En este sentido, Carol Gilligan expuso algunas varias consideraciones importantes a tener en cuenta entre una ética del cuidado femenina y una ética del cuidado feminista. La primera debería comprenderse como una alternativa a los planteamientos éticos que subrayan la importancia de la

²²³ Este punto es clave en la bioética y en la concepción final de una adecuada relación sanitaria y, por ello, lo vamos a desarrollar con más extensión en el siguiente epígrafe titulado: ética y narrativa, que debería servirnos para comprender a los pacientes desde una escucha real de sus demandas, sin usurpar la voz del otro, que en muchas ocasiones ejercemos desde una relación de biopoder marcadamente asimétrica.

²²⁴ Nótese que el feminismo se centra en la visualización y valoración adecuada de las mujeres, pero en esta tesis también nos interesa la minoría oprimida que supone los pacientes. Aunque ambas minorías no sean realmente cuantitativas sino cualitativas, lo que vuelve a dar valor a la ética feminista para la construcción de una bioética más amplia y cercana a la práctica asistencial diaria de los profesionales sanitarios.

libertad y la autonomía como valores absolutos, y que aboga por incluir conceptos como el servicio a los demás, la interdependencia, el sacrificio, la humildad, las relaciones personales, etc., que vienen a poner en relieve la importancia de realizar una verdadera aproximación relacional dentro del orden patriarcal existente. Pero, la segunda, partiendo de la conexión con los otros como pilar básico, se niega a reconocer ningún tipo de acuerdo que continúe presentando a las mujeres como actores secundarios y subordinados, que se ocupan de realizar el cuidado de los otros²²⁵.

A forma de resumen y reflexión final de este epígrafe voy a comentar a continuación algunas de las principales ideas ya expuestas. La primera que quisiera destacar, que tiene relación directa con el análisis del biopoder que realizaré especialmente en las hipótesis de la tesis, tiene que ver con la capacidad del feminismo de hacer visible y explícito el biopoder que los profesionales sanitarios ejercemos sobre los pacientes. Es muy necesario que reflexionemos sobre la asimetría de biopoder que las ciencias sanitarias aplican a diario sobre los pacientes. Tan sutil y larvado es este biopoder que realmente es como una especie de humo que podemos palpar desde que entramos en un centro sanitario; en ocasiones será más o menos denso según la capacidad de los profesionales sanitarios y los pacientes, convirtiéndose en irrespirable cuanto más urgentes y técnicas sean las situaciones sanitarias, ya que tiende a difuminar al paciente tanto que sólo somos capaces de percibir un cuerpo sobre el que realizar técnicas y no un ser humano al que cuidar²²⁶. El feminismo nos ha llamado la atención sobre el trato negativo que se le ha realizado a las mujeres sistemáticamente, pero también nos ha permitido darnos cuenta a los profesionales sanitarios de que este menosprecio por los pacientes no sólo se extiende a las minorías, sino que se extiende realmente a casi todos los pacientes²²⁷. Creo interesante hacer notar que los grandes avances tecno-científicos en el campo de la salud que se produjeron desde la segunda mitad del siglo XX, junto con la tendencia a medicalizar muchos procesos normales de la población en general,

²²⁵ Es necesario destacar que la noción de cuidado no debe entenderse sólo como una categoría de género. En la misma bioética se han venido desarrollando posturas desde la ética del cuidado que no incluyen de forma obligatoria cuestiones de género, de tal forma que pretenden aplicar valores que sean extensibles a todos.

²²⁶ Muchas de las prácticas de técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) se realizan sobre muñecos más o menos sofisticados, que incluso son capaces de emitir frases programadas, que tienden a sustituir finalmente al paciente cuando nos tenemos que enfrentar a una parada cardiorespiratoria (PCR) real. En este punto, el sanitario es instruido a tratar al paciente como un cuerpo, como el mismo maniquí sobre el que ya practicó, actuando con protocolos aprobados por “expertos” de sociedades científicas que se aplican rutinariamente de forma cuasi mecánica.

²²⁷ Resulta realmente significativo cómo los mismos profesionales sanitarios sólo somos capaces de ver este biopoder cuando somos atendidos como pacientes por otros profesionales sanitarios. De tal forma, que cuando nos tenemos que despojar de nuestros immaculados uniformes mágicos es cuando somos capaces de ver la necesidad de convertir la relación sanitaria en más humana y menos técnica, e igualar el biopoder que se ejerce entre ambos, revirtiendo la relación asimétrica habitual y normalizada por ellos mismos. En relación a este tema, existen numerosas experiencias personales relatadas en libros y películas que han sido capaces de visualizar y exponer manifiestamente estas relaciones sanitarias, y que están relacionadas precisamente con nuestro siguiente epígrafe de ética y narrativa. Un ejemplo paradigmático de esta relación asimetría entre sanitarios y pacientes se puede evidenciar en el magnífico libro del Dr. Edward E. Rosebaum, “A taste of my own medicine: when the doctor is the patient”, que posteriormente fue llevado al cine con el título “The Doctor”.

especialmente significativo en las mujeres y su ciclo reproductivo como ya he comentamos, han contribuido decisivamente en el establecimiento y reforzamiento de un biopoder que se había venido implementando desde el mismo nacimiento de la biopolítica. En este sentido el feminismo ha sabido reflexionar y hacer visible actitudes que han venido legitimando prácticas sociales injustas sobre las minorías, insistiendo en el trato denigrante en ocasiones hacia las mujeres por parte de los profesionales sanitarios que las entendían simplemente como cuerpos enfermizos, que eran capaces de poner a grupos sociales en situaciones de desigualdad con respecto a otros, lo que no les permitía tomar decisiones realmente autónomas, sino claramente influenciadas por la supuesta normalidad establecida por los grupos dominantes, como en nuestro caso por parte del personal sanitario sobre los pacientes.

Asimismo el feminismo ha sabido ir añadiendo al bagaje de la misma bioética elementos conceptuales y metodológicos que nos han ayudado a ir analizando la propia bioética desde otras perspectivas necesarias y, en cierta forma, ha sabido realizar una reorientación de la bioética. De tal forma que la salud de los pacientes, especialmente manifiesta en el caso de las mujeres, debería ser concebida de forma más holística y no sólo de forma biológica, intentando añadir los aspectos sicosociales a lo simplemente biológico, que es impuesto por muchos profesionales sanitarios, que continúan pensando de forma paternalista y estableciendo sus propios criterios “normalizados” de lo que es mejor para los pacientes, desde unos supuestos conocimientos tecnocientíficos *objetivos*. En este sentido, el feminismo ha sabido desenmascarar y cuestionar las actitudes androcéntricas de muchos profesionales sanitarios, incluidos aquellos que son mujeres pero que han normalizado esas actitudes en su práctica diaria, que estaban generando desigualdades en el trato y en la toma real de las decisiones de los pacientes. Desigualdades que no sólo eran manifestadas por una investigación clínica sesgada, donde el hombre era el paradigma de la investigación y decidía qué y cómo investigar, sino que se consideraba que los hombres y las mujeres enfermaban de forma igual y podían aplicársele por tanto los mismo tratamientos y dosis farmacológicas, perjudicando por ello la salud de las mismas mujeres que no eran tratadas de forma efectiva; pero, las desigualdades también se manifestaban en la jerarquía de las mismas instituciones sanitarias, tradicionalmente vetadas a las mujeres²²⁸ y, por ello, el feminismo ha sido capaz de cuestionar este statu quo tradicional y poner de manifiesto aquellas cuestiones relacionadas con el biopoder, que se venían imponiendo de forma acrítica por los mismos profesionales sanitarios.

Finalmente, el feminismo también viene aportando nuevas cuestiones que la misma bioética no había sabido valorar adecuadamente. Problemas como los relacionados con la denominada como medicina del deseo, como la cirugía estética, no habían sido valorados como tales al ser examinados sólo desde el prisma del principio de autonomía, sin tener en consideración otras cuestiones de peso, como pueden ser en este

²²⁸ Actualmente hemos roto el supuesto “techo de cristal” que no permitía que las mujeres accedieran a los puestos jerárquicos superiores. Hoy podemos encontrar en ellos ya mujeres que han sido capaces de acceder a la cima del Ministerio de Sanidad, pero ahora el problema consistiría en saber si aun accediendo a estos puestos de dirección, no siguen actuando de la misma forma que los hombres cuando se encontraban en ellos. Por ello, parece que no sólo sería necesario el acceso a estos puestos por parte de las mujeres, sino una transformación real de la manera en que se ejerce el biopoder, ya que actualmente lo que se ha producido es simplemente un cambio de nombres pero no de género realmente.

caso los cánones de belleza impuestos por una sociedad de consumo que se beneficia de ellos, y que entiende el cuerpo de la mujer como un simple negocio, que el feminismo sí ha sabido traer acertadamente en el debate bioético actual²²⁹. De esta forma, la bioética se ha visto enriquecida y ampliada más allá de los meros principios bioéticos aplicados de forma abstracta y supuestamente imparciales, y el feminismo nos ha mostrado que es necesario tener en consideración la cuestión del género en la misma bioética como categoría analítica. Poder ponderar adecuadamente las relaciones personales y los contextos sociales donde hay que tomar las decisiones bioéticas, es un valor que el feminismo ha sabido poner en el sitio correspondiente, sin llevarnos a planteamientos radicales de eliminar los principios bioéticos, sino teniendo en cuenta que en el debate bioético hay que sumar planteamientos enriquecedores y no limitarnos a planteamientos deductivistas quizás excesivamente reduccionistas de los mismos problemas bioéticos. Como conclusión final, sólo me gustaría añadir que el pensamiento feminista ha venido a cumplimentar el análisis bioético de una forma necesaria, haciéndonos visibles las minorías, tanto a las mujeres, como a otros grupos discriminados culturalmente, como son los mismos pacientes, que eran menospreciadas por los que ejercen habitualmente el biopoder, como somos los mismos profesionales sanitarios, produciendo un impacto considerable en la bioética que no podemos dejar de valorar y de añadir finalmente a nuestros planteamientos bioéticos. Las experiencias morales de las mujeres no pueden quedar nunca al margen de una bioética, que debe valorarlas como necesarias y complementarias de otros planteamientos más teóricos, así como tampoco puede considerarlas como planteamientos teóricos tangenciales de segunda clase, como ciertas modas pasajeras. Sin embargo, la ética feminista ha venido para quedarse y ampliar la misma bioética a nuevos planteamientos enriquecedores y necesarios.

2.1.2.6. ÉTICA Y NARRATIVA.

De entre los epígrafes propuestos en esta vía alternativa de fundamentación de la bioética, he querido introducir este de ética y narrativa porque considero que con él será posible dar sentido a las mismas voces de los pacientes, cuestión determinante en la bioética. No es por tanto un apartado sobre las relaciones y conexiones que pudieran existir entre lo que se conoce como filosofía del lenguaje y ética, que considero sumamente relevantes, pero que desbordarían el espacio de esta tesis, sino que es un epígrafe que nace desde las investigaciones que he venido realizando en la unidad de cuidados intensivos donde trabajo. Este origen tan localizado de esta idea podría parecer entonces que se escapa a la visión globalizadora que pretende esta tesis, sin embargo he

²²⁹ Autoras como Judith Butler, o Beatriz Preciado en España, han venido desarrollando el concepto de performatividad que me parece sumamente interesante en este campo. La teoría *queer* ha sabido realizar reflexiones brillantes sobre cómo la sexualidad lejos de ser algo natural, es construido socialmente. Las reflexiones de la primera autora en sus libros sobre la manipulación del cuerpo femenino por el poder deben ser consideradas también en el ámbito bioético, ya que tenemos también que enfrentarnos a problemas bioéticos relacionados con la sexualidad y las intervenciones, farmacológicas o quirúrgicas, relacionadas con el cambio de sexo, en las que esta teoría puede ayudarnos a valorar adecuadamente la sexualidad, más allá de nuestra tradición cultural occidental impuesta y considerada como *normal*.

creído necesario destacar desde donde nace esta reflexión, para resaltar que desde la reflexión personal en este campo me ha parecido finalmente necesario extenderlo a la misma fundamentación bioética, como voy a intentar justificar a lo largo de este epígrafe. Sin embargo, no es ésta una idea original sino que, como mostraré, ya existe un amplio trabajo sobre la relación entre la ética y la narrativa, dentro de lo que se ha denominado como giro hermenéutico de la bioética, de tal forma que se ha venido desarrollando especialmente en las últimas décadas lo que se denomina como ética narrativa y, por ello, intentaré exponer qué puede aportar todo ello al campo de la fundamentación bioética.

De esta forma, partiendo desde un trabajo de campo personal y de las reflexiones que se han venido realizando sobre la ética narrativa, pretendo introducir un tema central en la misma tesis cuya finalidad será la de reconocer la voz de los pacientes²³⁰ y sus experiencias vitales como claves para la construcción de la bioética y de una asistencia sanitaria centrada en el paciente y más humana, que deben servir para cumplimentar todo el desarrollo teórico de la misma disciplina, como trata de hacer esta tesis. Volveré a insistir en este epígrafe sobre la importancia de los sentimientos en la toma de decisiones morales, como ya he venido comentando anteriormente, que considero que será decisivo para la conformación de nuestra propia identidad moral, reconociendo al otro y siendo de esta forma responsables de nuestras decisiones morales, dentro de un contexto social y cultural donde nos encontramos. Por todo ello será preciso analizar someramente también la importancia de la hermenéutica en la desarrollo de la ética narrativa que actualmente se ha venido desarrollando de una forma muy interesante. Y, aunque en principio, la hermenéutica hubiera podido parecer como una corriente de pensamiento algo lejana a la misma bioética, expondré que en el fondo de la cuestión, tiene un peso determinante en la misma manera en que los Comités de Ética Asistencial estamos abordando e intentando resolver muchos casos bioéticos que nos plantean. Asimismo, la hermenéutica va a tener una relación directa con la idea central del la deliberación bioética, como la entendemos actualmente, y también en la misma enseñanza de la bioética. Estas dos últimas interesantes ideas intentaré exponerlas a continuación tras un breve comentario sobre mi experiencia docente con la enseñanza de la bioética.

Desde hace más de un lustro llevo trabajando con los alumnos de enfermería que realizan sus prácticas clínicas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Insular de Gran Canaria, la enseñanza de la bioética a nivel práctico. Una vez que los

²³⁰ Se trata no sólo de escuchar las narraciones de los pacientes sino también la de sus familiares, amigos, allegados y a los mismos profesionales sanitarios, ya que todos ellos son necesarios en esta novela o narración que es la vida personal de los pacientes, y de cada uno de nosotros (ya que todos hemos sido, somos y seguiremos siendo pacientes en algún momento de nuestra existencia, incluidos los mismos profesionales sanitarios). Sin embargo, he omitido intencionadamente al resto de los actores de estas narraciones porque considero que todavía hoy, seguimos sin escuchar completamente a los auténticos actores principales de la bioética a nivel sanitario: los pacientes. Entraré con más detenimiento en este punto cuando analice la importancia del desarrollo de la mirada bioética, en la segunda hipótesis de la tesis, ya que la finalidad precisamente de ésta es hacer visibles a los pacientes y, en este sentido la misma ética narrativa puede ayudarnos a comenzar a visualizar a los pacientes más allá de los números, cifras o patologías con los que los identificamos (está normalizada en la asistencia sanitaria diaria referirnos a los pacientes por el número de cada que ocupa en el hospital o por la patología que está sufriendo, en vez de hablar de él por su nombre).

alumnos ya han adquirido los conocimientos teóricos de la bioética en la asignatura correspondiente, creía interesante cumplimentar estos mismos conocimientos a nivel práctico en esta Unidad. Me pareció que una UCI es el sitio ideal para la realización de estas prácticas bioéticas porque es un servicio con unas características propias sumamente interesantes para la misma bioética. Dos son las principales características por las que considero que en esta Unidad podría convertirse en una unidad de referencia para realizar estas prácticas de la asignatura de bioética. La primera, sería por ser una unidad altamente tecnificada, ya que posee tanta tecnología para el necesario tratamiento de los pacientes que, en ocasiones, es fácil que el profesional sanitario pase más tiempo atendiendo a las diferentes máquinas que realizan el soporte vital del paciente que atendiendo al mismo paciente, lo que pueda que finalmente lo convierta en prácticamente invisible, y se transmute la UCI en una UPI (Unidad de Pacientes Invisibles) como analizaré con más detenimiento en la tercera hipótesis de esta tesis. La segunda, tendría que ver con que la mayoría de los pacientes ingresados pierden casi completamente su autonomía debido al deterioro neurológico que tienen muchos pacientes en estado crítico (en ocasiones provocado intencionadamente para tratar su patología de ingreso, como por ejemplo en una insuficiencia respiratoria aguda que nos sea preciso la conexión del paciente a una ventilación mecánica invasiva), teniendo sus familiares que decidir por ellos en estas circunstancias tan especiales. Estas dos serían las principales razones pero no las únicas. Existen otras que por falta de tiempo en esta tesis no puedo entrar a valorar pero que son sumamente instructivas también para los alumnos, como serían la dificultad, que no imposibilidad, de comunicarnos con los pacientes en estas situaciones críticas y las dificultades para saber hasta qué punto nuestros cuidados y tratamientos al paciente pudieran comenzar a ser fútiles, por mencionar sólo algunas de ellas.

Para poder realizar estas prácticas de bioética es necesario establecer algún tipo de metodología docente. Al ser la bioética un campo de conocimientos nuevos, todavía seguimos discutiendo la metodología docente más adecuada para adquirir tanto los necesarios conocimientos teóricos como las necesarias habilidades prácticas al respecto²³¹. La propia pregunta inicial de esta tesis tiene relación directa con esta cuestión de la enseñanza de la bioética que considero central en la misma bioética. Para alcanzar nuestro objetivo docente en la UCI nos planteamos dos actividades principales:

²³¹ En este tema tan interesante y relevante existe abundante literatura, que viene incrementándose con nuevos libros y artículos que, en el fondo, sirven para reflexionar sobre la misma bioética, pero me gustaría destacar el manual editado por la Asociación Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC) realizado por varios autores en 1999, titulado *“La educación en bioética de los profesionales sanitarios en España: una propuesta de organización”*, ya que recoge y analiza numerosos aspectos sobre su enseñanza, que nos pueden servir como guía para seguir trabajando en un campo tan ilusionante como es la misma enseñanza de esta materia tan fundamental para todos los profesionales sanitarios, que tiene que ver precisamente con el mismo origen y sentido de nuestras profesiones sanitarias como intentaré mostrar posteriormente.

la primera es trabajar con una hoja de recogida de dilemas humanos y bioéticos²³², y la segunda es mediante la visualización de varias películas²³³ con temáticas relacionadas directamente con la misma bioética, comentadas a continuación mediante un debate parcialmente dirigido por el docente con la participación de todos los alumnos y, finalmente, un resumen final por escrito de estos comentarios de cada una de las tres películas que los alumnos visionan durante sus prácticas y que deben enviar posteriormente²³⁴. Pero, lo que me gustaría destacar de este método es que los alumnos tienen que narrar precisamente sus experiencias vividas, intentando ponerse en la situación de los pacientes. Además, tienen que escribir un breve resumen de sus propios comentarios y reflexiones sobre las películas visionadas con el objetivo de narrar lo vivido en ellas. Ambos trabajos están unidos precisamente por la importancia que considero que tiene la narración en la misma bioética. No es por tanto una metodología docente que busque grandes discursos o justificaciones teóricas complejas, sino que huye a los pequeños espacios de las vidas cotidianas de los pacientes para reflexionar inicialmente desde ellas y, posteriormente, sí es preciso buscar los grandes discursos y justificaciones (este doble camino de ida y vuelta, desde la práctica a la teoría es central para responder a la pregunta de esta tesis, como expondré en las conclusiones). Se trata de alguna forma de ponerse en la piel de los pacientes y construir desde ellos un discurso que narre su propia enfermedad, quizás para comprenderla y poder, de esta forma, ayudar a superarla al paciente, quizás simplemente para aceptar la enfermedad como parte de nuestra condición humana y aprender a valorar más la vida. Se trataría de intentar conseguir una pequeña catarsis del alumno operando mediante un proceso de

²³² Esta hoja de recogida de dilemas humanos y bioéticos con la que trabajamos en las prácticas de la UCI posee un guión de trabajo formado por cuatro apartados: I.-Resumen del caso, II.- Reflexiones sobre las cuestiones éticas que podemos identificar en el caso, III.-Documentación consultada y otras fuentes de interés y IV.-Comentario final sobre la aprendido, que sigue el esquema del portafolio bioético desarrollado por el Dr. Rogelio Altisent Trota, cuya colaboración ha sido imprescindible para el desarrollo de esta metodología docente.

²³³ Las tres películas que se visionan siguen un orden determinado intentando trabajar la relación entre los contenidos audiovisuales proyectados y los sentimientos que se desarrollan durante su visionado. Las tres películas en el mismo orden de proyección son: “La escafandra y la mariposa”, “Johnny cogió su fusil” y “Las alas de la vida”. Existen numerosas películas y documentales muy valiosos al respecto, que también se sugieren a los alumnos para que puedan asimismo seguir reflexionando sobre estos temas teóricos de forma audiovisual, ya de una manera individual y que, en ocasiones, se ha comentado personalmente con aquellos alumnos que se han interesado en estos temas (que afortunadamente han sido muchos), que también han aportado relatos (algunos de ellos basados en su propia experiencia personal como pacientes), libros, películas y documentales al propio docente a modo de enseñanza bidireccional, que en bioética es imprescindible.

²³⁴ Estos trabajos son revisados y reenviados a los alumnos con algún comentario oportuno, si es necesario, a modo de refuerzo de las ideas que ellos han considerados como importantes dentro de cada una de las películas. Se evita en todo momento cualquier comentario que parezca una corrección o adoctrinamiento en alguna idea y se anima a ser críticos y reflexivos, valorando los diferentes matices y soluciones que muchos problemas bioéticos pueden tener. Se trata finalmente de ayudar al alumno a desarrollar sus propios valores y una actitud crítica y prudente frente a estos temas, se trata, por tanto, de construir unos valores personales basados principalmente en la ética de la virtud, que ya expuse, que les permita crecer tanto como profesionales sanitarios, pero también, y esto será lo más importante realmente, también como personas.

mimesis²³⁵. Expongo a continuación como ejemplo de esta metodología de enseñanza, una reflexión personal realizada por una alumna en el apartado IV de la hoja de recogida de dilemas humanos y bioéticos (comentario final sobre lo aprendido): “La conclusión a la que he llegado mediante la realización de este caso es la siguiente: “trata a los demás como te gustaría que te trataran”. En ciertos momentos me he llegado a poner en el lugar de la paciente. ¿Cómo me sentiría yo si...? He reflexionado mucho acerca de este aspecto y me he dado cuenta de lo importante que es hacerle saber al paciente que no resulta molesto cuando realiza demandas, que estamos a cargo de su cuidado y que intentaremos satisfacer sus necesidades en la medida que nos sea posible. Muchas veces ellos mismos se sienten una “carga” para nosotros y piensan que nos molestan al pedirnos ciertas cosas. Debemos promover una relación profesional-paciente basada en la confianza, tratarnos de igual a igual y que el uniforme no sea un obstáculo.”, que considero que puede servir de muestra del proceso reflexivo que se intenta realizar junto al alumno. Por todo ello, esta metodología docente de utilizar el relato como parte de la formación bioética de los profesionales sanitarios, creo que consigue mostrarnos como la misma narración de nuestras vivencias como profesionales sanitarios son necesarias a la hora de orientar nuestro trabajo al principal sentido de éste: el paciente.

Sin embargo, este trabajo realizado queda incompleto por no recoger directamente las vivencias de los pacientes. Sería necesario cumplimentar estas narraciones con los relatos vividos por los propios pacientes en nuestra unidad de cuidados intensivos para poder comparar ambos, con el fin de entender realmente mejor al paciente. En este sentido, gracias al avance de las redes sociales, es posible comprobar cómo se han desarrollando en los últimos años numerosas plataformas donde los propios pacientes expresan y narran sus vivencias²³⁶. Considero que son páginas de obligada lectura para los profesionales sanitarios, porque en ellas los pacientes nos narran muchos aspectos que en ocasiones olvidamos por el peso de la rutina diaria. No hay más que acudir a alguna charla o debate donde también participen los pacientes, para comprender que la bioética no sólo la podemos construir los profesionales sanitarios, los bioeticistas, los filósofos, los juristas, etc., sino que es necesario siempre el relato de los pacientes donde cuentan sus propias vivencias y sentimientos, como fundamento desde el que construir el pensamiento bioético. De alguna forma, tras todo expuesto podemos encontrarnos con una especie de necesidad vital que podría resumirse en la necesidad del ser humano del lenguaje, en la necesidad de nuestra propia narración para crearnos una identidad a lo largo de nuestra vida para entendernos como seres humanos, en la necesidad de

²³⁵ En el fondo, esta metodología de enseñanza de la bioética sigue los postulados y planteamientos de Michael de Montaigne: “El niño no es una botella que hay que llenar, sino un fuego que es preciso encender”.

²³⁶ Una página que considero sumamente interesante a este respecto es: <http://monz-lifejourney.blogspot.com.es/2007/03/192-days-in-hospital.html> (consultada el 5 de diciembre de 2015), donde Monz nos relata sus propias experiencias durante cuatro años como paciente. En ella no sólo narra sus vivencias sino que las acompaña de numerosos detalles personales que son sumamente importantes para los propios pacientes, y sobre los cuales deberíamos aprender los profesionales sanitarios. Un ejemplo de ello es cuando Monz nos cuenta cómo se pudo teñir su pelo cuando salió por fin de la UCI, ya que en ésta no era posible (quizás existan demasiadas prohibiciones en una UCI justificada por la propia seguridad de los pacientes y que habría que revisar críticamente).

contarnos para de alguna manera cuidarnos y curarnos finalmente, si fuese posible. No sólo parece que necesitamos medicamentos y tecnología sanitaria, que son claramente imprescindibles, sino que además vamos a necesitar de una especie de relato que de sentido a nuestra enfermedad, ya que precisamente cuando estamos enfermos es cuando más nos apremiamos a buscar un guión que sepa dar un *τέλος*, un sentido, una finalidad, a la continuidad entre nuestro yo sano y el que en esos momentos está enfermo, de tal forma que se produce una especie de revisión de nuestra historia vital donde la enfermedad cobra sentido, y en cierta medida ordena nuestra vida, dentro de ese relato individual. Por ello, el gran reto del estudio de campo que realicé en la UCI sería conseguir complementar los relatos de los pacientes que los alumnos han ido narrando con los de los propios pacientes, sus familiares o allegados, donde actores y autores se pudieran reencontrar y darse sentido mutuamente. Pero, eso, podríamos decir que puede llegar a ser el comienzo de otro nuevo relato, quizás, también necesario, como personalmente considero.

Llegados a este punto, creo relevante que se comience a reflexionar sobre lo que se viene denominando como ética narrativa dentro del giro hermenéutico que se ha venido produciendo en la misma bioética en los últimos años, casi de forma silente. En el fondo, este giro hermenéutico dentro de la bioética insiste en varias ideas que ya he venido comentando y afirmando a lo largo de esta tesis, y seguiré con ellas en las hipótesis y las conclusiones de ésta, que se podrían identificar principalmente como tres: la primera, tendría que ver con que resalta también la importancia de la experiencia personal en la construcción del pensamiento (insistiendo en la valoración de lo concreto, del caso que estemos estudiando y su contexto, más que en lo abstracto, como podrían ser los grandes principios o teorías bioéticas); la segunda, insiste en que esta experiencia, desde donde vamos a construir nuestra reflexión, precisamente viene conformada lingüísticamente (tiene que ser de alguna forma narrada en esa relación fundacional que existe entre el lenguaje y el mundo), lo que obligaría en cierto modo a darle un mayor peso al análisis del lenguaje que usamos en la construcción de nuestras mismas interpretaciones de los problemas bioéticos, de las ficciones y de las perspectivas a través de las cuales vamos contando y desarrollando el mismo problema como un relato; y, finalmente, la tercera, tiene que ver con el cuestionamiento de que pueda existir realmente una razón fundamentadora universal y pura, abogando por otro tipo de razonamiento, quizás en una razón que pudiéramos denominar como relativamente impura, pero que tiene relación directa con los problemas más concretos de los pacientes, muy alejados en ocasiones de esos grandes espacios inmutables de las verdades absolutas y puras, conformando finalmente una especie de razón que se podría denominar como encarnada²³⁷. De esta forma, podríamos llegar a pensar que los grandes discursos bioéticos han dejado de tener relevancia en el mismo quehacer bioético y, sin embargo, es necesario reconocer, desde esta perspectiva hermenéutica, que estos discursos, sin dejar de seguir siendo útiles, hay que acercarlos y contextualizarlos a la vida diaria, a la pringosa y fangosa realidad. Y, en el fondo, este

²³⁷ Es interesante resaltar que este giro interpretativo nace también desde el mismo giro que se ha producido en la Filosofía de la Ciencia, donde se ha venido cuestionando cómo los hechos deberían ser interpretados, ya que para dar sentido a nuestras mismas prácticas, éstas deberán ser valoradas en los contextos concretos donde se producen, como ya he venido exponiendo en los epígrafes anteriores de esta fundamentación.

giro hermenéutico quiere también resaltar lo importancia de lo global, y no sólo de lo particular, abogando por un giro necesario hacia una justicia social imprescindible para poder realizar una bioética más adecuada a los tiempos que vivimos, y no quedarse en la mera reflexión filosófica, quizás en ocasiones excesivamente alejada de la realidad, en esa “bioética de salón” que se ha venido denominar de una forma ciertamente peyorativa. Por eso, en este epígrafe me voy a centrar más en cómo llevar a la práctica, cómo aplicar, la necesaria metodología hermenéutica a la bioética, que intentar dar validez o justificar la misma hermenéutica como teoría filosófica. Finalmente intentaremos mostrar la conexión que existe entre la ética narrativa y la deliberación bioética, que considero que es el principal aporte de la metodología hermenéutica a la bioética (aunque, por supuesto, no la única), y lo que justifica esta reflexión sobre el giro hermenéutico en la bioética, que puede llevarnos hacia un método hermenéutico-deliberativo que sea capaz de justificar finalmente la deliberación como método central en la bioética. Tomás Domingo Moratalla expresa esta interpretación de la bioética en perspectiva hermenéutica de la siguiente forma “el encuentro entre bioética y hermenéutica no lo cifro en una aportación o contribución de la segunda a la primera, tras la cual, cada una siguiera su marcha. Por eso hablo de “perspectiva”: el calificativo “hermenéutica” supone, ante todo, una perspectiva, una orientación. Por otro lado, no entiendo este encuentro como algo que se haya producido y me esté limitando a levantar acta. La tesis de fondo que defiendo, y que quizás pueda sorprender y extrañar tanto a bioeticistas como a hermeneutas, es que el presente y sobre todo el futuro de la bioética pasa de alguna manera por la hermenéutica, por la perspectiva-orientación hermenéutica”²³⁸, que nos llevaría hacia un método hermenéutico-narrativo-deliberativo como método paradigmático en la misma bioética y que le dota de sentido y lo justifica finalmente²³⁹.

Avanzando en lo que la hermenéutica puede aportar a la bioética, me voy a centrar en algunas características que la misma perspectiva hermenéutica pueda aportarnos a la bioética. Una de ellas, que se engarza con el planteamiento de Emmanuel Lévinas (que ya expuse anteriormente en otro epígrafe de esta fundamentación) del otro, es la importancia que cobra la responsabilidad por los otros desde este giro hermenéutico de la bioética, lo que considero que la convierte en una bioética de la responsabilidad, con la que coincido plenamente en los planteamientos que estoy pergeñando en esta tesis. Otra de estas características que quisiera destacar tiene relación con la valoración de que esta perspectiva hermenéutica no es ni puramente principialista ni puramente casuística,

²³⁸ FEITO, L., GRACIA, D. y SÁNCHEZ, M. (ed.), *Bioética: el estado de la cuestión*, Madrid, Triacastela, 2011, p. 57.

²³⁹ En nuestro país en los últimos años, autores tan importantes como Jesús Conill y Diego Gracia han venido desarrollando este encuentro entre bioética y hermenéutica. Sin duda, el pensamiento desarrollado por autores como Wilhelm Dilthey, Martin Heidegger, Hans-Georg Gadamer y Paul Ricoeur, por citar sólo algunos, que en torno a la hermenéutica, han contribuido decisivamente en la construcción del método deliberativo en bioética que Diego Gracia viene exponiendo y aplicando prácticamente desde hace años, que a su vez, creo que ha servido para que nos hayamos acercado a una mejor interpretación de la hermenéutica partiendo desde la misma bioética. Finalmente, ha sido un viaje de ida y vuelta entre la hermenéutica y la bioética, en las que ambos planteamientos se han visto enriquecidos mutuamente. Viaje que considero que debe continuar porque va a continuar desarrollando y mejorando ambas disciplinas.

sino que estaría promoviendo un espacio intermedio²⁴⁰ desde donde construir el mismo pensamiento bioético; siendo este espacio intermedio el de la deliberación. De esta forma, más allá de la pura deducción principialista o de la pura inducción casuística, aboga por un proceso creativo de conocimiento práctico, que reivindica la *Φρόνησις*²⁴¹ aristotélica como norte de nuestra brújula bioética, donde precisamente coincide este conocimiento práctico con el que propone el método deliberativo, porque nos interesaría más lo que podría considerarse justo aquí y ahora, que lo justo en sí mismo. También, esta recuperación de la prudencia aristotélica tiene que ver asimismo con la reivindicación de una argumentación que busca adaptarse a la situación concreta, desde una lógica de lo probable más que desde una lógica puramente demostrativa, buscando adecuar nuestra inteligencia práctica a la situación, valorando que nuestras reflexiones éticas también quedarán siempre circunscritas y determinadas por un contexto cultural donde tendremos que tomar nuestras decisiones prácticas finalmente. Pero, sin duda, la característica que para esta tesis cobra más sentido, tiene relación directa precisamente con la misma característica principal de la filosofía hermenéutica como filosofía de la interpretación, ya que a través de las historias de los pacientes y de los profesionales sanitarios, de sus personales narraciones personales, podríamos llegar a comprender más que a explicar ciertamente, de tal forma que finalmente mediante esas narraciones no sólo podríamos comprender al otro, sino también a nosotros mismos y encontrar un sentido a través de los textos o narraciones, porque nuestras vidas no dejan de ser también sino una especie de narraciones autobiográficas de nuestras mismas cosmovisiones con sus correspondientes valores asociados. Por todo ello, la ética narrativa, por la que abogo vehementemente, no deja de ser una especie de realización de la propia ética hermenéutica, como uno de sus modos de realización. En el fondo, de esta propuesta, de este giro hermenéutico hay una recuperación de lo propiamente humano a través de las narraciones, donde nos convertimos en autores y actores, a la vez, de nuestras vidas, que nos obliga a ser responsables de nuestras decisiones convirtiéndonos, de esta forma, en auténticos seres morales, ya que nuestra misma identidad se conforma a través de las decisiones morales que vamos tomando y asumiendo a lo largo de nuestra propia vida.

Esta aplicación del modelo narrativo en la bioética, como el que he venido utilizando en la UCI, nos permitiría comprender los problemas bioéticos de los pacientes como relatos (que es el objetivo de la hoja de recogida de dilemas humanos y bioéticos y el de las películas visionadas y su posterior comentario por escrito), de tal forma que se busca una reconfiguración personal e individual de cada alumno mediante un proceso de

²⁴⁰ Que curiosamente no deja de ser un espacio intermedio entre la *δόξα* y la *ἐπιστήμη*, más cercano seguramente a la primera que a la segunda y, que resulta sumamente interesante debido al desmedido peso de la segunda sobre la primera en nuestra actual sociedad y sus planteamientos positivistas y neopositivistas.

²⁴¹ Resulta significativo como el propio Paul Ricoeur analiza las aportaciones de la ética aristotélica a nuestra filosofía moral, centrándose en la importancia de la *Φρόνησις*, en un texto cuyo título es bastante significativo al respecto: "A la gloire de la phronèsis", incluido en: "*La vérité pratique. Aristote, Éthique à Nicomaque, livre VI*". Textos reunidos por Jean-Yves Château, Paris, Librairie Philosophique Joseph Vrin, 1997, p.13-22.

mimesis²⁴². Esta ética narrativa intenta recuperar dimensiones de la moral que, quizás, hayamos olvidado en el quehacer diario de los profesionales sanitarios y en la rutina de la asistencia sanitaria, recuperando el compromiso y la responsabilidad con los otros, atendiendo a lo particular de cada contexto y al sentido vivencial personal que existe en cada acontecimiento, sin olvidar todos los elementos afectivos o emocionales que serán finalmente decisivos en la toma de las decisiones morales. Lo que se trataría es de desarrollar la empatía mediante un proceso imaginativo, que en el fondo también permitiría construirnos nuestra propia identidad. Finalmente, en este proceso de mimesis por el que aboga la ética narrativa, lo que se busca realmente es una transformación final del individuo, poniéndonos verdaderamente en la piel del paciente que nos narra su historia mediante el desarrollo de una cierta imaginación narrativa, que no sólo nos permitiría identificarnos con el paciente e imitar y asumir las actitudes más correctas en cada caso individual, sino que consiguiese una pequeña catarsis interna, mediante una cierta y necesaria distancia crítica y un juicio reflexivo de estas narraciones (éste es precisamente el objetivo que se plantea directamente tras el pequeño debate que realizamos cuando terminamos de ver las tres películas). Por todo ello, la ética narrativa aboga por el desarrollo de ciertas competencias narrativas, para que el autor del relato se reconozca finalmente en él y sea capaz de crecer, de transmutarse, como persona, donde nos interesa resaltar esos pequeños detalles que hacen que el relato sea propio, más que llevarlo a una estructura interpretativa basada en principios o teorías que nos parecen que son excesivamente abstractas en nuestra pequeña obra narrada²⁴³.

Asimismo, la ética narrativa trataría de que se produzca una especie de recorrido desde lo que podríamos denominar como ética centrada en las decisiones finales que tomemos, a una ética centrada en las relaciones personales que vamos creando entre los profesionales sanitarios y los pacientes, de tal forma que “la dimensión de enfermedad, el significado del sufrimiento, y el modo de reconstruir la propia historia vital por parte del paciente pasan a cobrar el papel principal. Las narraciones de las enfermedades enfatizan la idea de la experiencia y conceden al acto terapéutico una dimensión moral diferente: la del compromiso y la responsabilidad con la vida de la persona, con la ayuda a la construcción de un relato que tenga sentido para la persona y que le dé valor a la experiencia²⁴⁴”, y, de este modo, las mismas profesiones sanitarias cobran sentido y valor a través de las narraciones que nos unen a los profesionales sanitarios y los

²⁴² Que siguiendo los planteamientos de Paul Ricoeur, nos habla de una triple mimesis desde donde podríamos construir nuestra propia identidad. Una mimesis primera (pre-figuración), una segunda mimesis (configuración) y una tercera mimesis (refiguración), donde lo que nos interesaría sería poder llegar finalmente a esta tercera etapa de refiguración, que podría llegar a construir quizás un nuevo horizonte vital, desde donde volver a nacer de nuevo como profesional sanitario, pero sobre todo como persona, que sería más importante.

²⁴³ Por eso, en la corrección de los trabajos de los alumnos se evita intencionadamente las posibles referencias a las grandes teorías éticas o principios bioéticos, y se anima al alumno a seguir creciendo desde su pequeña narración personal de los casos y construirse finalmente como persona, mediante una crítica reflexiva de todo lo trabajado en la unidad. Considero muy importante narrar y narrarse para poder lograr esa reconfiguración de la mimesis finalmente.

²⁴⁴ FEITO, L., GRACIA, D. y SÁNCHEZ, M. (ed.), *Bioética: el estado de la cuestión*, Madrid, Triacastela, 2011, p. 83.

pacientes, como actores y autores que en muchas ocasiones nos intercambiamos los papeles²⁴⁵. Pero, no debemos interpretar este intercambio de papeles y sentidos como un tipo de conocimiento principalmente relativista y subjetivo, sino que hemos de ver precisamente el valor que tiene este nuevo camino: el de la experiencia vivida por un ser humano que nos intenta relatar precisamente su vivencia personal para curarse finalmente. Y, a partir de este caminar podemos comenzar los sanitarios todo un proceso personal de mimesis, de empatía, de catarsis y de aprendizaje personal que nos lleven mediante una imaginación creadora a repensar nuestra misma labor asistencia desde la responsabilidad y el compromiso con los otros, en este caso, los pacientes. Finalmente, he de añadir la importancia de reconocer no sólo las experiencias de los pacientes, sino también los de los profesionales sanitarios²⁴⁶ y de los familiares y allegados, como ya expuse, ya que todos los profesionales sanitarios construimos un decorado sobre el que cobra sentido la propia vida narrada del paciente, en esa interpretación de la misma vida como un relato en busca de su narrador.

Pero, tras todo lo expuesto, respecto a la ética narrativa y su conexión con la bioética, creo necesario realizar una breve reflexión final sobre el aprendizaje mismo de la bioética narrativa. Sin duda, la propuesta con la que venimos trabajando en nuestra UCI, que anteriormente ya expuse, es una manera de enseñar la bioética desde esta perspectiva de la ética narrativa. Sin embargo, quisiera comentar someramente otras posibilidades que pueden servirnos de ejemplo a la hora de enseñar bioética, para intentar desarrollar la denominada “competencia narrativa” que sirva para que los profesionales sanitarios pudiésemos acercarnos al paciente, ponernos en su lugar y establecer finalmente una relación basada en la confianza mutua desde la empatía que considero imprescindible. Todas las propuestas que voy a exponer comparten ese método mayéutico socrático, que trata de que cada alumno pueda “alumbrar” lo mejor de sí mismo, promoviendo la formación e incorporación de estas enseñanzas como una construcción propia del alumno, más que desde un adoctrinamiento ideológico,

²⁴⁵ Sería interesante que los profesionales sanitarios volviésemos a ser pacientes de forma “programada” cada cierto tiempo, para que nos pongamos frente al espejo de los pacientes, ya que quizás nos permitiría tomar conciencia de las difíciles situaciones a que los pacientes se enfrentan cada día en los centros sanitarios. A este respecto, considero muy instructiva la escena final de la película “The Doctor”, donde el médico obliga a sus compañeros de profesión a convertirse en pacientes por unos días para que vivan las dolorosas experiencias de los pacientes: vestirnos con una pequeña bata sin ropa interior, dormir y comer la comida de los centros sanitarios, realizarse múltiples pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que suelen ser molestas y/o dolorosas (enemas de limpieza, cateterismos, analíticas diversas, etc.),...

²⁴⁶ Existe numerosa bibliografía al respecto por parte de sanitarios que han sido capaces de narrar las experiencias de los pacientes hasta hacernos sentir precisamente sus vivencias, además de expresar los mismos sentimientos de los profesionales sanitarios. En este sentido, quisiera resaltar la historia de Patricia Diane Trumbull que el doctor Timothy E. Quill publicó en el *New England Journal of Medicine* en 1991, y que sirvió como caso paradigmático para comenzar los diferentes profesiones sanitarios a reconocer la importancia de las narraciones de las vivencias de los pacientes, como punto de partida de un aprendizaje ético y personal, que va más allá de valorar y apreciar estos relatos que quizás podría llegar a producir la mimesis que vengo exponiendo, con la finalidad de integrarlos realmente en la práctica asistencial diaria sanitaria.

promoviendo la concienciación ética²⁴⁷ del propio alumno o profesional sanitario. Entre las propuestas de utilización de recursos narrativos en bioética se podrían citar los siguientes: los relatos de vidas ejemplares, especialmente aquellas biografías que han abogado por posicionamientos éticos, y que nos sirven para reflexionar sobre el modo en que estamos y convivimos en el mundo; los relatos literarios propiamente dicho, donde sería posible encontrar una amplia variedad cuya temática principal no sea específicamente un tema puramente bioético, pero que traten sobre asuntos muy relacionados precisamente con la misma bioética; casos ilustrativos y seleccionados para tratar específicamente temas bioéticos, que han sido siempre uno de los más utilizados ya que coincide precisamente con nuestra manera de trabajar otros temas más propiamente sanitarios²⁴⁸; las narraciones personales de los pacientes o de los profesionales sanitarios, familiares o allegados²⁴⁹, que nos permiten en numerosas ocasiones tomar conciencia de muchos pequeños detalles, que solemos olvidar por centrarnos excesivamente en nuestro mundo sanitario casi estandarizado y sumamente normalizado²⁵⁰; pequeños textos humorísticos o irónicos o viñetas que puedan impactar de forma rápida y llamar la atención precisamente sobre cuestiones bioéticas de una forma menos “academicista” pero, en ocasiones sumamente efectivas; y, finalmente, tendríamos que hablar de todas aquellas nuevas tecnologías, especialmente las audiovisuales (incluidas las películas con las que ya trabajamos), que presentan la ventaja de la inmediatez y de la interconexión en cualquier lugar con pequeños

²⁴⁷ Lo que se ha venido a denominar como *ethical mindfulness* en el mundo anglosajón, que no sólo se aplicaría a las ciencias sanitarias, sino también a diversos tipos de conocimientos, tan dispar del sanitario como puede ser el financiero (que no deja de resultar curioso).

²⁴⁸ Podemos incluso llegar a pergeñar una mezcla de varios tipos de casos, que personalmente considero más interesante. Primero expondríamos el caso propiamente clínico y, posteriormente, lo complementamos con los problemas bioéticos concretos que nos presente el caso (como en la hoja de recogida de dilemas bioéticos y humanos). Esta forma de trabajar tiene la enorme ventaja de que el profesional sanitario se ve más implicado en el caso al parecerle más cercano a su trabajo asistencial diario.

²⁴⁹ En este sentido creo interesante resaltar la importancia actual de las denominadas “*storytelling*” por su uso cada vez extendido en diversos campos de conocimiento. Estas pequeñas narraciones se introducen dentro de un discurso más amplio para dotarles de realidad y cercanía al relato donde se persigue introducir una idea principal. Se vienen utilizado mucho en publicidad y en discursos políticos para dotarlos de cierto sentido de realismo y credibilidad y, en bioética, ya tenemos algunos ejemplos muy efectivos que podemos utilizar de forma docente para introducir conceptos o ideas, quizás en principio excesivamente abstractas y, que podemos de esta forma, acercarlas o contextualizarlas más a nuestra realidad. Se trataría, por tanto, de hacerlas más humanas para que sean más cercanas y comprensibles, transmitiendo de forma más efectiva el mensaje a comunicar.

²⁵⁰ Cuando hablemos de normalización, las reflexiones de Michel Foucault al respecto son sumamente interesantes y reveladoras para los profesionales sanitarios, que somos capaces de entender como normales situaciones difícilmente defendibles como tales, cuando son separadas de esas prácticas asistenciales asumidas como viejas costumbres por parte de muchos profesionales sanitarios. Un ejemplo significativo de ellas, son las contenciones mecánicas de los pacientes que en muchas unidades son consideradas como imprescindibles y están incluso protocolarizadas (como en una UCI justificándolas por la seguridad del paciente), pero sobre las que considero imprescindible mantener una postura crítica que justifique realmente cada una de ellas, ya que supone una violación importante del principio bioético de autonomía de los pacientes.

dispositivos portátiles (ya sean teléfonos móviles o tabletas informáticas). Todos estos ejemplos metodológicos pueden y deben combinarse entre sí para una mayor efectividad adaptándolos a las circunstancias y los contextos docentes²⁵¹, y sirven de ejemplo precisamente de cómo la misma ética narrativa puede aproximarnos de una manera diferente y necesaria a la reflexión bioética actual, acercando lo racional y lo emocional para fomentar actitudes de respeto por los pacientes, que nos permitan comprenderlos y comprendernos, sensibilizándonos ante las vivencias personales y los contextos donde éstas suceden, que sirvan para fomentar el dialogo y la comunicación entre todos y, en el fondo, que sirvan para construir una relación más humana entre los pacientes y los profesionales sanitarios.

Para finalizar este epígrafe, y antes de volver a cuestionar que puede aportar a la bioética la ética narrativa, quisiera insistir someramente en la conexión que existe entre la ética narrativa y la deliberación bioética, ya que considero que puede ayudar a entender precisamente la importancia de la primera actualmente y, para ello, me gustaría destacar algunos rasgos finalmente que considero que puede aportar a la bioética el método hermenéutico-deliberativo. Para comenzar sería preciso indicar que se trata de un modelo hermenéutico porque se busca una interpretación de lo que está aconteciendo y, más allá de alcanzar una explicación o una descripción, persigue intentar comprender para poder actuar en el caso concreto. También es un método que es posible denominar como articulador ya que intenta integrar tanto lo institucional y lo social como lo personal, además de intentar establecer diversos puentes de diálogos posibles entre los diferentes tipos de saberes de forma interdisciplinar²⁵². Y, dentro de la misma metodología bioética, la deliberación se ha venido convirtiendo en el corazón de ésta, de tal manera que la conforma y recorre todo el proceso bioético que es posible construir, desde el diseño y la puesta en marcha de los cuidados que fuesen necesarios suministrar, a los valores implicados, pasando por los datos clínicos o por a las propias decisiones que es preciso tomar. Todo ello, sin olvidar la importancia de lo narrativo en todo momento (tanto en la misma delimitación y presentación del caso, como cuando estamos intentando analizar las diferentes soluciones u opciones posibles), que finalmente debería ser justificado argumentativamente. Pero, será preciso reconocer la dificultad de la aplicación de este método hermenéutico-deliberativo, ya que nos vamos a mover en un territorio que se ha comenzado a explorar recientemente, y no será nunca fácil elegir entre los problemas bioéticos y las diferentes soluciones a las que podríamos llegar donde, en ocasiones, sólo nos va a quedar la opción de elegir entre lo malo y lo menos malo. Finalmente, la característica que considero más importante, por todo lo que he venido exponiendo en esta tesis, es que es un método que se va a desenvolver y

²⁵¹ Siempre es necesario adaptar las diversas metodologías docentes según los contextos y los alumnos que van a recibir la enseñanza. Actualmente parece que tendemos a utilizar, quizás en exceso, las nuevas tecnologías y éstas tienen también desventajas, ya que cuando estamos hablando precisamente de humanizar el trato al paciente, deberíamos también de humanizar el trato con al alumno e intentar combinar las clases virtuales con las necesarias clases o tutorías presenciales, que aportan un currículum oculto que debemos conocer, para no enviar posibles mensajes contradictorios.

²⁵² Por lo que a la hora de intentar responder a la pregunta de esta tesis en las conclusiones, se mostrará como un método sumamente ilustrativo y revelador para construir nuevas soluciones a los, quizás ya viejos, debates clásicos bioéticos.

desarrollar en la denominada “gramática de la responsabilidad” con el otro, y por ello conecta como todo lo que expuse en el epígrafe sobre Lévinas anteriormente.

Tras todo lo expuesto, es el momento de realizar la pregunta ¿qué puede aportar la ética narrativa a la bioética? y, para poder responder a esta pregunta me parece interesante reflexionar sobre una cita de Emmanuel Lévinas donde afirma que “la paz se produce como esta aptitud para la palabra”²⁵³, ya que considero que precisamente sirve para conectar los planteamientos de la tesis en relación a la importancia de reconocer al otro, como ya expuse cuando comenté el pensamiento de Lévinas, al que podríamos llegar a intentar comprender mediante la palabra, la narración o el relato, de tal forma que podríamos resolver los problemas bioéticos mediante esta aptitud para la palabra del ser humano, que considero que nos conforma como tales. En el fondo, todas estas narraciones, lo que intentan finalmente es que podamos situarnos en ese lugar que es el otro, en nuestro caso el paciente, y comenzar desde allí la propia deliberación moral. Pero, más allá de todo ello, la ética narrativa finalmente podría conducirnos a enriquecer la misma bioética y, de esta forma, la perspectiva hermenéutica no se puede definir como un simple añadido más, sino que se puede considerar que debería formar parte de la misma bioética, de su propio corpus de conocimiento, ya que como expuse, tiene una conexión directa con el método deliberativo que actualmente utilizamos para resolver la mayoría de los problemas éticos a los que tenemos que enfrentarnos en el día a día los profesionales sanitarios. La teoría narrativa creo que va a tener un papel central y predominante, y no meramente complementario o marginal, en el desarrollo futuro de las investigaciones bioéticas, debido a la insoslayable presencia de los relatos en la misma bioética y el valor que éstos nos vienen aportando. Por todo ello, considero que es posible justificar este apartado dentro de la misma fundamentación alternativa de la bioética y, afirmo que sería necesario seguir explorando precisamente todo lo que la ética narrativa puede aportar ya hoy a la bioética. Asimismo, si todo lo dicho, ya aporta un peso suficiente en la propia bioética, y creo que justificaría ya todo este epígrafe, queda una cuestión clave en la misma bioética que todavía no ha sido resuelta completamente: su enseñanza, y afirmo que el método narrativo-hermenéutico es sumamente importante en él. Si se concibe la enseñanza como una reflexión crítica de los saberes que intentamos transmitir, en la bioética cobra todavía, si cabe, más importancia las narraciones para construir mayéuticamente un saber que consideramos imprescindible en todos los profesionales sanitarios, como base de sus mismas profesiones. Por ello creo, que la ética narrativa puede aportar a la bioética un tipo de saber que por un lado, nos es fundamental y necesario para intentar comprender al otro y ponernos en su lugar, desarrollando la necesaria empatía pero, por otro lado, también se convierte en imprescindible en la misma enseñanza de la bioética, no sólo como metodología de su enseñanza misma, sino también del propio método deliberativo, que considero clave en la resolución de problemas bioéticos actualmente.

Como en muchas otros planteamientos que he venido exponiendo en esta vía alternativa de fundamentación bioética, un exceso en el valor que es posible otorgarle a la ética narrativa, creo que sólo conseguiría desprestigiar finalmente el importante peso que tienen los planteamientos anteriormente expuestos. En este sentido, existen algunos autores que no sólo consideran sumamente importante la ética narrativa, sino que justifican que se pueda reemplazar la teoría ética y trabajar sólo desde planteamientos

²⁵³ LEVINAS, E., *Totalidad e infinito*, Salamanca, Sígueme, 1977, p. 49.

narrativos la misma bioética. Sin duda las narraciones o los relatos van a permitir un análisis moral más rico de los casos bioéticos y son realmente imprescindibles para intentar realizar una correcta deliberación, pero también toda la teoría ética y su fundamentación filosófica es relevante en este mismo sentido. No sería posible obviar una parte y pretender resolver o comprender los complejos casos bioéticos sólo con una de ellas. La riqueza del propio conocimiento bioético está todavía en construcción y considero que tiene que hilvanarse desde la necesaria complementariedad de todos estos planteamientos alternativos que vengo exponiendo, con los clásicos expuestos al comienzo de la fundamentación de esta tesis, y no sólo desde la exclusividad de uno de ellos, donde quizás nos encontremos más a gusto por ser especialistas en ese tipo concreto de conocimiento y, por ello, estoy convencido de que sólo estaremos viendo una parte de los problemas bioéticos, pero no el conjunto que necesitamos y, en un campo de conocimiento donde nos jugamos tanto, no sería posible permitirnos un lujo tan superfluo. Por ello, aunque las narraciones son un elemento siempre importante a tener en cuenta en la deliberación bioética de los casos, como he venido exponiendo, y sostienen la justificación moral de éstos en cierta medida, no se puede autojustificar a sí misma, sino que deben ser analizadas y legitimadas basándonos en las historias de otros pacientes, sanitarios, familiares o allegados que han vivido las mismas situaciones y las evidencias existentes que podamos tener sobre casos similares, para ver si en cierta medida, esta nueva narración es consistente con las anteriores, evitando de esta forma una especie de todo vale en las narraciones, que puede abocarnos también a un cierto relativismo extremo. Asimismo, esta comparación de relatos deberíamos realizarla cuando estamos enseñando bioética a través de narraciones, intentando, en la medida de nuestras posibilidades, exponer sobre un mismo relato diversos puntos de vistas sobre un mismo evento. En este sentido, siempre resulta sumamente enriquecedor cuando podemos asistir a alguna mesa redonda donde no sólo intervienen los profesionales sanitarios relatando sus experiencias, sino aquellas en que los pacientes, familiares o allegados (si es posible encontrar un representante de todos ellos siempre sería más completa) nos cuentan sus vivencias personales y podemos, de esta forma, contrastarla y analizarla de forma crítica con la “versión oficial” que parece que siempre representamos los profesionales sanitarios.

Para concluir y, a modo de resumen final sobre lo que la ética narrativa supone actualmente para la construcción de la bioética, quisiera añadir que he comenzado exponiendo el trabajo de campo que hemos venimos realizando en la UCI del Hospital Insular de Gran Canaria, donde he intentado realizar una enseñanza práctica de la bioética a los alumnos de enfermería que realizan sus prácticas profesionales allí, con el objetivo de reflexionar sobre los aspectos bioéticos de los cuidados de enfermería, intentando que ellos fueran capaces de ponerse en el lugar de los pacientes mediante una reflexión y crítica personal basada en la ética narrativa. Se trata, por tanto, de intentar realizar una catarsis del alumno mediante un proceso de mimesis basado en el desarrollo de una narración e imaginación creadora. A partir de ahí, comencé a reflexionar en lo que el giro hermenéutico, que se ha producido en los últimos años en la bioética, puede aportarnos precisamente para poder visualizar y escuchar finalmente a los pacientes mediante el desarrollo de la ética narrativa. Además, he intentado exponer las conexiones que existen entre este giro hermenéutico y la deliberación en la bioética, entendiendo que entre ellos se establece una necesaria conexión que los alimenta mutuamente, de tal forma que el desarrollo de uno de ellos está influyendo de

forma positiva y decisiva en el otro, y viceversa. No es que la deliberación sea importante en la bioética, sino que es el mismo corazón de ésta, entendiendo la importancia de la responsabilidad y el compromiso que siempre deben estar presente, no como añadidos a las profesiones sanitarias, sino como el sentido mismo que las conforma finalmente. Asimismo, mostré que esta ética narrativa, que está a mitad de camino entre el principialismo y la casuística, entre el método deductivo y el inductivo, reconoce el peso de los sentimientos y de las emociones a la hora de tomar las decisiones morales finales, para que sea posible intentar comprender al paciente más que tratar de explicarlo y diagnosticarlo, como solemos hacer habitualmente desde una perspectiva de considerarnos como los garantes auténticos del conocimiento y de los saberes, quizás excesivamente positivistas, que estudiamos muy frecuentemente. Se trataría finalmente, como ya dije al principio, de darle la voz a los pacientes, de escucharlos y reflexionar sobre sus propias historias y narraciones con ellos, sabiendo que ese otro, es el sentido de nuestras profesiones sanitarias y, que ese otro, también seré yo algún día, porque todos enfermamos y morimos finalmente, aunque se nos enseñe rancia y falsamente que una simple bata o uniforme blanco es una armadura que nos convierte en seres inmortales. Se puede argumentar que es difícil encontrar este último postulado en algún tratado sanitario y, sin duda, lo es; sin embargo, forma parte de ese curriculum oculto que se ha venido transmitiendo a lo largo de los años en muchos saberes y, especialmente, en el relacionado con el ámbito sanitario. Se trataría, por tanto, de crear o recrear una auténtica atmósfera narrativa dentro de la bioética actual, de tal forma que nos permitiese una amplitud de la mirada bioética (que desarrollaré especialmente en la segunda hipótesis de esta tesis), que intentase comprender al paciente, y comprendernos como profesionales sanitarios en busca de nosotros mismos, que en medio de la más absoluta devastación personal que puede suponer una enfermedad, nos esforcemos por contarnos para reencontrarnos y darnos sentido y, a partir de esos pequeños relatos, encontrar en sus vestigios y sus enseñanzas, las fuerzas necesarias para superar el punto de inflexión que siempre supone una enfermedad en nuestra historia vital, para afrontar juntos un futuro que siempre resulta difícil y complejo a la vez. Nunca debemos de dejar de reconocer que somos lo que somos actualmente porque hemos afrontando las crisis que suponen las enfermedades, gracias a ellas pero no a su pesar. Quizás, sin estas narraciones que intentan darle un sentido a la enfermedad y el sufrimiento humano, puede que fuésemos mejores o peores personas, pero lo que es seguro es que no seríamos los mismos. No es fácil ponerse en el lugar del otro y esta posible irreversibilidad de las perspectivas supone un camino dificultoso, pero las diferencias con el otro deberíamos saberlas convertir finalmente en un recurso positivo, más que en un obstáculo insalvable. Para la correcta deliberación siempre es necesaria también una ética de la escucha diligente para poder intentar comprender responsablemente a ese otro, ignoto en muchas ocasiones, al paciente en nuestro caso, que actualmente siempre está en una posición asimétrica o desigual, pero que es posible revertir desde una bioética más completa, como intenta construir esta tesis.

2.1.2.7. LA ÉTICA DEL CUIDADO.

Hacia el final ya de nuestro recorrido sobre fundamentación de la tesis y arribando ahora a los dos últimos puertos, voy a analizar dos epígrafes muy relevantes en esta tesis: la ética del cuidado y la biopolítica. Si tuviese que seleccionar dos cuestiones centrales, son quizás precisamente estas dos reflexiones las más importantes que intenta aportar esta tesis al pensamiento actual bioético. Por un lado, la ética el cuidado aporta una visión complementaria y necesaria a las profesiones sanitarias que hoy nos hemos visto acosados e invadidos por una nueva forma de positivismo mal entendido llamada enfermería/medicina basada en la evidencia (que analizaré con más profundidad en la tercera hipótesis de la tesis). Pero, por otro lado, la biopolítica intenta aportar un “nuevo” instrumento de autocomprensión de la actualidad y de nuestra realidad y, por ello, también de la bioética. Todo lo expuesto en los epígrafes anteriores de esta tesis deberían ahora entenderse como una necesaria fundamentación para estos dos últimos apartados cruciales, como pasos previos imprescindibles para alcanzar este punto del camino en que estamos ahora. Sin embargo, cada uno de los epígrafes por separado considero que aporta una visión necesaria y complementaria a la propia bioética y, como tal, podría leerse e interpretarse como nuevas vías de pensamientos, nuevos caminos por donde transitar, nuevas líneas de fuga, nuevos puertos desde donde reflexionar. Pero, la visión en conjunto que aporta la propia tesis considero que puede ser fundamental para entender la bioética hoy y en el futuro. Como voy a desarrollar nuestras hipótesis de trabajo de la tesis basándonos en la ética del cuidado y en la biopolítica, estos dos últimos epígrafes de la “vía complementaria” de la fundamentación, sólo pretenden introducir ambos temas de manera sucinta y como preparación necesaria para su posterior desarrollo ampliado en las hipótesis de la tesis, pero presentándolos dentro de esta vía complementaria desde donde comienzan a cobrar sentido y considero que deberían estar presentes.

Para comenzar la reflexión sobre la ética del cuidado es necesario cuestionarnos donde nos encontramos actualmente en lo que podríamos denominar la construcción epistémica del conocimiento en las profesiones sanitarias. Hoy podemos observar una creciente demanda de los estudios basados en un método estadístico de conocimiento que son “los estudios doble ciego randomizados”. Este tipo de estudios parecen haberse convertido en el paradigma actual del conocimiento en las profesiones sanitarias como garante de una supuesta objetividad infalible. El problema consiste en que no todo puede ser demostrado con este tipo de estudios, ya que en muchas ocasiones nos enfrentaríamos, o simplemente a cuestiones bioéticas insalvables (como ponen de manifiesto aquellos estudios donde no se puede aplicar un placebo como tratamiento de una enfermedad que ya tiene el paciente, porque sería condenarlo a una muerte casi segura cuando ya existe el tratamiento para esa enfermedad) o, llanamente a cuestiones absurdas epistemológicas (como podría ser, por ejemplo, el plantearse si dándoles de comer a los pacientes estos mejoran su salud). Los estudios doble ciego randomizados son muy valiosos en aquellas cuestiones en las que realmente se pueden aplicar, el problema es el excesivo uso y abuso que actualmente se viene realizando de ellos. Nuevamente nos encontramos con un mal uso de la propia ciencia, concretamente de uno de sus métodos, que intenta reducir el conocimiento a un método. Para salvar precisamente este reduccionismo epistémico, considero que la ética del cuidado puede

cumplimentar la necesaria fundamentación científica de nuestros conocimientos en las profesiones sanitarias con la imprescindible fundamentación humanística de éstas.

La ética del cuidado trata de mostrarnos cómo el cuidado puede convertirse en la categoría ética fundamental desde donde construir y dar sentido a todas las profesiones sanitarias. Si habitualmente se ha asociado el cuidado a la enfermería y no a otras profesiones sanitarias, como la medicina, ha sido porque se ha entendido la salud del enfermo como parcelas diferentes, donde trabajan de manera diversa varios profesionales sanitarios conjuntamente de forma multidisciplinar. Sin embargo, el paciente no puede dividirse cuando debe ser atendido por los profesionales sanitarios, como habitualmente hacemos, sino que debería ser atendido de una forma holística por cualquier profesional sanitario, respetando cada uno la labor profesional del otro y, trabajando por ello de forma interdisciplinar. Si la enfermería en este sentido ha estado más centrada en proporcionar los cuidados necesarios a los pacientes para que éstos recobren su salud, no debería olvidarse que debe hacerse conjuntamente con los tratamientos médicos y basándonos en los diagnósticos a los que éstos habían llegado. No sólo puede trabajar la enfermería con diagnósticos enfermeros, sino que debe trabajar conjuntamente e interdisciplinariamente con todos los profesionales sanitarios que el paciente necesite. Pero, por ello también el cuidado debe ser considerado por el resto de los profesionales sanitarios, ya que sin los cuidados necesarios no se podrá realmente curar ni rehabilitar a los enfermos. Los cuidados no son exclusivos de ninguna profesión sanitaria pero sí son imprescindibles para el paciente y la prevención, promoción, recuperación, sanación y rehabilitación de su salud.

La ética del cuidado se ha venido asociando con la ética de la virtud como ya comenté. Nuevamente nos encontramos con una perspectiva que pone el foco en intentar comprender el punto de vista del otro más que insistir en proponernos una teoría de los principios bioéticos. La ética del cuidado resalta una actitud de cuidado que destaca cuestiones como la ternura, la comprensión o la imaginación para intentar llegar al otro y proporcionales los cuidados que éste precisa y, que le son necesarios para realizarse no sólo como paciente sino como ser humano, más allá de los imprescindibles cuidados más técnicos que todo paciente seguramente precisará. Pero, debo decir que es necesario un epígrafe sobre la ética del cuidado porque no se puede reducir la ética del cuidado a la de virtud. Ésta parte de una concepción específica de la naturaleza humana que no encontramos en la ética del cuidado y, como comenté, la ética de la virtud ponía el acento en la importancia de los rasgos de carácter pero, la ética del cuidado insistirá más en la importancia de las relaciones humanas como base desde la que construir los cuidados que precisa el propio paciente.

Es posible explicar a continuación cómo nace y se desarrolla toda la teoría de la ética del cuidado. A finales de los años cincuenta del siglo pasado el psicólogo estadounidense Lawrence Kohlberg desarrolló su teoría del desarrollo moral, donde sugería que existían varios niveles del desarrollo moral, que se iniciaban con el egoísmo infantil hasta completar el nivel superior de razonamiento, que sería el que correspondería al caracterizado por la deliberación racional, la justificación imparcial y la utilización de principios, estableciendo una etapa intermedia entre ambos de conformidad con los estándares morales de la sociedad. Kohlberg, basándose en sus estudios, establecía que las mujeres habitualmente se quedaban en esta etapa intermedia de madurez moral, caracterizada también porque identificaba la moralidad con la amabilidad y donde los principios abstractos no eran utilizados adecuadamente. La

psicóloga Carol Gilligan, colaboradora del propio Kohlberg, decidió llevar a cabo nuevos estudios para comprobar los resultados de Kohlberg, cuestionando esta supuesta diferencia entre las etapas de desarrollo moral entre hombres y mujeres. Fruto de sus estudios escribió en 1976 su libro *In a different voice*, donde se proponía evaluar el tipo de razonamiento moral de las mujeres. Gilligan concluyó que había que cambiar el enfoque de la pregunta sobre el porqué las mujeres no llegaban a la madurez moral, por la pregunta sobre cuál era el problema con el criterio que utilizaba Kohlberg para determinar la madurez moral que hacía que las mujeres pareciesen que no eran moralmente maduras. Gilligan insistió en escuchar realmente a las mujeres y no en adaptar a las mujeres al paradigma teórico que proponía su mentor (este razonamiento claramente también lo podemos aplicar a los pacientes con respecto a los profesionales sanitarios). De esta forma, Gilligan fue articulando lo que se ha denominado la ética del cuidado. Nuestra autora estadounidense comenzó a dudar sobre cómo el propio Kohlberg había aceptado como estándar de normalidad y de referencia de sus tesis la madurez moral de los varones. El estudio de su maestro había estado sesgado al olvidar lo que Gilligan denominó la “voz” de las mujeres. Mediante múltiples entrevistas tanto de hombres como de mujeres, Gilligan llegó a la conclusión que las estrategias de razonamiento e incluso los temas de interés son diferentes entre ambos sexos cuando formulan y resuelven problemas morales. Nuestra autora identificó dos perspectivas diferentes: por un lado, la que denominó como masculina, que estableció que se encontraba más centrada en cuestiones relativas a la justicia y, por otro lado, la denominada como femenina que estaría más centrada en el cuidado. La primera prioriza cuestiones relacionadas con principios imparciales, derechos e ideales abstractos y, la segunda resalta la importancia del carácter relacional, de los afectos, de los sentimientos, centrándose más en los aspectos particulares que en abstracciones absolutas y resaltando la importancia de la singularidad de las necesidades de los otros por encima de esas valoraciones ideales abstractas. Pero, lo que quiero resaltar del pensamiento de Gilligan es que no entiende estas dos perspectivas como absolutos mutuamente excluyentes, sino que aboga por una madurez moral donde se encuentren precisamente integradas estas dos maneras de pensar la moralidad. Esta brillante idea de Gilligan la recuperaré finalmente cuando en las conclusiones de esta tesis responda a la pregunta que la dota de significado.

El planteamiento de Gilligan me parece muy interesante y necesario ya que lo que plantea finalmente es una integración de dos perspectivas necesariamente complementarias. En el fondo, nuestra autora lo que está intentando es que comprendamos todos los prejuicios sutiles que modulan y modelan nuestra interpretación y comprensión de los problemas morales. Entiendo que Gilligan no busca presentarnos una nueva teoría moral, y este es para mí uno de los valores más importantes del pensamiento de esta autora, sino que pone el acento en la necesaria importancia de visualizar y añadir los aspectos relacionales e interpersonales a nuestras valoraciones morales, sin olvidar el papel que juega también la justicia. Por eso una exclusiva teoría del cuidado es incompleta sino añadimos el necesario complemento de la justicia a ésta y viceversa.

La teoría ética del cuidado ha sido desarrollada posteriormente por autoras como Nel Noddings, Virginia Held, Lawrence Blum y Annette Baier entre otras, intentando mostrar las diferencias que existen entre los sistemas principialistas que son supuestamente imparciales con lo que plantea la ética del cuidado. Voy a intentar

exponer a continuación las principales aportaciones que nos ha propuesto la ética del cuidado. Y, si tuviera que destacar alguna de las que voy a exponer, desearía resaltar como la que considero la más importante y significativa, la que sería la incorporación de las emociones como parte del razonamiento moral. Las éticas que hemos denominadas como principialistas han denostado y apartado el papel que juegan las emociones en el razonamiento moral, presentándolas como incómodas distracciones que distorsionaban la capacidad de las personas a la hora de tomar decisiones y de resolver conflictos en el ámbito de la moral. Sin embargo, la ética del cuidado plantea la necesidad de que lo racional, lo emocional y lo cognitivo estén completamente imbricados para que podamos tomar una decisión moral más completa y adecuada en las situaciones que se nos presentan. Lo importante de esta propuesta sería que muestra que la supuesta neutralidad afectiva de los planteamientos principialistas nos estarían abocando a un reduccionismo, que enmascararía factores particulares determinantes, que distorsionarían una adecuada respuesta moral al no tener en consideración al otro en su totalidad, desentendiéndonos de sus necesidades y de la responsabilidad que tenemos ante él. Asimismo resulta relevante destacar que la ética del cuidado también es capaz de aportar una visión de la moralidad basada en la idea de un yo que es esencialmente relacional, dependiente y conectado con los otros por encima de una visión individualista, que aportan los enfoques principialistas, de los seres humanos cuya racionalidad y autonomía eran establecidas como los valores donde la moralidad se asentaba. Precisamente desde esta visión relacional del yo cobran sentido conceptos como el cuidado, la empatía y el amor hacia los otros como inherentes a la propia acción moral. La ética del cuidado no es que desestime los grandes principios bioéticos, excluyéndolos o apartándolos como erróneos, sino que para la resolución o comprensión de cada situación pone el acento en los elementos particulares de cada caso por encima de esos grandes principios bioéticos, como si aconsejara cautela en su uso que hemos convertido, en algunas ocasiones, en un abuso sistemático. En la ética del cuidado se insiste en que en la deliberación de los problemas morales deberían establecerse conexiones entre todas las partes que intervienen en ella para dar cabida a aquellas que pueden tener menos fuerza o poder. Por ello, finalmente, es preciso entender que la perspectiva del cuidado debe ser cumplimentada con la de los principios, donde la confianza, la responsabilidad y el amor por el otro, que deberían estar presentes e imponerse a la idea de un simple contrato. Entendiendo que siempre hablamos de seres concretos en situaciones vulnerables no abstractas, la ética del cuidado quiere poner en su sitio, valorar en su justa medida, esos grandes principios imparciales y absolutos de la propia bioética, como ya he expuesto en algunos otros planteamientos de los epígrafes anteriores de esta fundamentación alternativa de la bioética, con los que comparten estos hilos argumentativos principales que he venido pergeñando, y que analizaré con más detenimiento en las hipótesis de la tesis y sus conclusiones finales.

Entraré ahora a abordar algunas cuestiones relacionadas con la ética del cuidado que deberían ser tenidas en consideración, si no queremos vernos abocados a un exceso en los planteamientos que estoy exponiendo. En primer lugar, debo afirmar claramente que bajo la idea de la ética del cuidado no se puede imponer ninguna visión que manifieste una especie de autosacrificio o explotación. No es este precisamente el acento que la ética del cuidado quiere dilucidar. Ésta no propone una subordinación de una parte de la sociedad por otra, típico de las sociedades opresivas, sino que plantea la necesidad de

reconocernos como iguales, como otros que se cuidan mutuamente. Hilde Lindemann Nelson y Alisa L. Carse han insistido precisamente en esta idea de que una ética que enfatizara las necesidades de los otros, podría abocarnos finalmente a unos reclamos injustos de éstos. Por eso resulta necesario recordar que la ética del cuidado propone también una noción de justicia que implica un respeto de los intereses de todos los participantes en las decisiones morales. Se debería realizar una adecuada valoración de lo que supone realmente la ética del cuidado con el fin de evitar una posible esclavitud del propio al que se cuida o el que cuida. Estas circunstancias han venido plasmándose en las últimas décadas en muchos estudios científicos que han venido demostrando la importancia de este aspecto, y su materialización real y directa en lo que se viene denominando como síndrome del “*burnout*” de los profesionales sanitarios. Una ética del cuidado, mal entendida, que propusiera realmente una relación interpersonal asimétrica en la que una de ellas tuviese la oportunidad de imponerse sobre el que lo cuida no sería realmente una relación ética. Por eso los propios profesionales sanitarios hablamos en muchas ocasiones de que se debe buscar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, y no sólo la curación de éstas, y del bienestar de todas las partes implicadas en una relación basada en la ética del cuidado. Sin embargo, en el día a día, nos enfrentamos precisamente a la realidad opuesta, en la asistencia sanitaria observamos cómo son los mismos profesionales sanitarios amparándose en un falso y rancio paternalismo, realmente mal comprendido, muestran una actitud en ocasiones casi ultrajante hacia los propios pacientes. Precisamente la ética del cuidado viene a replantearnos la necesidad de asistir a los pacientes como otros iguales a nosotros, escuchándolos y siendo receptivos con sus necesidades, para que no se produzca la eliminación de la autonomía propia e inherente de los pacientes como seres humanos que nunca dejan de ser, incluso en el proceso de su muerte, que pretendemos ocultar en muchas ocasiones tras los biombo en los hospitales.

Existe una última consideración que siempre se debería tener en cuenta cuando se habla de la ética del cuidado y, que tiene que ver precisamente con la valoración que podría hacerse de ésta como una teoría que sólo pudiese tener sentido en el ámbito de lo privado, pero no en una situación donde se den situaciones entre extraños (como esos extraños morales que planteaba Hugo Tristram Engelhardt, en el epígrafe que expuse en vía clásica de fundamentación de esta tesis), como si la actitud del cuidado sólo pudiera aplicarse a personas con las que estamos cercanas y mantenemos una cierta relación de amistad. Sin embargo, es importante resaltar que a pesar que pudiera opinarse que cuando actuamos con extraños morales vamos a tener una actitud más cercana a la justicia que al cuidado, no debería ser considerada de esta manera si entendemos la ética del cuidado como un equilibrio con el otro y no como una especie de contrato social “justo”. No es posible realizar una separación entre lo público y lo privado como si fueran opuestos, sino que deberíamos poder comprender que nuestras relaciones privadas siempre se darán en un contexto social, donde la interconexión humana, que busca poner en valor la ética del cuidado, cobra su máxima importancia. En cierta forma deberíamos siempre abogar por una prevención de la injusticia en general que podría acarrear finalmente conflictos morales. Si hemos entendido el planteamiento de la ética del cuidado, no podemos afirmar que exista una distinción entre aquellas personas más cercanas a nosotros y los que se podrían presentar como extraños morales, ya que todos nos encontramos siempre inmersos en una sociedad que compartimos, donde lo fundamental sería precisamente resaltar la importancia de las relaciones con los otros

como enfoque que nos puede permitir realmente buscar la eliminación de la injusticia en general.

Sería preciso ahora analizar qué significa o qué podría aportar a las profesiones sanitarias la ética del cuidado (ya que no debe entenderse como exclusiva de una de ellas). Tradicionalmente el cuidado ha estado ligado conceptualmente a la profesión enfermera. Incluso Florence Nightingale, que puede ser considerada como la primera enfermera que fue capaz de entender la profesión con un corpus de conocimiento propio, postulaba que era más importante atender y cuidar a los pacientes que centrarse en la terapia de éstos. No hay tiempo en este apartado de poder abarcar y analizar todas las teorías que sobre la enfermería se han ido desarrollando durante el pasado siglo y, que continúan haciendo un gran esfuerzo actualmente para dotar a la propia enfermería con un corpus de conocimiento que la diferencie de los demás profesionales sanitarios y, sin embargo, hay que aclarar que actualmente la enfermería está inmersa en un contrasentido propio entre la búsqueda de una supuesta objetividad que nos proporcionarían los planes de cuidados estandarizados, descritos mediante una nomenclatura muy similar a la médica, basados en los diagnósticos de enfermería y planes de atención de enfermería (PAE) estandarizados, y entre aquellas teóricas, las menos, que abogan por volver a replantar la enfermería desde el cuidado, donde la ética del cuidado sería el paradigma conceptual desde la que crear y repensar la propia enfermería. La denominada enfermería basada en la evidencia debe ser cumplimentada con esta ética del cuidado si queremos construir una enfermería que realmente esté centrada en el paciente y no en un falso profesionalismo supuestamente científico y meramente positivista. En otras profesiones sanitarias menos centradas en el cuidado, como puede ser la medicina, se deben cumplimentar sus conocimientos necesariamente con la consideración que hace del otro la ética del cuidado, que podríamos denominarla como una forma de visibilidad del otro, en nuestro caso del paciente. Si es posible entender que los fines de la medicina no serían sólo curar al paciente sino también aliviar el sufrimiento cuando su cura no sea posible, parece que la aportación de la ética del cuidado es necesaria e imprescindible para estos fines expuestos. El cuidado siempre debe estar en la mente de todos los profesionales sanitarios aunque fuese uno de ellos el que “profesionalmente” se va a dedicar a suministrarlos, y todos los profesionales sanitarios deberían tenerlos siempre presente como parte de la propia terapia de los pacientes. En este sentido Alisa Carse ha insistido sobre cómo la voz del cuidado presenta implicaciones importantes en la educación bioética en general, ya que entiende el enfoque del cuidado como un cambio necesario en las actitudes de los profesionales sanitarios que estén centradas más en la comunicación con los pacientes y en la receptividad de las emociones y necesidades de éstos, que no sólo en la aplicación “ciega” de conocimientos teóricos científicos, donde la falta de empatía y de compasión hacia los enfermos se ha convertido en un nuevo profesionalismo sanitario mal entendido en el que se aplican reglas, principios y teorías sin tener en consideración a cada paciente concreto; no hay que eliminar éstas, sino cumplimentarlas con la ética del cuidado que nos permite entender realmente al otro y sus necesidades concretas. Empecinarnos en atender a los pacientes aplicando sólo una de estas dos visiones, necesariamente complementarías en mi opinión, la del cuidado y la que podríamos denominar más científico-técnica, sería igual de reduccionista. Sólo la adecuada y ponderada atención a ambos paradigmas nos permitirá atender realmente a los pacientes

desde una perspectiva bioética completa que entienda al ser humano desde una visión holística.

Expuse en un apartado anterior de la fundamentación complementaria de esta tesis, la importante aportación que a mi juicio suministra la ética feminista a la bioética, y ahora me quiero detener brevemente en la relación compleja y, en ocasiones, podríamos decir espinosa y casi contradictoria entre la ética feminista y la ética del cuidado, que ya comenté someramente en ese apartado previo. Si se entiende que la ética del cuidado podría haber venido a consolidar ideas estereotipadas, como que el cuidado de los otros es exclusivo de las mujeres desde una posición subordinada al hombre, es posible afirmar que choca frontalmente con los planteamientos feministas. Sin embargo, creo que la ética del cuidado precisamente ha venido a poner en su lugar al cuidado como categoría que reconoce la importancia del sacrificio, del servicio, de la humildad, de la dependencia, de las relaciones interpersonales, etc., que han hecho visible la importancia de lo relacional dentro de un orden social patriarcal. Por consiguiente, considero que lo importante no es tanto el llevar, o forzar diría yo, los postulados de la ética del cuidado hacia posturas feministas, sino que creo que lo relevante sería entender que la noción de cuidado no va unida indisolublemente con una categoría de género. Incluso se ha llegado a realizar una distinción artificial entre la ética del cuidado, como “femenina” y la ética feminista, ya que ésta última estaría más cercana a una perspectiva política explícita del feminismo que entiende que la opresión de las mujeres es moral y políticamente inaceptable, como ya expuse en el epígrafe dedicada a ella, mientras que la primera incluiría posiciones que estarían haciendo posible que se visualicen posturas tradicionalmente ignoradas, donde las experiencias morales e intuiciones de las mujeres sean valoradas adecuadamente, evitando caer en la hipocresía de entender que sólo las mujeres son las que deben prestar los cuidados. En la propia bioética se han venido a construir consideraciones que abogan por una ética del cuidado aplicable a todos y cada uno de los seres humanos y no sólo a una parte de ellos en exclusividad. Por eso la ética del cuidado debe tener un mayor peso en la propia bioética y no debería entenderse sólo como una nueva moda a considerar dentro de ella misma, sino que incluso creo que es propio desarrollo “natural” de ésta como expondré más ampliamente en las conclusiones de esta tesis.

Como modelo de fundamentación, la ética del cuidado intenta resaltar algunas dimensiones de la moralidad que las aproximaciones de la justicia o el deber habían ocultado. Aunque el planteamiento que expuse por parte de Carol Gilligan es novedoso, me gustaría añadir que en la misma historia de la filosofía podemos encontrar pensadores como Martin Heidegger, Paul Ricoeur o Emmanuel Lévinas, entre otros, que han sabido resaltar la importancia de la atención solícita al otro como punto fundamental en la ética, como ya expuse. Por eso es tan importante estudiar sin excluir conocimientos. La división artificial del conocimiento que habitualmente se nos enseña, como queda una vez más puesto de manifiesto en este caso, no sólo no sirve para desarrollar visiones complementarias necesarias para abordar cualquier problema de forma interdisciplinaria, sino que reduce el conocimientos a pequeñas parcelas comunicadas que no entienden finalmente ni su propio conocimiento al perder el sentido que unidad que siempre engloba el mismo conocimiento.

Para terminar me gustaría cerrar estas sucintas reflexiones sobre la ética del cuidado mostrando, que no demostrando, la importancia del cuidado en todo acto sanitario, como atención solícita a un paciente que necesita de un profesional sanitario que le

ayude a recuperar su salud para poder continuar su propio proyecto vital. Para ello cuestiones como la atención, la escucha, el consuelo y el propio cuidado son categorías que ningún profesional sanitario puede obviar. Tradicionalmente, como comenté, se ha venido disociando la atención del paciente: la medicina curaría y la enfermería cuidaría. Tal división debería ya ser superada en este siglo mediante la propia bioética y, para ello, la ética del cuidado se muestra como un elemento necesario en la visualización de las necesidades reales de los pacientes y de los profesionales sanitarios, que deben verse reflejado en una ética que vuelva a ver al ser humano más allá de toda la tecnología que, en ocasiones, nos incomunica a ambos.

Pero, ¿qué puede aportar realmente la ética del cuidado a la bioética? Sinceramente, creo que la ética del cuidado es la clave del futuro de la bioética. Encuentro en esta propuesta la mayoría de las consideraciones que tendríamos que añadir a la bioética actual, porque sobre todo me parece que puede aportar una visión diferente de la misma bioética. Esta afirmación nace del convencimiento basado en la experiencia diaria, donde nos encontramos con grandes profesionales sanitarios, con amplios conocimientos científicos y técnicos a los cuales les faltaría complimentarlos con una serie de valores humanos en el trato del paciente. En numerosas ocasiones este “buen trato” se considera una especie de valor añadido, alguna especie de característica personal del profesional sanitario (en ocasiones sus compañeros sanitarios pueden llegar a comentar de él: “es que es tan bueno con sus pacientes”) e incluso, en el colmo del despropósito profesional y humano, considerado como un valor negativo dentro de las propias profesiones sanitarias, entendiendo esta humanidad necesaria con los pacientes como una especie de característica negativa del profesional sanitario (y los propios compañeros sanitarios comentan de él: “se implica demasiado con los pacientes y eso no es ser un profesional”), teniendo mucho que ver este desprecio por lo humano con el curriculum oculto que los profesionales sanitarios recibimos en nuestra formación y durante nuestros años laborales, como ya expuse. Creo que es el momento de dejar claro que estos valores que podemos resumir en ese trato humano y cálido con los pacientes, que tiene su base en esa ética de la virtud y la consideración por el otro como un igual, ya expuestas en la fundamentación complementaria de esta tesis, no son un añadido sino la base de las mismas profesiones sanitarias y, considero que se debe afirmar sin ambages, que un profesional sanitario que no tenga un trato humano con el paciente no puede ser realmente un profesional sanitario²⁵⁴. Por eso la ética del cuidado debería responder si es sólo una ética para la enfermería, sólo enfocada a las mujeres y concretamente a las enfermeras o si, por el contrario, debería convertirse en una ética para todos los profesionales sanitarios. En el fondo, la ética del cuidado nos habla de una sensibilidad hacia el otro, una sensibilidad ética, que tiene que ver con esa fragilidad y vulnerabilidad que un ser puede sentir junto a otro y, que evidentemente, no sólo puede tener que ver con la enfermería, sino con todos los profesionales sanitarios. En la experiencia del contacto con el otro, que se encuentra habitualmente en un estado alterado por la misma enfermedad, se citan dos seres humanos frente a frente: el

²⁵⁴ Tampoco es aceptable, como es posible ver en ocasiones, un trato ladino para parecer que se está preocupado por el paciente, cuando lo que se está ofreciendo es una impostada relación sanitaria, falta de toda ética. Por ello, la ética del cuidado trataría de transformar realmente a todos los profesionales sanitarios (no sólo a las enfermeras) y, de esta forma, el trato con los pacientes sería connatural de los profesionales sanitarios.

profesional sanitario y una persona dependiente, única, irrepetible, frágil, asustada, consciente en ese momento (por fin) de su finitud, etc., en fin, un ser humano y, desde este contacto, comienza a crearse una sensación entre ambos que puede llevarnos a desarrollar una relación humana, realmente humana, que tiene que ver directamente con la ética del cuidado. Por eso, esta experiencia, esta sensación, este contacto cercano, no puede ser exclusiva de ningún sexo, sino que es una sensibilidad humana, que pertenece a todos los seres humanos en su misma condición. La pregunta sería aquí ¿por qué no todos los profesionales la desarrollan? La respuesta, creo que tendría que ver más con la sensibilidad propia de cada uno pero, y sobre todo, con la educación recibida a lo largo de los años y, especialmente, en su curriculum profesional (sobre todo el que se desarrolla en el curriculum oculto, que habitualmente se enfoca hacia convertirnos en *profesionales sanitarios* que no se pueden implicar con los pacientes). Si basamos nuestra asistencia sanitaria en el otro preocupándonos de su cuidado, su curación, su atención, su supervivencia, sus propios deseos y consideraciones,..., estaremos desarrollando un pensamiento y una sensibilidad cercana a la que la ética del cuidado quiere mostrar como imprescindible en todos los profesionales sanitarios, que puede ir madurando paulatinamente hacia una personalidad ética asistencial basada principalmente en el otro, que habría que ir completando con conocimientos técnicos y científicos que nos permitan ayudar al enfermo a superar su enfermedad o a acompañarlo, al menos, en la mayoría de las ocasiones, hacia su muerte inevitable. Será el trabajo conjunto de todos los profesionales sanitarios, que deberíamos compartir esta ética del cuidado, los que vamos a intentar realizar un trabajo valioso de cooperación responsable, más allá de falsos profesionalismos o corporativismos. Y, sobre todo, es este acercamiento humano al enfermo el que nos permite ser sensibles realmente a sus necesidades como ser humano, como otro y, no sólo como enfermo o como paciente, que no deja de ser un momento crítico de su vida, pero que no la define completamente (salvo en casos excepcionales). La voz del cuidado y de la responsabilidad con el paciente debe poder oírse alto en todas las profesiones sanitarias como la base de éstas, ahora ya como un grito necesario, más allá de consideraciones de categorías profesionales o de géneros.

Llegado a este punto parece claro que algo tendré que decir sobre la diferencia entre cuidar y curar, ya que precisamente algunos profesionales sanitarios querrán continuar parapetados tras el supuesto objetivo, claramente artificioso, de su profesión. Para reflexionar sobre ello voy a retomar la siguiente afirmación de Diego Gracia: “Curar y cuidar no pueden ser vistos como dilemas, sino como problemas. Las relaciones entre estos dos términos no pueden ni deben tener carácter excluyentes, sino integrador”²⁵⁵, donde se muestra claramente a favor de integrar ambos conceptos, que quizás nunca debieron separarse. Es importante resaltar que esta división artificial entre cuidar y curar es analizada por nuestro maestro madrileño como un problema y no como un dilema. El dilema implica precisamente que sólo hay dos respuestas posibles ante el tema que estemos tratando y, precisamente los dilemas en la vida real, y en la misma bioética curiosamente, se presentan escasamente, por no decir que son más bien artificios creados principalmente para separar y enfrentar posturas. Sin embargo, los problemas, como es el caso que analizo entre curar y cuidar, presentan habitualmente diversos

²⁵⁵ FEITO GRANDE, L., *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*, Madrid, PPC, 2000, p. 5.

cursos de acción posibles, aunque en ocasiones, ninguno óptimo y, cuando lo hay, como en este caso entre curar y cuidar, no suele encontrarse precisamente en ninguno de los extremos sino, como mostró el propio Aristóteles, en su curso medio, como ya comenté. Creo que entre cuidar y curar hay muchas más similitudes que diferencias y que sólo los ámbitos de poder, de biopoder en nuestro caso, que ejercen algunos profesionales sanitarios como analizaré posteriormente con más detenimiento, ha buscado crear artificialmente una división sumamente interesada desde la que ejercer e imponer una biopolítica, que se extiende sin ningún tipo de consideración a los sujetos que se van a ver afectados por ella.

Cuando Lydia Feito afirma que “la enfermería es una tarea apasionante en la que, ante todo, se produce una relación de comunicación entre personas. Se trata de una labor profesional en la que se exige a la enfermera (y, obviamente, también al enfermero) una excelencia no sólo técnica sino humana”²⁵⁶, muestra precisamente el valor de lo humano en conjunción con lo técnico. Pero, además, destaca también el valor de la comunicación entre personas en donde se basa la misma enfermería. Son estas dos cuestiones, tan importantes desde mi punto de vista, como son el valor de la comunicación en la relación terapéutica y la importancia de aunar lo técnico con lo humano en la labor asistencial de la enfermera, lo que le otorga a la propia enfermería un papel esencial en el cuidado del enfermero y, precisamente, el propio cuidado se debería construir sobre estos dos valores. Creo que la ética del cuidado puede hacer visible estos dos valores, tan importantes en sí mismos, que no creo que puedan ser dejados sólo a la labor de un tipo de profesional sanitario, como es la enfermera, sino que debería ser la base desde donde se construyeran las relaciones asistenciales de todos y cada uno de los profesionales sanitarios. De esta forma la ética del cuidado sería el pilar común de todas las profesiones sanitarias y, posteriormente, cada una de ellas construiría su corpus de conocimiento concreto, que claramente serán diferentes, pero nunca pueden perder estos dos valores que creo son inseparables a la relación entre cualquier sanitario y los pacientes.

Pero, ¿por qué este desprecio hacia la parte más humana de las profesiones sanitarias? Creo que para responder a esta pregunta clave hay varias cuestiones en juego. La primera es, quizás, una tradición muy elaborada en todas y cada una de las ramas del conocimiento, que tiene que ver con el positivismo y con el neopositivismo, como ya comenté, que trataría a todos aquellos conocimientos que no son medibles ni cuantificables como no científicos y como pseudoconocimientos, que implica que sólo aquel conocimiento que es científico y que puede demostrarse mediante el método científico es considerado realmente como conocimiento. En este planteamiento, que expondré con más precisión en las hipótesis y conclusiones de esta tesis, no sería posible dejar de considerar las aportaciones de Thomas Samuel Kuhn con respecto a la creación de los paradigmas en el propio conocimiento científico y resulta sumamente interesante como el propio Kuhn en su famoso libro *La estructura de las revoluciones científicas*, cuando habla de uno de los dos sentidos en que usa el concepto de paradigma, este hace “alusión a toda la constelación de creencias, valores, técnicas y

²⁵⁶ *Ibidem*, p. 11.

demás, compartidos por los miembros de una comunidad dada”²⁵⁷, ya que hace referencia directamente a los valores y, precisamente estos valores humanos no pueden ser medibles ni cuantificables como una ecuación, se escapan en cierta medida de las propias mallas de las teorías y, por eso el positivismo siempre miró con recelo y desprecio este conocimiento que tenga que ver con los valores que defiende en último instancia la ética del cuidado. La segunda cuestión, que yo consideraría como más importante y clave, porque es como si atravesase o penetrase la misma cuestión del valor del conocimiento, es la biopolítica. En el fondo, como ya explicaré con más detenimiento, esta falta de humanidad tiene que ver también con el desarrollo de la biopolítica desde la modernidad, que es la que le consigue otorgar todo su sinsentido a este desprecio por lo humano normalizando el considerar al ser humano como un objeto y, en este caso, como un objeto de conocimiento y poder y no realmente como un sujeto, que nunca deja de serlo (ni siquiera cuando nos encontramos en situaciones tan extremas y complejas como con un paciente en muerte encefálica).

Todo lo que he venido exponiendo en este epígrafe sobre la ética del cuidado considero que puede quedar resumido claramente en la siguiente afirmación de Lydia Feito “la enfermería es una práctica moral, esto significa que incorpora una actitud o comportamiento ético (el cuidado excelente), basado en una virtud moral (la solidaridad y la preocupación por el bien de los seres humanos), que se ejerce conforme a patrones éticos (corrección técnica y moral) y por la que se exige responsabilidad. Todo ello hace que la formación y el ejercicio profesional que lleva a cabo la enfermera deban estar basados en la observación de los requisitos que permiten que esa práctica moral sea considerada buena. Esto quiere decir, más brevemente, que no se puede ser una buena enfermera sin cumplir ciertas exigencias. Ese “ser buena enfermera” hace referencia a una idea de perfección moral”²⁵⁸, ya que considero que muestra precisamente la importancia de la ética y, concretamente de la ética del cuidado, como el pilar desde donde se construye la propia enfermería. Pero, además de estos valores humanos, creo que es necesario siempre hablar de la importancia de nuestra responsabilidad con el paciente y, por ello, la necesidad de la corrección técnica y moral a la vez, como imprescindibles en esta ética del cuidado, ya que puede parecer que abogamos sólo por la necesidad de humanizar el trato al paciente, pero asevero que no sólo hay que cumplir este requisito moral, imprescindible y, donde precisamente hemos de mejorar día a día, sino que también debemos de alcanzar la perfección a nivel científico-técnico, actualizando continuamente nuestros conocimientos según su avance, sino queremos ser meros acompañantes de nuestros pacientes.

Pero, tenemos un gran problema con respecto a la ética del cuidado más allá de su contenido, que como he expuesto, considero que complementa necesariamente a la bioética actual. El problema reside en su propia nomenclatura, ya que puede parecer que hablar de ética del cuidado es hablar de ética de la enfermería. Cuidado y enfermería parecen estar tan indisolublemente unidas entre sí, que cualquier intento de separación podría parecer que estamos abogando por la desaparición del sentido de la propia

²⁵⁷ KUHN, T. S., *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica, 2006, p. 302.

²⁵⁸ FEITO GRANDE, L., *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*, Madrid, PPC, 2000, p. 208.

enfermería como profesión. El reintroducir todos los matices que aporta la noción de cuidado en la bioética no resta importancia a esta profesión, sino más bien creo que la ubica precisamente en el sitio que la propia enfermería ha venido buscando desde hace ya más de un siglo desde Florence Nightingale, para convertirse en una profesión sanitaria completamente independiente. No es esta tesis el sitio desde donde proclamar la independencia de la enfermería con respecto del resto de profesiones sanitarias, los hechos creo que hablan por sí mismos, aunque no todo el mundo esté dispuesto a escucharlos. Sinceramente, creo que lo importante es poder cumplimentar la bioética actual con todas las nociones importantes y fundamentales que puede aportar la ética del cuidado. Más allá de ello, deberíamos considerar al cuidado como la base de todas las profesiones sanitarias. Sin cuidados no puede curarse un paciente realmente. El establecer un diagnóstico, tanto médico como enfermero, ayudarán a que el paciente recupere la salud apuntando hacia la dirección por donde tendremos que aunar esfuerzos en nuestro trabajo todos los profesionales sanitarios, pero nunca un diagnóstico curará por sí mismo a un paciente. Por eso el gran reto será poder hablar de ética del cuidado a otros profesionales sanitarios, sin que éstos entiendan que estamos hablando de la ética de la enfermería. No será fácil poder llegar a hablar de ética del cuidado fuera del ámbito de la enfermería sin que algunos profesionales sanitarios creen que se inmiscuyen en su ámbito profesional, intentando poner una especie de orden moral desde otra profesión sanitaria, pero tampoco fue nunca fácil hablar de bioética, como tampoco lo sigue siendo hoy, y no por ello vamos a dejar de empeñarnos en ello. Esta separación de la bioética y la ética del cuidado podemos encontrarlos en los proyectos curriculares de algún máster, donde se presenta la ética del cuidado como tema aparte o anexo en algunos temarios, cuando considero que quizás debería convertirse en el tema central de la fundamentación de la misma bioética.

Finalmente, sólo querría añadir que aunque como expresé, bajo la ética del cuidado está la base del futuro de la bioética, éste gigante que es la bioética necesita otra pierna donde mantenerse. Esa otra pierna será la biopolítica. Son estos dos pilares desde donde propongo construir el nuevo edificio de la misma bioética. Ambas cuestiones se van a desarrollar más ampliamente en las hipótesis de la tesis, sin embargo sí creo que es necesario presentarlas conjuntamente en este apartado para ir hilvanando todo el contenido de nuestra tesis y poder finalmente contestar a la pregunta de ésta.

Como resumen final de este apartado, me gustaría destacar que la ética del cuidado puede aportar quizás, aquella parte más humana necesaria en la asistencia de todos los profesionales sanitarios. Expuse que la ética del cuidado intenta mostrarnos cómo el cuidado podría establecerse como la categoría ética fundamental desde donde cobran sentido todas y cada una de las profesiones sanitarias, incluidas aquellas que históricamente no estaban tan relacionadas con el cuidado y sí con la curación o la rehabilitación de los enfermos, quizás más centradas en las enfermedades que en los mismos enfermos. También mostré la relación directa que tiene la ética del cuidado con la ética de la virtud, aunque no sea posible reducir exactamente la primera a la segunda, ya que la ética del cuidado consigue aportarnos una visión mucho más completa y amplia de la relación asistencial entre dos personas, que supera la ética de la virtud para convertirse en una propuesta que resalta más la importancia de las relaciones humanas sobre los rasgos de carácter. La ética del cuidado parte de los estudios realizados sobre las diferentes etapas del desarrollo moral de Kohlberg, que fueron revisados, adaptados y completados por Gilligan para mostrarnos la necesidad de centrarnos más en una ética

donde el carácter relacional, los afectos y los sentimientos cobren realmente la importancia que deberían tener, no en detrimento de justas abstracciones absolutas, sino como su necesaria cumplimentación y no subordinación de una por la otra. Se trataría por ello de implementar una ética donde cobre importancia los aspectos interpersonales y relacionales, que puede aportarnos el cuidado, sin olvidar el papel que la justicia siempre debe tener en ella. La ética del cuidado quiere cumplimentar la bioética de los principios, yendo más allá de éstos para otorgarle una importancia fundamental a la necesidad relacional de los seres humanos, planteando la necesidad de aunar lo cognitivo, con lo racional y lo emocional dentro de un contexto que reconozca la necesidad relacional y política de los seres humanos, abogando por un enfoque que pondere adecuadamente las circunstancias concretas individuales de cada caso con los grandes principios bioéticos. La idea de contrato entre los profesionales sanitarios y los pacientes debe ser cumplimentada necesariamente por la confianza, la responsabilidad y el amor por el otro. La ética del cuidado no puede interpretarse como subordinación de los profesionales sanitarios, especialmente las enfermeras, por el paciente sino que propone la necesidad de reconocernos como iguales, como otros que se cuidan mutuamente, porque en la idea de cuidado se debería vislumbrar un concepto de justicia que implica el respeto mutuo de todos los participantes en las decisiones morales, sin ningún tipo de discriminación, asistiendo a los pacientes como otros iguales que debemos escuchar realmente. La ética del cuidado buscaría poner en marcha un cambio en las mismas actitudes de los profesionales sanitarios, centrándose más en la comunicación, en la empatía y en la receptividad de sus emociones y necesidades, sin dejar de cubrir sus problemas de salud que pueden ser abordados desde una perspectiva más científica y técnica, entendiendo que éstas no son excluyentes sino necesariamente complementarias. Por todo ello, la ética del cuidado me parece especialmente indicada como reflexión necesaria para la construcción de una nueva bioética, en la que también debería estar incluida la biopolítica que a continuación expondré.

2.1.2.8. MICHEL FOUCAULT: LA BIOPOLÍTICA.

Finalizo esta vía alternativa de fundamentación de la bioética con un tema que considero central en la tesis para poder resolver, o al menos intentarlo, la pregunta que da sentido a esta misma tesis. Como ya expuse anteriormente, esta no es una tesis sobre la biopolítica, pero sí sobre una concepción de la bioética y de la biopolítica como conceptos que están tan íntimamente imbricados que cobran sentido mutuamente, sin anularse ni reducirse el uno en el otro, donde ambos se necesitan para comprenderse mutuamente. A continuación de mi exposición, en la primera hipótesis de esta tesis, voy a plantear que la bioética ha nacido como consecuencia del desarrollo de la biopolítica, y no sólo debido a los grandes avances tecnocientíficos del siglo XX, especialmente los producidos en su segunda mitad, sino como freno necesario precisamente frente a la biopolítica. Por ello, este epígrafe lo voy a dedicar a la concepción de la biopolítica desde los planteamientos originarios de Michel Foucault, y en las hipótesis de la tesis trataré de explicar cómo otros autores, han ido desarrollando el mismo concepto de Foucault pero desde perspectivas diversas y también sumamente interesantes, que han terminado de presentar y actualizar en cierta forma la idea de la biopolítica (que quizás

no pudo Foucault terminar de relacionar con la misma bioética debido a su prematura muerte).

Para poder comenzar esta introducción a este tema de la biopolítica quisiera irme a la entrada de este término que se encuentra en la *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética* “correspondió a Foucault iniciar la vía de la reflexión Biopolítica. En acertada síntesis enunció el tránsito de la *anatomo-politique* a la *bio-politique* que enmarcó la evolución del poder del Estado desde el poder-disciplina, centrado en la práctica de actividades sobre la anatomía del cuerpo, al poder-regulación, focalizado en la mecánica de la vida (nacimiento, salud, longevidad). De esta forma los fenómenos de la vida humana quedan integrados en las esferas del conocimiento del poder. Ya no es suficiente la técnica de sujeción de la población y se requiere su transformación en máquinas de producción de riquezas”²⁵⁹, donde podemos observar cómo será Michel Foucault el autor clave que vino realizando un desarrollo de una idea surgida a principios del siglo XX, por el sueco Rudolph Kjellen en 1905, pero que nuestro autor francés consiguió desarrollar de forma más profunda y que tendrá una relación directa con el mismo nacimiento de la bioética, como expondré a continuación en la primera hipótesis de la tesis. Previamente intentaré desarrollar sucintamente la génesis de lo que realmente podemos entender por biopolítica desde los planteamientos de Foucault. Para ello, trataré de exponer cómo el concepto de biopoder podría llegar a ser importante para la bioética y si puede que aporte realmente alguna novedad a esta vía alternativa de fundamentación de la bioética, especialmente en relación con los conceptos expuestos en los epígrafes anteriores, para conectar finalmente a la pregunta de esta tesis y sus conclusiones.

Para comenzar voy a introducir el desarrollo del concepto de biopolítica desde un texto de Foucault, que me parece esclarecedor y de referencia obligada si se quiere comenzar a exponer este concepto. El texto seleccionado será *Defender la sociedad. Curso en el College de France (1975-1976)*, en su clase del 17 de marzo de 1976, donde Foucault va a ir desgranando las principales ideas que voy a ir exponiendo a continuación. El texto comienza refiriéndose a cómo las guerras de razas que se habían dado a lo largo de la historia, han ido transformándose paulatinamente en el racismo de Estado. Me parece importante realizar esta contextualización porque no vamos a encontrar en la bibliografía de Foucault un tratado dedicado exclusivamente a la biopolítica, sino que es un concepto que nuestro autor francés va a ir desarrollando en diferentes textos cuya temática principal no coincide exactamente con la biopolítica como tal, o como podría interpretarse a primera vista. Pero, es que esta falta de protagonismo de la biopolítica es la que va a definir precisamente lo que podría ser: un instrumento de autocomprensión de la realidad, de tal forma que en cierto sentido la atraviesa, la penetra, la conforma y la define y, por ello, la importancia de este concepto no sólo para la bioética, sino, en general, para intentar comprender más adecuadamente el mundo (si esto es posible). El planteamiento de Foucault es que en nuestra sociedad

²⁵⁹ ROMEO CASABONA, C.M. (Dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, Granada, Editorial Comares, 2011, p. 263.

actual ya no existe la política²⁶⁰, sino que ésta, desde la modernidad, se ha transmutado en biopolítica. Quizás, por esta invisibilidad interesada de la biopolítica y del biopoder que se ejerce a través de ella, es por lo que permanece todavía casi inapreciable y, precisamente es por ello, por lo que considero que, aunque desde siempre se habían establecido las relaciones entre la ética y la política, sirviendo de ejemplo el propio Aristóteles, como ya expuse cuando comenté la filosofía aristotélica, quizás no hemos todavía sido capaces de entrever exactamente las implicaciones y conexiones que tienen la bioética y la biopolítica. Esta tesis no intenta resolver completamente este problema, sino simplemente plantearlo, establecer una especie de mapa conceptual de la bioética donde ya quede también ubicada la biopolítica como parte inherente de la primera, porque creo que necesitamos comprender lo que nos puede aportar la biopolítica a la bioética para responder a la pregunta que plantea esta tesis, y que puede marcar el devenir de ambas disciplinas. Precisamente en este mismo punto, de cómo voy a interpretar la biopolítica, quisiera citar a la filósofa española Adela Cortina cuando en un capítulo dedicado a la “*Bioética global. Un mapa de la bioética para el siglo XXI*”, y dentro de lo que la autora denomina como el nivel de la macrobioética, expone lo siguiente “la encarnación social de un cierto cosmopolitismo exige dar cuerpo a instituciones que lo hagan posible, por eso una justicia global exige a su vez vincular la *bioética con la biopolítica*, entendida esta última, no tanto en el sentido de Foucault, Heller, Agamben, Esposito o Negri, sino en el de la necesaria institucionalización de las exigencias de una bioética global en una política de algún modo global. La construcción de un cosmopolitismo moral y político sería uno de los caminos, y también esa más modesta *gobernanza global* que debería distribuir los bienes públicos”²⁶¹. Con esta cita, Cortina parece realizar una división de la biopolítica en dos concepciones diferentes que no comparto, como intentaré exponer. Considero que la biopolítica necesariamente no puede escindirse en estas dos interpretaciones que la filósofa valenciana expone, al igual que la misma política, ya que podría llegar a considerarse que una cosa sería la teoría política y otra la aplicación práctica de ésta, pero enseguida es posible entender que tienen una relación tan directa que acaba disolviéndose esa supuesta frontera. Creo que esa división de dos tipos o formas de biopolítica es en sí misma una especie de

²⁶⁰ Si en su famoso libro *Las palabras y las cosas*, Foucault ya afirmaba que el hombre ha muerto (con claras reminiscencias al *Dios ha muerto* de Nietzsche), en *Defender la sociedad*, sería posible llegar a afirmar que la política ha muerto o, al menos, la clásica política que se había venido pergeñando desde las primeras civilizaciones humanas. Desde la modernidad la política, como bien muestra el autor francés, se convierte ahora en biopolítica, con todas las implicaciones prácticas que analizaré, especialmente en el campo de las ciencias de la salud que provocó que fuese necesario finalmente desarrollar un conocimiento que ordenase y diese sentido a las diferentes profesiones sanitarias que se habían visto alteradas y golpeadas por el exponencial avance de los grandes avances científicos y técnicos del siglo XX, especialmente, como ya comenté, los de su última mitad.

²⁶¹ FEITO, L., GRACIA, D. y SÁNCHEZ, M. (ed.), *Bioética: el estado de la cuestión*, Madrid, Triacastela, 2011, p.214.

espejismo, ambas están imbricadas y, finalmente, parece que es posible afirmar que son dos caras, pero de una misma moneda.²⁶²

A continuación voy a comenzar a exponer cómo va planteando Foucault el desarrollo de la biopolítica. Nuestro autor francés parte de considerar que uno de los fenómenos fundamentales del siglo XIX fue la consideración de la vida por parte del poder, produciéndose una cierta estatización de todo lo biológico. Para poder desarrollar esta idea Foucault expone cómo en la teoría clásica de la soberanía, el soberano poseía un derecho sobre la vida y la muerte de sus súbditos, pero sobre todo decidía finalmente su muerte, y, de esta manera, la vida y la muerte dejan de ser fenómenos naturales inmediatos ya que quedan inscritos dentro del poder político del soberano. Pero, este derecho del soberano sobre la vida de sus súbditos se ejerce de forma desequilibrada del lado de la muerte, que se podía denominar como un derecho de la espada, de tal forma que el soberano posee un derecho disimétrico de *hacer morir o dejar vivir*. Y, precisamente en el siglo XIX se produce un nuevo derecho *el de hacer vivir y dejar morir*, que no borra al anterior, sino que lo penetra, lo atraviesa y lo modifica finalmente. A nivel político se reproduce la cuestión de cómo puede el soberano precisamente decidir sobre la vida de sus súbditos, pero Foucault se centra más en los mecanismos, las técnicas y tecnologías de poder que conecta con la aparición de todas las técnicas de poder que estaban centradas en el cuerpo individual (intentando que se incrementara su fuerza útil mediante el adiestramiento, el ejercicio, etc.), que en la primera citada. De esta forma a finales del siglo XVII y durante todo el siglo XVIII, se van a ir desarrollando sistemas de vigilancia para implementar una tecnología disciplinaria del trabajo. Pero, durante la segunda mitad del siglo XVIII va desarrollándose también otra tecnología de poder (que no era ya disciplinaria) que engloba a la anterior y se dirige a la vida de las personas. Esta nueva “disciplina trata de regir la multiplicidad de los hombres en la medida en que esa multiplicidad puede y debe resolverse en cuerpos individuales que hay que vigilar, adiestrar, utilizar y, eventualmente castigar”²⁶³, pero ahora en cuanto masa global más que como cuerpos individuales, que se ve “afectada por procesos de conjunto que son propias de la vida, como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad, etc.”²⁶⁴. De esta forma, después de la anatomopolítica, que dirigía ese poder sobre el cuerpo individual (hombre/cuerpo), se desarrolla la biopolítica, que dirige ese poder hacia la masa (hombre/especie). Pero, ¿hacia dónde se dirige ese control del poder de la biopolítica? Pues precisamente hacia los procesos de natalidad, reproducción, mortalidad,

²⁶² No sólo Adela Cortina reflexiona de esta forma sobre la biopolítica, sino que Victoria Camps también se muestra escéptica respecto a la utilidad que puede tener este tipo de filosofía para afrontar los problemas de la bioética, especialmente en el quehacer asistencial diario, que considera que son mucho más concretos. Ver conferencia Los retos de la bioética, en el Museo Elder de la Ciencia de Gran Canaria en: <https://www.youtube.com/watch?v=2u16N23aysY> (minuto 134 en adelante, consultado el 6 de diciembre de 2015).

²⁶³ FOUCAULT, M., *Defender la sociedad*, Buenos Aires, Fondo de Cultura económica, 2000, p. 220.

²⁶⁴ *Ibidem*, p. 220.

fecundidad, longevidad²⁶⁵, etc., estableciendo una medición estadística de todos ellos como objetos de saber y blancos de control de la biopolítica. Se pone el acento en las enfermedades endémicas más que en las epidémicas (como había sucedido con las grandes epidemias en la Edad Media que tuvieron una tasa de morbimortalidad muy elevada) y se entiende así la enfermedad como un fenómeno de población que reduce las energías de los trabajadores que pueden dejar entonces de producir. La medicina ahora se pone al servicio de este biopoder mediante campañas de higiene y medicalización de la población para que no dejen de ser rentables económicamente, comenzando a preocuparse por la vejez o aquellos accidentes o incapacidades que puedan hacer que el trabajador deje de producir eficazmente; en el fondo se establece una medicina más racional con un desarrollo más eficiente de las instituciones asistenciales sanitarias y, se comienzan a estudiar determinados problemas de salud relacionados con el medio donde vive el ser humano (como ejemplo de ellos, ahora es posible hablar de hábitats como los pantanos o nuestras actuales ciudades modernas²⁶⁶). Precisamente, por todo lo expuesto, aparece la idea nueva de población, donde la “la biopolítica tiene que ver con la población, y ésta como problema político, como problema a la vez científico y político, como problema biológico y problema de poder”²⁶⁷. Pero, esta población exhibe una constancia y regularidad, a diferencia de la

²⁶⁵ Conceptos que desde ese momento van a vigilar y controlar los profesionales sanitarios desde la denominada como Salud Pública. A lo largo de nuestra historia, la natalidad ha sido objeto de control directo por los Estados modernos. Es posible poner varios ejemplos significativos. Hasta hace poco China tenía una Ley que vigilaba la natalidad de sus ciudadanos de forma estricta imponiendo la política del hijo único, de tal forma que solamente en los últimos meses se ha relajado este control y se empieza con una nueva política que fomenta ahora relativamente la natalidad (al no penarla). En nuestro país, en la época de la Dictadura también se realizó un control y vigilancia de la natalidad, premiando, en este caso, a aquellas familias con numerosa descendencia que se solía publicitar adecuadamente (en España se disfrazaba este control estatal con un control también religioso de la natalidad y una interpretación interesada de ésta, ya que era pecado realizar algún tipo de método anticonceptivo para controlar los ciudadanos su propia natalidad). En las últimas legislaturas españolas hemos asistido a que entre en el juego de las promesas electorales de nuestro políticos, medidas que tienen que ver con el control de la natalidad y su relación directa con las pensiones, como: el cheque bebe, prolongar el tiempo de las bajas por maternidad, comenzar a implementar la baja por paternidad, medidas de conciliación de la vida laboral, etc., que han tratado de “orientar” la natalidad en nuestro país (quizás sin mucho éxito finalmente). El último ejemplo es posible encontrarlo en el denominado Estado Islámico, que basa su política terrorista y su futuro como nación también en el control de la natalidad (en este caso fomentándola), ya que, como afirman que “conquistaremos Europa con el vientre de nuestras mujeres” y, de esta forma, el control de la natalidad se ha convertido en el arma más potente para ganar su última guerra santa. En todos estos ejemplos se puede ver un claro manejo de una cuestión biológica, como es la natalidad, por parte de la política.

²⁶⁶ Donde el problema de la contaminación ambiental cada vez preocupa más a nuestra autoridades políticas que deben tomar medidas contra ellas, como limitar el tráfico de vehículos y/o su velocidad, y que suelen ser muy impopulares ya que no dejan disfrutar a sus ciudadanos de uno de sus iconos de su estilo de vida occidental: el coche. Actualmente no sólo se sufre en las grandes urbes de otros países, sino que ya ocurre en Madrid, donde las medidas tomadas al respecto están generando gran controversia y un debate político importante. Relacionándose, una vez, cuestiones que tienen que ver con la salud de los ciudadanos, como es la contaminación y el aire que respiramos, y su control por parte de los políticos.

²⁶⁷ FOUCAULT, M., Op. Cit., p. 222.

aleatoriedad de los propios individuos, que va a permitir poder aplicar elementos reguladores sobre ella instalando mecanismos de seguridad que permitan optimizar la vida de la población globalmente (disminuyendo la mortalidad y la morbilidad y, de esta forma, alargando también la esperanza de vida²⁶⁸). Foucault resume lo expuesto anteriormente de la siguiente forma “más acá, por lo tanto, de ese gran poder absoluto, dramático, sombrío que era el poder de la soberanía, y que consistía en poder hacer morir, he aquí que, con la tecnología del biopoder, la tecnología del poder sobre la población como tal, sobre el hombre como ser viviente, aparece ahora un poder continuo, sabio, que es el poder de *hacer vivir*. La soberanía hacía morir y dejaba vivir. Y resulta que ahora aparece un poder que yo llamaría de *regularización* y que consiste, al contrario, en hacer vivir y dejar morir²⁶⁹”, que muestra claramente el gran cambio político producido desde la modernidad.

Avanzando en los planteamientos de Foucault, se llega a un punto que es muy importante para los profesionales sanitarios ya que intervenimos como actores, no como sumos sacerdotes, pero sí como parte del decorado y como buenos actores, quizás secundarios, y es el relacionado con la descalificación progresiva de la muerte²⁷⁰. Se comienza a abandonar los grandes rituales mortuorios donde participaba toda la familia y, en ocasiones, casi todo el pueblo, ciudad o la sociedad, transformándose en un asunto que ocultar, como algo privado y vergonzoso²⁷¹ que termina tras los biombos de los hospitales. Foucault justifica esta conversión porque antaño la muerte significaba el tránsito de un poder soberano a otro, convirtiéndose en el momento de máximo esplendor de ese poder del soberano terrenal, donde éste podía llegar a ejecutar su *hacer morir*, pero ahora, cuando el poder es cada vez menos el derecho de hacer morir y más el de hacer vivir (interviniendo cada vez hasta extremos que están en el límite de lo

²⁶⁸ Que continúa incrementándose paulatinamente en todos los países y que también genera un gran debate político sobre el futuro de las pensiones. Curiosamente España ocupa uno de los lugares donde la esperanza de vida es más alta en el mundo. Según el último informe de la OMS sobre la esperanza de vida en el año 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/> (consultado el 6 de diciembre de 2015), España ocupa el segundo lugar en cuanto a la mejor esperanza de vida en las mujeres con 85.1 años (sólo superada por Japón con 87 años), siendo también muy alta en los hombres.

²⁶⁹ FOUCAULT, M., Op. Cit., p. 223 (las cursivas son del autor).

²⁷⁰ Es significativo para nuestra tesis este planteamiento de la ocultación constante de la muerte en nuestra sociedad occidental actual. Le dedicaré un análisis más detenido en las hipótesis de la tesis, pero me gustaría recordar que el propio Foucault casi le dedica un libro y, de esta forma tan significativa comienza *El nacimiento de la clínica*: “Este libro trata del espacio, del lenguaje y de la muerte; trata de la mirada”, que tendrá relación directa, como expondré, con el nacimiento de la mirada bioética en la segunda hipótesis de la tesis.

²⁷¹ Ya que se puede interpretar finalmente como el fracaso de la medicina y, entendido de esta forma, podría quizás resultar sumamente vergonzoso en sí mismo. Para un análisis más amplio de este tema: FERNÁNDEZ AGIS, D. y GONZÁLEZ CAMPOS, J.S., “Entre el pragmatismo y la inquietud ética. La medicina actual y la reflexión filosófica ante el problema de la humanización de la muerte”, Tenerife, *Revista Laguna*, 29, octubre 2011, pp. 97-108.

humano, haciendo vivir al individuo, en ocasiones, más allá de su propia muerte²⁷²), realizando la vida, casi glorificándola, sacralizándola en ocasiones, y la muerte se convierte en un fracaso a evitar, quedando en el límite del biopoder (al que sólo le interesa estadísticamente, ya que su influjo y poder no se ejerce ya sobre la muerte sino sobre la mortalidad), donde el ciudadano por fin puede escapar al poder hacia sí mismo y, de esta forma, “el poder ya no conoce la muerte. En sentido estricto, la abandona”²⁷³. Se produce entonces una especie de proeza científico-tecnológica que consigue hacer vivir a la gente más allá de su vida biológica, consiguiendo mantenerlos vivos cuando ya deberían estar muertos, haciéndolos vivir, en ocasiones, a pesar de sus propios deseos²⁷⁴.

Debido a la industrialización y a la explosión demográfica que se produce en el siglo XIX, el viejo poder soberano se ve desbordado tanto política como económicamente y, por ello, se introducen dos tecnologías de poder que quedan en cierta forma superpuestas: una técnica disciplinaria, basada en el adiestramiento y la vigilancia, cuyo objetivo es la manipulación del cuerpo individual para hacernos útiles y dóciles; y, otra tecnología que se centra en el control y manipulación de la vida de la población, promoviendo una especie de homeostasis aseguradora o regularizadora de la vida en global. Son dos mecanismos de poder que no operan al mismo nivel, por lo que no se excluyen sino que pueden articularse uno sobre otro. El poder disciplinario comienza a adentrarse en instituciones como la escuela, el hospital, el cuartel, el taller, etc., y, el poder regulador a través del Estado²⁷⁵. En cierta forma, existen “dos series: la cuerpo-organismo-disciplina-instituciones; y la serie población-procesos biológicos-mecanismos regularizadores-Estado”²⁷⁶, que no tienen un carácter complementario opuestos entre ellos, poniendo como ejemplo Foucault la construcción de las nuevas ciudades que permiten una “puesta en visibilidad de los individuos, normalización de

²⁷² Para poder frenar precisamente este abuso del biopoder se comenzó a reflexionar en los últimos años sobre la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), para evitar el encarnizamiento terapéutico o la obstinación terapéutica, cuando los tratamientos que estamos administrando son fútiles. Existe un amplio consenso en la aplicación de la LET actualmente, como en el caso de las UCI, sin embargo, en la práctica muchos profesionales sanitarios que deben aplicarlas no terminan de asimilar el supuesto fracaso de su trabajo y continúan más allá de toda duda razonable, en una obstinación más mental o ideológica que científico-técnica.

²⁷³ FOUCAULT, M., Op. Cit., p.224.

²⁷⁴ Para poder poner freno a este contrasentido se comenzaron a desarrollar los testamentos vitales o manifestaciones anticipadas de voluntades (MAV), que intentan reconocer la autonomía de los pacientes en estos momentos finales de su vida, siempre y cuando no soliciten en estos documentos nada en contra de lo que se considera como una buena praxis médica. Como ejemplo de esta regularización en nuestro país, véase el enlace de la Comunidad Canaria en relación a ella:<http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/sgt/mav/> (consultado el 6 de diciembre de 2015).

²⁷⁵ Curiosamente las instituciones sanitarias juegan un doble papel, tanto a nivel estatal como institucional, ya que las disciplinas, como en nuestras profesiones sanitarias, en ocasiones son capaces de desbordar el marco institucional desde donde se establecen y, ahora ya no sólo actuamos y controlamos en los Hospitales (atención especializada) sino también en los Centros de Salud y los domicilios particulares (atención primaria). Nada puede escapar al biopoder, que se expande como una tupida malla.

²⁷⁶ FOUCAULT, M., Op. Cit., p. 226.

las conductas, especie de control policial espontáneo que se ejerce así por la misma disposición espacial de la ciudad”²⁷⁷, donde podemos encontrar tanto mecanismos disciplinarios de los individuos como reguladores de la población. Además, como ejemplo también de disciplina y a la vez regulación Foucault nos habla de cómo se ha venido entendiendo la sexualidad durante los últimos siglos, especialmente en su referencia a sus consecuencias procreadoras y, de esta forma, la sexualidad se encontraría como punto intermedio entre la población y el cuerpo²⁷⁸, que finalmente fue medicalizada²⁷⁹ para poder ser controlada. Considero que en esta idea del control y vigilancia de la sexualidad por parte de los sanitarios, se puede observar perfectamente la transformación de nuestras profesiones sanitarias al servicio del biopoder y no tanto de los individuos, convirtiéndonos en una especie de policías-burócratas²⁸⁰ de este biopoder, en “la medida que le medicina va a ser una técnica política de intervención, con efectos de poder propios. La medicina es un saber/poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos; que a va tener, en consecuencia, efectos disciplinarios y regularizadores”²⁸¹, que pienso que sirve perfectamente de partida para realizar una reflexión real de nuestro trabajo, ya que entiendo que ha sido este servilismo acrítico al biopoder el que ha desencadenado finalmente todos los problemas bioéticos a los que ahora estamos intentando dar solución.

²⁷⁷ FOUCAULT, M., Op. Cit., p. 227.

²⁷⁸ He querido destacar nuevamente este tema, que ya comenté cuando expuse el epígrafe dedicado al feminismo, donde sería posible poder encontrar el origen de la regularización y normalización de las conductas de las mujeres, a través de la medicalización que se ha venido realizando sobre ellas como ya expuse, que entroncan su origen precisamente con el desarrollo del biopoder.

²⁷⁹ Si analizamos profundamente la idea sanitaria sobre la sexualidad nos asombramos con respecto a lo que es la sexualidad en referencia al propio ser humano, que debería entenderse como un campo de expresión de sí mismo y nunca como un acto dedicado en exclusividad a la reproducción, como se enseña y se entiende habitualmente en las ciencias de la salud. Resulta también significativo cómo la sexualidad ha sido también ocultada incluso en las instituciones sanitarias, donde las necesidades sexuales que puedan tener los pacientes ingresados en un centro sanitario son vistas como una perversión y no como una necesidad fisiológica más, o simplemente, ni siquiera son consideradas en ningún momento.

²⁸⁰ La denominación de UCI ha sido una evolución del término de Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI), pero todavía en algunas unidades podemos encontrar esa antigua denominación, que incluso los profesionales sanitarios que insisten en nombrarlas de esta forma, suponen que tiene más prestigio profesional y científico que una UCI. Pero, aunque hayamos conseguido parcialmente cambiar la denominación de estas unidades, muchos profesionales que trabajan en ellas todavía hablan de *vigilar* a los enfermos, y se plantean la instalación de cámaras en las habitaciones de los pacientes para poder *vigilarlos* más estrechamente (pero, curiosamente, de esta forma, los profesionales sanitarios también pasan a ser vigilados). En este sentido es muy importante insistir a los profesionales sanitarios y a los alumnos que trabajan en estas unidades que nosotros no *vigilamos* a los pacientes, sino que nosotros *cuidamos* y, a veces, *logramos curar* a los pacientes. Un paso más en este sentido de humanizar las UCI, es denominarlas como HUCI (la h correspondería al concepto de humanizar), que analizaré en la tercera hipótesis de esta tesis.

²⁸¹ FOUCAULT, M., Op. Cit., p. 228.

Siguiendo con sus planteamientos, Foucault comienza a exponer como finalmente nos veríamos abocados a una sociedad de normalización que también se extiende por completo a todo lo orgánico y a todo lo biológico, cubriendo todo lo relacionado con el cuerpo y con la población, asegurándolas mediante las tecnologías de disciplina y las tecnologías de regulación. Nace de esta forma un poder sobre el cuerpo y la vida que el autor francés denominará como biopoder, sobre el que Foucault comienza a replantearse las paradojas de difícil solución que representa su implantación ya que se puede llegar a producir un exceso de biopoder, como el que actualmente ya hemos desarrollado, que aparece cuando el ser humano ya posee la técnica suficiente no sólo para disponer de la vida sino también para poder crearla y manipularla. De esta forma, este biopoder trataría de prolongar la vida y tiene como objeto y objetivo la propia vida finalmente. En este punto, es cuando Foucault se pregunta en relación al racismo ¿cómo podría dejar morir un poder cuyo objetivo final es el de hacer vivir? Siendo la respuesta realmente significativa, ya que el autor francés afirma que fue precisamente el surgimiento del biopoder el que estableció precisamente al racismo en los mecanismos del Estado, donde éste trazaba una especie de corte en el *continuum* biológico entre lo que debería permanecer vivo y lo que debería morir. Pero, además el racismo será capaz de justificar la muerte del otro, mediante el ejercicio mismo del biopoder, pero no como una relación política, guerrera o militar, sino como biológica, ya que debe entenderse como el poder de una especie que elimina a los seres inferiores de ésta (que se convierten, no ya en personas sino, en una población objeto que amenaza la supremacía de los mejores de esa especie: los más sanos²⁸² y los más puros). Se crea desde entonces el concepto de peligro biológico, al que ya estamos tan acostumbrados, y el racismo, paradójicamente, se convierte en una especie de necesidad en aquellas sociedades donde se instala el biopoder, ya que se convierte en la condición gracias a la cual el Estado ejerce su *derecho* de matar. La teoría biológica del evolucionismo que se desarrolló desde el siglo XIX, era una teoría científica bien fundamentada pero también una forma velada de discurso político con un disfraz científico a la vez, pero además era una manera de entender todas aquellas relaciones que tienen que ver con las guerras coloniales que trataban de exterminar a las supuestas razas inferiores y, el enemigo político clásico se transmuta ahora en el enemigo biológico, justificando la muerte de esa raza en beneficio de una mejora biológica de toda la humanidad. Pero, Foucault deja claro que lo que hemos desarrollado a través del biopoder, es un tipo de racismo moderno de otro tipo que permite el ejercicio real del biopoder, más allá de ideologías trasnochadas o las mentiras del propio poder, que viene unido a las técnicas del poder, a las tecnologías del poder. Como ejemplo de este racismo moderno, el nazismo cumple perfectamente esa meta del biopoder de regular biológicamente a la población, justificando la muerte de aquellos que son los otros, incluyendo todo tipo de regulaciones dentro de los procesos biológicos normales, a la que finalmente adjuntaron y ejecutaron “la solución final”. Para acabar Foucault reflexiona sobre cómo el nazismo se convirtió en un Estado racista, un Estado asesino y un Estado suicida a la vez, llevando hasta sus últimas implicaciones los mecanismos del biopoder y el derecho soberano de matar, cerrando la clase del 17 de marzo de 1976 preguntándose si este juego que llevó hasta sus últimas

²⁸² No hay que olvidar que los enfermos mentales o aquellos que tenían algún tipo de deficiencia física o mental entraban también en este grupo que *amenazaba* biológicamente al resto y, por ello, mediante el biopoder eran “apartados” de la sociedad.

consecuencias el nazismo, está inscrito en todos los estado modernos, tanto en los capitalistas como en los socialistas²⁸³. Foucault finaliza la clase del 17 de marzo de 1976, y las clases del libro *Defender la sociedad*, que he estado comentado, con una inquietante pregunta que parece que todavía no tiene respuesta “¿cómo se puede hacer funcionar un biopoder y al mismo tiempo ejercer los derechos de la guerra, los derechos del asesinato y de la función de la muerte si no es pasando por el racismo? Éste era el problema, y creo que sigue siéndolo”²⁸⁴

Con este pequeño resumen de su clase simplemente quiero intentar introducir el concepto de biopolítica. Sin embargo, no es este el único lugar de la extensa bibliografía de Foucault donde podemos encontrar referencias al concepto de biopolítica. Existen otros textos, como el que lleva por título el mismo *Nacimiento de la biopolítica* o en *La voluntad de saber*, por citar un par de sus libros, donde también se profundiza en el concepto de biopolítica. Pero, creo que este texto que he intentado sintetizar anteriormente recoge varias cuestiones relevantes muy relacionadas con el ámbito sanitario, que intentaré analizar a continuación, pero, sobre todo, introduce el desarrollo de la biopolítica desde planteamientos puramente políticos para traerlos hasta nuestros días (más concretamente hacia la mitad de la década de los setenta del pasado siglo). En el fondo los textos citados anteriormente tienen un objetivo bastante diferente al que podría ser una exposición y desarrollo de lo que la biopolítica significaría como tal. A modo de breve, e incompleta exposición, debo indicar que en el *Nacimiento de la biopolítica* el objetivo de sus reflexiones estaban centradas realmente en “trazar la historia de lo que podríamos denominar el arte de gobernar”²⁸⁵ y en *La voluntad del saber* intenta resolver ciertos problemas teóricos tratando de “interrogar el caso de una sociedad que desde hace más de un siglo se fustiga ruidosamente por su hipocresía, habla con prolijidad de su propio silencio, se encarna en detallar lo que no dice, denuncia los poderes que ejerce y promete liberarse de las leyes que le han hecho funcionar”²⁸⁶. Creo que es importante insistir precisamente en este punto, en el de su independencia inicial con respecto a la bioética, ya que no hay ninguna referencia directa a ella, pero sí encuentro ideas que han marcado decisivamente la misma evolución de la bioética como voy a intentar exponer. Por ello, Foucault no es un autor “clásico” de la bioética, pero tampoco Aristóteles ni Kant pensaron nunca precisamente en algo parecido ciertamente a la bioética y se han convertido en autores de referencia en la construcción de su corpus de conocimiento, y si queremos seguir investigando en bioética considero que el concepto de biopolítica ya no puede quedar hoy como un simple añadido en la bioética, sino como un concepto desde donde la misma bioética podría ir cobrando nuevos sentidos, nuevos horizontes de pensamiento y abrirse, de este modo, a planteamientos complementarios, como los sugeridos en esta fundamentación

²⁸³ La pregunta no puede dejar de ser más inquietante y actual, y realmente asusta cómo el biopoder sigue siendo todavía hoy casi invisible.

²⁸⁴ FOUCAULT, M., Op. Cit., p. 237.

²⁸⁵ FOUCAULT, M., *El nacimiento de la biopolítica*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007, p. 16.

²⁸⁶ FOUCAULT, M., *Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber*, México, Siglo XXI editores, 2007, p. 15.

de la tesis, que le pueden otorgar una fuerte fundamentación filosófica y una orientación hacia una práctica científica a la vez, como se verá cuando contestemos en las conclusiones de esta tesis a la pregunta inicial de ésta.

Para comenzar con lo que estas ideas de Foucault expuestas anteriormente van a poder aportar a la bioética, considero que una de las principales sería considerar cómo plantea el autor francés el concepto del cuerpo humano a partir del nacimiento de la biopolítica. Los profesionales sanitarios trabajamos precisamente tanto a nivel individual como con el colectivo, trabajamos de esta forma con los cuerpos de los pacientes y con la población a la vez. Por tanto, no sólo ejercemos un ejercicio de adiestramiento disciplinario sobre el cuerpo, sino que a su vez, y esto es sumamente importante, regulamos también a la población. Somos, por tanto, una parte fundamental del biopoder, y quizás, la más importante. Nos hemos convertido en una especie de funcionarios o burócratas del biopoder. Por tanto, las ciencias de la salud han ido construyendo una serie de discursos²⁸⁷ vinculados directamente con la construcción de la verdad. Estas prácticas discursivas han servido para perpetuar el biopoder y disfrazar el saber-poder de las ciencias de la salud como una ciencia que se aplica desde unos postulados exclusivamente científicos, que tienen como único objetivo la salud de los individuos y de la población en general. Detrás de todo ello se esconde una maquinaria bien engrasada de revistas científicas y de bibliografía de obligada referencia, de tal forma que las primeras son clasificadas mediante el denominado “índice de impacto” de sus publicaciones, para expresar precisamente el alcance de las ideas publicadas en ellas que, en cierta forma, nos está informando del poder, del biopoder en este caso, de influencia que tienen. Sin embargo, no podemos afirmar taxativamente que todo lo publicado en ellas tenga sólo una tendencia de regularización de la población y de adiestramiento disciplinario de los cuerpos, ya que más allá de toda la influencia del biopoder, existe un conocimiento que es imprescindible para todos los individuos siempre que seamos capaces de valorar adecuadamente los resultados de las investigaciones sanitarias²⁸⁸.

Finalmente, creo necesario hablar ahora de lo que puede significar para los profesionales sanitarios la idea de desviación que Foucault trata en numerosos textos, y su relación a la bioética que es posible establecer. Considero que puede ser

²⁸⁷ En el fondo, los discursos van a venir a constituir una configuración del poder. Si analizamos los discursos de los grandes políticos de nuestra era, podemos observar precisamente cómo a través de ellos se ha intentado persuadir al pueblo sobre un proyecto político común, intentando que fuesen partícipe de sus grandes ideales. Sirva de ejemplo el último discurso de investidura del Presidente Norteamericano Barack Obama del 21 de enero de 2013 en: <http://www.rtve.es/alacarta/videos/la-tarde-en-24-horas/discurso-completo-obama-su-segunda-investidura-como-presidente-eeuu/1671880/> (consultado el 6 de diciembre de 2015).

²⁸⁸ Un ejemplo significativo de todo este intento de regularización biopolítica mediante el saber-poder sería el calendario de vacunación obligatorio. Para un planteamiento crítico de este tema nos parece muy interesante el siguiente reportaje titulado: “La guerra de las vacunas”. Disponible en: <http://www.rtve.es/television/20110207/documentos-tv-guerra-vacunas/402095.shtml> (consultado el 6 de diciembre de 2015).

especialmente significativo su libro *Vigilar y Castigar*²⁸⁹, donde se centra precisamente en esas nuevas técnicas disciplinarias que van a permitir la vigilancia social, el castigo, pero sobre todo, la corrección de la desviación. Los profesionales sanitarios centramos nuestro trabajo, en numerosas ocasiones, en corregir la desviación de parámetros fisiológicos que consideramos que abocan al paciente a una determinada enfermedad (como puede ser la corrección de las glucemias desviada de sus parámetros considerados como normales). Sin la corrección de esta desviación el paciente, en muchas ocasiones, enferma y muere en un plazo que puede ser más o menos amplio según la patología. Por ello, hay que aprender a corregir las desviaciones para poder curar a los pacientes, pero lo que no solemos cuestionarnos es si todas estas supuestas desviaciones podrían ser realmente una enfermedad. En este sentido, nos resulta sumamente significativo las supuestas desviaciones que en psiquiatría se han establecido en los diferentes manuales de clasificación de enfermedades mentales (DSM²⁹⁰), que creo que nos puede servir precisamente de muestra de cómo el concepto de desviación puede venir influenciado por el biopoder, que trata de recuperar nuestra supuesta desviada salud mental para convertirnos en dóciles y útiles para nuestra sociedad.

Llegados a este punto, es necesario preguntarse, como en los epígrafe anteriores: ¿qué puede aportar realmente la biopolítica a la bioética? y, para ello creo que son necesarias algunas consideraciones al respecto. La primera, quizás, es la que valoro que podría ser la más importante para intentar dar respuesta a la pregunta que encabeza esta tesis, y tendría relación directa con el mismo tipo de conocimiento sobre el que las ciencias de la salud se han construido: la vida. Sirva de ejemplo sobre este punto, el debate que se produjo entre Noam Chomsky y Michel Foucault en 1971, en la Escuela Superior Técnica de Eindhoven, a propósito de la corporeidad, emitido por la televisión holandesa y publicado con el título *Sur la nature humaine*, en el que Foucault señala primero que los conceptos que utiliza la ciencia no todos tienen el mismo grado de elaboración, y afirma al respecto que “la noción de vida no es un concepto científico, sino un indicador epistemológico clasificador y diferenciador, cuyas funciones tienen un efecto en las discusiones científicas, aunque no sobre su objeto²⁹¹”, ya que creo que es esta consideración de la vida por parte del Estado, de una forma que podríamos considerar como científica, como afirma Foucault, la que provoca que se desarrolle

²⁸⁹ Aunque este libro lleve como subtítulo *Nacimiento de la prisión*, recuerda en muchas ocasiones a cómo hemos construido los Hospitales. Entraremos a discutir con más profundidad precisamente este tema en las hipótesis de la tesis.

²⁹⁰ El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) clasifica los trastornos mentales para que se puedan diagnosticar y tratar. Basado en una metodología descriptiva, intentó mejorar la comunicación entre los clínicos para consensuar el tratamiento de los cuadros patológicos descritos. Sin embargo, creo que es un ejemplo más de cómo el biopoder ha clasificado y separado a aquellos que considerada diferentes de lo supuestamente normal, incluyendo y clasificando toda posible desviación para vigilarlos y medicarlos. Es significativo que la primera edición del DSM surgiera en 1952 y actualmente estemos ya en la quinta edición, quizás cuando salga a la luz esta tesis se haya publicado ya la sexta edición, con un curioso aumento considerable de las patologías que suponen una supuesta desviación según han ido avanzando sus ediciones. Habría que cuestionarse, ¿por qué cada vez existen más patologías psiquiátricas?

²⁹¹ CHOMSKY, N. y FOUCAULT, M., *Sur la nature humaine*, Bruselas, Aden, 2006, p. 14.

finalmente la biopolítica y, que explica, como expondré más detenidamente en la primera hipótesis de la tesis, como la bioética nace necesariamente posteriormente como freno al desarrollo inhumano de la biopolítica. La segunda es que la biopolítica, entendida como esa nueva forma de política que va a implementar el Estado moderno, se va a ir desarrollando tal forma que ejerce un control total sobre la vida de sus ciudadanos, se establece casi de forma invisible y llega a justificar el nuevo racismo de Estado, siendo ejercida en múltiples formas concretas de biopoder y, entre esas instituciones claves para ese desarrollo están los centros sanitarios y los profesionales sanitarios que trabajamos en ellos. Por ello, cuando he analizado la necesidad del desarrollo de la bioética para enfrentarnos a una serie de problemas, que tienen que ver precisamente con el desarrollo de las mismas ciencias de la salud, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, no sería posible verlo como independiente del biopoder, sino como una influencia determinante del biopoder sobre la vida. Finalmente, en tercer lugar, considero que la biopolítica está tácitamente expuesta en muchos textos sobre la misma bioética y, en este sentido, cuando se habla en muchas ocasiones de políticas de salud, no es posible dejar de ver las conexiones con la biopolítica como en el siguiente texto: “se denomina “política pública” al conjunto de leyes, medidas regulativas y cursos de acción promulgadas por un gobierno o sus representantes respecto de un tópico específico. Algunas políticas públicas regulan cuestiones morales, es decir, implican el ejercicio de la autoridad legal, tanto sea para modificar los valores, las prácticas morales y las normas de conducta interpersonal de los miembros de la comunidad como para reemplazarlos por nuevos estándares de comportamientos”²⁹², donde sería posible observar cómo se habla de medidas *regulativas* de los gobiernos y cómo algunas de ellas tienen que ver con ciertos valores y prácticas morales, que afirmo que tiene relación con cómo hemos venido planteando el ejercicio del biopoder por parte del Estado según Foucault.

Sin embargo, considero que la aportación de la biopolítica no se agota en lo anteriormente expuesto, sino que abre precisamente un campo, un horizonte, una visión finalmente para comprender nuestra realidad y la misma bioética. En la primera hipótesis de la tesis entraré en más detenimiento en este análisis propiamente. Pensadores como Giorgio Agamben, Antonio Negri, Roberto Esposito o Agnes Heller, por citar sólo a los más conocidos, han aportado y siguen aportando reflexiones sumamente interesantes al desarrollo del concepto de la biopolítica, que opino que todavía seguirá desarrollándose en los próximos años, y que abren nuevos caminos por donde transitar futuras reflexiones. Pero ahora sería preciso acotar esta reflexión sobre la biopolítica a la misma pregunta inicial de esta tesis y, desde esta misma reflexión, aportar algunas consideraciones que me parecen interesantes para su resolución. Quizás, parezcan demasiado lejanas, o teóricas en exceso, estas consideraciones sobre la biopolítica y el propio estatuto epistemológico de la bioética, y sobre todo, su aplicación práctica en el día a día. Sin embargo, ahora que nos encontramos precisamente en una crisis económica mundial, cada día se aprecia con más detenimiento cómo la política, en este caso la biopolítica, no es ajena a la misma asistencia sanitaria, sino que se vienen redefiniendo a nivel mundial las denominadas políticas de salud. En nuestro país actualmente estamos inmersos en una batalla política para conservar la sanidad pública,

²⁹² LUNA, F. y SALLES, A. L. F., *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2008, p. 270.

que implica a todos los profesionales sanitarios del país, pero el problema es a nivel mundial, como es por ejemplo del caso de los Estados Unidos de Norteamérica donde el actual presidente, Barack Obama, intenta desarrollar el programa Medicare para conseguir dar una cobertura mínima sanitaria a su población. Por tanto, es posible analizar cómo el principio bioético de justicia en relación a la asistencia sanitaria, cobra un sentido más profundo cuando se abordan temas relacionados con la biopolítica. Por todo ello, la bioética podría comenzar a considerarse desde una perspectiva biopolítica, integrándola, ya que debería convertirse en una orientación, y no en una contribución o añadido de la biopolítica a la bioética, sino que el mismo futuro de la bioética va a ir unido precisamente al mismo desarrollo de la biopolítica. Sin embargo, no va a resultar fácil esta integración a no ser que seamos capaces de esclarecer precisamente las implicaciones y relaciones entre ambas. Pero, me propongo precisamente eso: considerar las implicaciones mutuas que una y otra tienen, mantienen y se conforman entre ellas.

A modo de resumen y para finalizar este epígrafe he de resaltar algunas de las ideas expuestas en él. Mostré cómo a partir del nacimiento de los Estados modernos que sustituye a la antigua soberanía, se va a ir desarrollando un poder sobre la vida, biopoder, de tal forma que el poder soberano que consistía en disponer de la vida de sus súbditos y esclavos, el poder de la espada, que era el derecho de hacer morir o dejar vivir, es complementado, que no sustituido, por otro derecho que consiste en hacer vivir y dejar morir. Se realiza una transformación paulatina de las técnicas de poder que estaban centradas en el cuerpo individual, para incrementar su fuerza útil mediante técnicas disciplinarias, por otra que realmente no la excluye completamente, sino que la integra, y que ya no se dirige al cuerpo sino a la vida de las personas, intentando regularla, naciendo de esta forma la biopolítica. A partir de entonces la política empieza a regular cuestiones por las que hasta entonces nunca se había preocupado, como la natalidad, la fecundidad, la morbilidad, la mortalidad, etc. Más allá del individuo que el Estado trata de disciplinar, comienza a cobrar cada vez más importancia el concepto de población que hay que regular. En este punto, las instituciones sanitarias y los profesionales sanitarios van a ser los encargados de ejercer directamente el biopoder del Estado. Las ciencias de la salud se convierten en un saber-poder que justifica científicamente la regulación de las poblaciones. Los sanitarios nos hemos convertido de esta forma es una especie de burócratas de este biopoder al que se disfraza de políticas de salud que hay que aplicar necesariamente. Es en la vida y durante todo su desarrollo, el lugar donde el biopoder ejerce toda sus fuerzas e influencias y, lo que queda fuera de ésta, su límite, la muerte, se convierte precisamente en el único punto que escapa al biopoder y, por ello, se empieza a esconder y a entender como el fracaso de la asistencia sanitaria. Todas estas reflexiones deben entenderse dentro de la defensa del liberalismo²⁹³ que se plantea Foucault frente al poder del Estado, ya que precisamente el liberalismo es el nuevo arte de gobernar que se fue conformando durante el siglo XVIII y que se caracteriza por una relación de producción/destrucción de libertad. Pero más allá de estas reflexiones políticas, el biopoder fue capaz de

²⁹³ Es importante resaltar que este liberalismo que Foucault defiende no tiene nada que ver con el liberalismo como lo entendemos actualmente ni, por supuesto, con el neoliberalismo implacable inhumano de nuestra época, que viene aplicando un cierto tipo de políticas casi salvajes, sobre todo a nivel económico.

justificar precisamente los grandes problemas bioéticos que fueron surgiendo a lo largo del siglo XX con el desarrollo científico-técnico de las ciencias de la salud. Fueron el descubrimiento de estos casos, que ya comenté, considerados como paradigmáticos para el nacimiento de la bioética (el caso Tuskegee, el caso Willowbrook, el caso Karen Ann Quinlan, caso Baby Doe, etc.) los que fueron demostrando que, quizás, no todo lo científicamente posible era éticamente correcto. Surge entonces la bioética, pero en un contexto en el que la biopolítica ya estaba instaurada, de tal forma que sería posible afirmar que existe una relación directa entre la una y la otra. La primera hipótesis de esta tesis será precisamente que la bioética nace del desarrollo de la biopolítica, como freno de la segunda. Por todo ello, considero que la biopolítica se convierte en un elemento clave en el desarrollo actual y futuro de la misma bioética, desde la que deben comenzar a comprenderse mutuamente.

2.1.2.9. EL FIN DE LA FUNDAMENTACIÓN Y EL ÚLTIMO HOMBRE.

Parafraseando a Francis Fukuyama y su célebre libro, *The End of History and the Last Man*, he querido tomar de referencia este autor para indicar que la fundamentación de la bioética no ha llegado precisamente a su fin, sino todo lo contrario, y esta tesis pretende realmente ampliar el campo de la bioética y su fundamentación. La pregunta de esta tesis parte de una reflexión que considero necesaria en la misma bioética y trata de responderla buscando allí donde este nuevo conocimiento se fundamenta. Si Fukuyama pretendía en su famoso libro defender la tesis de que una vez que se había demostrado que el comunismo había fracasado, el liberalismo democrático era la única opción posible quedando suspendidas las ideologías, que ya no son necesarias, que han sido sustituida por la economía; he querido traer precisamente esta afirmación también a la bioética, porque también podría parecer que ya la bioética está lo suficientemente fundamentada y que nos deberíamos de centrar ahora en su puesta en práctica real. Personalmente, creo que ambas cuestiones son necesarias a la vez: por un lado, sería preciso seguir investigando en la fundamentación bioética (donde esta tesis busca su valor como tal) y, a la vez, sería necesario seguir implementando la bioética en el día a día, tanto a nivel asistencial como en otros asuntos bioéticos. Es preciso reconocer que se han conseguido grandes avances bioéticos desde el nacimiento de la misma disciplina, pero también se debería reconocer que quizás estemos ahora en una especie de punto muerto²⁹⁴, donde quizás sería necesario abrir ahora la bioética a otras perspectivas que pueden complementar precisamente su desarrollo que se puede

²⁹⁴ Javier Júdez lo manifiesta de la siguiente manera “después de casi 20 años, ver dónde se encuentra la “realidad” de la práctica asistencial española en este tema, me produce sentimientos encontrados que incluyen cierta impotencia y valoraciones cada vez más críticas que incluyen una difusa sensación de fracaso a la vista del planteamiento común al uso ante esta problemática” (en: FEITO, L., GRACIA, D. y SÁNCHEZ, M. (ed.), *Bioética: el estado de la cuestión*, Madrid, Triacastela, 2011, p. 255), dentro de un capítulo que lleva el significativo título “de la impotencia y fracaso de la bioética cuando renuncia a lo que tiene que ser: el caso de la planificación anticipada de la asistencia sanitaria”, en el citado libro de *Bioética: el estado de la cuestión*, pp. 253-280, que pone de manifiesto quizás los mismos límites de la bioética clásica, que está necesitando precisamente de nuevos bríos, nuevos caminos, nuevas perspectivas y constructos por los que transitar para poder superar esta fase de impotencia momentánea.

considerar como clásico. En este mismo sentido y espíritu se ha planteado esta vía complementaria de fundamentación que acabo de exponer.

He realizado en esta vía complementaria ocho propuestas muy diferentes pero, a la vez, las he intentado hilvanar y presentar sus conexiones necesarias, al igual que intenté en la vía clásica de fundamentación. A diferencia de la vía clásica, esta vía complementaria presenta la característica de abarcar temas en principio heterogéneos entre sí, o que poco tienen en común (como por ejemplo, puede parecer en una primera impresión que poco comparten la ética de la virtud y la biopolítica) y, sin embargo, he intentado presentar estos ocho epígrafes de tal manera que tuvieran una especie de correlación e interconexiones entre ellos para llegar a desarrollar finalmente en los últimos dos epígrafes, la ética del cuidado y la biopolítica, que considero centrales para el posterior desarrollo de las tres hipótesis de la tesis y para intentar contestar a la pregunta en la que se centra precisamente esta misma tesis. Sin embargo, cada epígrafe tiene un valor propio en sí mismo y así lo he intentado plantear. Cada uno de ellos intenta presentarse como nuevos senderos por los que podría transitar la bioética, por algunos de ellos ya hace tiempo que inició un fructífero camino, pero he intentado que existiera una especie de sustrato común a todos ellos. En el fondo, esta base común trata de poner en valor la importancia de intentar comprender la bioética desde la biopolítica y entender las conexiones necesarias que existen entre ambas y, asimismo, trata de que podamos ver al otro, al paciente en el caso de los profesionales sanitarios, como el sujeto desde donde nace precisamente la relación ética que debe conformarnos, como personas primero y como sanitarios después, basada en la responsabilidad con el otro, intentando que podamos volver a ver al paciente más allá de un mero objeto de investigación o de asistencia sanitaria, más allá de un número de historia clínica o de cama. Más allá de los principios bioéticos o de la casuística hay vida en la bioética. Una vida que se puede experimentar desde las diferentes perspectivas que he intentado ir desarrollando en esta vía complementaria de la fundamentación bioética.

Comencé exponiendo la ética de la virtud porque quería exponer un primer punto de partida que no fuese tan alejado de la bioética oficial principialista o casuística, ya que la podríamos encontrar expuesta en numerosos planteamientos bioéticos actuales y, parece como la menos alternativa o complementaria de las que fui exponiendo. La ética de la virtud quiere poner el acento de sus reflexiones más en las personas que en los grandes sistemas basados en principios, tratando de humanizar precisamente a la bioética. Pero, también es una ética para la acción y nos propone realizar un camino de autoconocimiento propio, de construcción de una vida virtuosa que hay que ir adquiriendo con el paso de los años mediante la reflexión personal y valorando adecuadamente toda la experiencia que vayamos adquiriendo, insistiendo en el desarrollo de ciertos rasgos de carácter moral. La ética de la virtud pone de manifiesto precisamente la relación que existe entre la praxis y la virtud, y lo que hace considerar a las virtudes como rasgos de carácter de los mismos profesionales sanitarios, poniendo el acento precisamente en la idea de un carácter virtuoso que se construye, donde también cobran importancia las emociones, las motivaciones, las creencias, las intenciones y los rasgos deliberativos en la toma de las decisiones morales. La ética de la virtud supone un esfuerzo prolongado que propone la construcción de una sabiduría práctica para el uso de la vida diaria. Tras esta primera propuesta, realicé un giro filosófico importante hacia un pensador, Jürgen Habermas, que expone el desvelamiento de los intereses dentro del mismo conocimiento. Ha sabido exponer de forma magistral los peligros del

positivismo y del neopositivismo ya que suponen una renuncia a la reflexión que podríamos llegar a extrapolar también a la misma bioética, que tan necesitada está precisamente de una reflexión que abra la bioética a nuevas fronteras desde la que reconstruirse y ampliarse, para intentar dar respuestas también a los nuevos retos tecnocientíficos actuales. Habermas supo mostrarnos como la teoría del conocimiento se ha ido disolviendo en la teoría de la ciencia, y creo que la reflexión epistemológica en la bioética no puede presentarse como una cuestión accesoria a ésta, sino que debe entenderse como una cuestión central y capital (precisamente este el motivo por el que nace esta tesis). Pero, además, Habermas pone el acento en la importancia del espacio público y de lo político que conecta también con la idea de la necesaria relación entre bioética y biopolítica. Tras el autor alemán intenté exponer la relevancia que cobran las ideas comunitaristas en la misma bioética, donde pude reflexionar sobre la importancia que tienen los vínculos de solidaridad con los sentimientos de afecto y lealtad como elementos motivacionales de los individuos que van más allá de la concepción reduccionista de la política hoy. Asimismo, ha servido también el comunitarismo para realizar una exposición de las ideas políticas actuales y las dificultades con las que podemos encontrar en nuestro mundo multicultural globalizado en referencia al concepto de ciudadanía actual. Reflexionar sobre cómo entiende el comunitarismo las relaciones sociales, la concepción de la persona y la comunidad creo que podrían servir para mostrarnos las conexiones que existen precisamente con la ética de la virtud, la biopolítica y el comunitarismo, como elementos engarzados entre sí y no como meras construcciones teóricas. Tras el comunitarismo presenté sucintamente la filosofía propuesta por Emmanuel Lévinas centrada en el reconocimiento del otro y la responsabilidad ética a la que indisolublemente va unida. Si bien Michael Foucault puede parecer el autor central de esta tesis, creo que ésta no es posible sin Lévinas y la profundidad que nos puede aportar a la bioética su brillante pensamiento. Si bien su reflexión sobre la posibilidad misma de la ética es su punto de partida, y su concepto de responsabilidad con el otro es sumamente importante, no podría dejar de asombrarnos sus profundos análisis sobre temas centrales en la ética y en la bioética como son: la corporeidad, la muerte, el lenguaje, la alteridad, etc., donde la subjetividad vuelve con toda la fuerza necesaria que este término posee para poder volver a ver al otro, porque la ética es una óptica según el pensador francés (concepto que será decisivo cuando hable en la segunda hipótesis de la tesis sobre la mirada bioética). A continuación expuse brevemente la ética feminista como un elemento necesario en la misma bioética, que podría ayudar precisamente a hacer visibles a las minorías (tanto a las mujeres como a los pacientes). Tan necesario es esta ética feminista en la bioética que en las tres hipótesis de la tesis enlazaré elementos que nacen de ella. Sin duda, considero que la ética feminista tiene una relación directa con la ética del cuidado y con la misma biopolítica, además del comunitarismo y de la ética narrativa, como ya expuse. Asimismo, la ética feminista ha realizando una crítica muy necesaria a un concepto central de la bioética: la autonomía y, al mismo concepto de racionalidad donde deberían comenzar a integrarse las emociones, que van a ser determinantes también a la hora de tomar decisiones en la misma bioética. Seguí avanzando en este camino complementario de la fundamentación bioética con un tema especialmente caro por este autor: la ética narrativa. Porque en la misma ética narrativa nos podríamos encontrar y hacer visible no sólo al otro, a través de los textos, sino que deberíamos ser capaces de volver a centrarnos en la responsabilidad que adquirimos con ese otro, como ya expuse

con Lévinas, y en la importancia de la deliberación como elemento central y configurativo de la misma bioética. Mostré como la ética narrativa deberíamos entenderla como una forma de la ética hermenéutica y deberíamos reconocer todo el valor que ésta puede llegar aportar a la bioética como una perspectiva, como una nueva orientación necesaria en la misma bioética, que tiene relación directa con el denominado método hermenéutico-deliberativo, creando un espacio intermedio entre el principialismo y la casuística, recuperando el valor de lo humano como actores y autores que somos a la vez en las mismas narraciones. Finalmente, abordé los dos epígrafes principales de la fundamentación complementaria: la ética del cuidado y la biopolítica. Ambos los considero como los más importantes para poder desarrollar finalmente las tres hipótesis de la tesis y las conclusiones, y ambos los entiendo como aquellos epígrafes que podrían llegar a aportar finalmente nuevos puntos de partida de la propia bioética. Sin restar importancia a los epígrafes anteriores, he intentado mostrar cómo los primeros son necesarios para entender precisamente estos dos últimos y he querido mostrar las relaciones existentes entre ellos, de tal forma que no parecieran temas sin conexión sino, todo lo contrario, he intentado mantener entre ellos una especie de diálogo abierto e inacabado, porque mi idea es que se siga trabajando en ellos precisamente desde otras perspectivas que puedan seguir ampliando la misma fundamentación bioética tan necesaria desde mi punto de vista. En la ética del cuidado he querido mostrar una ética que debería convertirse en la base de todas las profesiones sanitarias, asociada claramente con las ideas de la ética de la virtud, la ética feminista, el comunitarismo y principalmente la idea del otro de Lévinas como responsabilidad, desde donde deberían desarrollarse todas las profesiones sanitarias. Entiendo la ética del cuidado como un necesario desarrollo de la bioética en su aplicación práctica de la asistencia sanitaria, y no como un simple añadido conceptual, interesado especialmente por alguna profesión sanitaria concreta. Sin embargo, no puedo dejar de reflexionar sobre el mismo nacimiento y origen de la bioética y, más allá de los casos paradigmáticos desde donde comenzó a pergeñarse la misma bioética, he querido ver también la conexión con el momento histórico-político en el que surge (tras las dos grandes Guerras Mundiales) y me ha parecido que el concepto de biopolítica podría servir de referencia precisamente a esa unión ética-política tan estrecha que muchos filósofos supieron exponer brillantemente (siempre he tomado la referencia aristotélica porque me parece la más acertada precisamente al entender la política como inseparable de la misma ética). Si entendemos la biopolítica como un instrumento que podría servir para comprender más adecuadamente la realidad, también podría servir para entender mejor la bioética, porque, como intentaré mostrar en la primera hipótesis de la tesis, la misma bioética surge como freno a la implantación progresiva de la biopolítica desde la modernidad, ya que el Estado moderno comienza a regular, vigilar, normalizar y controlar todo lo relacionado con la vida. De todo ello, se colige que la biopolítica se fue desarrollando de forma silente, casi invisible, hasta que la misma bioética nos ha mostrado los grandes problemas que se pueden producir alrededor de la vida si ésta es entendida como objeto del poder político, en este caso del biopoder. Si somos capaces de entender las conexiones entre la bioética y la biopolítica, seremos capaces también de comprender, que no explicar, mejor la primera a la luz de la segunda, y de poder seguir desarrollando la bioética desde una realidad donde la biopolítica ya es un hecho difícilmente cuestionable. No se trataría entonces de añadir precisamente más conceptos oscuros a la bioética, más fundamentación de difícil comprensión, sino de mostrar un

concepto, la biopolítica, que dota precisamente de nuevos sentidos a la misma bioética y considero que la va a permitir desarrollarse de otra forma, más completa y, sobre todo, más comprensible y humana finalmente.

Por todo lo expuesto valoro que no he llegado al final de la fundamentación y al último hombre, como titulé este epígrafe, sino que al igual que ocurrió con los planteamientos de Fukuyama se debe seguir investigando a partir de estas ópticas que he expuesto. No pretendo agotar otras vías posibles de fundamentación sino ampliar el campo de visión de la bioética a nuevas alternativas y, en el fondo lo que pretendo es , al igual que hizo Heidegger, realizar caminos de bosque: “Holz (madera, leña) es un antiguo nombre para el bosque. En el bosque hay caminos (“Wege”), por lo general medio ocultos por la maleza, que cesan bruscamente en lo no hollado. Es a estos caminos a los que se llama “Holzwege” (“caminos de bosque, caminos que se pierden en el bosque”). Cada uno de ellos sigue un trazado diferente, pero siempre dentro del mismo bosque. Muchas veces parece como si fueran iguales, pero es una mera apariencia. Los leñadores y guardabosques conocen los caminos. Ellos saben lo que significa encontrarse en un camino que se pierde en el bosque”²⁹⁵, caminos que deben ser recorridos por cada uno de nosotros con un espíritu crítico y, esta tesis, precisamente sólo pretende eso: seguir abriendo caminos mediante las tres hipótesis que a continuación planteo.

²⁹⁵ HEIDEGGER, M., *Caminos de bosque*, Madrid, Alianza Editorial, 1995, p. 9.

3. HIPÓTESIS DE LA TESIS

Tras el imprescindible apartado de fundamentación que acabo de exponer, ahora entraré a desarrollar las tres hipótesis de esta tesis. Planteo tres hipótesis principales cuyo objetivo es servir de reflexión para poder responder finalmente a la pregunta inicial de la tesis *la bioética, ¿una disciplina filosófica o una práctica científica?* Más allá de pensar que estas hipótesis son necesarias para poder responder a la cuestión de esta tesis, deberían ser consideradas separadamente como temas a investigar, ya que creo que son lo suficientemente relevantes por si solas como para poder entender y ampliar la propia bioética porque, en el fondo, la respuesta a esta pregunta me parece central en el mismo futuro de la disciplina, más allá del mero ejercicio académico que esta tesis puede suponer.

A continuación expondré las tres hipótesis de la tesis de forma ensayística, recorriéndolas mediante argumentos a favor y en contra, tratando de indagar precisamente en los planteamientos presentados en cada una de ellas. Por ello, planteo aprehender nuestra realidad bioética desde un proceso casi circular, de ida y vuelta, que pueda servir para replantear nuevos horizontes de pensamientos de la propia bioética. Sin embargo, este esquema expositivo no va a ser forzado para adaptarse a cada una de estas hipótesis, sino que debería ser entendido simplemente como una forma de acercarse a los mismos problemas, pero que no imposibilitan otras alternativas expositivas con respecto a estos mismos temas, sino que propongo una forma ensayística de analizar las hipótesis donde considero que pueden llegar a cobrar más sentido los propios argumentos, ya que no pretendo presentarlos como ideas cerradas y absolutamente ciertas, sino, más bien todo lo contrario, como puntos de partida o líneas de fuga para que otros continúen aportando reflexiones a estas mismas ideas y, de esta forma, conseguir elaborar entre todos un conocimiento más certero sobre las mismas, ya que las considero lo suficientemente relevantes como para detenerse en un estudio pormenorizado de ellas.

Para el desarrollo de estas tres hipótesis he precisado traer aquellos hilos que estuve tejiendo durante la fundamentación de la tesis, por lo que, en ocasiones, será necesario volver a retomar cuestiones y conceptos ya expuestos anteriormente, pero que cobrarán una nueva luz en el mismo desarrollo de las tres hipótesis. Ese fue el principal objetivo de la fundamentación expuesta, el de poder exponer previamente algunas cuestiones centrales en la misma bioética que pudieran llegar a servir en la construcción de las hipótesis de esta tesis. Por eso, algunas de las exposiciones de la fundamentación pueden llegar a parecer ligeramente incompletas y, quizás, excesivamente parciales a los intereses que se desarrollan en las hipótesis de la tesis y a la contestación a la pregunta con la que comienzo la tesis. Siempre es necesario ser consciente de esta posible parcialidad interesada y, sin embargo, no por ello se cierra la puerta a nuevas reflexiones e interpretaciones a partir de las expuestas, que incluso pudieran afirmar finalmente que lo presentado debiese ser replanteado con posterioridad. El valor de todo este trabajo radica precisamente en que se pueda seguir construyendo de forma dialéctica la misma bioética y, eso implica en muchas ocasiones, avances y retrocesos, aciertos y errores, alabanzas y críticas, etc., pero, precisamente, las posibles objeciones, lo que estarían indicando es que se han considerado como importantes estas ideas expuestas en la misma bioética y, con ello, tendría que estar más que satisfecho. Es muy probable que toda la tesis sólo haya sido una tentativa personal de repensar la bioética, pero no por

ello dejará de tener el valor precisamente que toda tentativa siempre representa. En ocasiones, para avanzar en una disciplina quizás sea necesario desviarse por un instante en su mismo desarrollo, para saber precisamente hacia dónde no queremos ir ni queremos volver a encontrarnos.

Una vez acabadas las exposiciones de estas tres hipótesis de la tesis, intentaré responder ampliamente a la cuestión inicial de esta tesis en sus conclusiones. Se tratará entonces de hilvanar finalmente el manto de una respuesta que no pretende cubrir todo el espacio posible, sino que sirva de punto de partida de nuevas preguntas que plantear al final de las conclusiones, porque ese podría ser quizás el objetivo final, el ofrecer más preguntas que puedan mostrar precisamente si esta tesis tiene algún valor. El responder una pregunta como si fuese posible resolver una cuestión, que en sí misma parece milenaria, como expondré, no parece que tenga un sentido completo. Esta tesis quizás no pretenda tanto dar una respuesta, sino que intenta volver a preguntar allí donde parece que se hallaba la certeza, la ansiada verdad, porque es posible que el verdadero conocimiento pueda llegar a encontrarse más en las preguntas acertadas que en las respuestas correctas.

3.1. LA BIOÉTICA NACE DE LA BIOPOLÍTICA

TESIS: LA BIOÉTICA NACE COMO CONTRAPESO NECESARIO A LA BIOPOLÍTICA.

parte y, en esta primera hipótesis empiezo considerando que la bioética nace a partir del mismo desarrollo de la biopolítica, como contrapeso necesario de ésta, para posteriormente intentar rebatirla, o matizarla al menos y, finalmente, como tercer acto reflexivo, realizar una síntesis de ambas posturas, si es posible (podiera ocurrir que tanto la tesis como la antítesis de la hipótesis nos abocaran a la afirmación completa de una de ellas, sin embargo, éstas posturas extremas sólo en contadas ocasiones han podido llegar a afirmarse tan categóricamente).

A continuación expondré cómo tras todo el desarrollo biopolítico que se produce desde la modernidad lo que se trasluce, y lo que realmente interesa para esta tesis, es que el núcleo del problema al que hay que enfrentarse “es la modificación del *bíos* por obra de una política identificada con la técnica”²⁹⁶, especialmente en el campo de las ciencias sanitarias, donde se ha revelado como un elemento realmente transformador de sus mismos fines y límites, precisando asimismo de un nuevo saber, la bioética, que sea capaz de reflexionar profundamente sobre ellos, ya que parece que se ha conseguido legitimar un poder, un biopoder en este caso, a través de la protección de la vida misma. Pretendo afirmar claramente que sólo porque con la modernidad nace y se desarrolla la biopolítica, y todo lo que ello implicará como veremos, fue necesario implementar posteriormente la bioética. Las propuestas bioéticas no hubieran sido realmente necesarias si no se hubiese puesto en marcha la misma biopolítica, especialmente en lo que se ha venido a considerar como la deriva tanatopolítica de la biopolítica, que tan abyectamente se manifestó en las políticas totalitarias del siglo pasado y especialmente

²⁹⁶ ESPOSITO, R., *Bíos. Biopolítica y filosofía*, Buenos Aires, Amorrortu, 2006, p. 20.

en el nazismo, y que tanto Roberto Esposito como Giorgio Agamben exponen en sus textos “entendiendo que el dispositivo del racismo es el mecanismo central que opera en la política nazi. Pero sus análisis introducen nuevas categorías que ayudan a entender este proceso mortífero, dado que, como afirma Esposito, son las categorías políticas de la modernidad las que conducen al reverso de la muerte de la biopolítica del nazismo”²⁹⁷, siendo estas nuevas categorías políticas de la modernidad las que pueden servir precisamente de punto de partida de las siguientes reflexiones hasta llegar a desarrollar la misma bioética.

Para la exposición de la tesis valoro que es importante intentar delimitar lo más exactamente posible lo que se puede llegar a entender como biopolítica, porque considero que un desarrollo lo más amplio y acertado de esta misma idea podría resolver parte de la misma cuestión que pretendo investigar. Para ello, no sólo voy a retomar los hilos que expuse en el epígrafe dedicado a la biopolítica, que ya presenté previamente en la fundamentación de esta tesis en su vía complementaria, sino que voy a intentar dar un paso más, exponiendo someramente otros desarrollos posteriores de la misma biopolítica después de Foucault que considero sumamente importante para poder contestar también la pregunta de esta tesis.

Seguidamente, intentaré valorar hasta dónde podemos llegar a afirmar la tesis la hipótesis de este epígrafe y qué podría aportar hoy a la bioética, o qué relación tiene con ésta (que es realmente el objetivo de este apartado, más allá de una afirmación inicial tan categórica como he planteado). Para todo ello, he seleccionado como equipaje de este particular viaje biopolítico, un concepto central que pretende servir de guía, y que intenta aportar la luz necesaria para poder transitar sin perdernos en exceso, que es el de *Homo Sacer*, que considero fundamental para poder entender el desarrollo de toda esta argumentación.

La biopolítica, como todo nuevo concepto que surge en el campo de las ideas, tendría que intentar estudiarse desde una perspectiva, un horizonte de pensamiento, lo más amplio posible. Al igual que ocurrió en el mismo nacimiento del concepto de bioética, llegar a un consenso sobre una definición universal e unívoca sobre lo que significa claramente la misma biopolítica no resultará fácil. Teniendo en cuenta que la misma bioética, incluso actualmente, se sigue construyendo aún mediante nuevos desarrollos y aportaciones (como pretende ser esta misma tesis), a la hora de intentar definir la propia bioética siempre habrá que comenzar su exposición sobre alguna de sus interpretaciones o de sus diversas teorías fundacionales. En ocasiones, en la descripción del mismo concepto de bioética, hay que partir desde los planteamientos principialistas y otras veces desde otras aproximaciones más cercanas a la casuística, como ya quedó expuesto, o incluso es preciso partir desde enfoques deontológicos o enfoques consecuencialistas, como ya se comentaron también, y sin que ello suponga una dicotomía excluyente, sino que deberían entenderse como posibles puntos de partida para intentar explicar la bioética. Por lo tanto, no resulta fácil en la misma bioética una aproximación que no parezca parcial (aun reconociendo el valor de las otras), y que no deje atrás otros planteamientos también necesarios para la misma comprensión de lo que ésta significa, ya que para comenzar un viaje conceptual siempre parece necesario un punto de partida, entendiendo que éste no invalida ni incapacita otros posibles posicionamientos. Por todo ello, y en este mismo sentido, a la hora de abordar el

²⁹⁷ BALZA, I., “Tras los monstruos de la biopolítica”, *Dilemata*, Nº 12, 2013, p. 28.

concepto de biopolítica hay que enfrentarse a un problema similar, ya que “la palabra biopolítica se viene utilizando en los últimos años con diversos sentidos”²⁹⁸, existiendo por tanto una especie de polisemia respecto al término biopolítica, que no debería realmente desanimar, sino que pudiera ayudar precisamente a componer un mapa conceptual que permita ahondar más en la misma idea de la biopolítica desde diferentes perspectivas, que pienso que son tan necesarias como enriquecedoras para la misma construcción final de un concepto, en principio difícilmente asible como parece este de la biopolítica, al igual que sigue siendo hoy el de la bioética.

Propuse comenzar mis consideraciones, en el apartado de fundamentación de esta tesis, desde el concepto de la biopolítica tal como la expuso Michael Foucault²⁹⁹, entendiendo, como expuse, que no dedicó ningún tratado en exclusividad al respecto, por lo que la construcción de esta idea debería componerse desde los diferentes textos donde mostró la importancia de este mismo concepto. Más allá de esta dificultad, es posible encontrar en la actualidad una especie de diáspora biopolítica que personalmente me parece sumamente interesante y estimulante. Pero, todos estos planteamientos que sobre la biopolítica se han venido construyendo, especialmente desde hace ya un par de décadas, si bien han contribuido a ampliar progresivamente el campo conceptual de la misma biopolítica y de su investigación, conforman un campo expositivo que supera el espacio que podría dedicarle en esta tesis. Sin embargo, a pesar de todo ello, no puedo dejar de destacar la imbricación necesaria que vengo postulando desde el comienzo de esta misma tesis entre la bioética y la biopolítica, como concepto fundamental desde el que poder contestar a la pregunta inicial que propone esta tesis, y con ello seguir estudiando de esta forma su necesario contenido.

Llegados a este punto, me he decidido por seguir en la citada idea inicial de mostrar la imprescindible relación que existe entre la bioética y la biopolítica, como dije anteriormente, más que dedicarme a una exposición de cómo las diferentes concepciones actuales de la biopolítica se relacionan con la misma bioética³⁰⁰. Para poder desarrollar la conexión que postulo entre la bioética y la biopolítica he querido seleccionar un concepto que me parece clave en el desarrollo de ésta, o al menos es el

²⁹⁸ BOLADERAS CUCURELLA, M. “Ética y biopolítica” en ROMAN MAESTRE, B. y PALAZZI, C. (Ed.), *Hacia una sociedad responsable: reflexiones sobre las éticas aplicadas*, Barcelona, Prohom Edicions, 2006, p. 231.

²⁹⁹ No he querido entrar a considerar a otros autores anteriores al propio Foucault, como son el mismo padre del término, el sueco Rudolf Kjellen, que ya en 1905 expuso su definición, planteándola en 1920 en su libro *Grundriss zu einem System der Politik* donde reflexionaba sobre la biopolítica resaltando la importancia del papel del Estado como el de árbitro o mediador respecto a la leyes de la vida. Asimismo, deberíamos considerar las aportaciones coetáneas del pensador sueco de Karl Binding, Eberhard Dennerdt o Eduard Hahn, en sus respectivos trabajos *Zum Werden und Leben der Staaten*, *Der Staat als lebendiger Organismus* y *Der Staat, ein Lebenwesen*.

³⁰⁰ Sin embargo, este trabajo lo considero imprescindible, pero se escapa del espacio que pudiera dedicarle aquí. Otra tesis sería necesaria para poder mostrar las diferentes concepciones de la misma biopolítica, ya que su desarrollo no deja de reelaborarse, como vienen mostrando las últimas investigaciones al respecto. En este mismo sentido, me parece sumamente interesante el libro *El trasfondo biopolítico de la bioética* cuya editora es Anna Quintanas (Girona, Documenta Universitaria, 2013) que trata precisamente de incentivar la reflexión sobre sus necesarias conexiones y que comentaré posteriormente.

que más importante podría ser para esta tesis. Este concepto, como ya nombré anteriormente, es el de *Homo Sacer*, desarrollado especialmente por Giorgio Agamben. Lo considero como un concepto central y es el que en realidad utilizaré como puente entre la bioética y la biopolítica, para apoyar los planteamientos de esta tesis. Reconociendo que podría haber partido desde otros conceptos o planteamientos, éste me parece un punto de partida fundamental desde el que comenzar a caminar para poder enlazar precisamente con lo que posteriormente analizaré como práctica científica. Sin embargo, previamente a entrar a exponer lo que supone el concepto de *Homo Sacer*, voy a realizar una somera introducción sobre la biopolítica hasta llegar al mismo concepto.

Podría haber realizado un breve recorrido por una serie de autores que considero relevantes en el mismo desarrollo de la biopolítica actual, pero a los que no podría dedicarme en exponer sus estudios al respecto el tiempo que hubiese querido. Estos autores cuyo pensamiento no voy a desarrollar con detenimiento, y sobre los que sólo propondré algunas líneas de reflexión, no son precisamente secundarios en el desarrollo de la misma biopolítica, sino que aportan matices sumamente enriquecedores a la construcción del propio concepto. Partiré desde las propias reflexiones de Roberto Esposito sobre la misma biopolítica que pueden servir para llegar al concepto de *Homo Sacer* expuesto por Giorgio Agamben y que podrían ayudar a construir un puente para intentar exponer las necesarias relaciones entre la bioética y la biopolítica, como comenté anteriormente, y, por este sendero pretendo ir caminando sin olvidarme de otros probables y necesarios desarrollos conceptuales, tan posibles y valiosos como el seleccionado.

Avanzando en las primeras exposiciones que Foucault postuló sobre el mismo término de biopolítica, que ya vimos, nos vamos a ir encontrando con diferentes concepciones e interpretaciones sobre la misma biopolítica. De esta forma se fue desarrollando una especie de *enigma de la biopolítica*, como lo denomina Roberto Esposito (dando título al primero de los cuatro capítulos en el que se divide su magistral libro *Bíos. biopolítica y filosofía*), en el que expone cómo “en el lapso de algunos años, la noción de “biopolítica” no sólo se ha instalado en el centro del debate internacional, sino que ha marcado el inicio de una etapa completamente nueva de la reflexión contemporánea”³⁰¹, de tal forma que con las primeras aproximaciones que Foucault fue aportando al concepto de biopolítica, se podría colegir que la misma filosofía política ha resultado modificada sustancialmente. En el fondo, lo que se produce es un giro de sentido en algunos conceptos “no porque repentinamente hubieran salido de escena categorías clásicas como las de “derecho”, “soberanía” y “democracia”: ellas continúan organizando el discurso político más difundido, pero su efecto de sentido se encuentra cada vez más debilitado y carente de verdadera capacidad interpretativa. En vez de explicar una realidad que en todos los aspectos escapa al alcance de su análisis, esas categorías necesitan ellas mismas el examen de una mirada más penetrante que a un tiempo las deconstruya y las explique.”³⁰². Estos problemas que expone Esposito son similares a los que nos hemos encontrados, como ya comenté, cuando comenzamos a desarrollar la misma bioética en relación con las mismas categorías éticas con las que

³⁰¹ ESPOSITO, R., *Bíos. Biopolítica y filosofía*, Buenos Aires, Amorrortu, 2006, p. 23.

³⁰² *Ibidem*, p. 23.

queríamos aprehender la realidad, hasta que hemos sido capaces de mostrar algo de luz al mismo *enigma de la bioética*, en la que esta misma tesis quiere continuar investigando.

Resulta significativo que en el prólogo de su libro citado anteriormente, el mismo Esposito comience con la exposición de cinco casos con los que quiere mostrar ese cambio en el quehacer político moderno, que recuerdan precisamente a esos primeros casos paradigmáticos de la misma bioética que ya comenté (caso Tuskegee, caso Karen Ann Quinlan, caso Willowbrook, caso Tarasoff, caso Nancy Cruzan,...). Serán tan relevantes esos cinco casos biopolíticos recientes expuestos en su libro citado, que abren precisamente la misma reflexión de Esposito³⁰³, donde muestra cómo “en su centro está la noción de biopolítica. Sólo basándose en ella es posible encontrar, para acontecimientos como los expuestos, que escapan a una interpretación más tradicional, un sentido global que vaya más allá de su mera manifestación.”³⁰⁴ Los casos que analiza Esposito son quizás tan extremos como eran los primeros casos bioéticos, pero pueden también servir para comprender que en todos los grandes fenómenos políticos de nuestro tiempo se podría llegar a comprobar como el concepto de biopolítica está plenamente integrado, de tal forma que es capaz de traspasar y de penetrar, los mismos acontecimientos y, en cierta manera, los conforma, “de la guerra de y contra el terrorismo a las migraciones masivas, de las políticas sanitarias a las demográficas, de las medidas de seguridad preventiva a la extensión ilimitada de las legislaciones de emergencia, no hay fenómeno de relevancia internacional ajeno a la doble tendencia que sitúa los hechos aquí mencionados en una única línea de significado: por una parte, una creciente superposición entre el ámbito de la política, o del derecho, y el de la vida; por la otra, según parece, como derivación, un vínculo igualmente estrecho con la muerte.”³⁰⁵, resultando bastante significativo que ya en estos primeros ejemplos de referencia sea posible encontrarse con las denominadas políticas sanitarias ya que, como expondré más detenidamente, bajo esta denominación se puede ir vislumbrando la misma relación entrelazada entre la bioética y la biopolítica, que habitualmente puede llegar a pasar desapercibida.

Siguiendo con las mismas consideraciones de Esposito, éste nos recuerda como precisamente Foucault reflexionaba sobre la paradoja de por qué una política que se supone centrada en la vida amenaza con volverse acción de muerte, representado, según

³⁰³ Creo importante resaltar que la exposición por parte de Esposito de estos casos no dejan de recordarnos a una especie de casuística biopolítica, que creo que es necesaria ir cumplimentando para poder desenmarañar el mismo enigma de la biopolítica. En muchas ocasiones, cuando se intenta introducir la noción de biopolítica no parece dejar de ser necesaria exponer algún ejemplo paradigmático, que muestre aproximadamente el sentido de estas investigaciones. Por ello, quizás la una casuística biopolítica, al igual que ya existe una casuística bioética, considero que podría tener sentido y podría servir para mostrar más acertadamente las implicaciones reales de la misma biopolítica.

³⁰⁴ ESPOSITO, R., Op. Cit., p. 15.

³⁰⁵ *Ibidem*, p. 15.

Espósito, el nazismo³⁰⁶ la culminación de la biopolítica, “al menos en la expresión caracterizada por una absoluta indistinción respecto de su reverso tanatopolítico.”³⁰⁷ Quizás, para responder más acertadamente a esta cuestión, hay que remitirse a los textos de Giorgio Agamben que analizaré a continuación, pero creo que hay que dejar constancia en este punto de esta reflexión, que volveré a retomar en las otras dos hipótesis de esta tesis, y que considero sumamente significativo para esta investigación, por lo que es capaz de afectar a cuestiones relacionadas con las decisiones que pueden tomar los mismos pacientes al final de su vida, como son las manifestaciones anticipadas de voluntades (MAV), instrucciones previas o testamento vital. Sin embargo, las consideraciones de Espósito al respecto en su libro deberían servir para continuar indagando en la importancia de la misma biopolítica para entender hoy el mundo, siendo especialmente relevante para ello su paradigma de inmunización, que expone más ampliamente en el segundo capítulo de su citado libro “personalmente, considero que la clave interpretativa que parece escapar a Foucault se puede rastrear en el paradigma de ”inmunización”. ¿Por qué? ¿en qué sentido puede este llenar el vacío semántico, la brecha de significado, que en la obra de Foucault persiste entre los dos polos constitutivos del concepto de biopolítica? (...) la categoría de “inmunidad”, incluso en su significado corriente, se inscribe precisamente en el cruce de ambos polos, en la línea de tangencia que conecta la esfera de la vida con la del derecho”³⁰⁸, exponiendo, de esta manera otra línea de interpretación, muy original y acertada, que en cierta forma también siempre es posible encontrar en la misma bioética, que no es capaz de escapar, en cierto modo, de esta conexión entre las esferas de la vida y la del derecho. Se trataría, por tanto, en cierta forma de mostrar someramente que es posible considerar la biopolítica desde varios ángulos interpretativos, necesarios y no esencialmente opuestos, que permiten finalmente ampliar la visión conceptual de la realidad para poder desenvolver la caja negra en la que parecía estar sumida la misma biopolítica.

Tras lo expuesto, me gustaría entrar a reflexionar sobre cómo el propio Esposito considera a la biopolítica como una especie de turbulencia que afecta directamente a los ámbitos políticos y jurídicos, de tal forma que es capaz de arrastrar sus aparatos conceptuales a una especie de dimensión exterior. Sin embargo, también Esposito reconoce que el mismo término de biopolítica “aparece atravesado por una incertidumbre, por una inquietud, que impide toda connotación estable. Es más: podría agregarse que está expuesto a una creciente presión hermenéutica que parece hacer de él no sólo el instrumento, sino también el objeto de un áspero enfrentamiento filosófico y político respecto de la configuración y destino de nuestro tiempo. De aquí su oscilación – bien podría decir: su dispersión – entre interpretaciones, y ante tonalidades, no sólo

³⁰⁶ No es posible olvidar que el nazismo fue capaz de ver a todo el pueblo alemán como un único cuerpo orgánico que precisaba de una extirpación agresiva, como si fuera un tumor que amenaza su vida, de su parte enferma y muerta (gitanos, judíos, disminuidos psíquicos,...) llevando la biologización de la política hasta extremos anteriormente nunca vistos.

³⁰⁷ ESPOSITO, R., Op. Cit., p. 20.

³⁰⁸ *Ibidem*, p. 73.

diferentes, sino incluso contrapuestas.”³⁰⁹ y, considerando todo lo expuesto, podría llegar a parecer que estamos abocados a una especie de indeterminación del mismo concepto de biopolítica, que quizás tenga su conflicto interno en la misma relación de los términos que la conforman (*bíos* y política), debido principalmente a que si se analiza semánticamente la figura clásica de la *bíos politikós*, especialmente en su interpretación aristotélica, el término griego *bíos* tendría más que ver con la definición de una forma de vida o vida calificada, y sin embargo, en la acepción más cercana al concepto de biopolítica, tendría más que ver con la definición del vocablo griego *zoé* que hace referencia a la vida en su simple mantenimiento biológico, de tal forma que esta especie de intercambio terminológico que podría realizarse en la misma biopolítica hace que ésta se ubique en una zona de doble indiscernibilidad, como plantea el mismo Esposito que continúa afirmando cómo hoy, “cuando el cuerpo humano es cada día más desafiado, incluso literalmente atravesado por la técnica. La política penetra directamente en la vida, pero entretanto la vida se ha vuelto algo distinto de sí misma. Y entonces, si no existe una vida natural que no sea, a la vez, también técnica; si la relación de dos entre *bíos* y *zoé* debe, a esta altura, incluir a la *techné* como tercer término correlacionado, o tal vez debió incluirlo desde siempre, ¿cómo hipotetizar una relación exclusiva entre vida y política?”³¹⁰, que creo que sintetiza perfectamente el problema al que hay que enfrentarse hoy: la *bíos* ha dejado de ser lo que era desde su nacimiento y ha venido incorporando progresivamente una *techné* externa que la está transformado completamente, donde la política se está mostrando como determinante al respecto. Por todo ello, hay que seguir reconociendo que no será fácil una definición y delimitación exacta y sin cierto grado de ambigüedad del mismo concepto de biopolítica (como sigue ocurriendo en cierta forma también con la misma bioética, como ya comenté).

A pesar de todas estas consideraciones y pequeñas contradicciones, que no hay que olvidar y sobre las que habría que seguir profundizando, la biopolítica ha venido a instalarse definitivamente en nuestro mundo actual, al igual que la bioética, de tal forma que hay que comenzar a considerar ambas cuestiones como un todo indisoluble que nos afectan y conforman de forma determinante e inevitable. Desde el nacimiento de la misma modernidad se han venido desarrollando sociedades cada vez más complejas, con técnicas cada vez más sofisticadas que pueden llegar a modificar de forma determinante los propios procesos de nuestra vida tal como los conocíamos, que antaño dependían de la misma naturaleza azarosa, o quizás supuestamente de algún tipo de dios intervencionista, y que ahora “esas nuevas posibilidades tecnológicas están asociadas (en un proceso típicamente moderno según muchos filósofos, sociólogos e historiadores) con un pronunciado aumento de la voluntad de dominio, de subordinación, de manipulación y de intervención que afecta profundamente a la ética y a la política, tanto como a la naturaleza y a la tecnología.”³¹¹. Por ello, habría que ir repensando la relación entre la bioética y la biopolítica como necesaria, especialmente cuanto más nos adentremos en su aplicación práctica y no sólo desde los planos

³⁰⁹ *Ibidem*, p. 24.

³¹⁰ *Ibidem*, p. 25.

³¹¹ MAYOS, G., “Valores bioéticos, subjetividad y biopolítica” en BILBENY, N. (Coord.), *Bioética, sujeto y cultura*, Barcelona, Horsori Editorial, 2011, p. 64.

teóricos, quizás más difíciles de interrelacionar si tenemos en cuenta la misma dificultad de delimitar exactamente ambos campos conceptuales. En el fondo, lo que subyace a este planteamiento tendría que ver con la propuesta de “como lo personal, subjetivo, singular y privado resulta en muchos casos inseparable de lo colectivo, intersubjetivo, general y público, consideramos que la bioética tiene que enlazar las más íntimas opciones vitales con las sociales, colectivas y políticas (incluso biopolítica). Pues, sin el reconocimiento, regulación, protección y legislación de las primeras por parte de las sociedades y Estados, aquéllas están amenazadas o condenadas a la total ineficacia, además de potencialmente poder provocar graves conflictos”³¹². Por todo ello, existe una especie de porosidad entre la bioética y la biopolítica, donde el individuo y la sociedad conviven, se definen y delimitan mutuamente. Los mismos cuatro principios bioéticos que ya expuse de Tom Beauchamp y James Childress podrían delimitarse entre lo individual (autonomía y no maleficencia) y lo colectivo (justicia y beneficencia), a pesar de la dificultad de establecer una frontera determinante entre ambos, sin caer en aporías insalvables.

Tras estas sucintas cuestiones a modo de introducción, ya es hora de comenzar a adentrarnos en la misma biopolítica a través del concepto de *Homo Sacer* expuesto por Giorgio Agamben. Como ya expuse, esta elección de punto de partida para este análisis propuesto no agota a otros autores o planteamientos actuales. Sin embargo, considero que el citado autor puede ayudar como punto de partida especialmente en el campo bioético al que pretendo finalmente llegar y, como expondré, me ha parecido especialmente indicado para esta tesis, ya que no sólo tiene relación con esta primera hipótesis de la tesis, sino también con las dos siguientes como comentaré. Asimismo hay que considerar que aunque Agamben desarrolla propiamente el concepto de *Homo Sacer* en el segundo capítulo del primer libro, de la trilogía que es *Homo Sacer*, no sólo analizaré este concepto en relación al libro y su exposición y desarrollo en los tres libros (*Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida; Estado de Excepción. Homo sacer II, I*; y finalmente, *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo sacer III*), sino que intentaré ahondar sobre este mismo concepto en relación a esta tesis y su relación con la bioética y la biopolítica.

Comenzando por el mismo concepto de *Homo Sacer*, del que creo interesante remontarse a los propios escritos de Giorgio Agamben, que selecciona un texto de Festo, en su tratado *Sobre la significación de las palabras*, y que puede servir para reflexionar sobre cómo interpretar precisamente el propio significado de *Homo Sacer*: “*At homo sacer is est, quem populus iuducavit ob maleficium; neque fas est eum immolari, sed qui occidit, parricidi non damnatur; nam lege tribunicia prima cavetur “si quis eum, qui eo plebei scito sacer sit, occiderit, parricida ne sit”. Ex quo quivis homo malus atque improbus sacer appellari solet*”³¹³, donde se puede apreciar precisamente la más antigua pena original del mismo derecho criminal romano. Prácticamente desde allí emana ya una especie de concepto límite del orden social

³¹² *Ibidem*, pp. 64-65.

³¹³ “Hombre sagrado es, empero, aquél a quien el pueblo ha juzgado por un delito; no es lícito sacrificarle, pero quien le mate no será condenado por homicidio. En efecto, en la primera ley tribunicia se advierte que “si alguien mata a aquel que es sagrado por plebiscito, no será considerado homicida”. De aquí viene que se suela llamar sagrado a un hombre malo e impuro”. AGAMBEN, G., *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*, Valencia, Pre-Textos, 1998, p. 93.

romano, que muestra dos características difícilmente compatibles del propio *Homo Sacer*: la impunidad de darle muerte y la prohibición de su sacrificio (tan importantes ambas características precisamente para el desarrollo de esta tesis). Avanzando ya en la exposición de Agamben, éste va a estudiar cómo se va desarrollando entre finales del siglo XIX y las primeras décadas del XX una especie de mitologema científico, que denomina como la teoría de la ambigüedad de lo sagrado, de tal forma que esta ambivalencia de lo sagrado va mostrando cómo la santidad y la misma impureza se rozan con frecuencia, conformando una especie de horror hacia lo sagrado, avanzando que el término latino *Sacer* van a ir adquiriendo a la vez las significaciones de santo y maldito. Yendo todavía un paso más, los conceptos de tabú y sagrado no dejan en cierta forma de mostrarnos sus mismos rasgos contradictorios como el propio Sigmund Freud expuso en *Totem y Tabú*, donde relataba cómo la ambivalencia no era solamente debida a bases psicológicas o antropológicas, sino también a lingüísticas. Agamben lo advierte claramente: “no es la pretendida ambivalencia de la categoría religiosa de lo sagrado la que puede explicar el fenómeno político-jurídico a que se refiere la acepción más antigua del término *sacer*; por el contrario, sólo una atenta delimitación previa de las respectivas esferas de lo político y de lo religioso puede permitir comprender la historia de su imbricación y de sus complejas relaciones”³¹⁴, que no deberíamos dejar pasar por alto si no queremos perdernos precisamente en un mitologema científico, que es capaz de encubrir casi completamente la dimensión jurídico-política originaria del término *Homo Sacer*, de tal forma que no sólo sería incapaz de aclararlo, sino que finalmente incluso podría necesitar de una explicación posterior de este mismo mitologema científico.

Avanzando en la propia estructura de la *sacratio* se puede encontrar precisamente la conjunción de las dos características que ya expuse. Por un lado, se encuentra la impunidad de matar y, por otro lado, la exclusión del sacrificio, de tal forma que el mismo *Homo Sacer* se ubicaría fuera de la propia jurisdicción humana pero, a diferencia de la *consecratio*, sin que se convierta en divina. Siguiendo esta línea de exposición, es posible enfrentarse ya con su similitud con la excepción soberana, que tanto interesa en esta tesis, “la ley se aplica al caso excepcional desaplicándose, retirándose de él, así también el homo sacer pertenece al dios en la forma de la insacriticabilidad y está incluido en la comunidad en la forma de la posibilidad de que se le dé muerte violenta. *La vida insacriticable y a la que, sin embargo, puede darse muerte, es la vida sagrada*”³¹⁵. Es en esta doble exclusión de la condición del *Homo sacer*, más que la ambivalencia originaria de la misma sacralidad que le es propia, donde la violencia a la que se expone no se podría definir ni como homicidio ni como sacrificio, ni como sacrilegio ni como ejecución misma, la que interesa principalmente para esta tesis y su aplicación práctica.

Ahora hay que remontarse a un concepto límite en la misma acción humana que está sustentada también en una relación de excepción, la decisión soberana, que es capaz de poner en suspensión la ley en el estado de excepción, integrando o conformando de esta forma la nuda vida o vida sagrada, que conforma o delimita el contenido mismo del poder soberano, que puede servir de orientación hacia la búsqueda del origen del dogma

³¹⁴ *Ibidem*, p. 105.

³¹⁵ *Ibidem*, pp. 107-108 (las cursivas son del autor).

de la sacralidad de la vida en nuestros días, especialmente en la asistencia sanitaria. De esta forma, se debe colegir que la producción de la nuda vida debería considerarse como la contribución originaria de la misma soberanía. Existe por tanto una especie de construcción política de la soberanía que se habría conformado desde una doble excepción, “como una excrecencia de lo profano en lo religioso y de lo religioso en lo profano, que configura una zona de indiferencia entre sacrificio y homicidio. *Soberana es la esfera en que se puede matar sin cometer homicidio y sin celebrar un sacrificio; y sagrada, es decir, expuesta a que se le dé muerte, pero insacrificable, es la vida que ha quedado prendida en esta esfera*”³¹⁶, de tal forma que el concepto de *Sacer* vendría a ser la formulación política originaria de la imposición del vínculo soberano. Por todo ello, la idea que interesaría en este punto resaltar de forma clara y rotunda es que la vida es sólo sagrada en la medida que está integrada dentro de la relación soberana y, por lo tanto, queda conformada como un fenómeno político-jurídico y no como un fenómeno puramente religioso, como se le ha confundido de tal forma que no se ha comprendido finalmente esta idea, sino que se le ha desvirtuado en cierta manera, pensando que si hubiésemos sido capaces de excluir las connotaciones religiosas de la asistencia sanitaria (que todavía están muy presentes desafortunadamente) se podría haber solucionado el problema de la sacralidad de la vida humana y, sin embargo, se ha conseguido eliminar las connotaciones religiosas en muchos centros sanitarios y profesionales sanitarios y se sigue perpetuando esa visión e interpretación sagrada de la vida que es más política-jurídica que religiosa realmente.

Por lo expuesto anteriormente, sería interesante ir conectando las ideas expresadas por Agamben con las que ya expuse de Michel Foucault, cuando en *La voluntad de saber* exponía cómo durante mucho tiempo “uno de los privilegios característicos del poder soberano fue el derecho de vida y muerte”³¹⁷, de tal forma que éste se muestra cómo el fundamento primero del propio poder soberano, que es un poder claramente político, será una vida a la que se le puede dar muerte absolutamente y, de esta manera, la propia vida se politiza mediante la misma fórmula de que se le puede matar³¹⁸. Poco a poco los ciudadanos, incluyendo la misma definición de la ciudadanía, vamos a construirnos a partir de pagar nuestra participación en la vida política moderna mediante la sujeción a una forma incondicionada a un poder de muerte, siendo significativo cómo la vida sólo puede entrar en la misma concepción de ciudad mediante esta doble excepción expuesta de poder recibir la muerte impunemente y de ser a la vez insacrificable. Resulta bastante curioso constatar cómo la vida humana se comienza a politizar mediante el abandono a un poder creado incondicionado de muerte. Por eso debemos reflexionar sobre cómo es más originario el vínculo soberano que el del pacto

³¹⁶ *Ibidem*, p. 109 (las cursivas son del autor).

³¹⁷ FOUCAULT, M., *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, Madrid, Siglo XXI, 2006, p. 143.

³¹⁸ Es importante resaltar que a pesar de que voy a considerar las aportaciones posteriores de Agamben y de Esposito como fundamentales en el desarrollo de esta hipótesis de la tesis, tengo que admitir que las reflexiones previas de Foucault, especialmente las expuestas en los cursos del Collège de France, son las que considero centrales y más significativas a la argumentación que trato de desarrollar por su conexión a mi tesis, como trataré de exponer en sus conclusiones finales.

social³¹⁹, de tal forma que la nuda vida que produce, que no es realmente ni *bíos* político ni *zoé* natural, es una zona de indistinción, un límite tanto de la *domus* como de la *polis*. El estado se fundará más en una *déliasion* (desligadura) que prohíbe, que realmente en un lazo social. Y, tras todo ello, no hay que dejar de percibir la creación de una especie de mito del Estado, que muestra precisamente los dos cuerpos del rey, el cuerpo soberano y el cuerpo sagrado a su misma vez, de tal forma que existe una simetría entre el cuerpo del soberano y el del *Homo Sacer*. Con todo ello Agamben nos lleva a reflexionar sobre cómo “en la modernidad, la vida se sitúa cada vez más claramente en el centro de la política estatal (convertida, en los términos de Foucault, en biopolítica), si, en nuestro tiempo, en un sentido particular pero realísimo, todos los ciudadanos se presentan virtualmente como homines sacri, ello es posible porque la relación de bando ha constituido desde el origen la estructura propia del poder soberano”³²⁰, donde este bando sería fundamentalmente “el poder de entregar algo a sí mismo, es decir el poder de mantenerse en relación con un presupuesto que está fuera de toda relación”³²¹, ya que el bando se convierte realmente en una fuerza que es a la vez de atracción y de repulsión, que permite unir los dos extremos de la misma excepción soberana, por un lado, la nuda vida y, por otro lado, el poder (el *Homo Sacer* y el soberano), convirtiéndose el bando en la marca o enseña de la misma soberanía. Es importante resaltar finalmente cómo en nuestra modernidad, donde la propia vida se está convirtiendo en el epicentro de la política de los Estados, todos nosotros, como ciudadanos precisamente de esos mismos Estados, nos hemos convertido en *homines sacri*, conformándonos en una nueva relación de inclusión y exclusión al mismo tiempo con nuestro Estado, de tal forma que la creación de un cuerpo biopolítico podemos considerarla como la aportación original del mismo poder soberano a nuestra sociedad actual, que claramente tiene también implicaciones bioéticas y no sólo biopolíticas, como mostraré en las conclusiones de esta tesis.

Más tarde o temprano hay que plantearse la siguiente pregunta ¿en qué momento de nuestra historia y cultura comenzamos a considerar la vida como sagrada? Siendo posible que haya que asumir que el concepto de *nuda vida* podría ser debido quizás a una falta de reflexión profunda sobre su significado. El propio Agamben muestra cómo “el principio del carácter sagrado de la vida se nos ha hecho tan familiar que parecemos olvidar que la Grecia clásica, a la que debemos la mayor parte de nuestros conceptos ético-políticos, no sólo ignoraba este principio, sino que no poseía un término para expresar en toda su complejidad la esfera semántica que nosotros indicamos con un

³¹⁹ Resulta muy interesante constatar cómo Agamben es capaz de cuestionar el aceptado mito de la fundación de la ciudad moderna, que es posible encontrar en varios tratados desde Hobbes a Rousseau, que remitía a la idea de una convención o contrato como acto político originario que nos había permitido pasar desde un estado de naturaleza al Estado. De tal forma que Agamben es capaz de mostrar que existe una especie de espacio de indeterminación entre la *physis* y el *nómos*, con características mucho más complejas, que vienen mejor representadas precisamente en la idea de bando, y no tanto en la del contrato social, que implica finalmente una forma de convivir en una zona indeterminada de seudonaturaleza y no estatalidad.

³²⁰ AGAMBEN, G., Op. Cit., p. 143.

³²¹ *Ibidem*, p. 142.

único término: vida³²², ya que, más allá de la oposición entre los mismos términos de *bíos* y *zoé*, entre los que hace referencia a la vida cualificada propia de las personas y la vida en una concepción más general, no es posible localizar esa sacralidad que se ha impuesto actualmente, que no deja de ser una especie de privilegio o maldición (según como se considere finalmente). Incluso si se indaga precisamente en el término *sôma*, que posteriormente se ha ido traduciendo como cuerpo, en su origen griego lo que sería posible encontrar es una traducción más cercana a nuestro concepto moderno de cadáver, lo que remitiría realmente a que los mismos griegos sólo consideraban la unidad de la pluralidad de elementos y aspectos, tras la propia muerte. Es importante reconocer cómo la propia violencia soberana comenzó abriendo una zona de indeterminación, más allá de esa conexión necesaria que une derecho y violencia en el mismo centro del concepto de soberanía, esa “oscilación dialéctica entre la violencia que establece el derecho y la violencia que lo conserva”³²³, que no deja de estar por ello ubicada entre lo exterior y lo interior, entre la naturaleza y la ley, y que va conformando una especie de estado de excepción necesario que mantenga este delicado equilibrio, que se conforma en una zona en la que será realmente difícil poder distinguir entre la regla y la excepción. De todo ello nacerá precisamente “el portador del nexo entre violencia y derecho que denomina “nuda vida” (...) instaura un vínculo esencial entre la nuda vida y la violencia jurídica”³²⁴, de tal forma que pareciese que existe una relación que vincula el poder soberano con la *nuda vida*, produciendo finalmente una especie de relación casi cómplice entre la sacralidad misma de la vida y el propio poder del derecho, que no hay que olvidar en las consideraciones finales sobre la misma biopolítica³²⁵.

Todo lo expuesto anteriormente, hace colegir a Agamben cómo ahora, con el desarrollo de la biopolítica, como ya expuse, nos hemos convertidos todos virtualmente en *homines sacri*, por lo que la *nuda vida* del homo sacer nos implica a todos de forma particular. Nuestra propia vida se ha quedado expuesta literalmente a una violencia nunca vista en nuestra historia: a la misma vez que se nos propone e impone que nuestra

³²² *Ibidem*, p. 88.

³²³ *Ibidem*, p. 84.

³²⁴ *Ibidem*, p. 87.

³²⁵ Posteriormente, debido a la importancia que tiene en nuestra sociedad, es preciso analizar y aclarar la contraposición entre sacralidad de la vida y la explotación capitalista de las mismas fuerzas vitales, que nos afectan de una manera determinante actualmente, pero especialmente en la misma asistencia sanitaria, ya que en ésta lo sagrado también se ha convertido en un negocio muy rentable que debería ser cuestionado. En esta primera hipótesis de la tesis he creído necesario apuntar simplemente esta conexión que analizaré con más detenimiento, debido a su importancia política y económica actual, en las conclusiones finales de esta tesis.

vida es insacrificable³²⁶, también se convierte simultáneamente en eliminable de forma asombrosa. Agamben centrará gran parte de la trilogía de *Homo Sacer* en un análisis sumamente interesante de cómo la biopolítica tuvo su mayor exposición y desarrollo finalmente en el exterminio nazi, mostrando claramente como éste no aconteció nunca en la esfera del derecho ni de la religión, sino claramente en la esfera de la biopolítica, lo que debería hacernos reflexionar sobre cómo muchos de los problemas asistenciales sanitarios, y sus posibles soluciones, no habría que intentar enmarcarlos y solucionarlos sólo desde un ámbito eminentemente jurídico o simplemente científico, e incluso en ocasiones desde planteamientos religiosos, sino que desde una perspectiva biopolítica podrían cobrar un análisis más acertado que permitiese volver a enfocar muchas cuestiones bioéticas desde una nueva visión más amplia, y quizás más acorde con nuestra realidad actual y, de esta forma, encontrar una solución urgentemente necesaria a muchas cuestiones bioéticas que nos acucian hoy.

Tras todo ello, creo que es hora de contestar a la pregunta que puede estar fraguándose desde que comencé la exposición de este epígrafe, ya que como reflexión teórica la biopolítica puede resultar quizás estimulante y esclarecedora, en ciertos aspectos pero, más allá de todo esto, ¿realmente aporta algo a la bioética y a la asistencia sanitaria práctica diaria? y, ¿nos afecta realmente en algo a los profesionales sanitarios? La respuesta desde esta perspectiva personal es un rotundo sí en ambas cuestiones, ya que los profesionales sanitarios vamos a estar implicados directamente en la biopolítica, y muy especialmente en la tanatopolítica, ya que somos actores principales dentro del paradigma biopolítico que ha generado finalmente a la bioética como freno necesario de ella. Esta tesis que mantengo la intentaré a ir pergeñando a lo largo de las tres hipótesis que vengo exponiendo, desarrollándola especialmente en la última, pero he creído interesante comenzar a exponerla desde la primera hipótesis de la tesis. Agamben es claro al afirmar cómo la política se fue transformando paulatinamente desde la modernidad en biopolítica, tratando de construir un sistema biopolítico de organización que asegurara el mismo control, cuidado y disfrute final de la *nuda vida*³²⁷.

³²⁶ Especialmente cuando se cuestiona de forma sistemática la eutanasia, viéndonos obligados a actuar casi de forma clandestina o buscando ciertas fórmulas jurídicas curiosamente limítrofes (como por ejemplo el suicidio médicamente asistido). Y, al hilo del comentario anterior, es importante resaltar que también existe actualmente un negocio muy rentable respecto a la muerte (y no sólo en lo que respecta a los seguros de vida, funerarias, incineradoras,...), en relación a lo que se ha venido a denominar como turismo sanitario a aquellos países donde sí es posible morir con cierto tipo de ayuda cuando la persona lo solicita y paga (un detalle importante) por ello, como actualmente es el caso del “turismo suicida” en Suiza (con empresas dedicadas a ello como *Exit* y *Dignitas*).

³²⁷ Cuando la *nuda vida* se convierte en el centro de la reflexión política, las antiguas propuestas tradicionales de totalitarismo y de liberalismo, de izquierda y de derecha, se empiezan a difuminar, quedando repentinamente vacías de un contenido que las conforme convirtiéndose entonces en conceptos en cierta manera ya indeterminados, dando sentido de esta forma a esos desplazamientos políticos que fueron girando cada vez más hacia el nuevo fascismo que recorrió Europa (¿y que ahora renace nuevamente con la crisis y el *nuevo* terrorismo islámico?). Actualmente estos fascismos también conviven con el renacimiento de ciertos nacionalismos y populismos (el plebiscito escocés celebrado el 18 de septiembre de 2014 y la resolución independentista aprobada por el Parlament de Cataluña el 9 de noviembre de 2015, son claros ejemplos de la necesidad de reinterpretar el mismo concepto de Estado moderno, dentro de lo que son las tradicionales propuestas políticas que ya no son capaces de explicar realmente la misma realidad política, que en mi opinión precisa de una profunda reflexión realmente política hoy más necesaria que nunca).

En relación a la tanatopolítica, anteriormente reseñada, que nos afecta como profesionales sanitarios, Agamben aclara que “si, en todo Estado moderno, hay una línea que marca el punto en el que la decisión sobre la vida se hace decisión sobre la muerte y en que la biopolítica puede, así transformarse en tanatopolítica, esta línea ya no se presenta hoy como una frontera fija que divide dos zonas claramente separadas: es más bien una línea movediza tras de la cual quedan situadas zonas más y más amplias de la vida social, en las que el soberano entra en una simbiosis cada vez más íntima no sólo con el jurista, sino también con el médico, con el científico, con el experto o con el sacerdote”³²⁸, que muestra la implicación necesaria también por parte de los profesionales sanitarios³²⁹ en la misma transformación de la biopolítica en tanatopolítica, convirtiéndonos en cierta forma en unos burócratas o funcionarios³³⁰ imprescindibles para que la biopolítica se pueda convertir también en tanatopolítica. En muchas ocasiones, los profesionales sanitarios (junto con otros profesionales, como los nombrado por Agamben anteriormente) vamos rediseñando y ampliando nuevamente las zonas y fronteras de la vida social donde la biopolítica se extiende y se instala finalmente, allí donde la vida y la muerte se vuelven a citar para redefinirse mutuamente, allí también donde está el límite y el abismo entre la bioética y la biopolítica.

Para finalizar estas argumentaciones que pretenden defender la tesis planteada en esta hipótesis, que la bioética nace de la biopolítica, quisiera reflexionar acerca de la misma politización de la vida, sobre cómo entendemos hoy nuestra propia vida. El caso bioético paradigmático de Karem Ann Quinlan, puede también servir para intentar

³²⁸ AGAMBEN, G., Op. Cit., pp. 155-156.

³²⁹ El vergonzoso caso de Josef Mengele con sus experimentos “científicos” con los prisioneros de los campos de concentración nazi, es sólo un ejemplo de la visibilidad de la relación entre la biopolítica y la tanatopolítica. Lamentablemente, aunque es un suceso paradigmático que nos puede servir perfectamente de caso extremo ejemplar, el problema no es que hayan sucedido estos abyectos casos, sino que todavía actualmente siguen produciéndose en otras cuestiones relacionadas también con la redefinición de la vida y la muerte, e incluso con problemas tangenciales a éstos como por ejemplo son los relacionados con la donación y trasplante de órganos de personas vivas y la clonación de seres humanos.

³³⁰ El problema reside precisamente en la invisibilidad de esta transformación por parte de los propios profesionales sanitarios, que no somos conscientes de comprender cómo moldeamos y transformamos nuestra misma praxis asistencial para adaptarnos y subyugarnos al biopoder de manera no consciente, y por ello, todavía más peligrosa en este campo. Sin profesionales sanitarios que no asumieran acríticamente este statu quo que la biopolítica va imponiendo, no sería posible realmente el establecimiento final de muchas políticas que tienen que ver directamente con las transformaciones que el biopoder intenta imponer y extender. Actualmente, con la crisis hemos asistido a un cierto despertar de los mismos profesionales sanitarios cuestionándonos muchas acciones y técnicas de nuestra labor asistencial impuesta por los poderes políticos (como es la retirada de la asistencia sanitaria universal en nuestro país, que nos recuerda lamentablemente a las primeras medidas nazi que seleccionaban ciudadanos de primera y segunda categoría), intentando luchar contra ella desde la objeción de conciencia o la renuncia de su contrato laboral cuando la asistencia que se ven obligada a prestar no es compatible con un mínimo ético exigible. Este interesante artículo del médico Luis Andrés Gimeno Feliu aboga por una objeción de conciencia de los profesionales sanitarios frente a las nuevas regulaciones legislativas que tratan de cercenar la asistencia sanitaria: <http://www.nogracias.eu/2012/04/24/objecion-de-conciencia-profesional-a-la-palicao-e-efectiva-del-decreto-de-ley-inmoral-y-xenofobo-que-niega-la-atencion-sanitaria-a-los-inmigrantes-irregulares/> (consultada el 8 de diciembre de 2015).

mostrar las conexiones o implicaciones biopolíticas que se podrían llegar a encontrar en el mismo. Afirma Agamben que cuando “entremos en la sala de reanimación en que yace el cuerpo de Karen Quinlan o el del ultracomatoso o el del neomort en espera de que le sean extraídos sus órganos. La vida biológica que las máquinas mantienen en funcionamiento ventilando los pulmones, bombeando la sangre a las arterias y regulando la temperatura del cuerpo, ha quedado aquí íntegramente separada de la forma de vida que tenía por nombre Karen Quinlan: es (o al menos así lo parece) pura *zoé*”³³¹, donde se muestra claramente su diferencia con la *bíos*, de tal forma que encontraríamos con una vida que es mantenida artificialmente debida a las nuevas tecnologías sanitarias, que son capaces de prolongar la *zoé* pero no la *bíos*. Sin embargo, lo importante, es resaltar que más allá de estos nuevos avances tecno-científicos sanitarios, se encuentra una concepción diferente de lo que es ahora nuestra vida, una *nuda vida* del *homo sacer* en la que nos hemos visto convertidos por la misma acción de la biopolítica actual, de tal forma que “no somos sólo, por emplear las palabras de Foucault, animales en cuya política está puesta en entredicho su vida de seres vivientes, sino también, a la inversa, ciudadanos en cuyo cuerpo natural está puesta en entredicho su propia vida política”³³², entendiendo que ahora ya no es posible distinguir entre nuestro mismo cuerpo biológico y nuestro mismo cuerpo político, rompiendo finalmente con las clásicas categorías políticas que nos habían servido de explicación, y casi de consuelo, hasta la aparición de la biopolítica. Por todo ello, se abre un nuevo horizonte, que no pretende cerrar esta hipótesis de la tesis, sino todo lo contrario, ampliarla a nuevos planteamientos necesarios, y en ocasiones casi urgentes, donde las relaciones entre la *zoé* y la *bíos* parecen redefinir el mismo destino político de nuestra era, de tal forma que “el *bíos* yace hoy en la *zoé* exactamente igual que, en la definición heideggeriana del Dasein, la esencia yace (liegt) en la existencia”³³³, necesitándose y cumplimentándose. Los totalitarismos del siglo pasado nos deberían servir de líneas rojas, límites o fronteras que no deberíamos volver a traspasar, a ampliar como hablamos anteriormente, y “si llamamos forma-de-vida a este ser que es sólo su *nuda* existencia, esta vida que es su forma y se mantiene inseparable de ella, veremos abrirse un campo de investigación que se sitúa más allá del definido por la intersección de política y filosofía, ciencias médico-biológicas y jurisprudencia. Pero primero será necesario tratar de comprobar cómo, en el interior de los límites de estas disciplinas, ha podido llegarse a pensar algo como una *nuda* vida y en qué modo, en su desarrollo histórico, han llegado a dar con un límite más allá del cual no pueden proseguir, si no es a riesgo de una catástrofe biopolítica sin precedentes”³³⁴, que no sólo nos afectaría como individuos de virtuales nuevos campos de concentración (o espacios similares, como veremos en la última hipótesis de esta tesis), sino también como especie, y por ello, la importancia de estas consideraciones respecto a nuestra *nuda vida* actual considero que cobran una relevancia fundamental, donde bioética y biopolítica deben comprenderse y entenderse mutuamente, más si somos los mismos profesionales

³³¹ AGAMBEN, G., Op. Cit., p. 236.

³³² *Ibidem*, p. 238.

³³³ *Ibidem*, p. 239.

³³⁴ *Ibidem*, p. 239.

sanitarios una parte importante de su mismo mantenimiento, justificación y expansión en ciertas ocasiones.

Hasta aquí he venido exponiendo los argumentos que defienden la primera de las tres hipótesis de esta tesis que pretendo afirmar. Habiendo seleccionado como hilo conductor de estos argumentos la relevancia del concepto del *Homo Sacer* para adentrarnos a comprender la biopolítica y cómo ésta nos viene afectando desde su mismo nacimiento en la modernidad, “precisamente porque las cuestiones “bioéticas” (pero también “biopolíticas”) que la modernidad plantea son tan básicas e importantes para lo personal como para lo social-político, muchos de los conflictos y debates más intensos de la actualidad tienen que ver, sobre todo, con los valores bioéticos: cómo los sujetos los asumen para dirigir su propia vida y cómo las sociedades, culturas y Estados los regulan o protegen”³³⁵. Ya desde aquí expuse anteriormente que otros hilos de Ariadna son posibles, y seguramente necesarios para cumplimentar esta misma hipótesis de trabajo, que conjuntamente se hilvanen. Sin embargo, como ya mostré, me ha parecido que el mismo concepto de *Homo Sacer*, y su relación con el concepto de vida, sin agotar otros posibles caminos, pueden servir como ideas sobre las que reflexionar en las dos próximas hipótesis y, especialmente, cuando intente contestar a la pregunta fundacional de esta tesis. A continuación intentaré rebatir esta hipótesis expuesta anteriormente, para intentar mostrar aquellos argumentos de forma dialéctica que puedan volver a mostrar algo de sentido en la misma bioética y en la biopolítica.

3.1.1. ANTÍTESIS: EL CONCEPTO DE BIOPOLÍTICA NO ES NECESARIO PARA EL DESARROLLO DE LA BIOÉTICA.

Para desarrollar esta antítesis de lo anteriormente expuesto no es posible poder encontrar referencias directas, ya que considero que dicho planteamiento es novedoso al afirmar que la bioética nace como freno necesario de la misma biopolítica y, en cierta forma, la bioética surge realmente del mismo desarrollo final de la biopolítica. Sin embargo, sí que creo que es posible poder reflexionar sobre algunas referencias tangenciales a esta misma idea, que se vienen aportando desde hace algunos años conforme se ha ido desarrollando precisamente cada vez más el pensamiento de que existe una relación, o al menos cierta zona de contacto, entre la biopolítica y la bioética que incluso se ha llegado a denominar como cierto trasfondo biopolítico de la misma bioética³³⁶.

Para situar la crítica necesaria a esta afirmación, me gustaría partir del texto clásico de Agnes Heller y Ferenc Féher, *Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo*, que considero que puede orientar hacia cómo se fue entendiendo precisamente el mismo término de biopolítica. En este texto las autoras afirman que “cuando los militantes de la biopolítica proclaman que “todo es política”, no está claro si tienen plena conciencia de

³³⁵ MAYOS, G., “Valores bioéticos, subjetividad y biopolítica” en BILBENY, N. (Coord.), *Bioética, sujeto y cultura*, Barcelona, Horsori Editorial, 2011, p. 65.

³³⁶ Brillantemente analizado en el libro de QUINTANAS, A. (Ed.), *El trasfondo biopolítico de la bioética*, Girona, Documenta Universitaria, 2013.

lo que se trata. De una politización total de la esfera privada y, en consecuencia, una fusión práctica de lo privado y de lo público que privaría al individuo de una levísima franja de retirada³³⁷, donde pienso que es posible entrever que el mismo concepto de biopolítica se puede llegar a malinterpretar precisamente como el *todo es política* que considero que no reflejaría adecuadamente, como las mismas autoras analizan brillantemente, la transformación conceptual que ha supuesto la política tradicional tras la modernidad. Si Foucault fue capaz de mostrarnos cómo se ha venido construyendo una progresiva focalización sobre nuestro cuerpo, tanto del mismo discurso como de un elevado número de lo que es posible denominar como prácticas de moldeamiento, de esta nueva política construida tras la modernidad que es capaz de manifestarse más en un conjunto de prácticas (entre ellas las que realizamos los mismos profesionales sanitarios), que se han ido centrado en el dominio de nuestra corporeidad, llegando a cobrar una trascendencia cada vez más importante en nuestros estados modernos; Heller y Féher son capaces de reflexionar sobre la importancia que tiene el ubicar la vida privada dentro del mismo espacio de la lucha política, que influirá de forma importante en el sentido en que determinemos esa esfera privada y lo que es posible denominar ahora como lo público. Por todo ello, las autoras llegan a afirmar que la misma perspectiva biopolítica va a desarrollar nuevas formas de pensar y de valorar cuestiones fundamentales³³⁸, de la que se colige casi de forma inmediata una acción política. Sin poder exponer en profundidad esta obra, sólo me gustaría resaltar la importancia que la autoras, en la misma línea de los escritos de Foucault, otorgan a la biopolítica para poder comprender hoy el misterio de nuestras políticas de salud que nos pueden servir para entender las normas sanitarias actuales y las prescripciones higiénicas, que antes de la modernidad se basaban en una justificación más religiosa y que ahora desde la modernidad se van a venir basándose en otro tipo de prácticas, en los que los sanitarios somos, sin duda, sus principales protagonistas. Sin embargo, finalmente he de manifestar que las autoras, quizás sean capaces de proponer un planteamiento relativamente estrecho de la misma biopolítica, en donde se pueden seguir basando las críticas que dismantelan la propuesta de que la bioética nace como freno necesario de la biopolítica, y un planteamiento quizás también excesivamente teórico y algo alejado de la misma bioética (aunque planteen cuestiones tangenciales a ésta), ya que parecen construir un marco conceptual que nos hace movernos entre varias dicotomías: la modernidad en contraposición a la postmodernidad, la política tradicional en contraposición a la biopolítica y la libertad en contraposición a la misma vida. No es de extrañar entonces que desde este tipo de planteamientos se pueda colegir que no parece existir una conexión entre la misma bioética y la biopolítica, ya que parecen plantear las

³³⁷ HELLER, A. y FEHER, F., *Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo*, Barcelona, Península, 1995, p. 49.

³³⁸ Entre estas cuestiones fundamentales que las autoras citan me parece interesante resaltar cuestiones como el fin del patriarcado, la equiparación de los sexos y la pauta cambiante de los papeles sexuales dentro de la familia, la violencia intrafamiliar y los derechos de los niños, ya que son temas de actualidad relevantes, aunque alguno de ellos lo sea precisamente por una angustiante estadística que no deja de crecer anualmente de violencia y muerte intrafamiliar, mal denominada, en mi opinión, como violencia de género.

cuestiones biopolíticas como una antítesis entre la libertad y los totalitarismos³³⁹, más que con cuestiones realmente relacionadas con la bioética. Los planteamientos desarrollados en esta tesis intentan superar estos supuestos enfrentamientos mediante procesos dialógicos que traten de tender puentes y no de establecer precisamente estrechos límites y visiones contrapuestas, a pesar de reconocer las propias diferencias que las separan.

Otro punto de partida que me parece interesante desde donde poder desarrollar estos planteamientos críticos a la primera hipótesis de esta tesis, sería posible localizarlo en el manual introductorio a la biopolítica del sociólogo alemán Thomas Lemke, que partiendo de los planteamiento de Foucault y los posteriores desarrollos de Agamben, Hardt y Negri, entra a analizar finalmente lo que él mismo denomina como la desaparición y la transformación de la política, en el sexto capítulo de su libro. En este apartado nos indica cómo *“one can generalize by saying that there are two primary threads by and through which the term has been adopted. The first (...) is to be found above all in philosophy and social and political theory. This area of inquiry concentrates on the mode of the political: How does biopolitics function, and what conterforces does it mobilize? How does it differentiate itself analytically and historically from other areas and from other political formations? The second domain in which biopolitics plays an important role (...) It originates in science and technology studies, medical sociology, and antropology, as well as feminist theory and gender studies. The main focus here lies in the substance of life.”*³⁴⁰, que considero que sirve para poder posicionarnos exactamente sobre dónde nos encontraríamos actualmente en relación con la misma biopolítica. Al igual que en la bioética es posible trabajar desde varios enfoques sumamente interesantes y complementarios (como ya expuse), en la misma biopolítica podemos destacar estas dos líneas, o hilos conductores como indica Lemke, que resume grosso modo los planteamientos actuales. Tanto en uno como en otro de estos hilos se podría llegar a criticar la falta de conexión y de utilidad en cada una de ellos, pero precisamente en ambos, creo que la misma bioética podría comprenderse como la pieza que podría engarzar a estas dos corrientes y las dota de sentido. Creo que tanto en un desarrollo de la biopolítica como en el otro, de los expuestos por el sociólogo alemán (el primero, que podría ser denominado como más teórico o más relativo a las clásicas teorías políticas en la que se mira, como el segundo, que parece tener más relación directa con la práctica diaria relacionada propiamente con la esencia de la vida), podrían ser entendidos o comprendidos finalmente si fuésemos

³³⁹ Es importante recordar la biografía de las autoras, ya que tanto Agnes Heller como Ferenc Féher fueron disidentes de la dictadura socialista húngara que lograron emigrar finalmente a Estados Unidos en la década de los setenta, para trabajar conjuntamente en la New School for Social Research de Nueva York.

³⁴⁰ Uno puede generalizar diciendo que hay dos hilos conductores sobre y a través de los cuales el término ha sido aceptado. El primero ... debe ser localizado sobre todo en la teoría filosófica, social y política. Esta área de investigación se concentra en la manera de la política: ¿Cómo funciona la biopolítica, y qué contrafuerzas es capaz de movilizar? ¿Cómo se diferencia analítica e históricamente desde otras áreas y desde otras formaciones políticas? El segundo dominio en el que la biopolítica juega un papel importante... Tiene su origen en los estudios científicos y tecnológicos, la sociología médica, la antropología, así como en la teoría feminista y los estudios de género. El principal tema aquí tiene que ver con la esencia de la vida (traducción propia). LEMKE, T., *Biopolitics: An Advanced Introduction*, New York, New York University Press, 2011, p. 77.

capaces de relacionarlos con la misma bioética, pensando finalmente el conjunto como un todo que dota de sentido tanto a la biopolítica como a la misma bioética.

La siguiente crítica, que considero que tiene realmente un mayor peso, tendría relación con el mismo enigma biopolítico del que hemos hablado anteriormente, haciendo referencia a la dificultad misma de comprender todavía hoy completamente el mismo alcance de la biopolítica. En este sentido se manifiesta el mismo Nikolas Rose cuando afirma como “se ha discutido mucho sobre lo que Michel Foucault quería decir con el término «biopolítica». La mayoría de los comentarios son esclarecedores, aunque algunos comentaristas amplían el término en modos que considero ineficaces”³⁴¹, siendo esta ineficacia la gran barrera que tendremos realmente que salvar. No sólo es que la biopolítica podría parecer que poco a nada tenga que ver con la bioética, sino que podemos pensar que la misma biopolítica todavía no aporta nada realmente con cierta envidia al mismo pensamiento político actual, más allá de vaguedades y casi contradicciones que difícilmente podemos hilvanar en un concepto tan nuevo y poroso como parece ser el de la biopolítica como ya expuse. Por todo ello, es necesario seguir trabajando en esclarecer el sentido y el alcance de la biopolítica y, sobre todo, el de su utilidad y eficacia para comprender nuestros sistemas políticos actuales. Más allá de cierta utilidad o eficacia, más o menos contrastada, considero que es necesario ir replanteándonos la síntesis de la biopolítica con la bioética, ya que afirmo que ambas se necesitan para comprenderse mutuamente, por lo que “creemos que no debemos (ni la humanidad se puede permitir por mucho tiempo) obviar la profunda relación entre bioética y biopolítica. Pues tenemos que encarar las vitales cuestiones mencionadas en su conjunto y con toda su complejidad; aquí la parcialidad es peligrosa y la excesiva especialización culpable”³⁴², resaltando por ello la importancia de construir nuevos espacios en común que nos ayuden a comprenderlas mutuamente. Quizás, un nuevo lugar de reflexión que considero más sólido, el menos teórico y más práctico, donde podremos vislumbrar ciertamente la relación necesaria entre la bioética y la biopolítica será cuando reflexione sobre las denominadas políticas sanitarias y cómo nos afectan directamente en la relación que se establece entre los propios sanitarios y los pacientes en las conclusiones de esta tesis.

En cierta forma, en muchos análisis que se presentan como reflexiones sobre las políticas sanitarias de los diversos Estados, es posible encontrar ciertas limitaciones de aplicabilidad de los mismos principios bioéticos debido a las circunstancias políticas actuales (como ya comenté actualmente en España). En concreto, cuando Ricardo Maliandi y Oscar Thüer hablan en su libro *Teoría y Praxis de los principios bioéticos* sobre las limitaciones de la aplicabilidad del principio de autonomía, exponiendo cómo “la relación médico-paciente basada en el principio de autonomía establece un vínculo caracterizado por la información, el dialogo, y la discusión en un ámbito de respeto mutuo. Sin embargo, al momento de tomar decisiones prácticas, este principio, al igual que los demás, puede resultar insuficiente para contemplar todas las situaciones que se originan entre el paciente y el médico. La insuficiencia de un principio bioético tiene su

³⁴¹ QUINTANAS, A. (Ed.), *El trasfondo biopolítico de la bioética*, Girona, Documenta Universitaria, 2013, p. 21.

³⁴² MAYO, G., “Valores bioéticos, subjetividad y biopolítica” en BILBENY, N. (Coord.), *Bioética, sujeto y cultura*, Barcelona, Horsori Editorial, 2011, p. 67.

expresión en las limitaciones de su aplicabilidad - las que, en última instancia expresan lo que hemos llamado “incomposibilidad de los óptimos” -, por lo que tanto pacientes como médicos encuentran restricciones al momento de tomar sus decisiones”³⁴³, dividiendo a continuación los autores los factores limitantes de este principio de autonomía (que considero que es posible ampliarlos a los demás principios) en dos grandes grupos principales “*factores intrínsecos*, inherentes a la relación en sí y que involucran exclusivamente al paciente y al médico, y *factores extrínsecos*, impuestos por la sociedad, en donde los verdaderos involucrados (paciente y médico) frecuentemente quedan excluidos”³⁴⁴. Analizando posteriormente con más profundidad estos factores, y dentro de los que denominan como factores extrínsecos³⁴⁵, es posible encontrarse con el denominado por los autores como el condicionamiento político, exponiendo que “es claro que las políticas sanitarias deben adoptarse desde una perspectiva general sin considerar situaciones particulares. Cualquiera que sea el modelo que se implemente, siempre habrá de tener una marcada orientación utilitarista, en el sentido de “la mejor atención médica para el mayor número posible de personas”. Una política de este tipo permitirá el acceso de la mayor cantidad de individuos a los programas de salud, aunque esto no significa que todos reciban un tipo de atención médica que contemple sus expectativas personales”³⁴⁶, pero más allá de estas expectativas personales, que siempre hay que ponderar correctamente en la salud de las personas, lo importante es que “estos programas que contemplan la cuestión sanitaria y orientan sus acciones desde una perspectiva general (porque es imposible considerar cada situación médica en particular) son confeccionados por las autoridades sanitarias y los economistas del gobierno que ejerza el poder en ese momento, y que siempre están presionados por los intereses económicos de las grandes empresas”³⁴⁷, ya que demuestra explícitamente cómo las políticas sanitarias van a ir condicionando y limitando precisamente el mismo principio bioético de autonomía, porque “en la práctica, tanto el ciudadano como el profesional de la salud, es decir, paciente y médico, no tienen una participación activa en la elaboración de políticas sanitarias”³⁴⁸, destacando que esas limitaciones políticas sobre los mismos principios bioéticos no sólo afectan al nivel individual de las relaciones de los pacientes con los mismos profesionales sanitarios, sino que también afectan y limitan de forma decisiva los mismos programas de salud a

³⁴³ MALIANDI R. y THÜER, O., *Teoría y Praxis de los principios bioéticos*, Buenos Aires, Ediciones de la Universidad Nacional de Lanus, 2008, pp. 214-215.

³⁴⁴ *Ibidem*, p. 215 (las cursivas son de los autores).

³⁴⁵ Resulta significativo mencionar los cinco condicionamientos que analizan los autores que influyen tanto en el ejercicio de la autonomía de los pacientes como de los médicos: el familiar, el religioso, el social, el político y el económico, que considero que resume perfectamente cómo los mismos principios bioéticos también se ven modulados o modificados desde la misma sociedad y en sus presupuestos tanto teóricos como prácticos. De esta forma, los autores argentinos son capaces de mostrar las conexiones que existen entre la práctica asistencial de los profesionales sanitarios, con estas cuestiones bioéticas-biopolíticas que analizan.

³⁴⁶ MALIANDI R. y THÜER, O., *Op. Cit.*, p. 227.

³⁴⁷ *Ibidem*, pp. 227-228.

³⁴⁸ *Ibidem*, p. 228.

nivel nacional e incluso internacional. Aquí los autores muestran la relación de la bioética, de los principios bioéticos, en relación a las políticas sanitarias, que claramente considero que son cuestiones biopolíticas como he venido resaltando anteriormente, pero que si son consideradas simplemente como políticas de salud quizás no parecerían que se relacionan directamente con la biopolítica, como afirmo finalmente que sí, y considero que podrían perder el sentido de su origen y, sobre todo, al desconectarse al ámbito político parecieran que quedan fuera de lo que los mismos profesionales sanitarios podemos llegar a modificar con nuestras mismas prácticas sanitarias. Allí donde parece existir una especie de abismo insalvable, considero que es posible construir un puente que una las políticas sanitarias, más relacionadas con planteamientos biopolíticos, con las prácticas asistenciales diarias, más relacionadas con posicionamientos bioéticos, que claramente están interconectados y se influyen mutuamente.

Al hilo de lo expuesto, otra crítica principal que hay que analizar tendría que ver con la falta de relación existente actualmente entre la biopolítica y la bioética, que habría que buscarla precisamente en la misma dificultad que tienen ambas para redefinir exactamente sus propios campos conceptuales. A pesar de las graves dificultades que todavía existen actualmente para definir las y acotarlas, como ya comenté previamente, parece existir entre ellas un vacío que no permite conexión alguna como, en ocasiones, ocurre cuando simplemente hablamos de ética y política. Si este desencuentro moderno, lo llevamos al campo de la *bíos*, todavía parecería que es incluso más difícil que podamos encontrar lugares comunes entre ellas. Sin embargo, el mismo Agamben afirmaba que “*la novedad de la biopolítica moderna es, en rigor, que el dato biológico es, como tal, inmediatamente político y viceversa*”³⁴⁹, de tal forma que existe una relación estrecha entre la política y la *bíos*, como también existe entre la ética y la *bíos*, como he venido exponiendo. Sólo partiendo desde planteamientos que son capaces de integrar y entender la relación íntima que existe entre la ética y la política (como los que expuse cuando hablamos de la filosofía griega, especialmente en Platón y Aristóteles), podría comprenderse que debe existir finalmente alguna conexión inevitable entre ellas, un espacio más o menos amplio donde ambas están condenadas u obligadas a mirarse y dialogar mutuamente, y no sólo en los aspectos más teóricos, sino precisamente desde los aspectos más prácticos y mundanos de ambas, que son los que también nos interesan en esta tesis.

Por todo lo anteriormente expuesto, podría seguir insistiendo en esa falta de conexión entre la bioética y la biopolítica que considero tiene una íntima relación con la pregunta que quiere intentar responder esta tesis. Al cuestionarme si la bioética es una praxis científica o una disciplina filosófica, no puedo dejar de entrever que este planteamiento dualista ha surgido quizás en exceso desde postulados que entienden la bioética como una especie de ética médica³⁵⁰ actual. Esta misma reducción conceptual impide que sea

³⁴⁹ AGAMBEN, G., Op. Cit., p. 187 (las cursivas aparecen en el texto original).

³⁵⁰ Es importante resaltar como también este concepto de ética médica es reduccionista y equivocado en sí mismo, ya que considero que es más acertado hablar de ética sanitaria, al igual que hablamos de conceptos similares que deberían modificar su terminología médica por sanitaria, porque hay más profesionales de la salud que están involucrados en estas mismas cuestiones y que tienen que enfrentarse diariamente a problemas bioéticos y biopolíticos acuciantes (como las fisioterapeutas, las enfermeras, las auxiliares de enfermería, las matronas,...).

posible ver la relación entre la bioética y la biopolítica. Al ampliar precisamente el horizonte conceptual de pensamiento sobre la misma bioética, considero que podemos ir vislumbrando la importancia de otras cuestiones, más allá de la ética médica, que conforman la misma bioética, como es la propia biopolítica. Sin dejar de profundizar en la necesaria relación con otras vías de investigación en la misma bioética, afirmo que la biopolítica podría abrir un novedoso espacio de reflexión necesaria en la propia bioética, abriendo “dos frentes que atender, el epistemológico y el ético-político. Dentro de éste último tendríamos que remarcar la importancia de lo ético, ya que, entendida como conjunto de prácticas más que como articulación coherente de principios, la ética remite siempre a una acción que no puede entenderse nunca como estrictamente individual, que es de suyo política”³⁵¹, siendo en este caso biopolítica, al haberse producido desde la modernidad un cambio fundamental en las mismas prácticas de poder que dieron lugar al nacimiento mismo de la biopolítica. Por tanto, no es que sólo quiera proponer la búsqueda de esa relación entre la bioética y la biopolítica, sino que abogo por una acción, a una praxis final que no sea únicamente individual, sino también, y quizás, sobre todo colectiva y, por tanto, asimismo política, o más acertadamente definida como biopolítica, que considero ya hoy urgente en la misma asistencia sanitaria diaria.

Por lo tanto considero que estas críticas que se han pergeñado al intentar integrar la bioética y la biopolítica, han sido construidas desde una concepción de la misma bioética quizás excesivamente reduccionista y muy vinculada a la ética médica³⁵², pero que también provienen desde el mismo ámbito que podríamos considerar, casi con exclusividad, como biopolítico, aunque habría que hablar mejor de biopolíticas, debido a la miriada actual de planteamientos que sobre esta cuestión se vienen desarrollando. Esta misma cuestión de los diferentes planteamientos y opciones actuales dentro de la misma biopolítica, en algunas ocasiones casi contrapuestos, no debe hacernos huir hacia un tranquilo, pero quizás estéril, campo de reflexión aislado de nuestras realidades y urgencias actuales más acuciantes. Como apunta Txetxu Ausín en su presentación en el monográfico sobre biopolítica y democracia de la revista *Dilemata* “Para muchos nuestra era es ya una era biopolítica en cuanto y en tanto la vida ha pasado de ser una categoría biológica a convertirse en la principal categoría política. Como objeto de dominio (en el sexo y en la normalización), como objeto de protección y de riesgo (en la ecología), de manipulación y mercantilización (en la ingeniería genética o en la biomedicina), de control (en la demografía y en las migraciones); “la vida” atraviesa todas las categorías conceptuales del pensamiento político, social y científico desde al menos el final del siglo XX”³⁵³, que muestra precisamente el abanico de cuestiones que

³⁵¹ FERNÁNDEZ AGIS, D., *Bioética y Biopolítica*, Saarbrücken, Editorial Académica Española, 2011, p. 91.

³⁵² Creo importante resaltar que este rechazo a la propuesta de buscar simplemente una relación entre la bioética y la biopolítica, no sólo ha sido criticado desde pensadores quizás más cercanos a la ética médica supuestamente por poseer una formación inicial más próxima al campo de las ciencias sanitarias, sino por pensadores cuya formación es casi estrictamente filosófica, quizás por identificar la biopolítica exclusivamente con los planteamientos, desarrollos y reflexiones de Michel Foucault, olvidando las valiosas aportaciones de otros pensadores que han venido a delimitar, desarrollar, ampliar y comprender el concepto de biopolítica, más allá de los planteamientos iniciales del gran pensador francés.

³⁵³ AUSIN, T., “Presentación”, *Dilemata*, Nº 12, 2013, p. i.

es posible repensar desde el paraguas de la biopolítica, redefiniendo necesariamente muchos de sus paradigmas y conceptos fundamentales para dar cabida a la vida que las atraviesa, ya que las mismas reflexiones irán reconstruyendo conceptos fundamentales como el de la misma subjetividad, la ciudadanía, el poder, la soberanía y la democracia, por citar sólo unos cuantos, que en el fondo se vienen encontrando, en ocasiones frontalmente, con “una acción política concreta de formas de poderes que ya actúan como biopoderes”³⁵⁴, a pesar de que no seamos capaces de vislumbrarlos en muchas ocasiones. Por lo tanto, considero que no es posible seguir centrándonos sólo en cuestiones bioéticas y biopolíticas como hechos aislados, como mundos de diversos universos, sino que quizás, es hora de comenzar a ver y sopesar ambas cuestiones de forma conjunta e integrada.

SÍNTESIS: UNIÓN BIOÉTICA-BIOPOLÍTICA.

Una vez expuestos los argumentos que justifican esta primera hipótesis de la tesis, y los argumentos que intentan rebatirla, intentaré ahora un ejercicio de síntesis de estos mismos planteamientos previos. Para justificar la hipótesis expuesta principalmente me he estado basando en los argumentos expuestos por Esposito y Agamben que habían partido de los escritos de Foucault, para intentar delimitar lo más exactamente posible lo que se puede llegar a entender como biopolítica. Para ello establecí como hilo conductor y de idea catalizadora el concepto de *Homo Sacer*, que me permitió adentrarme en la exposición biopolítica que intentaba afirmar la tesis de la que partí. Propuse entonces en ese recorrido enlazar la idea central del *Homo Sacer* con la práctica científica actual, especialmente en el ámbito sanitario. Estuve analizando cómo las nuevas categorías políticas de la modernidad que exponía Esposito nos condujeron al reverso de una biopolítica de la muerte en el nazismo, intentando deshilar ese enigma biopolítico que el mismo autor analizaba, tras las diferentes concepciones e interpretaciones actuales de la propia biopolítica. Mostré como Esposito insistía en esa concepción de la biopolítica como idea central que pudiera permitir aprehender la actual realidad diversa, para poder interpretar más acertadamente hoy nuestro mundo, proponiéndonos el concepto de inmunización, que “así como en el ámbito biomédico se refiere a la condición refractaria de un organismo vivo, ya sea natural o inducida, respecto de una enfermedad dada, en el lenguaje jurídico-político alude a la exención temporal o definitiva de un sujeto respecto a determinadas obligaciones o responsabilidades que rigen normalmente para los demás”³⁵⁵. Finalmente, en ese apartado de defensa de esta tesis, analicé sucintamente la trilogía de Agamben sobre el *Homo Sacer* y la importancia que tuvo el desarrollo de un poder sobre la vida humana que la politiza, desarrollando la *nuda vida*, esa vida que es a la vez insacrificable pero a la que todos pueden dar muerte, donde la vida ahora queda situada en el centro de la política de los Estados modernos, convirtiendo a todos sus ciudadanos en *homines sacri* y creando finalmente un cuerpo decididamente biopolítico.

³⁵⁴ *Ibidem*, p. ii.

³⁵⁵ ESPOSTIO, R., Op. Cit., p. 73.

En el siguiente apartado de crítica necesaria, de antítesis, resalté principalmente ciertas consideraciones que frecuentemente es posible encontrarse en numerosos textos, y que en cierta manera recuerdan también a las primeras críticas que tuvo que asumir la bioética (y que lamentablemente continúa todavía hoy recibiendo), que se centran en su utilidad y su eficacia práctica. Llegado a ese punto decidí partir también del texto clásico *Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo* de Heller y Féher, que cuestionaba como la biopolítica se podía malinterpretar precisamente como un “todo es política” que desvirtúa el sentido original del mismo término. Entiendo que los planteamientos que intentan encasillar, estrechar, enfrentar y teorizar en exceso sobre la misma biopolítica lo único que hacen es desconectarla de la realidad y ampliar el término en un modo que resulta realmente ineficaz y difícilmente relacionable con nuestra práctica política y, la que más importante me parece, la práctica asistencial sanitaria diaria. La falta de conexión entre la biopolítica y la bioética puede también deberse a una interpretación excesivamente teórica de la primera y una interpretación excesivamente reduccionista y parcial de la segunda, como sería la que propone en cierta medida la denominada como ética médica que expuse. El ejemplo que mostré sobre cómo las políticas sanitarias condicionan a la bioética, en la propuesta de Maliandi y Thüer, considero que puede servir de muestra para exponer cómo la biopolítica influye actualmente en la bioética, aunque no se comprenda todavía hoy que las políticas sanitarias vienen condicionadas realmente por la biopolítica de los Estados modernos.

Con todo lo expuesto, quisiera ahora realizar un par de aportaciones finales a modo de síntesis y resumen, al hilo de dos textos tan diferentes entre ellos que me parecen que pueden mostrar precisamente un lugar común desde donde seguir reflexionando sobre la misma biopolítica y su conexión necesaria con la bioética. La primera tiene que ver con un artículo titulado *Tras los monstruos de la biopolítica* de Isabel Balza que puede servir precisamente para mostrar las dos caras de la misma biopolítica. Por un lado, dicha autora expone ese monstruo que podríamos denominar como el lado negativo de la biopolítica cuando comenta “en tanto que figura negativa, el monstruo representaría al sujeto deshumanizado producido por los mecanismos de exclusión que operan en la versión destructiva de la biopolítica que deriva en tanatopolítica, y en este sentido provoca horror y abyección. Aquí me serviré de los análisis sobre la máquina antropológica (Agamben), el dispositivo de la persona (Esposito) y la detención indefinida (Butler)”³⁵⁶que, por otro lado, contrapone al monstruo positivo de la biopolítica “en tanto que figura positiva, el monstruo representaría al nuevo sujeto que tratan de articular las versiones productivas de la biopolítica, y se distinguiría por su aspecto metamórfico y posthumano, y en este sentido sería sujeto y objeto de alegría”³⁵⁷, que valoro que ambos deben de ser considerados cuando se reflexione y se analice sobre la misma biopolítica. Estos dos monstruos coexisten en la misma biopolítica y quizás, en el fondo, sean hasta necesarios mutuamente, y ello no debería hacernos renunciar a la biopolítica sino que debería servirnos de principio desde donde revertir o al menos matizar el propio lado oscuro de la biopolítica, como expondré en las dos siguientes hipótesis de la tesis precisamente. La propia autora aboga por el valor

³⁵⁶ BALZA, I., “Tras los monstruos de la biopolítica”, *Dilemata*, Nº 12, 2013, p. 27.

³⁵⁷ *Ibidem*, p. 27.

de la biopolítica y un entendimiento más correcto del propio término, ya que “la categoría de biopolítica se presenta como una potente herramienta para describir y combatir los diversos fenómenos de exclusión a los que son sometidos los sujetos en los regímenes políticos contemporáneos. Las migraciones masivas, las guerras y el terrorismo, las leyes sanitarias y demográficas, las políticas sobre la vivienda, las normas de género, o las regulaciones de las sexualidades arrojan a una cantidad cada vez mayor de mujeres y hombres al desamparo. Este desamparo es el de una vida desprotegida a la que se le han sustraído sus derechos de ciudadanía, porque de algún modo ha traspasado la frontera de lo que se considera vida humana para entrar en el territorio de la mera vida o vida animal. En este entrecruzamiento de las categorías de vida y política, y en la manera en que se superponen la una a la otra, se juega el modo en el que podemos y debemos estructurar formas de la comunidad política que den cabida a todas las vidas”³⁵⁸, que refleja también cómo las políticas sanitarias (dentro de las leyes sanitarias que cita, ya hoy es posible apreciar cómo en nuestro país están condenando, como nuevo fenómeno de exclusión, a muchos ciudadanos al desamparo de no conseguir obtener asistencia sanitaria gratuita) juegan un papel determinante dentro de la misma biopolítica donde, por supuesto, hay que dar cabida a todas las vidas. Más allá de estas reflexiones, que me resultan realmente interesantes por lo que significa para el desarrollo posterior de la tesis, cobra un valioso sentido la propuesta final de Isabel Balza *otra versión vital: vida precaria o una política de la vulnerabilidad*, donde siguiendo los planteamientos de Judith Butler sobre la vida precaria y de Spinoza sobre la vida como potencia, reflexiona sobre el concepto de vulnerabilidad “porque la vulnerabilidad física de nuestros seres carnales es la condición universal de los sujetos, por lo que la tarea es la de inventar qué modo de la política puede expresar esta vulnerabilidad”³⁵⁹, que no deja de ser una condición primordial y constitucional de todos los seres humanos, que es capaz de unirnos a los demás animales no humanos, por lo que cada vez parece más necesario encontrar una política que esté acorde con esta precariedad vital. Finalmente, la autora denuncia en sus conclusiones que “de lo que da cuenta la ontología liberal es del *bíos*, de la forma de vida que en esta versión política coincide con la definición legal de lo que somos. Lo que queda como una sombra informa es aquí la *zoé*, ese ámbito de la vida que Butler nombra como deseo y vulnerabilidad física”³⁶⁰, que no es posible relegar al cajón oscuro del olvido, sino que aboga precisamente por integrar esa vida precaria, ese lugar de vulnerabilidad inicial compartido, la materia informe en potencia que nos constituye como seres humanos, precisando del concepto spinoziano de la vida como potencia, para poder lograr una auténtica política de la vida más acorde con nuestra naturaleza real.

El otro texto que sirve para terminar esta hipótesis de la tesis es la obra clásica de Michael Hardt y Antoni Negri, *Imperio*, especialmente su primera parte cuando hacen referencia a la producción biopolítica y están analizando los elementos de la génesis ideal del Imperio, y una vez expuesta la perspectiva jurídica, reflexionan sobre cómo “nuestro análisis debe descender ahora al nivel de esa materialidad e investigar allí la

³⁵⁸ *Ibidem*, p. 27-28.

³⁵⁹ *Ibidem*, p. 41.

³⁶⁰ *Ibidem*, p. 41.

transformación material del paradigma de dominio. Tenemos que descubrir los medios y las fuerzas que producen la realidad social, así como las subjetividades que la animan”³⁶¹, donde “la obra de Michel Foucault preparó para este tipo de investigación del funcionamiento material del dominio imperial”³⁶², mostrándose entonces la biopolítica como un elemento más práctico y material, en palabra de los autores, y necesario dentro de la construcción del mismo Imperio, cobrando de esta forma sentido en la misma producción de la vida y en la constitución política de éste. Sin poder ahora detenerme en la importancia de esta magistral obra y sus brillantes análisis que allí se desarrollan, interesa remitirnos precisamente a sus reflexiones finales sobre la producción de la vida que quizás, también puedan llegar a resumir nuestra propia propuesta de la necesaria unión entre la bioética y la biopolítica, partiendo de reconocer el potencial de la misma producción biopolítica que se ha venido desarrollando últimamente, cuando los autores afirman que “precisamente, reuniendo de modo coherente las diferentes características que definen el contexto biopolítico que hemos descrito hasta ahora y reubicándolas nuevamente en la ontología de la producción, podremos identificar la nueva figura del cuerpo biopolítico colectivo que, sin embargo, puede continuar siendo tan contradictorio como paradójico”³⁶³, ya que nunca dejará de presentar quizás una estructura interna difícilmente aprehensible (al igual que la misma bioética). Este cuerpo biopolítico colectivo que llega a convertirse en estructura y hacerse lenguaje (tanto social como político) a la vez, debería ser analizado más profundamente ya que “este cuerpo es pues producción y reproducción, estructura y superestructura, porque es vida en el sentido más pleno de la palabra y es política en el sentido más apropiado”³⁶⁴, que no deja lugar a dudas sobre su íntima y necesaria conexión. Finalmente, los citados autores proponen un acercamiento desde el mundo de las formas ideales, que nos recuerdan quizás a las Ideas platónicas, al mundo de la experiencia cuando afirman “el contexto de nuestro análisis debe ser, entonces, el desarrollo real de la vida misma, el proceso de constitución del mundo, de la historia. Y el análisis no debe proponerse a través de formas ideales, sino dentro del denso conjunto de la experiencia”³⁶⁵, que intentaré exponer precisamente en las próximas dos hipótesis de la tesis, que pretenden realizar dos propuestas prácticas concretas partiendo desde la experiencia sanitaria diaria para entender de una forma más material los contenidos teóricos biopolíticos expuestos anteriormente, y su necesaria conexión con la bioética, para poder, sin duda, comprender ambos conceptos tan actuales como imprescindibles para poder aprehender hoy nuestro mundo y, ciertamente, quizás cambiarlo, o al menos lo que tiene relación con la asistencia sanitaria diaria de los diferentes profesionales sanitarios.

³⁶¹ HARDT, M y NEGRI, A., *Imperio*, Barcelona, Paidós, 2005, p. 43.

³⁶² *Ibidem*, p. 43.

³⁶³ *Ibidem*, p. 51.

³⁶⁴ *Ibidem*, p. 51.

³⁶⁵ *Ibidem*, p. 51.

3.2. EL NECESARIO DESARROLLO DE LA “MIRADA BIOÉTICA”

A continuación voy a tratar de desarrollar la segunda hipótesis de la tesis que afirma que es necesario, yo diría que actualmente imprescindible y casi urgente, realizar un cambio en la asistencia sanitaria y, especialmente en la relación que establecemos los profesionales sanitarios con los pacientes, centrándonos en la mejora del trato humano a éstos. Hemos asistido en los últimos años a un desarrollo exponencial de los conocimientos teóricos científicos y de la tecnología sanitaria que poseemos para poder atender a los enfermos, especialmente desde la segunda mitad del siglo pasado y, sin embargo, en lo que se refiere al trato humano al paciente, tan valioso en nuestra profesión sanitaria como el conocimiento científico-técnico, nos hemos estancado o incluso quizás hayamos retrocedido y quizás involucionado precisamente en las últimas décadas. Para tratar de solventar este acuciante problema sanitario, considero útil intentar desarrollar una propuesta que tiene que ver con la praxis asistencial diaria, que denomino como el necesario desarrollo de la *mirada bioética* por parte todos de los profesionales sanitarios.

En cierta forma, todo lo que he escrito hasta este momento en esta tesis podría llegar a parecer el simple epílogo de esta hipótesis de la tesis que trata de enlazar todas las reflexiones teóricas de fundamentación previas con una propuesta final práctica³⁶⁶. Considero relevante que nunca dejemos de preguntarnos si nuestras mismas reflexiones teóricas sólo implican una visión excesivamente academicista de nuestra realidad y, quizás, por ello ciertamente alejada de nuestro mundo. Es evidente que en muchas ocasiones intentamos cuadrar, encajar, enroscar las piezas del propio puzzle de nuestra realidad para sentir que nuestras divagaciones teóricas tienen una utilidad práctica final que justifique el tiempo que hemos pasado en ese hermoso campo conceptual creado para satisfacer nuestro intelecto, en la mayoría de las ocasiones, donde nos encontramos más o menos confortables, pero seguros del mismo marco de nuestro entorno, y seguros a pesar de muchas dudas y de muchos espejismos que no dejamos de reconocer en otras tantas ocasiones, sobre todo cuanto nos debemos enfrentar a un caso concreto del mundo real en el que se pueden comenzar a tambalear aquellas certezas teóricas. Uno de nuestros deseos más caros es que estas consideraciones teóricas puedan conseguir realmente una aplicación práctica donde se puedan utilizar finalmente. Las dos hipótesis de la tesis que a continuación expondré, nacen con ese propósito de integrarse en la práctica de los profesionales sanitarios, aunque ciertamente también presentarán sus sombras como expondré. Podríamos haber elegido no reflexionar sobre estas cuestiones prácticas que seguramente nos guiarán hacia a un camino tortuoso y a un incierto callejón sin salida, pero entonces considero que poco valor tendría el contestar a la cuestión inicial de la tesis sólo desde planteamientos puramente teóricos, cuando precisamente nos estamos interrogando sobre el mismo valor de la praxis científica en la bioética, también como fundamento de ésta.

³⁶⁶ Es en este sentido, como expondré precisamente al final de la tesis, es donde esta práctica cobra todo el sentido que el termino griego *praxis* poseía y que tiene relación con ese cambio interno que se produce en la persona que realiza precisamente esa *praxis* (en contraposición, como expuse, con el concepto de *episteme*, que no es capaz de producir un cambio interno personal). La asistencia sanitaria siempre implica finalmente una *praxis* debido a las mismas características internas que la definen y conforman como tal.

Al igual que en la hipótesis anterior, y como ya expliqué previamente en esa primera hipótesis de la tesis, voy a exponer esta segunda hipótesis desde la exposición de una tesis que afirma la propuesta planteada, una antítesis que trata de rebatir, reflexionar y cuestionar la anterior y, finalmente, una síntesis final de las diferentes reflexiones expuestas en esta segunda hipótesis de la tesis que trataría de integrar todos los argumentos previamente expuestos y, si finalmente fuese posible, pergeñar una propuesta final.

3.2.1. TESIS: LA NECESARIA MIRADA BIOÉTICA.

La afirmación de esta tesis nace de una necesidad sentida y por ello, seguramente parcial y quizás contingente. Sin embargo, si consideramos (como deberíamos hacer siempre los profesionales sanitario) las necesidades y opiniones de los pacientes, nos encontramos con una creciente demanda de otro tipo de asistencia sanitaria diferente a la actual, que no sólo sea capaz de asistir al paciente mediante los imprescindibles conocimientos científicos y tecnológicos más avanzados, sino también sea capaz de complementar éstos con una atención sanitaria que considere asimismo al paciente como un ser autónomo, capaz también de decidir en estos temas tan importantes como es su propia salud, que posee una historia de valores personales que lo conforman, y que desea ser tratado como el ser humano que es con una dignidad inherente que no pierde nunca (aunque entre por la puerta de algún centro sanitario) y que podía denominarse simplemente como humana. Si se intenta analizar esta última afirmación, vemos que no parece que tenga sentido decir que la actual asistencia sanitaria ha dejado de ser humana, pero lo que se esconde detrás de esta falsa tautología, no deja de ser una necesidad sentida por los pacientes que demandan actualmente una asistencia más cálida y cercana de los profesionales sanitarios, que quizás nos centramos en exceso en procedimientos científicos y técnicos olvidándonos, o al menos relegando, parcialmente el necesario trato humano que siempre debería acompañar a la propia asistencia sanitaria.

Al afirmar que es necesaria una mirada bioética en los profesionales sanitarios lo que pretendo es añadir una cierta sensibilidad hacia el paciente en nuestra mirada clínica actual, de tal forma que esta nueva mirada bioética (que estaría conformada por la actual mirada clínica a la que habría que añadir los aspectos bioéticos-biopolíticos imprescindibles en la asistencia sanitaria, sin ánimo de sustituir la primera sino de complementarla), quedase como una necesidad asistencial y no como una aportación extra a un mínimo asistencial que sería la mirada clínica, en la que la mayoría de los profesionales sanitarios hemos sido educados en nuestra formación académica y asistencial.

Creo preciso partir entonces de una primera reflexión sobre la propia mirada clínica actual de los profesionales sanitarios y realizar una sucinta arqueología de esa misma mirada. En este sentido parece imprescindible reflexionar sobre un libro que considero de referencia para todos los profesionales sanitarios, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, en el que Michel Foucault investigó cómo se produjo un cambio en la propia medicina al realizarse a finales del siglo XVIII y, sobre todo, durante el siglo XIX una nueva organización del conocimiento médico y “esta reorganización *formal* y de *profundidad*, más que el abandono de las teorías y de los

viejos sistemas, es la que ha abierto la posibilidad de una *experiencia clínica*; ha retirado el viejo entredicho aristotélico: se podrá al fin hacer sobre el individuo un discurso de estructura científica”³⁶⁷. De tal manera que se produce un gran salto en esa nueva mirada médica que ya no será reductora en sí misma, sino que debemos considerarla como fundadora del propio individuo que ahora sí ya reconoce su calidad irreductible, pudiéndose reorganizar a su alrededor realmente ahora un lenguaje que debemos considerar como racional, resaltado la importancia de que “el objeto del discurso puede bien ser así un sujeto, sin que las figuras de la objetividad, sean, por ello mismo modificadas”³⁶⁸, que muestra la relevancia y grandeza de este cambio, ya que en el fondo de lo que se trataría es de virar de nuevo hacia “un viejo humanismo médico, tan antiguo como la piedad de los hombres”³⁶⁹, que coincide plenamente con nuestra propuesta necesaria de volver a mirar a los pacientes con otra mirada más humana, con esa mirada bioética que propongo en esta segunda hipótesis de la tesis, que quizás ya se encontraba en la nueva mirada clínica que expone Foucault, pero que puede que sea necesario potenciarla más.

En este punto que nos encontramos, y antes de avanzar en nuevos planteamientos, considero interesante resaltar que aunque venimos hablando, siguiendo el hilo expositivo de las consideraciones de Foucault, sobre la mirada médica, creo que es importante exponer que considero más acertado el término genérico de profesionales sanitarios, que abarca no sólo a los médicos sino al resto de los profesionales que trabajan en la sanidad como son las enfermeras, las fisioterapeutas, las auxiliares de enfermería,...

Podría entonces parecer que esta mirada clínica, que describe Foucault, no precisa de ser ampliada con otra nueva mirada bioética, como la que postulo, ya que la mirada clínica intenta poder recetar a cada paciente un tratamiento que se adapte perfectamente a la enfermedad, ya que “la medicina como ciencia clínica apareció bajo condiciones que definen, su posibilidad histórica, el dominio de su experiencia y la estructura de su racionalidad”³⁷⁰, de tal forma que se mira ahora al paciente como un objeto que se puede observar y dejar plasmado en un nuevo lenguaje (clínico, en este caso) en su

³⁶⁷ FOUCAULT, M., *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid, Siglo XXI, 2007, p. XIV (las cursivas son del autor).

³⁶⁸ *Ibidem*, p. XIV.

³⁶⁹ *Ibidem*, p. XIV.

³⁷⁰ *Ibidem*, p. XV.

curso clínico³⁷¹. Sin embargo, no sólo se trataría de avanzar, como se consiguió con la nueva mirada clínica, en la relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes, sino que además es necesario reconocer, como mínimo, la autonomía de los pacientes ya que otro tipo de relación sanitaria es posible, deseable y necesaria, como expondré con más detenimiento.

Además, en esta justificación de la necesaria mirada bioética creo imprescindible reflexionar sobre cómo debe considerarse al otro, hacia el que dirigimos los profesionales sanitarios nuestra mirada o sensibilidad, como un otro que tiene que ver con nosotros mismos. Y, precisamente, lo que quizás sea necesario describir sea ese cara a cara entre los pacientes y los profesionales sanitarios, donde se establece “una relación ética que no se refiere a ninguna ontología previa. Ella rompe el engrosamiento clausurante - totalizante y totalitario - de la mirada teórica. Ella, se abre, a modo de responsabilidad, sobre el otro hombre - sobre el inenglobable -: ella va hacia lo infinito. Ella conduce al exterior sin que sea posible sustraerse a la responsabilidad a la que apela de tal modo.”³⁷², ya que lo que nos interesa en esa mirada bioética que propongo es, sobre todo, el concepto de responsabilidad, sobre el otro (en nuestro caso sobre el paciente) que implica a los profesionales sanitarios y que está expuesto en la mayoría de

³⁷¹ Es significativo, y por ello lo resalto en este punto, que el documento sanitario (ya mayoritariamente digital y no analógico como antiguamente) donde los médicos escriben sus anotaciones sobre el paciente tenga habitualmente por título “curso clínico” y donde escriben las enfermeras “observaciones de enfermería”. Como en muchos otros aspectos, el lenguaje seleccionado no es arbitrario ni neutro, sino que implica precisamente consideraciones que no podemos dejar pasar por alto por el significado que aportan a ambas profesiones sanitarias y precisamente en relación a su propia labor, y que han venido marcando el devenir de ambas especialmente en las últimas décadas. Quizás otra tesis también sería necesaria para explorar y analizar todo el significado e implicaciones que tiene la actual terminología sanitaria que empleamos, y que delata la ideología oculta tras una terminología técnico-científica cuestionable. Términos, que comentaré posteriormente, como módulos, boxes, respiradores, etc., implican finalmente una forma de entender la asistencia sanitaria por parte de los diferentes profesionales sanitarios que no comparto personalmente.

³⁷² LÉVINAS, E., *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, Salamanca, Ediciones Sígueme, 1977, pp. 9-10.

los Códigos Deontológicos³⁷³ de éstos. Por ello, creo que remitirnos al concepto del otro que tan acertadamente expuso Emmanuel Lévinas en su magistral libro *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, que ya comenté en la parte de fundamentaron de esta tesis, debería servirnos de referencia fundamental para englobar en la mirada bioética esa “responsabilidad por el prójimo, en vez de asirse a cierto “contenido” de conocimiento que tal vez no es más que la sombra de una presa³⁷⁴”, como afirma brillantemente el autor francés.

Precisamente en estos dos grandes autores franceses, Foucault y Lévinas, fundamentaré esta construcción de la necesaria mirada bioética que postulo en esta segunda hipótesis de la tesis. Sin embargo, aunque los pilares de esta exposición se construyan con los textos principales anteriormente citados, que considero esenciales, creo necesario introducir en este momento el punto de vista del paciente que es imprescindible en la construcción de la mirada bioética. Sólo desde la perspectiva de los profesionales sanitarios y de las construcciones teóricas planteadas, considero que estaría mi propuesta parcialmente incompleta si no añadiese la necesaria visión de los pacientes, que es imprescindible para comprender plenamente la mirada bioética que planteo. Pero llegados a este punto es necesario reconocer que no es posible encontrar un texto científico completo que sea capaz de analizar todos los relatos en los que los pacientes nos narran sus experiencias, deseos, preocupaciones, vivencias, angustias, y sentimientos en estos casos. Sin embargo, en este sentido interpretativo de las experiencias de los pacientes, la hermenéutica parece tener un valor imprescindible en

³⁷³ Este concepto de responsabilidad está presente en el espíritu de los mismos Códigos Deontológicos de los profesionales sanitarios, en ocasiones de forma manifiesta utilizando esta misma palabra y en ocasiones usando sinónimos de ésta. Ya en el Código Deontológico de la Enfermería Española, de abril de 1988, existe una clara mención a esta responsabilidad en el título del capítulo VII: “El personal de enfermería y el derecho del niño a crecer en salud y dignidad, como obligación ética y responsabilidad social”, a la vez que podemos encontrar en varios artículos de dicho Código Deontológico, una referencia a la responsabilidad, como en el artículo diez: “Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo”. De tal forma que cada vez el concepto de responsabilidad se va conformando incluso como un valor explícito, como en el último Código Deontológico de las enfermeras y enfermeros de Cataluña, aprobado el 18 de septiembre de 2013, cuando nos hablan de los valores enfermeros y el compromiso ético, donde especifican claramente entre uno de ellos el valor de la responsabilidad: “Las enfermeras proporcionamos cuidados enfermeros seguros, competentes, compasivos y conformes con la ética profesional y, al mismo tiempo, rendimos cuenta de nuestras acciones y de las consecuencias que de ellas se derivan en el ejercicio de la profesión”. Por tanto, el concepto de responsabilidad parece inherente y fundacional a la misma labor enfermera como muestran repetida y explícitamente estos Códigos Deontológicos y los de otras profesiones sanitarias.

³⁷⁴ LÉVINAS, E., Op. Cit., p. 9.

lo que se ha venido a denominar como bioética narrativa³⁷⁵, que tiene sus orígenes en esa razón narrativa a la que hacía referencia José Ortega y Gasset y con la identidad narrativa que podemos encontrar en Paul Ricoeur. Son muchos y variados los textos que han sido escrito por los propios pacientes y, dentro de estos, nos encontramos con una serie de textos, quizás más valiosos, que han sido escritos por profesionales sanitarios que también han vivido la experiencia de ser pacientes y cómo nos llegamos a sentir cuando nos desnudamos de nuestras vestimentas casi sagradas que nos hacían inmunes e inmortales, convirtiéndonos los profesionales sanitarios de esta forma en valiosos autores de las propias experiencias enriquecedoras de los pacientes al identificarnos con ellos finalmente.

A todo lo anteriormente expuesto iré añadiendo *otros textos* que considero que muestran la necesidad de una mirada bioética, aunque lo hayan expresado con otra terminología, como expondré, pero que comprendo desde el mismo concepto que intento desarrollar en esta segunda hipótesis de la tesis. Algunos de estos *otros textos* a los que haré referencia estarán basados en experiencias personales más que en un cierto conocimiento científico. Considero que sería difícil sistematizar todas estas otras aportaciones éticas y estéticas necesarias para la construcción del concepto de la mirada bioética, así que en el anexo de esta tesis se expondrán varios casos bioéticos realizados por profesionales sanitarios, que considero que pueden aportar sentido en la comprensión final de lo que supone la mirada bioética de una forma más práctica, para que sirvan de ejemplo de lo que estoy intentando explicar

Ahora creo necesario retomar el primer texto de Foucault al que hice referencia y que considero que es preciso analizar más ampliamente para desarrollar la hipótesis de la necesaria mirada bioética que propongo. Es sumamente interesante y enriquecedor entender cómo es capaz de analizar el pensando francés el cambio que introdujo el nacimiento de la clínica en el saber médico, de tal forma que produjo una mutación esencial de éste. En sus palabras “la clínica es a la vez un nuevo corte de significado, y el principio de su articulación en un significante en el cual tenemos la costumbre de reconocer, en una conciencia adormecida, el lenguaje de una “ciencia positiva””³⁷⁶, donde Foucault reconocía que a pesar de los grandes descubrimientos del siglo XIX, especialmente en los materiales en que se basa la experiencia médica, el gran cambio se había producido en la forma sistemática en que había sido modificado el análisis estructural de su significado. En concreto, considerada en su propia estructura formal, la clínica es capaz de abrir o expandir la experiencia del galeno como un nuevo perfil de lo

³⁷⁵ Es muy reveladora, enriquecedora, necesaria e interesante la propuesta de Tomás Domingo Moratalla y Lydia Feito Grande que en su libro *Bioética Narrativa*, (Madrid, Escolar y Mayo, 2013) donde nos muestran cómo la bioética narrativa se puede inscribir en un grupo de aproximaciones que exploran el potencial de la experiencia narrada, la capacidad imaginativa y los contextos de interpretación, que no sólo son capaces de realizar nuevas y necesarias aportaciones a la reflexión teórica, sino que también sirven de procedimiento dentro de la misma bioética, y con ello la utilidad práctica que finalmente posee y la potencia conceptual que supone, que considero puede servir desde construir una narrativa diferente de la misma vivencias de los pacientes y de los profesionales sanitarios, que sea capaz de enriquecerse mutuamente. Ya expuse esta propuesta parcialmente en la fundamentación de esta tesis en su vía alternativa, que era necesaria para retomarla en esta segunda hipótesis de la tesis y en sus conclusiones finales.

³⁷⁶ FOUCAULT, M., Op. Cit., p. XIX.

enunciable y de lo perceptible, entre los que Foucault enumera los siguientes: nueva distribución de los elementos discretos del espacio corporal, reorganización de los elementos que constituyen el fenómeno patológico, definición de las series lineales de acontecimientos mórbidos y articulación de la enfermedad en el organismo, entendiendo que, como hecho histórico, la aparición de la clínica tiene que ser definida por estas reorganizaciones, a las que hoy ya nos hemos acostumbrados los profesionales sanitarios y las hemos interiorizados acríticamente. Pero, más allá de esta clínica necesaria, irrenunciable hoy día por los avances tan importantes que supuso en el campo de la salud, creo imprescindible incorporar los aspectos bioéticos y biopolíticos que están siempre presente en la atención de los profesionales sanitarios y que también determinan de forma sustancial la experiencia y la asistencia sanitaria de éstos y, lo que es asimismo muy importante, la propia experiencia y asistencia sanitaria final de los pacientes. Más allá de la mirada clínica, parece hoy más necesario que nunca complementarla con la necesaria mirada bioética para reorganizar no sólo el mismo discurso de los profesionales sanitarios, sino también, y es lo que considero crucial, la posibilidad misma de un lenguaje que nos habla no sólo de la enfermedad (como parecía que la clínica estaba centrada), sino de ese continuum que supone la salud-enfermedad, entendiendo al ser humano desde una concepción holística (bio-sico-social y cultural), en la que quedasen integradas las cuestiones bioéticas-biopolíticas que son necesarias para una ampliada y correcta asistencia sanitaria centrada realmente en el paciente y no únicamente y en exclusiva en su enfermedad.

Avanzando en los planteamientos expuestos por Foucault es preciso retomar una idea fundacional y crucial, que encontramos en este libro de referencia que he tomado para desarrollar la hipótesis de la necesaria mirada bioética, esta idea tiene relación con lo que el autor francés hace referencia en su texto como la interconexión entre ver y saber y cómo en la clínica se hace visible lo invisible, que tiene relación directa con el nacimiento de la mirada clínica y entiendo que tiene también conexión con el nacimiento de la mirada bioética como intentaré exponer, ya que estas dos ideas están también presente en la misma bioética y en su necesaria mirada bioética en los profesionales sanitarios. Comenzando con el análisis que Foucault se plantea entre la relación entre ver y saber, es relevante que se remonte hasta el galeno griego Hipócrates de Cos como ejemplo de que el padre de la medicina se aplicó a la observación en detrimento de los sistemas que existían en su época, insistiendo que “en la temática del clínico, la pureza de la mirada está vinculada a un cierto silencio que permite escuchar”³⁷⁷, siendo esta mirada como una especie de mariposa, silenciosa y cuidadosa, que se posa en silencio sobre la misma verdad de las cosas, acariciándola casi y desvelándola en cierta forma, como la propia *ἀλήθεια*. De tal forma, que “sobre el espesor de este doble silencio, las cosas vistas pueden al fin ser entendidas, y entendidas por el mero hecho de ser vistas”³⁷⁸, ya que esta mirada analítica que observa fijamente al paciente manifiesta sus propias virtudes en un doble silencio: por un lado, el relativo, que tiene relación con todos aquellos obstáculos que pueden llegar a alterar esa percepción sensible inmediata (como podrían ser las teorías, los sistemas, los mitos, las

³⁷⁷ *Ibidem*, p. 145.

³⁷⁸ FOUCAULT, M., *Op. Cit.*, p. 147.

imaginaciones, los prejuicios, los sesgos,...) y, por otro lado, el absoluto, que tiene que ver con todo lenguaje que sea anterior al de lo visible.

Llegados a este punto es determinante ahondar en una definición de la mirada clínica “como un acto perceptivo subtendido por una lógica de las operaciones; es analítico porque reconstituye la génesis de la composición; pero es puro de toda intervención en la medida en que esta génesis no es sino la sintaxis del lenguaje que hablan las cosas mismas en un silencio originario. La mirada de la observación y las cosas que ella percibe comunican por un mismo *logos* que es aquí génesis de los conjuntos y allá lógica de las operaciones”³⁷⁹, para comprender de esta forma la mirada bioética que intento plantear, ya que considero que comparte con esta mirada clínica que expone Foucault, ese acto perceptivo que comunica en silencio y que a la vez nos habla en un lenguaje que es un dialogo entre el paciente y el profesional sanitario, un cara a cara en el que se enfrentan el Mismo y Lo Otro³⁸⁰ y en el que quizás nos sea posible llegar a vislumbrar al otro por momentos, quizás fugaces instantes de destellos silenciosos, de tal forma que es una cierta mirada que a la vez sea capaz de escuchar y de hablar, y que descansa en una rica sensibilidad³⁸¹ humanística.

Antes de abandonar esta necesaria relación que he planteado entre ver y saber, quisiera resaltar un punto importante que también Foucault destaca, y que considero central en el desarrollo e implementación de la mirada bioética. El autor francés destaca que “la observación clínica implica dos dominios que le están asociados necesariamente y que se han conjugado entre sí: el dominio hospitalario y el dominio pedagógico”³⁸², ya que considero importante resaltar que ambos son también necesarios en la mirada bioética. Antes de entrar en analizar esta idea, creo relevante considerar que es preciso aclarar que este dominio hospitalario al que se refiere Foucault debería hoy ser ampliado a la asistencia extrahospitalaria, que es la base del sistema sanitario y, por tanto, las consideraciones que nuestro autor francés realiza cobran también sentido en la

³⁷⁹ *Ibidem*, p. 148 (las cursivas son del texto original).

³⁸⁰ He querido utilizar ya en este punto de la tesis esta terminología que hace referencia al libro *Totalidad e Infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, de Emmanuel Lévinas, ya que la mirada bioética que planteo es deudora de los planteamientos del pensador francés, como analizaré con mayor profundidad en los próximos párrafos.

³⁸¹ Es importante resaltar que esta sensibilidad es en cierta medida doble. Por un lado, hace referencia a que la mirada bioética parte de los datos sensibles de los pacientes, de los síntomas de los pacientes y, por otro lado, también refiere a la definición que la Real Academia Española de la Lengua realiza, donde la determina como la propensión natural del hombre a dejarse llevar de los afectos de compasión, humanidad y ternura.

³⁸² FOUCAULT, M., *Op. Cit.*, p. 148.

atención primaria sanitaria³⁸³. Es importante entender que “el dominio hospitalario es aquel en el cual el hecho patológico aparece en su singularidad de acontecimiento y en la serie que lo circunda”³⁸⁴, que guarda relación directa con la necesidad entonces no sólo de una mirada clínica, que ya analiza y justifica el propio Foucault, sino también de una cierta sensibilidad o mirada bioética hacia este paciente singular e único, que queda atrapado, en cierta forma, por la serie de pacientes que lo rodean en una misma planta hospitalaria³⁸⁵. Por tanto, más allá de la una serie de hábitos o condicionantes que pueden crear la ilusión perceptiva de una cierta homogeneidad, es importante entender cómo la mirada clínica y la mirada bioética juntas aportan la necesaria singularidad, humanidad y dignidad a los pacientes. Ahora, en cierta forma, al agrupar los pacientes por patologías también será posible una cierta pedagogía que nos enseña, mediante “el juego indefinido de las modificaciones y de las repeticiones, la clínica hospitalaria permite por consiguiente poner aparte lo extrínseco”³⁸⁶, de tal forma que el alumno de las ciencias de la salud y el profesional sanitario puedan ser capaces de ver en la repetición de lo que parece siempre un fenómeno constante, esos pacientes que tienen una misma patología (como puede ser un infarto agudo de miocardio), la génesis de la manifestación de la verdad que es a la misma vez la génesis del conocimiento de la

³⁸³ En ciertos aspectos cobra todavía mayor relevancia el ser capaces de entender que esta mirada bioética que planteo, no sólo es necesaria a nivel hospitalario, donde en principio parece más justificable ya que el paciente ingresa en un centro hospitalario habitualmente por alguna patología que motiva su admisión, sino que es también imprescindible en el nivel básico de asistencia sanitaria, la atención extrahospitalaria o primaria (AP) que debe estar integrada y coordinada con la asistencia especializada (AE) hospitalaria necesariamente para poder dar una asistencia sanitaria de calidad realmente centrada en el paciente, ya que en el paciente que presenta menos patologías graves podemos llegar a cuestionarnos que fuese necesario ciertas consideraciones bioéticas, que creemos muy ligadas al ámbito hospitalario pero que son asimismo necesarias en el ámbito extrahospitalario. Por tanto, no deberíamos olvidar integrar la mirada bioética tanto en la asistencia sanitaria especializada como la primaria, ya que en ambas son tan necesarias como reveladoras, aunque nuestro autor francés centre sus reflexiones casi en exclusividad en el ámbito hospitalario, afirmo que es importante implementar la mirada bioética en los dos niveles de asistencia sanitaria. Asimismo, uno de los objetivos de la mirada bioética que propongo, es precisamente ver realmente al enfermo y no sólo a las enfermedades y, por ello, creo que es más necesaria precisamente en la atención primaria, que trabaja más en la prevención y promoción de la salud, que la atención especializada, que trabaja más con la persona que padece algún tipo de patología, que trabaja más con la enfermedad.

³⁸⁴ FOUCAULT, M., Op. Cit., p. 148.

³⁸⁵ Precisamente en los hospitales actuales los pacientes habitualmente están agrupados por patologías, en esa serie que los circunda, según Foucault, de tal forma que solemos hablar de plantas o unidades hospitalarias de cardiología, neurología, neumología, cirugía general, traumatología,..., que no ayuda mucho a considerar al paciente como un ser único, sino todo lo contrario, queda integrado o diluido en una masa de pacientes con la misma patología que aparentemente son iguales y que por tanto hace opaca en cierta forma la mirada clínica y la mirada bioética, donde éstas precisamente pretender aportarnos un poco de claridad y luz para ver realmente a los pacientes, en ese ver y saber que aportan valiosamente ambas apoyadas en un nuevo lenguaje. Si esta casuística clínica que habitualmente usamos para organizar la asistencia hospitalaria es realmente eficiente en muchas ocasiones, no deberíamos dejar de integrar en ella la misma individualidad e identidad de cada paciente para conseguir una asistencia sanitaria más humana y de calidad, que es finalmente nuestro objetivo asistencial real.

³⁸⁶ FOUCAULT, M., Op. Cit., p. 149.

verdad, quedando integradas ya que “no hay por lo tanto diferencia de naturaleza entre la clínica como ciencia y la clínica como pedagogía”³⁸⁷, donde docentes y discentes forman un mismo grupo, que establecen una verdadera enseñanza bidireccional, no quedando dividida entre los que saben y los que ignoran, sino que la enfermedad es capaz de hablar el mismo lenguaje para ambos. En la mirada bioética encuentro este mismo paralelismo, entre la construcción de un conocimiento centrado en un enfermo único integrado en un sistema sanitario que los agrupa por patologías en sus unidades hospitalarias de referencia que, sin embargo, nos puede ayudar a ver las grandes diferencias individuales en un ficticio océano de similitudes, de tal forma que se puede llegar a producir un auténtico espacio o vínculo de encuentro de los pacientes con los profesionales sanitarios. En cuanto a la clínica, Foucault nos expone cómo este lugar de encuentro en su forma inicial trata de determinarlo la clínica por tres medios: la alternancia de los momentos hablados y de los momentos percibidos en una observación, el esfuerzo para definir una forma estatutaria de correlación entre la mirada y el lenguaje, y el ideal de una descripción exhaustiva; que conforman, también en cierta forma, la misma génesis de la mirada bioética, que puede llegar a provocar que la propia bioética pueda considerarse no sólo como una ciencia sino como un modo de la misma enseñanza de las profesiones sanitarias y, en cierta manera, una especie de praxis: una mirada que es capaz de escuchar y una mirada que es capaz de hablar, marcada por una profunda sensibilidad humanística que la fundamenta finalmente.

A continuación voy a reflexionar sobre la importancia que en la mirada bioética podría tener la muerte como *δημιουργός* que puede hacer que lo invisible se haga visible, enseñándonos realmente al otro y, en nuestro caso, al paciente. Es muy relevante como Foucault abre el citado libro con una frase que ya nos hace reconocer la importancia de la muerte en la misma génesis de la mirada clínica: “este libro trata del espacio, del lenguaje y de la muerte; trata de la mirada”³⁸⁸. Seguidamente, a lo largo de todo el texto es posible ver varias referencias de nuestro autor francés al significado que la muerte tiene en la concepción o génesis de la misma mirada clínica, que considero también sumamente enriquecedora para la mirada bioética que postulo. Sin embargo, donde podemos ver con más profundidad su análisis en la relación de la muerte con la mirada clínica (y que por ello nos resultan más interesantes para nuestra tesis), son en los capítulos VIII y IX de *Naissance de la clinique* (titulados respectivamente *abrid algunos cadáveres* y *lo invisible se hace visible*), en los que Foucault realiza un profundo y acertado análisis de lo que la muerte puede llegar a mostrarnos y ensañarnos, ya que “la vida, la enfermedad y la muerte constituyen ahora una trinidad técnica y conceptual”³⁸⁹. Así es que se crea una especie de figura triangular en la que podemos encontrar en su cúspide a la muerte, que nos sirve precisamente para poder analizar y observar la evolución de las diferentes patologías y sus interacciones en los diversos órganos, convirtiéndose en este momento en un foco de luz privilegiado y único, casi un instrumento técnico asombroso, que es capaz de emerger a la vez el propio tiempo en el proceso de la enfermedad y el mismo espacio del organismo, convirtiéndose por tanto en “la gran analista que muestra las conexiones

³⁸⁷ Ibidem, p. 150.

³⁸⁸ FOUCAULT, M., Op. Cit., p. VII.

³⁸⁹ Ibidem, p. 197.

desplegándolas, y hace estallar las maravillas de la génesis en el rigor de la descomposición: y es menester dejar a la palabra *descomposición* caer en la pesadez de su sentido³⁹⁰. De esta manera, es posible llegar a encontrar en la misma muerte lo que se había estado buscando en las ciencias físicas, químicas o matemáticas, incluido el lenguaje mismo, y no habíamos sido capaces de desenmarañar: un modelo, un paradigma, nuevo insuperable que es abierto y prescrito por la misma naturaleza, capaz de abrir nuestra mirada ahora ya con un nuevo sentido y norte que es capaz de convertir un concepto tan absoluto, decisivo, puntual, insuperable y brutal como es la muerte, que muestra nuestra vulnerabilidad hasta el extremo, en un instrumento analítico de conocimiento que quedaría definido como aquello que se opone a la vida misma: “es a lo que se *opone* la vida y a lo que se *expone*; es aquello por relación a lo cual ella es viva *oposición*, por lo tanto *vida*; aquello con relación a lo cual ella está analíticamente *expuesta*, por lo tanto *verdad*”³⁹¹, y que por ello es capaz de desvelarnos finalmente la verdad. Enfermedad, vida y muerte son comprendidas en una relación donde quedan entrelazadas y vinculadas, dándose sentido mutuamente y no ya como parcelas aisladas. Por ello la mirada bioética considero que puede aportar también finalmente más sentido a este triunvirato conceptual, ya que es capaz de mostrar más sentido en estos temas tan relevantes, complementado a la mirada clínica y profundizando por ello en un mejor análisis, que debe redundar finalmente en una asistencia sanitaria más humana, que es nuestro objetivo final, y no sólo de esta tesis.

Avanzando en la explicación de lo que es preciso considerar en la mirada bioética, es necesario exponer que esta mirada hay que entenderla como una especie de sensibilidad con el que podemos vislumbrar al paciente, y que va más allá del sentido de la vista y, en cierta forma es plurisensorial, siendo necesario centrarnos en nuestros sentidos y desarrollar una sensibilidad hacia el paciente que va más allá de un dominio exclusivamente ampliado de la visión, a la que simplemente parecería referirse en primera instancia la mirada bioética. A pesar de esta limitación en la denominación del concepto, que sólo hace referencia al sentido de la vista, he preferido, al igual que hace Foucault con la mirada clínica, denominar a esta especial sensibilidad bioética como mirada, ya que comparte numerosos paralelismos con el concepto foucaultiano y especialmente porque en nuestra época actual existe un predominio de lo visual sobre el resto de los sentidos también en lo que tiene relación con la enseñanza y el conocimiento³⁹² y, de esta forma, parece que se adapta también mejor a la forma en que

³⁹⁰ *Ibidem*, p. 198 (las cursivas son del autor).

³⁹¹ *Ibidem*, p. 198 (las cursivas son del autor).

³⁹² Parece que nos hayamos inmersos en un cierto viraje hacia que todo el contenido que queramos enseñar deba estar basado en presentaciones audio-visuales, cada vez más cercanas a las estrategias comunicativas que utilizan los medios de comunicación de masas y especialmente las mismas que utiliza la publicidad. De tal forma que se reduce el mensaje, buscando el impacto momentáneo (en publicidad se habla de *strong effects* para denominar el poder de estos mensajes o de bala de plata o aguja hipodérmica para explicar la forma en que los *mass media* son capaces de inocular su mensaje a la audiencia que suele estar indefensa o adormecida ante tales estrategias tan bien estudiadas), en detrimento de una profundidad conceptual, que en la mayoría de las ocasiones es imprescindible. En este sentido son muy interesantes las reflexiones expuestas en el libro de RODRÍGUEZ BORGES, R. F. y FERNÁNDEZ AGIS, D., *Comunicación mediática y espacio público*, Tenerife, Servicio de Publicaciones Universidad de La Laguna, 2008.

trabajamos los profesionales sanitarios, que ya hemos integrado plenamente la mirada clínica y que, por tanto, esta mirada bioética puede sumarse a ella sin tener que cambiar la denominación de los conceptos que queremos integrar en ésta. A pesar de que he querido insistir en que la mirada bioética está dotada de una estructura plurisensorial, y que creo importante resaltar la relevancia de la visión sobre el resto de los sentidos, quiero destacar que el sentido del tacto³⁹³ cobra también una consideración fundamental en esta síntesis de percepciones que es la mirada bioética, ya que es sumamente importante en la comunicación con los pacientes³⁹⁴. A través del sentido del tacto somos capaces también de comunicarnos con los pacientes y, en ocasiones, aprendiendo a ponderar adecuadamente el contacto con los pacientes podemos llegar a comunicarnos con el paciente de una forma más adecuada dependiendo de las situaciones³⁹⁵. Foucault afirma en relación a la mirada médica de esta clínica que se “comprime en una estructura única campos sensoriales diferentes. La trinidad vista-tacto-oído define una configuración perceptiva... el “vistazo” se ha convertido en una organización compleja para los fines de asignación espacial de lo invisible. Cada órgano de los sentidos recibe una función instrumental parcial. Y el ojo no tiene sin duda la más importante”³⁹⁶, reconociendo a continuación las importantes señales que nos pueden descubrir tanto el tacto como el oído, demostrando su estructura plurisensorial necesaria: “mirada que

³⁹³ Me parece relevante recordar que en la piel está alojado el sentido del tacto mediado por receptores que responden a la presión (como los exteroceptores) y que las células epiteliales se forman de la misma capa germinativa embrionaria, el ectodermo (la primera hoja blastodérmica del embrión), de la que se forman las células del sistema nervioso, con las que habitualmente desarrollamos nuestro lenguaje. Ambos tipos de células tan dispares poseen un potencial comunicativo que queda frecuentemente interrelacionado, más allá quizás incluso de que es posible comprender.

³⁹⁴ Existen numerosas referencias que nos hablan desde la experiencia de los pacientes o de los profesionales sanitarios en relación a lo inefable que es capaz de expresarse mediante el tacto. He querido seleccionar un fragmento de un artículo escrito por Pedro Simón en el diario *El Mundo*, en el que nos relata la experiencia de Antonio Segura Cabral, un enfermo terminal ingresado en la unidad de cuidados paliativos, en los momentos previos a su muerte, rompiendo el tabú de hablar de la muerte en España en los periódicos. Me parecen muy significativas las consideraciones del periodista, que no es un profesional sanitario, que nos relata cómo “este cronista recuerda la suavidad del último beso. También cómo de fuerte da la mano un hombre que sabe que no te verá más” (disponible en <http://www.elmundo.es/espana/2014/11/27/54763b2dca4741d96b8b457c.html?a=69b78a795a905388578a21901b5b2674&t=1417715960>, consultado el 8 de diciembre de 2015) que considero que son afirmaciones capaces de mostrar lo importante que puede llegar a ser el sentido del tacto con todo aquello que pertenece al mundo de lo difícilmente expresable con las palabras, al mundo donde se encuentra quizás nuestra esencia humana.

³⁹⁵ Existen situaciones clínicas donde la comunicación queda limitada por diferentes patologías o situaciones de urgencias o traumáticas, como puede ser un paciente que precise una intubación endotraqueal para asegurar la vía aérea y, en estas circunstancias la comunicación verbal no es posible, ya que el tubo endotraqueal queda alojado en medio de las cuerdas vocales e impide que éstas vibren y se produzcan los sonidos de nuestro lenguaje habitual. Es precisamente, en estas situaciones donde podemos aprender a comunicarnos mejor con los pacientes, aunque sea de forma ciertamente limitada, con otras herramientas de comunicación a las que no solemos dar toda la importancia debida como es el tacto.

³⁹⁶ FOUCAULT, M., Op. Cit., pp 226-227.

toca, oye y, además, no por esencia o necesidad, ve”³⁹⁷. Y, de esta forma, encontramos también en el pensador francés una ampliación de lo visual al resto de los sentidos que considero que es necesario especificar, ya que en un principio puede llegar a parecer un reduccionismo de los diferentes sentidos sólo al visual, que no refleja exactamente la complejidad de la percepción que queremos realizar que escapa más allá de la exclusividad de uno de nuestros sentidos más finamente desarrollado. Considero imprescindible buscar con la mirada bioética una sensibilidad ampliada hacia el enfermo que intente comprender y aprehender precisamente lo inefable a través de nuestros sentidos.

Finalmente, quisiera terminar esta afirmación de la tesis de la necesaria mirada bioética, antes de comenzar la antítesis de ésta precisamente, reconociendo la importancia del otro en esta mirada bioética. Si la fenomenología consiguió rescatar a la filosofía del siglo pasado de la tiranía que habían supuesto las concepciones derivadas del idealismo-realismo, acercándola a las cosas mismas en un ámbito de lo concreto, reconociendo esta importancia fundamental, considero que la mirada bioética es deudora precisamente también de este giro fenomenológico que reconoce la necesidad de una vuelta hacia lo humano, hacia los fenómenos en sí mismos (en el caso de los profesionales sanitarios hacia los pacientes), huyendo de construcciones idealistas y volviendo la reflexión filosófica hacia problemas tan relevantes como el de la alteridad, desde planteamientos éticos tan cercanos a los que considero necesarios en la construcción de lo que significa la mirada bioética que propongo. Si necesariamente “al develamiento del ser en general, como base del conocimiento, como sentido del ser, le antecede la relación con el ente que se expresa; el plano ético precede al plano de la ontología”³⁹⁸, nos encontramos ante la obligación y responsabilidad moral de realizar una asistencia sanitaria basada precisamente en considerar al otro, desde la necesaria mirada bioética con una responsabilidad ética que es la base y justificación del propio conocimiento sanitario. Este cara a cara entre el paciente y el profesional sanitario mediada por nuestra mirada bioética, pretende asimismo ser una relación ética que trata de ir más allá de los planteamientos puramente teóricos, para construir una asistencia sanitaria ética práctica. De esta forma, la mirada bioética es mucho más que la simple mirada clínica ampliada por una cierta ética sanitaria, sino que busca fundamentar la asistencia sanitaria en un recibimiento del paciente, del otro, no como un objeto más, como un hecho, como un número de cama, como un síndrome, como un conjunto de signos clínicos a interpretar, etc., sino que “es el recibimiento del Otro, el comienzo de la conciencia moral, que cuestiona mi libertad”³⁹⁹, pero, que a la vez dota de sentido la propia labor de los profesionales sanitarios. Por todo ello, la mirada bioética precisa fundamentarse también desde planteamientos filosóficos sólidos como el que nos propone Emmanuel Lévinas en *Totalidad e Infinito*, ya que de esta forma su construye con un sentido realmente ético y bioético la misma relación sanitaria, que debe estar basada en una mirada bioética capaz de reconocer “el hecho de que, existente para el otro, existo de otro modo que al existir para mí, es la moralidad misma. Envuelve por

³⁹⁷ *Ibidem*, p. 227.

³⁹⁸ LÉVINAS, E., *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, Salamanca, Ediciones Sígueme, 1977, p. 214.

³⁹⁹ *Ibidem*, p. 106.

todas partes mi conocimiento del Otro y no se desprende del conocimiento del otro por una valorización del otro, por añadidura de este conocimiento primero. La trascendencia como tal es “conciencia moral”⁴⁰⁰, para finalmente demostrar que esta mirada bioética está sustentada también en el mismo conocimiento sanitario, siendo capaz de ampliarse hacia una trascendencia que es, en el fondo, una conciencia moral que debe construirse desde la misma mirada bioética. La praxis de los profesionales sanitaria que diariamente establecemos los profesionales sanitarios y los pacientes es una relación trascendente entre el Otro y el Mismo, entre el paciente y el profesional sanitario, donde “la vida testimonia, en su miedo profundo, la inversión siempre posible de cuerpo-amo en cuerpo-esclavo”⁴⁰¹, que nos recuerda que los profesionales sanitarios también somos pacientes en ciertos momentos, aunque quizás siempre pensemos que somos invulnerables. Recuerdo siempre necesario que no debemos nunca olvidar en la mirada bioética.

3.2.2. *ANTÍTESIS: LAS CIENCIAS SANITARIAS BASADAS EN LA EVIDENCIA.*

Al igual que en la primera hipótesis de esta tesis, en esta segunda, al exponer un planteamiento ciertamente novedoso, es difícil encontrar bibliografía que pueda realizar una crítica exacta a la línea argumental propuesta anteriormente en esta segunda hipótesis de la tesis. Sin embargo, para el desarrollo de esta crítica a la hipótesis del desarrollo necesario de la mirada bioética en los profesionales sanitarios, que como expuse anteriormente, implicaría el desarrollo de una conciencia moral y una cierta trascendencia que nos permite ubicarnos en el lugar del Otro finalmente, como podemos inferir de los planteamientos de Lévinas, tan importantes en el desarrollo de la mirada bioética, considero acertado contraponer toda la argumentación anterior a una corriente explicativa de la labor asistencial de los profesionales sanitarios denominada como medicina basada en la evidencia⁴⁰², fisioterapia basada en la evidencia, enfermería basada en la evidencia, etc.⁴⁰³, que han venido desarrollándose principalmente en las

⁴⁰⁰ *Ibidem*, p. 271 (las comillas son del autor).

⁴⁰¹ *Ibidem*, p. 182.

⁴⁰² Como muchas traducciones que precisamos realizar de otros idiomas, la traducción de la palabra original *evidence* por evidencia no parece ciertamente acertada y puede llegar a confundir y desvirtuar el auténtico sentido del término en su idioma original. Una traducción más acertada de este vocablo sería el de prueba, que es capaz de transmitir su significado original de forma más correcta y menos equívoca, pero aunque ha sido propuesto por algunos autores, finalmente se continúa utilizando mayormente la traducción de evidencia y, en este sentido, sigo utilizándola en la tesis.

⁴⁰³ El uso del término se ha ido ampliando progresivamente a otros sectores, de tal forma que hoy también se habla de gestión basada en la evidencia, e incluso se habla del mismo término en las diferentes ciencias de la salud basadas en la evidencia electrónica, como por ejemplo: medicina basada en la evidencia electrónica (eMBE).

ciencias sanitarias con esta denominación con mayor énfasis desde la última década del pasado siglo⁴⁰⁴.

Es importante exponer una definición de lo que es posible entender por algunas de las ramas del conocimiento de las ciencias sanitarias denominadas como “basadas en la evidencia”. Para ello he seleccionado la acepción que más ha sido desarrollada e implementada a lo largo de estas últimas décadas, la medicina basada en la evidencia, “*stems from the physician’s need to have proven therapies to offer patients. This is a paradigm shift that represents both a breakdown of the traditional hierarchical system of medical practice and the acceptance of the scientific method as the governing force in advancing the field of medicine. Simply stated, Evidence-Based Medicine (EBM) is the application of the best evidence that can be found in the medical literature to the patient with a medical problem. It should result in the best possible care given to each patient. Evidence-based clinical practice (EBCP) is an approach to medical practice in which you (the clinician) are able to evaluate the strength of that evidence and use it in the best clinical practice for the patient sitting in your office*”⁴⁰⁵. De esta forma, la medicina basada en la evidencia debe considerarse como un avance necesario dentro de las propias ciencias de la salud, ya que “se ha convertido en una nueva orientación de la práctica médica y en un paradigma científico actual, en el cual la investigación clínica desempeña un papel preponderante y pretende modificar la forma de ejercer la actividad asistencial, por lo que se considera un instrumento para la gestión del conocimiento clínico”⁴⁰⁶, de tal manera que busca una excelencia en la práctica asistencial diaria y un cambio de paradigma finalmente que mejore la asistencia al paciente. En este sentido

⁴⁰⁴ Es relevante recordar que la medicina basada en la evidencia (MBE) es desarrollada conceptualmente por el epidemiólogo Archibald Lemnan Cochrane en el Reino Unido, estudiando cómo el excesivo gasto sanitario podría llegar a cuestionar el sistema de gratuidad y universalidad del sistema nacional de salud británico, proponiendo la utilización de ensayos clínicos controlados y randomizados para como base para justificar las intervenciones sanitaria buscando su eficacia y efectividad. Su famoso libro *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, Londres, Royal Society of Medicine Press, 1972 (siendo reeditado posteriormente en 1999), se ha convertido en un texto clásico que ha tenido una profunda influencia en la práctica de la medicina y en la evaluación de las propias intervenciones médicas, teniendo una notable influencia en los diseños posteriores de las políticas sanitarias actuales. Me parece oportuno resaltar que sus consideraciones profundizan de forma tangencial en el propio principio bioético de justicia, relacionándolo también con el gasto sanitario y la biopolítica que se debe implementar para lograr un gasto sanitario justo, argumentando todas sus reflexiones con un certero conocimiento basado en estudios científicos (basados ciertamente en la evidencia).

⁴⁰⁵ “Surge de la necesidad de los médicos de tener unas terapias demostradas que ofrecer a los pacientes. Es un cambio de paradigma que representa, por un lado, una ruptura con el sistema jerarquizado de la práctica médica y, por otro lado, la aceptación del método científico como la fuerza gobernante en el avance en el campo de la medicina. Dicho claramente, la medicina basada en la evidencia es la aplicación de la mejor evidencia que pueda ser encontrada en la literatura médica al paciente que presente un problema médico. De ello debería resultar el dar el mejor cuidado posible a cada paciente. La práctica clínica basada en la evidencia es una aproximación a la práctica médica en la que usted (el clínico) es capaz de evaluar la fuerza de la evidencia y usarla en la mejor práctica clínica para el paciente que está sentado en la consulta”. MAYER, D., *Essential Evidence-Based Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004, p. 10 (traducción propia).

⁴⁰⁶ JIMÉNEZ MIRANDA, J. y ORAMAS DÍAZ, J., “La información científica de calidad, aliada esencial de la Medicina Basada en la Evidencia”, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2003; 19 (1).

este giro “basado en la evidencia” es un buen ejemplo de cómo los profesionales sanitarios debemos mejorar nuestras actuaciones sanitarias, en base a la mejor información disponible y actualizada científicamente, por lo que su objetivo final no puede dejar de ser loable. Sin embargo, considero que no deberíamos ser reduccionistas en nuestras evidencias, sino todo lo contrario, dentro de estas mismas evidencias científicas necesarias para aplicar los tratamientos y cuidados a los pacientes, también podremos ampliar la evidencia científica a otras ramas de conocimientos que asimismo son capaces de aportar otros tipos de tratamientos, quizás menos científicos académicamente, pero también necesarios finalmente que sean capaces de considerar otras perspectivas terapéuticas complementarias⁴⁰⁷.

Claramente esta metodología de estudio y ampliación del conocimiento mediante las diversas ciencias sanitarias basadas en la evidencia, tienen una utilidad que debe ser reconocida como positiva por las mejoras que han venido incorporando en los diversos campos de la salud en las últimas décadas. Pero, en ocasiones, es preciso avanzar un poco más en el conocimiento y llegar a plantearnos la necesidad de certificar las prácticas basadas en la evidencia, preguntándonos ¿por quién y para qué?, ya que la finalidad de estas ciencias sanitarias basadas en la evidencia también comportan una serie de reflexiones que los profesionales sanitarios deberíamos realizarnos, ya que “el movimiento de la práctica basada en la evidencia (PBE) aboga por la transferencia e implementación de los resultados de investigación en la práctica diaria como método para la mejora de la calidad y los resultados de la asistencia sanitaria. Son muchas las variables que juegan un papel importante como barreras o facilitadores de la implementación de evidencias. Una de las piezas clave para la PBE son las organizaciones sanitarias y el entorno de trabajo”⁴⁰⁸, que tiene que ver directamente con la política sanitaria que se está llevando a cabo y tienen ciertas implicaciones bioéticas y biopolíticas que deberíamos identificar. En muchas ocasiones, finalmente estas prácticas basadas en la evidencia son certificadas por diferentes empresas que, en principio tienen como objetivo mejorar la calidad asistencial de los centros sanitarios que acreditan, pero que deberían tener también presente las preferencias de los pacientes a lo largo de todo el proceso. Para ello, es preciso una postura crítica no sólo para estas prácticas basadas en la evidencia sino el sentido último de estas prácticas y sus implicaciones biopolíticas que pueden llegar a tener.

⁴⁰⁷ Las denominadas como terapias alternativas en las ciencias sanitarias (como pueden ser la acupuntura, la hidroterapia, la reflexología, la zooterapia, la fitoterapia, la musicoterapia, la terapia ocupacional, etc.), muestran un potencial complementario necesario a las clásicas terapias basadas en la evidencia científica (la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, la farmacoterapia, la rehabilitación, la fisioterapia, la psicoterapia, las dietas, etc.), que considero que pueden ayudar a los pacientes, junto a los necesarios tratamientos basados en la evidencia que hay que seguir aplicando actualmente en el día a día de la asistencia sanitaria. Es importante resaltar que algunas de estas terapias alternativas, como la acupuntura, son saberes milenarios con una probada eficacia en numerosas patologías y, por ello, el término de terapia alternativa, no debe considerarse de forma peyorativa, como en ocasiones parece usarse por los propios profesionales sanitarios, sino con el sentido de ayudar a complementar las terapias clásicas citadas anteriormente, para intentar tratar y cuidar mejor a los pacientes considerando también sus gustos personales en la medida de lo posible (relacionado claramente, por tanto, con el principio bioético de beneficencia).

⁴⁰⁸ GÓMEZ URQUIZA, J. L., “La necesidad de certificar las prácticas basadas en evidencias ¿por quién y para qué?”, *ENE, Revista de Enfermería*. Vol. 8 Nº 2, agosto 2014.

Antes de terminar la crítica planteada en este epígrafe, quisiera también resaltar por su importancia y relevancia, cuando estoy hablando de una metodología de búsqueda de conocimiento en las ciencias de la salud, las palabras de Theodor W. Adorno sobre los peligros de una reducción de la ciencia a un método, como puede ser éste de solo aceptar el conocimiento que esté basado en la evidencia, ya que “hoy en día se lleva tan lejos la primacía del método que, con mucho, sólo pueden plantearse aquellos problemas de investigación que puedan resolverse con los medios del aparato disponible. La primacía del método es la primacía de la organización”⁴⁰⁹, que claramente podemos detectar en esta metodología de estudios basados en la evidencia en las diversas ciencias sanitarias. Asimismo, tendremos que estar atentos a los fines de la metodología descrita, ya quizás podría llevarnos finalmente a que “la disponibilidad de los conocimientos mediante el orden lógico-clasificador se convierte en su propio criterio; lo que no encuadra en él sólo aparece al margen como dato que espera su lugar y que, en la medida en que no lo encuentra, es desechado. Al igual que los hombres en un ente comunitario rígidamente organizado, todos los principios deben encajar dentro de la continuidad de todos los demás: lo “no-vinculado” y no integrable se convierte en pecado mortal”⁴¹⁰ y, de esta manera, el conocimiento que es clasificado como experimental y de dudosa validez científica (como suele ocurrir con la investigación cualitativa en las ciencias de la salud), se aparta y es desechado como poco objetivo, ya que no podremos, en muchas ocasiones, reunir las evidencias que nos solicitan para poder aceptarlo en su estrecha clasificación. De tal forma que “drásticamente, el pensamiento es confiado por entero al control por parte de la organización social”⁴¹¹, que suelen ser las diversas sociedades científicas de las distintas especialidades de los diferentes profesionales sanitarios, que claramente están organizadas y financiadas por las diversas casas comerciales que tienen un interés muy concreto en que los productos comerciales de ellas, sean avaladas por las propias sociedades científicas mediante estudios basados en la propia evidencia. De tal forma que se puede llegar a crear un círculo poco virtuoso “mediante el hecho de que, por principio, toda manifestación científica debe ser comprobada por todo científico aprobado de la especialidad, sin importar sus dotes intelectuales, y toda realización intelectual debe ser nuevamente ejecutable por parte de cualquier otro”⁴¹², resultando claramente identificable este procedimiento *científico* en muchas ocasiones en las propias ciencias sanitarias y las revistas científicas organizadas y clasificadas por su “*impact factor*” (índice o factor de impacto) que cada año publica y actualiza el Instituto para la Información Científica (Institute for Scientific Information o ISI). Finalmente, “para ser tolerado, el conocimiento debe exhibir, por así decirlo, un documento de identidad, la “evidencia” que no se busca en su propio contenido ni en el desarrollo de éste, sino en tornarlo accesible. En realidad, no es éste su objetivo; solamente lo hace descender a mera función del esquema con el que lo reviste soberanamente; cuanto más objetivo y depurado de toda ilusión y agregado del observador es el modo en que se presenta, tanto

⁴⁰⁹ ADORNO, T. W., *Sobre la metacrítica de la teoría del conocimiento*, Caracas, Monte Avila, 1970, p. 62.

⁴¹⁰ *Ibidem*, p. 62.

⁴¹¹ *Ibidem*, p. 62.

⁴¹² *Ibidem*, p. 62.

más subjetivo se torna en la totalidad del procedimiento”⁴¹³, que no deja realmente de ser paradójico, ya que esa búsqueda de la evidencia mediante una supuesta objetividad puede llegar a lograr su objetivo opuesto, en vez de ciencia basada en la evidencia, puede quizás poner en evidencia a la misma ciencia.

Finalmente, tras todo lo expuesto es importante también considerar la relación que tienen estos planteamientos de las diversas ciencias sanitarias basadas en la evidencia, que conectan asimismo con la biopolítica. Desde el desarrollo inicial del concepto por A. L. Cochrane se buscaba la efectividad de las mismas terapias y actuaciones médicas buscando un nuevo sistema sanitario sostenible frente al coste exponencial que ha tenido que asumir en las últimas décadas del pasado siglo y en lo que llevamos del presente siglo. No quiero pasar por alto precisamente esta conexión, que intencionadamente ha sido buscada en este epígrafe, ya que considero que detrás de todo esta visión científica de la eficiencia del trabajo de los sanitarios existe un marcado interés biopolítico de los mismo sistemas sanitarios, que buscando ser eficaces, también moldean el conocimiento y la visión final del paciente para hacerlo “más rentable”, cosificándolo finalmente y mostrando nuevamente cómo los intereses biopolíticos de los Estados modifican, modulan y construyen un tipo de conocimiento *ad hoc* a sus intereses biopolíticos. Tras todo ello, es posible afirmar que existe una cierta acción instrumental del conocimiento mediante estas ciencias sanitarias basadas en la evidencia. Por ello, nuevamente, considero relevante las consideraciones de Jürgen Habermas en *Conocimiento e interés* donde afirma que “mientras la acción *instrumental* corresponde a la coerción de la naturaleza externa y el nivel de las fuerzas productivas determina la medida de la disposición técnica sobre las fuerzas de la naturaleza, la acción comunicativa corresponde a la represión de la naturaleza de cada uno: el marco institucional determina la medida de una represión ejercida por el poder espontáneamente natural que se deriva de la dependencia social y de la dominación política”⁴¹⁴ que yo diría, que en este caso del conocimiento construido de las ciencias sanitarias basadas en la evidencia, es claramente biopolítica, ya que “toda sociedad debe su emancipación del sometimiento exterior a la naturaleza a los procesos de trabajo, es decir, a la producción de saber técnicamente utilizable”⁴¹⁵, como sería precisamente el caso de este conocimiento científico-técnico de las diferentes ciencias sanitarias basadas en la evidencia.

Tras toda la crítica expuesta a la mirada bioética, considero necesario y relevante que los profesionales sanitarios seamos capaces de actualizar continuamente nuestros conocimientos para atender de la mejor manera posible a los pacientes. Lo que sí considero que es cuestionable es que sólo intentemos actualizar y mejorar nuestros conocimientos desde los planteamientos “basados en la evidencia”, con una metodología que debería ser más crítica consigo misma, que parecen que se han convertido en una moda que ha venido a quedarse, debido a la falta de consideraciones que sobre el conocimiento en general parece que asumimos los propios profesionales sanitarios. Más allá de todo ello, en la síntesis que ahora voy a proponer de esta hipótesis de la tesis, considero necesario integrar ambas posturas mantenidas en esta

⁴¹³ *Ibidem*, p. 62 (las comillas son del autor).

⁴¹⁴ HABERMAS, J., *Conocimiento e interés*, Madrid, Taurus, 1982, p. 62.

⁴¹⁵ *Ibidem*, p. 62.

hipótesis, por un lado, en la tesis planteada de la necesaria mirada bioética, que considero imprescindible y urgente que incorporemos a nuestros quehacer diario los propios profesionales sanitarios; y, por otro lado, en la antítesis expuesta de las ciencias sanitarias basadas en la evidencia, la necesaria actualización permanente de nuestros conocimientos científicos y técnicos a la luz de los nuevos avances en el campo de las ciencias de la salud. Por ello, en el siguiente apartado de síntesis propongo una propuesta integradora de la tesis y de la antítesis de esta hipótesis, el desarrollo de unas ciencias sanitarias basadas en la humanidad que voy a exponer a continuación.

3.2.3. *SÍNTESIS: LAS CIENCIAS SANITARIAS BASADAS EN LA HUMANIDAD.*

Tras todo lo expuesto en los dos epígrafes anteriores, considero que es posible integrar en cierto modo tanto la tesis y como la antítesis en una síntesis final que aboga por una propuesta que denomino como unas ciencias sanitarias basadas en la humanidad. De tal forma que seamos capaces de integrar la necesaria mirada bioética expuesta con ciertos planteamientos muy acertados de las ciencias sanitarias basadas en la evidencia. Considero que ambas aproximaciones son necesarias y no son excluyentes debiendo quedar integradas y guiando una práctica asistencial más humana y, a la vez, más científica. No debemos olvidar que la asistencia sanitaria debe estar centrada en el paciente y su condición humana, con todo lo que ella llevo implícito, pero también fundamentada desde los imprescindibles conocimientos científicos y técnicos sanitarios actualizados. Por ello, en la síntesis de la segunda hipótesis de la tesis, voy a plantear cuestiones que pueden servir de unión, de puentes de comunicación (siempre tan necesarios), entre una la urgente necesidad de una asistencia sanitaria más humana (construida desde los planteamientos expuestos en la mirada bioética) y la asistencia sanitaria científica y técnica con la mayor evidencia posible.

Para comenzar, considero volver a insistir en la necesidad de desarrollar una mirada bioética por parte de los profesionales sanitarios. Pero ahora voy a introducir mis reflexiones desde una perspectiva más personal, ya no tanto teórica sino algo más cercana y práctica, más humana diría yo. Para ello, considero necesario acercarnos a las propias experiencias de los pacientes. Afortunadamente, en la actualidad podemos encontrar ya numerosa literatura, documentales, películas, etc., sobre las experiencias de los pacientes que pueden servirnos a los profesionales sanitarios para intentar comprender una experiencia tan personal, como es la enfermedad y la muerte. Todos estos relatos pueden servirnos para empatizar con los pacientes, ponernos en su lugar o, al menos, intentarlo. No todas las historias de los pacientes tienen por qué acabar mal, con su muerte, y existen numerosos testimonios de pacientes que han pasado por una enfermedad, son capaces de recuperarse de ella y transmitirnos sus valiosas experiencias⁴¹⁶. Sin embargo, para hablar finalmente de la necesaria mirada bioética que los profesionales sanitarios deberíamos desarrollar, que es la tesis de esta hipótesis, he seleccionado un protagonista que nunca podré conocer. Nuestro héroe será Jean Dominique Bauby, redactor-jefe de la revista *Elle*, que en diciembre de 1995 sufrió un accidente cerebro vascular muy severo que le provocó un síndrome de cautiverio (locked-in syndrome), que le imposibilitaba conectarse con el medio que le rodeaba, de

⁴¹⁶ Quizás las más valiosas sean las de los propios profesionales sanitarios cuando nos convertimos en pacientes. El libro

tal forma que aunque el paciente estaba completamente consciente pero no tenía la capacidad de manifestar su respuesta normal frente a los estímulos sensoriales (habitualmente cursa con una tetraplejía y una parálisis de los pares craneales bajos, conservando sólo la capacidad de parpadear y de movilizar sus ojos en sentido vertical). Esta importante lesión del tronco encefálico afecta a las vías corticobulbares y corticoespinales impidiendo sus respuestas motoras habituales (también podemos encontrar esta grave afectación en pacientes con polineuropatía aguda -síndrome Guillain-Barré-, miastenia gravis o poliomielitis aguda) de tal forma, que si llega a producirse finalmente una alteración estructural del tronco del encéfalo no será posible la recuperación de estas vías nerviosas y las lesiones neurológicas y motoras serán permanentes, como en el caso de Jean Dominique. Frente a esta grave lesión (que quizás sólo hace cuarenta años hubiera producido la muerte del paciente en pocos días), hoy todavía no podemos curar a los pacientes, pero sí que podemos cuidar de una forma integral al paciente ayudándolo en casi todas las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, movilización, aseo, comunicación, etc.) y tratando de evitar las complicaciones infecciosas que son las que habitualmente pueden llegar a acabar con su vida (especialmente la neumonía, como fue el caso del protagonista de la historia). Es un caso bioético sumamente interesante, que también tiene sus implicaciones biopolíticas, como expondré en las conclusiones de esta tesis. Pero, centrándome ahora en la mirada bioética, he rescatado este pasaje del libro que escribió el paciente sólo con el parpadeo de su único ojo que tenía⁴¹⁷. Precisamente, es ese momento en que Jean Dominique pierde el otro ojo el que me interesa, y lo relata de esta forma “he conocido despertares más suaves. Cuando esta mañana de finales de enero he recuperado la conciencia, un hombre estaba inclinado sobre mí y cosía mi párpado derecho con hilo y aguja como se remienda un par de calcetines. Un temor irracional se ha apoderado de mí. ¿Y si en su entusiasmo de oftalmólogo me cosiera también el ojo izquierdo, mi único nexo con el exterior, el único tragaluz de mi calabozo, la ventanilla de mi escafandra? Tras ordenar con esmero su delicado material en cajas de hojalata forradas de algodón en rama, con el tono de un fiscal que pide un castigo ejemplar al habérselas con un reincidente, se limitó a soltar: “Seis meses” Multipliqué las señales interrogativas con mi ojo sano, pero el tipo, si bien se pasaba los días escrutando la pupila de otros, no por eso sabía leer la mirada. Era el prototipo de médico arrogante, arisco y altanero, que en consulta...Al transcurrir las semanas me pregunté si el hospital

⁴¹⁷ En muchas ocasiones la comunicación con los pacientes puede tornarse realmente complicada y dificultosa, a veces simplemente por la edad (los más mayores y los niños más pequeños) y, a veces, debido a diferentes complicaciones momentáneas o permanentes por la patología que presente el paciente. Un claro ejemplo de ello es cuando el paciente no puede hablar por diversas y variadas circunstancias (como tener alojado un tubo endotraqueal, que no le permite que sus cuerdas vocales vibren y pueda emitir los sonidos correspondientes), entonces es necesario establecer algún medio de comunicación con el paciente adaptándonos realmente a sus posibilidades, ya que hay que recordar que la comunicación va más allá del lenguaje. Es asombroso el método que Jean Dominique utilizó para poder comunicarse y posteriormente dictar el libro donde relata su experiencia personal tan valiosa, *La escafandra y la mariposa*, ya que mediante el parpadeo de su único ojo y ayudándose de un panel donde estaban las diversas letras, su interlocutor iba dictando las letras hasta que, cuando llegaba a la que Jean Dominique quería seleccionar, parpadeaba con su ojo, y así hasta completar las palabras correspondientes. De esta forma tan especial pudo finalmente escribir su libro tan admirable para todos (incluido los profesionales sanitarios).

recurría expresamente a un individuo tan impresentable con objeto de catalizar la sorda desconfianza que el cuerpo médico acaba por despertar en los pacientes de prolongada permanencia”⁴¹⁸. En esta escena no sólo su protagonista nos relata que pierde la visión por un ojo, sino que también nos habla de la “ceguera” de los propios profesionales sanitarios que no somos capaces de ver a los pacientes (incluso el mismo oftalmólogo, un “especialista” en la materia de ver, pero que tampoco es capaz de ver a Jean Dominique, aunque sí es capaz de ver el porta-agujas, la sutura, la tijera de hilos, los bordes a suturar, su textura, las posibles lesiones asociadas, etc., la parte científico-técnica sí que puede verla, pero la parte humana es incapaz de verla, de sentirla, de transmitir algo más que frialdad y distancia, por no afirmar que casi desprecio, lo que muchos profesionales sanitarios identifican con ser un *profesional* sanitario). Pero esta escena, que considero muy esclarecedora como ejemplo práctico de lo que supone que los profesionales sanitarios desarrollemos una mirada bioética capaz de ver a los pacientes, capaz de sentir con ellos, de ponernos en su lugar, de empatizar con ellos, etc., en fin, de ser humanos con ellos y de ver realmente al otro, lamentablemente no es un acontecimiento aislado en la relación diaria de los profesionales sanitarios con los pacientes (un mal día lo tiene cualquiera, podríamos añadir), sino que es una manera de entender las relaciones sanitarias de los pacientes con los profesionales sanitarios, que tiene implicaciones bioéticas y biopolíticas, como expondré en las conclusiones de esta tesis. Una manera que es considerada como la correcta por la mayoría de los profesionales sanitarios que hemos sido educados y formados en diferentes aspectos técnicos y científicos de nuestra profesión, pero se han “olvidado” a enseñarnos una serie de conceptos o valores humanos, imprescindible en los profesionales sanitarios, que son la base real de todas las profesiones sanitarias. En ocasiones, esta supuesta formación se imparte en la asignatura de bioética, pero la realidad se empecina en demostrarnos que, o bien no estamos transmitiendo correctamente el conocimiento en esta asignatura, o bien existe otro tipo de curriculum, manifiesto o tácito, que enseña precisamente todo lo contrario.⁴¹⁹

Precisamente para mejorar este déficit de los propios profesionales sanitarios, la mirada bioética que propongo trataría de considerar, de abrir, de ampliar nuestra percepción y sensibilidad necesaria hacia el enfermo. Que no sólo debe centrarse en lo visual, lo percibido por un único sentido, sino que, como ya expuse, tiene que ver también con el mismo lenguaje y el saber que se transmite y se esconde tras de él, ya que “el discurso del mundo pasa por los ojos abiertos, y abiertos a cada instante como por primera vez”⁴²⁰ de tal forma, que sea capaz de desvelar al paciente y su propio mundo, ya que será la única manera de respetar realmente el mismo principio bioético de autonomía. Asimismo, en la búsqueda permanente de la verdad del paciente, los

⁴¹⁸ BAUBY, J. D., *La escafandra y la mariposa*, Barcelona, Plaza y Janés, 1997, p. 62.

⁴¹⁹ En las conclusiones de la tesis someramente hablaré de la formación en bioética tanto a nivel universitario, como cuando se trabaja con profesionales sanitarios ya formados, ya que en ambos también se entiende la bioética como una praxis científica y no como una disciplina filosófica, rompiendo, de este modo, el planteamiento inicial de esta tesis a favor de una de sus posibles opciones, de una manera disimétrica.

⁴²⁰ FOUCAULT, M., *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid, Siglo XXI, 2007, p. 86.

profesionales sanitarios deberíamos dotarnos de una necesaria ingenuidad “clara, distinta, abierta de la mirada”⁴²¹, que nos permita empatizar con el paciente, sintiendo y comprendiendo a ese otro que tenemos enfrente. De esta manera, trato asimismo de recuperar, en cierta forma también la noción de sensación, que debería ir más allá ya que “a la simplicidad de la definición fisiológica de la sensación no correspondería en efecto, la psicológica”⁴²², debido a que la primera depende de un objeto, en nuestro caso el paciente, que no deberíamos olvidar que es un todo compuesto de sus partes bio-sico-social-cultural, es un todo que tenemos que saber mirar y sentir holísticamente, más allá solo de lo fisiológico (que resulta ser siempre imprescindible) e intentar aprehender con el paciente “un plano en el que la vida sensible se vive como un gozo. Este modo de vida no debería interpretarse en función de la objetivación. La sensibilidad no es una objetivación que se busca. El gozo, satisfecho por esencia, caracteriza todas las sensaciones cuyo contenido representativo se disuelve en su contenido afectivo. La distinción misma entre contenido representativo y afectivo, viene a reconocer el gozo como dotado de un dinamismo distinto de la percepción”⁴²³ recuperando, de esta forma, el valor de las sensaciones y las emociones de los pacientes en los planes de cuidados y en sus tratamientos, que deberían quedar integrados desde una perspectiva que los englobe necesariamente.

Pero, esta mirada bioética, esta sensibilidad bioética que propongo, también debe ser complementada con los necesarios avances tecnocientíficos que pueden y deben estar basados en la actualización constante de los conocimientos y nuevas técnicas que se van desarrollando continuamente en el mundo sanitario, como ya expuse. En este sentido las ciencias sanitarias deberían basarse en la evidencia, siendo importante resaltar que “*evidence-based medicine can be seen as a combination of three skills by which practitioners become aware of, critically analyze, and then apply the best available evidence from the medical research literature for the care of individual patients*”⁴²⁴, que aboga por aplicar finalmente esos conocimientos actualizados de forma individual en cada paciente. Pero hay que considerar precisamente estas tres habilidades, “*the first of these is Information Mastery (IM), the skill of searching the medical literature in the most efficient manner to find the best available evidence (...) The majority of the chapters in this book will focus on the skill of Critical Appraisal (CA) of the literature. This set of skills will help you to develop critical thinking about the content of the medical literature. Finally, the results of the information found and critically appraised must be applied to patient care in the process of Knowledge Translation (KT) (...) The application of research results is a blend of the available evidence, the patient’s*

⁴²¹ *Ibidem*, p. 86.

⁴²² LEVINAS, E., *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, Salamanca, Sígueme, 1977, p. 201.

⁴²³ *Ibidem*, pp. 86-87.

⁴²⁴ La medicina basada en la evidencia puede ser vista como una combinación de tres habilidades que los facultativos deberían ser conscientes, un análisis crítico, y la aplicación de la mejor evidencia disponible de las investigaciones de la literatura médica para el cuidado individual de los pacientes. MAYER, D., *Essential Evidence-Based Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010, p.10 (traducción propia).

preferences, the clinical situation, and the practitioner's clinical experience"⁴²⁵, de manera que se pueden definir cuatro elementos determinantes en los que se fundamentan las ciencias de la salud basadas en la evidencia "*best available evidence, clinical situation, patient values and preferences, all bound together by clinical experience*"⁴²⁶. Considero significativo resaltar que en esta metodología de las ciencias sanitarias basadas en la evidencia, que trata de buscar la mejor evidencia científica para aplicarla a los pacientes, se reconozca de forma explícita la necesidad de que es preciso ponderar las preferencias y valores de los pacientes. Sin embargo, en la realidad muestra continuamente que esta preocupación es, en la mayoría de las ocasiones de la asistencia sanitaria diaria, una simple capa de pintura que no es capaz de disimular que la búsqueda precisamente de este tipo de metodología es la de una objetividad, donde la subjetividad del propio sujeto es muy relativa, quedando relegada a un segundo plano, que finalmente sólo se intenta alcanzar si primero hemos logrado la supuesta objetividad. Por ello, en cierta manera, podemos afirmar que seguimos teniendo problemas los profesionales sanitarios con reconocer de una forma adecuada la autonomía de los pacientes, ya que en muchas ocasiones, dentro de la objetividad que ansiamos, identificamos la autonomía del paciente con la simple firma de un consentimiento informado por escrito⁴²⁷.

Concluyo ahora esta segunda hipótesis de la tesis con un breve resumen de lo expuesto en ella, al igual que hice en la primera hipótesis y realizaré en la tercera, como comenté. Quiero afirmar vehementemente que es necesario, yo diría que urgente, la necesidad de desarrollar por parte de los profesionales sanitarios de una cierta sensibilidad hacia los pacientes buscando una empatía real con ellos y, en este sentido, esta nueva manera de ponernos en el lugar del paciente es la que he querido denominar como mirada bioética. He utilizado esta denominación porque me parece que muchas cuestiones que son precisas estudiar ahora al respecto, muestran una relación directa también con el nacimiento y desarrollo de la mirada clínica, como ya mostré, y que tan acertadamente Foucault fue capaz de mostrarnos en su imprescindible libro para todos los profesionales sanitarios, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada clínica*. Pero, propongo ir un poco más allá de los necesarios planteamientos que expuse al hilo conductor del pensamiento de Foucault y, complementar sus propuestas con la filosofía sobre el otro expuesta magistralmente por Lévinas en *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, que mostraba la exigencia real de fundamentar la

⁴²⁵ La primera de ellas es el dominio de la información (DI), que es la habilidad de buscar en la literatura médica de la manera más eficiente posible para encontrar la mejor evidencia disponible (...) La mayoría de los capítulos de este libro están enfocados hacia la habilidad de evaluación crítica (EC) de la literatura. Este conjunto de habilidades te ayudan a desarrollar un pensamiento crítico sobre los contenidos de la literatura médica. Finalmente, los resultados de la información encontrada y evaluada críticamente deben ser aplicados a los cuidados de los pacientes en un proceso denominado como traslación del conocimiento (TC). *Ibidem*, p. 10 (traducción propia).

⁴²⁶ La mejor evidencia disponible, la situación clínica, los valores y preferencias de los pacientes, todo ello ligado por la experiencia clínica. *Ibidem*, p. 10 (traducción propia).

⁴²⁷ Sobre esta cuestión tan relevante del principio bioético de autonomía de los pacientes, volveré a exponer algunas reflexiones que considero importantes en las conclusiones de la tesis, y que claramente tienen que ver con los principios bioéticos de justicia y beneficencia, y sus implicaciones finales biopolíticas, que pueden ayudar finalmente a contestar la pregunta de esta tesis.

necesaria relación con los pacientes desde una mirada, una visión, una sensibilidad más profunda que fundamente la relación ética (y, bioética) que debemos establecer entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Sin embargo, esta tesis intenta preguntar si precisamente la bioética debe considerarse una disciplina filosófica o una práctica científica. Creo que esta segunda hipótesis de la tesis ya es capaz de mostrar la respuesta posible que planteo en la pregunta de esta tesis, expuesta en la síntesis final de esta hipótesis, ya que considero que es posible vislumbrar precisamente la argumentación expositiva que desarrollaré finalmente en las conclusiones de esta tesis. Porque, más allá de toda la imprescindible fundamentación filosófica de la mirada bioética que propongo, basada en las reflexiones de dos grandes filósofos como son Foucault y Lévinas (que no agotan otras valiosas aportaciones de diferentes planteamientos filosóficos posibles y necesarios, que ampliaré en las conclusiones de la tesis), considero preciso que esta mirada bioética también esté construida desde las necesarias ciencias de la salud basadas en la evidencia, que son capaces de mejorar continuamente y de forma actualizada la imprescindible asistencia sanitaria técnico-científica. Finalmente, parece que se pueden unir ambos planteamientos, ambos mundos conceptuales, tanto el de aprehender la bioética como una disciplina filosófica y el de comprender la bioética como una práctica científica, ya que ambas serán necesarias que estén integradas en la mirada bioética que propongo.

3.3. VIGILAR Y CUIDAR.

A continuación, entraré en la tercera y última hipótesis de la tesis que debe cerrar las reflexiones iniciadas en las dos anteriores para intentar contestar finalmente a la pregunta de esta tesis. Trataré ahora de hilvanar todas las reflexiones que se han desarrollado en esta tesis, tanto en la fundamentación como en las otras dos hipótesis anteriores, para cuestionar dos aspectos fundamentales para esta tesis, que son necesarias para resolver la pregunta inicial sobre si la bioética debería ser considerada como una disciplina filosófica o como una práctica científica. Por un lado, se trataría de reflexionar sobre el cuidar, ya que considero que tiene implicaciones relevantes en la bioética y la biopolítica; y, por otro lado, se trataría de cuestionarnos la vigilancia de los pacientes, que intentaré mostrar que tiene graves repercusiones en la biopolítica y en la bioética⁴²⁸.

Quizás una tesis no debiese nunca exponer las vivencias personales de su propio autor. Quizás sea y deba ser así: aséptica, neutra, científica y, sobre todo, académica. Pero, ¿qué ocurre cuando intentamos llevar hasta el extremo personal las reflexiones de una tesis? Quizás surgen epígrafes como el que voy a desarrollar ahora: tan personal como posiblemente transgresor, y ciertamente molesto si no consigo explicar adecuadamente el sentido de las reflexiones que voy a exponer a continuación. Quizás es posible que no tengan ningún valor en sí misma, más allá de la catarsis personal de su propio autor. Sin embargo, considero que esta tesis hubiese quedado incompleta si no la

⁴²⁸ El orden que he usado entre la bioética y la biopolítica no es una simple cuestión estética, sino que intentaré justificarlo precisamente en el desarrollo de esta tercera hipótesis de la tesis, cuando analice algunas cuestiones relevantes sobre el cuidar y sobre vigilar, ya que van a ser decisivas para poder contestar a la pregunta de esta tesis.

hubiese forzado finalmente hasta el posicionamiento extremo a la que voy a llevarla en esta tercera hipótesis de la tesis. Por consiguiente, el objetivo de este epígrafe será introducir las conclusiones de esta tesis, y su respuesta a la pregunta de ésta, desde un prisma ligeramente forzado y quizás ciertamente desenfocado que considero fundamental, ya que podría aportar, desde la reflexión personal planteada, una comprensión diferente de la misma práctica científica de los profesionales sanitario en su día a día.

En principio, puede parecer que conceptos como el cuidado y la vigilancia no están relacionados y, si preguntamos a los propios profesionales sanitarios, claramente afirmarían que no existe tal relación. Sin embargo, existe al menos un *locus* donde ambos conceptos están íntimamente relacionados. Este lugar común son las unidades de vigilancia intensiva (UVI) o unidades de cuidados intensivos (UCI) de los diferentes hospitales. Asimismo, existen diferentes unidades especializadas en pediatría y neonatología, de manera separada o conjunta, y así, podemos hablar de una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) o de una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), e incluso, de un servicio de medicina intensiva (SMI), pero todos coinciden en el mismo *locus*, ya que son la misma unidad hospitalaria. Entonces, ¿por qué tantos nombres diferentes para un mismo servicio o unidad hospitalaria? El lenguaje nunca es neutro sino que conforma y muestra el mundo, ya que “el lenguaje disfraza el pensamiento. Y de un modo tal, en efecto, que de la forma externa del ropaje no puede deducirse la forma del pensamiento disfrazado; porque la forma externa del ropaje está construida de cara a objetivos totalmente distintos que el de permitir reconocer la forma del cuerpo”⁴²⁹ y, por ello, esta denominación de unidad de vigilancia intensiva y sus correspondientes ropajes lingüísticos⁴³⁰, remiten a una concepción biopolítica concreta del ser humano, que analizaré a continuación en esta tercera hipótesis de la tesis.

De las hipótesis de la tesis, sin duda, está será la que trata de ser más crítica con el conocimiento actual sobre la bioética y la biopolítica y sus implicaciones reales en la práctica asistencial de los profesionales sanitarios. En cierta manera, parece necesario que ahora para avanzar en el desarrollo de la bioética sería importante romper esa *pax bioética* en la que quizás estábamos instalados, de tal manera que sería preciso cuestionarse ese consenso minimalista que se había convertido en un *statu quo* tácito, ya que “la bioética ha tenido y tiene ideología, aunque no siempre sea explícita. Su enfoque liberal pragmático está siendo ahora cuestionado, ante la presión de los

⁴²⁹ WITTGENSTEIN, L., *Tractatus Logico-Philosophicus*, Madrid, Alianza Universidad, 1997, p. 49

⁴³⁰ En estas unidades los pacientes están ubicados en un box, en vez de una habitación, y reunidos por módulos, en vez de salas o departamentos. Al igual que un coche de fórmula 1 entra en su box correspondiente para ser reparado y poder seguir en la carrera, aquí se entiende que el paciente entra en el box para ser también reparado de sus enfermedades y seguir en la carrera de la vida (con esta terminología tan mecanicista, aceptada tan acríticamente por los propios profesionales sanitarios, es posible colegir una concepción del ser humano como máquina o como cosa). Nuestras cárceles están organizadas por módulos carcelarios donde se ingresan a los pacientes, en una UVI, ingresamos al paciente para vigilarlos mientras los sometemos inmisericordemente a tratamientos y técnicas realmente agresivas e intensivas. Por ello, estos ropajes lingüísticos que utilizamos en una UVI tienen connotaciones significativas que entienden al hombre como una máquina que queda encerrado en una prisión hasta que los profesionales sanitarios que le “salvan” su vida deciden darle el alta a la planta de hospitalización, donde quizás también seguirán siendo vigilados.

procesos globales que son, al mismo tiempo, procesos locales. El modelo profesional integra con dificultad las demandas que llegan desde contextos y con lenguajes tan diferentes. La figura del experto o “bioético” ha estado asociada a trabajo sistemático, procedimientos apropiados, independencia, imparcialidad. A un modelo “científico”, no político. Sin embargo, los cambios externos y la dimensión internacional que ha cobrado la Bioética, hacen pensar que se impondrá la tendencia opuesta. El modelo de expertos tendrá que dejar paso a otro enfoque más participativo, más “republicano”; esto es, más abierto a la deliberación, sensible también a las tensiones que afectan a la esfera pública⁴³¹ y, en este sentido, la biopolítica puede ser un elemento desde el que comprender y vertebrar esta nueva realidad después de la ruptura de *la ideología del consenso* en la bioética. Asimismo, sería importante que este nuevo conocimiento bioético que es preciso construir ahora “estará más próximo a la perspectiva de los agentes, menos centrada en las cuestiones técnicas y, por lo tanto, dependerá más de la participación de los afectados. Todos los afectados, los profesionales de la salud, los responsables de las políticas públicas, los pacientes, los ciudadanos en general. En un modelo de estas características - republicano, cívico - las funciones a desempeñar por el experto o bioético se parecerán más a la actividad de mediar y de formar opinión - una actividad pedagógica- que a la de toma de decisiones. La actividad de las comités de ética adquirirá mayor diversidad, adoptando un modelo mixto en su estructura y composición”, donde se manifiesta la importancia de otros actores principales como serán los pacientes, centro ahora claramente de las necesarias reflexiones bioéticas-biopolíticas, y que esta hipótesis trata de visibilizar completamente y, por ello, parto del análisis de una unidad asistencial donde pueden llegar a parecer que se vuelven completamente invisibles y, por tanto, será preciso que volvamos a verlos mediante la mirada bioética que propuse en la hipótesis anterior de esta tesis, como los auténticos protagonistas de la nueva bioética que precisa construirse (intentando ser esta tesis una aportación más a la nueva construcción necesaria).

3.3.1. TESIS: LAS UCI COMO UPI. LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS COMO UNIDADES DE PACIENTES INVISIBLES.

La tesis que propongo como comienzo de esta tercera hipótesis de la tesis puede sorprender e impactar, pero intentaré mostrar que más allá de ese primer golpe conceptual trato de reflexionar seriamente, sin estridencias ni juegos de artificios, sobre las graves implicaciones biopolíticas que se han ido implantando en la asistencia sanitaria y que hemos asumidos los profesionales sanitarios de una forma acrítica, normalizando demasiadas situaciones que no parecen que soporten seriamente un análisis profundo de sus fundamentos reales como analizaré posteriormente.

Antes de comenzar a plantear en profundidad la tesis de esta tercera hipótesis de la tesis, considero preciso realizar una somera exposición sobre lo que es realmente una

⁴³¹ LOPEZ DE LA VIEJA, M. T., “Bioética. El final del consenso” en *Azafea*. Rev. filos. 10, 2008, p. 70.

unidad de cuidados intensivos (UCI)⁴³². Podría haber seleccionado alguna otra unidad hospitalaria donde se verán también reflejados las cuestiones que expondré en esta hipótesis, sin embargo, considero que una UCI es el paradigma práctico de todas las reflexiones teóricas que voy a intentar exponer a continuación, que no deja de ser un pequeño estado de excepción, como analizaré posteriormente, dentro de la asistencia sanitaria, en el que parecen que los pacientes se hubiese transmutado en seres casi invisibles.

Las UCI fueron desarrollándose como las conocemos actualmente desde la segunda mitad del siglo XX, aunque la idea original de agrupar a los pacientes más críticos en un área común dotada de los mejores recursos disponibles, para aprovecharlos de la forma más eficientemente posible, se desarrolla completamente en la Guerra de Crimea (1853-1856), siendo la persona que se encarga de implementarlos Florence Nightingale (que es considerada como la primera enfermera profesional, fundadora de la enfermería, que posteriormente desarrollará la ciencia enfermera y su enseñanza reglada). Otro hito significativo en el desarrollo de las UCI fueron las grandes epidemias de poliomielitis que se desarrollaron en el Norte de Europa y los Estados Unidos de Norteamérica, desde la segunda mitad el siglo XX, en las que para su tratamiento se desarrollan los primeros respiradores mecánicos a presión negativa en las vías aéreas, para tratar la insuficiencia respiratoria aguda de esta patología vírica que provocaba finalmente la parálisis respiratoria y la muerte en los casos más graves. Los otros dos elementos fundamentales para el desarrollo de las UCI, además de la ventilación mecánica, fueron la posibilidad de monitorizar las constantes vitales del paciente crítico y el desarrollo de diversos medicamentos que permiten sedar y relajar muscularmente al paciente, además de fármacos inotrópicos con efectos sobre el sistema cardiovascular del paciente (aumentando o disminuyendo la tensión arterial y/o la frecuencia cardíaca). De esta forma ya era posible sustituir, al menos parcialmente, las funciones respiratorias y cardiovasculares de los pacientes manteniendo su vida hasta que se pudieran recuperar de la patología que estaba causando su estado crítico (como era el caso de la poliomielitis con respecto a la insuficiencia respiratoria aguda que podía causarle su muerte y, de esta forma, se podía sustituir la respiración del paciente por una máquina, hasta que éste se recuperase de la infección vírica que le estaba causando la parálisis de la musculatura respiratoria y, con ello, la imposibilidad de respirar por sí mismo). A lo largo de los siguientes años se fueron perfeccionando tanto la ventilación mecánica (que pasó a trabajar con presiones positivas en las vías aéreas), como la monitorización de los pacientes (con el desarrollo, no sólo de monitores para medir las diferentes constantes vitales, sino de aparatos que podían intervenir en la hemodinámica del paciente, como eran los desfibriladores cardíacos y las consolas de la bomba de contrapulsación intraaórtica) y los nuevos fármacos (cada vez más potentes y selectivos -especialmente los antibióticos- y con menos efectos adversos sobre otros órganos y

⁴³² Utilizo esta denominación, UCI, en detrimento de unidad de vigilancia intensiva, UVI, ya que como expondré más detenidamente, los profesionales sanitarios que trabajamos en ellas no nos dedicamos a vigilar a los pacientes, sino a cuidarlos. Quizás la vigilancia debieran asumirla los profesionales que se dedican a ello expresamente: la policía. Mientras tanto, considero importante afirmar esta relevante diferencia entre una y otra que no es casual, sino todo lo contrario, causal también del tipo de asistencia sanitaria que finalmente suministramos a los pacientes los diferentes profesionales sanitarios que trabajamos allí, porque si vigilamos, ¿por qué no castigamos?

sistemas), de tal forma que entre los años 50 y 60 del pasado siglo aparecen ya las primeras UCI casi como las conocemos actualmente, fundándose la primera UCI en España en el año 1966 en Madrid en la Clínica de la Concepción-Fundación Jiménez Díaz⁴³³ y, posteriormente en el año 1969 en Barcelona la primera Unidad Coronaria en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Curiosamente, me gustaría destacar que coinciden casi en el tiempo el nacimiento de la bioética (1970) y el desarrollo final de las UCI, que han ido evolucionando de una forma exponencial en las siguientes décadas.

Tras esta sucinta introducción histórica, que sirve para ubicar en el tiempo el nacimiento de las UCI, es necesario identificar que éstas “constituyen el último escalón de un esquema progresivo de atención médica que intenta acompasar las necesidades de los pacientes a los esfuerzos y los medios disponibles”⁴³⁴, de tal forma que se asisten muchas “situaciones en que la vida se halla en peligro, inmediato, real o potencial - y que exige una acción concertada humana y técnica sólo posible en unidades asistenciales sofisticadas y pluriespecializadas, que requieren patrones de actividad de 24 horas sobre 24, 365 días al año -, la gama de posibilidades de asistencia es muy amplia. Y donde se alcanzan esos niveles de tecnología y personal, en las UCI, la clásica situación de relación sanitario-paciente adquiere unas características muy distintas de las habituales que definen la relación clínica convencional”⁴³⁵, que diferencia claramente estas unidades de los diversos servicios hospitalarios. El paciente crítico precisa de la actuación de un equipo multidisciplinar formado por diversos profesionales sanitarios de forma rápida y eficaz, e ingresa en una UCI debido a que desarrolla un cuadro agudo de asistencia sanitaria de una patología grave, con disfunción actual o potencial de uno de sus órganos o sistemas, o varios de ellos, que pueden poner en peligro la vida del paciente pero, para su ingreso en una UCI debe ser posible su recuperación (los pacientes que tienen una enfermedad considerada como terminal, como puede ser un paciente oncológico en un estadio avanzado de su cáncer, precisaría de una unidad de cuidados paliativos y no realmente de una unidad de cuidados intensivos) Por todo ello, “the development of intensive care units made the care for more seriously sick patients possible. It allowed utilizing more technically oriented tools to monitor and get information instantly about any changes of the patient’s physiological parameters and developed new strategies to save life. On the other hand it raised ethical and professional issues related to some patients who had untreatable medical conditions or those who sustained unsalvageable damage to their

⁴³³ Curiosamente el propio Dr. Carlos Jiménez Díaz fue el primer paciente de su propia UCI, ya que tras un accidente de tráfico el 4 de enero de 1965, en el que resultó herido de cierta gravedad, precisó la asistencia de un equipo multidisciplinar formado por médicos anestesistas, traumatólogos, neumólogos, cardiólogos, neurólogos, hematólogos e internistas que consiguieron recuperarlo. Posteriormente el día 13 de enero de 1966 se crea la primera UVI, como la denominó su creador, que consideraba que su función principal era más vigilar que tratar.

⁴³⁴ ABIZANDA CAMPOS, R., BALLESTER ARNAL, R, y GIL LLARIO, M. D., *Comunicación médico-paciente en la UCI*, Barcelona, EdikaMed, 2009, p. 3.

⁴³⁵ *Ibidem*, p. 3.

vital organs”⁴³⁶ que define lo que es una UCI. Pero, todos estos grandes avances tecno-científicos que podemos encontrar en una UCI, aplicados hasta los propios límites de la vida y la muerte, acarrearán finalmente “*modern ethical issues raised by development of extending biological life technology like the issues of brain death, the vegetative states and the issue of cesasing resuscitation and further management of terminal illnesses on the light of patient autonomy and right to live*”⁴³⁷ y, por ello las cuestiones bioéticas, y biopolíticas como mostraré en esta hipótesis de esta tesis, son inherentes al mismo avance en estas unidades.

Tras el excurso histórico previo y una vez definida brevemente una UCI y expuestos someramente algunas consideraciones bioéticas inherentes al desarrollo de estas mismas unidades tan especializadas (que no especiales). Es hora de abordar las cuestiones biopolíticas importantes que están latentes tras estas cuestiones bioéticas. Una de ellas es el propio principio de autonomía del paciente, nombrado anteriormente, ya que en la mayoría de las ocasiones el paciente en cuidados intensivos precisará de una cierta sedación, suave o profunda, para recuperarse de su cuadro fisiológico agudo y que le incapacita para poder tomar sus propias decisiones. En estos casos tan especiales, ¿quién será la persona que tome nuestras decisiones en materia de salud?, ¿quién decide nuestros tratamientos, quizás fútiles en ocasiones?, o como el profesor Ángel Puyol acertadamente afirma ¿quién es el guardián de nuestra propia salud?⁴³⁸, ya que de las decisiones que se toman sobre la salud de los pacientes en estas unidades se trasluce perfectamente tanto la responsabilidad individual como la social (que claramente será biopolítica). Lo primero que hay que considerar es que existe una Ley⁴³⁹ que regula y obliga a los profesionales sanitarios a respetar la autonomía del pacientes (ya no es sólo un deseo o una opinión ciertamente justificable por parte de los pacientes, sino que los

⁴³⁶ El desarrollo de las unidades de cuidados intensivos hacen posible el cuidado de los pacientes que están más seriamente enfermos. Ello es posible mediante las herramientas tecnológicas más avanzadas de monitorización que permiten informarnos instantáneamente de cualquier cambio de los parámetros fisiológicos y el desarrollo de nuevas estrategias para salvar la vida. Pero, por otro lado, conlleva cuestiones éticas y profesionales en relación a algunos pacientes que no tienen tratamiento médico posible o que mantienen un daño irrecuperable de sus órganos vitales. TAKROURI, M. S. M., “Intensive Care Unit”, en *The Internet Journal of Health*, 2004, Vol. 3, Nº 2. DOI: 10.5580/1c97 (traducción propia).

⁴³⁷ “Modernas cuestiones éticas causadas por el desarrollo de alargar la vida biológica mediante la tecnología, como la muerte encefálica, los estados vegetativos y la cuestión de parar una RCP (resucitación cardiopulmonar) y adelantar el desenlace de una enfermedad terminal considerando la autonomía del paciente y su derecho a la vida. *Ibidem* (traducción propia).

⁴³⁸ PUYOL, A., “¿Quién es el guardián de nuestra propia salud? Responsabilidad individual y social por la salud”, en *Rev. Esp. Salud Pública*, 2014; 88: 569-580, p. 569.

⁴³⁹ 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, que ha sufrido dos importantes modificaciones en el año 2015 (especialmente en su noveno artículo, sobre los límites del consentimiento informado y consentimiento por representación) mediante la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, y mediante la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo (que vuelve a subir el límite de edad para poder decidir autónomamente a una menor sin informar a sus padres sobre la interrupción voluntaria del embarazo -IVE- a partir de los 18 años).

profesiones sanitarios debemos cumplirla como cualquier otra ley de un Estado de Derecho). Sin embargo, la Ley no agota y soluciona todos los posibles problemas bioéticos-biopolíticos que se van desarrollando en las UCI conforme éstas van avanzando, sino que aunque sirvan para guiarnos en muchas decisiones difíciles, existen numerosos problemas bioéticos que finalmente son consultados con el Comité de Ética Asistencial correspondiente ante la compleja dificultad que presentan. Muchos de los conflictos sociales en relación con su actual estado de salud, planteados en estas unidades, tendrán que ver precisamente con el estilo de vida de los pacientes (por ejemplo, enfermos fumadores que han desarrollado una enfermedad obstructiva crónica - EPOC - que precisan ingresos continuados en una UCI para tratar sus crisis agudas de insuficiencia respiratoria por su patología respiratoria crónica y que tras el alta, siguen con su hábito tabáquico que volverá a provocar su ingreso en la UCI finalmente), que puede llevar a cuestionar la justicia de la asistencia sanitaria también en una UCI de forma casi constante (pueden que precisen estar ingresado en una UCI más de la mitad del año, si sumamos los ingresos frecuentemente repetidos), ya que “uno de los debates más prolíficos de la ética contemporánea tiene que ver con la relación entre la justicia y la responsabilidad”⁴⁴⁰, de tal forma que claramente podemos afirmar que “la autorresponsabilidad tiene un papel en la política sanitaria porque contribuye a mejorar el cuidado que las personas se deben a sí mismas. Pero utilizar el argumento de la autorresponsabilidad para recortar las prestaciones públicas de salud o para priorizar a la baja a los enfermos en el acceso sanitario es falaz”⁴⁴¹ y, sin embargo, muchos profesionales sanitarios son capaces de emitir juicios de valor despectivos hacia lo que ellos consideran estilos de vida no saludables (que son capaces de identificar claramente en los pacientes y, sin embargo, ellos mismos, en muchas ocasiones también los desarrollan, pero sorprendentemente sufren un ataque agudo de amnesia momentánea). Sobre estas cuestiones biopolíticas que se vislumbran entre la responsabilidad social e individual sobre nuestra salud, volveré a insistir en las conclusiones de la tesis debido a su vital importancia.

Antes de entrar en el estado de excepción en el que se han convertido las UCI (donde los pacientes parece que hubiesen desaparecido, sólo conservan su cuerpo y se han transmutado en casi sujetos invisibles, medio transparentes, a través de los cuales sería posible observar los diferentes catéteres y sensores que realizan su trabajo sincronizado), considero preciso analizar someramente los conceptos del cuidado y de la vigilancia en estas unidades, como ya comenté. Para comenzar con el primero, he de traer el hilo argumental que expuse en la ética del cuidado en la parte de fundamentación de esta tesis en su vía complementaria, que quisiera completar ahora con otras reflexiones necesarias en este apartado. Allí ya expuse cómo “el desencadenante de la reflexión sobre la ética del cuidado es la obra de C. Guillign, *In a different voice* (1982). Con este libro origina una fuerte discusión referente a dos aproximaciones aparentemente contrapuestas: la que prima el ideal de justicia y los derechos (los modelos de fundamentación basados en la universalidad y el respeto) frente a la que defiende la atención al contexto y el cuidados”⁴⁴², que valoro que se

⁴⁴⁰ PUYOL, A., Op. Cit., p. 573.

⁴⁴¹ *Ibidem*, p. 578.

⁴⁴² FEITO GRANDE, L., *Ética y enfermería*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2009, pp. 145-146.

pueden identificar con las dos grandes líneas argumentativas dentro de la misma bioética ya que, por un lado, la primera aproximación hace referencia a guiarnos desde los planteamientos más cercanos al principialismo mediante máximas, reglas o principios, mas o menos universales, mientras que, por otro lado, la segunda aproximación estaría más cerca de la casuística, al valorar los contextos, circunstancias, etc. Sin embargo, lo que considero más relevante es que identifica esta segunda aproximación con el cuidado, que siempre tiene una orientación más localizada en un contexto concreto, más cercana y humana. Pero, esta ética del cuidado ha sido capaz de generar un debate que “ensalza con la crítica existente respecto a la presunta “masculinidad” de los modelos de justicia, lo cual hace que estas dos aproximaciones vengan a representar los distintos enfoques éticos de hombres y mujeres. Y tendrá fuertes repercusiones en la reflexión sobre la enferma, que, en la obra de algunas autoras, se colocará rápidamente en el lado de la ética del cuidado, considerando que aquí reside la clave que estaba buscando para lograr su nueva identidad”⁴⁴³ y, de esta forma, la ética del cuidado se convierte en el pilar fundamental que dota de sentido a una de las profesiones sanitarias: la enfermería. Sin embargo, como ya expuse, la ética del cuidado no es propiedad de ninguna profesión sanitaria en exclusividad, sino que debería estar en la base de todas ellas, aunque exista una profesión sanitaria concreta, la enfermería, a la que dota de sentido plenamente y la vértebra.

Tras todo lo expuesto anteriormente, se podría llegar a pensar que la reflexión sobre la importancia de cuidar es novedosa, pero “la filosofía ha analizado esta cuestión desde su relevancia antropológica, y también la ética se ha preocupado por las actitudes del cuidado, solidaridad y benevolencia destacando su profundo significado moral. Son muchas las tradiciones y propuestas de la historia de la filosofía que podrían mencionarse al respecto”⁴⁴⁴, que deberíamos ser capaces de poder seguir en la misma tradición filosófica del cuidado a lo largo de la historia de la filosofía. Como ejemplo de todo ello, quise en esta tesis, seleccionar un filósofo concreto, Lévinas, que ya expuse en la fundamentación de la tesis en la vía complementaria, porque considero que es capaz de abrirnos los ojos y la mirada hacia el otro y, de esta forma también era capaz de justificar la propuesta de la segunda hipótesis de la tesis sobre la necesaria mirada bioética que los profesionales sanitarios deberíamos desarrollar. Pero la filosofía propuesta por Lévinas va mucho más allá sólo de ese reconocimiento ético del otro y del concepto de responsabilidad que finalmente asumimos con él conformándonos, que tan importante es para las profesiones sanitarias, sino que también es capaz de mostrarnos la pasión técnica del ser humano (tan evidente en una unidad tan tecnificada como es una unidad de cuidados intensivos) y su relación con la “filosofía del poder, la ontología como filosofía primera que no cuestiona el Mismo, es una filosofía de la injusticia”⁴⁴⁵, que sirve para hacernos reflexionar sobre que la “tiranía no es la extensión pura y simple de la técnica en los hombres cosificados. Se remonta a los “estados de ánimos” paganos, al arraigamiento al suelo, a la adoración que hombres esclavizados pueden profesar a sus señores. El *ser* antes que el *ente*, la ontología antes que la metafísica, es la libertad (aunque de la teoría) antes que la justicia. Es un movimiento en

⁴⁴³ *Ibidem*, p. 146.

⁴⁴⁴ *Ibidem*, p. 145.

⁴⁴⁵ LEVINAS, E., *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, Salamanca, Sígueme, 1997, p. 70.

el Mismo antes que la obligación frente al Otro⁴⁴⁶ y, de esta forma, se aprecia que el pensamiento de Lévinas se extiende no sólo al cuidado, como ya expuse, sino que también es posible encontrar este concepto tan importante, para la tesis y para esta hipótesis, de la relación que existe entre la técnica y la cosificación de los seres humanos, relación que queda explícita precisamente en una unidad de cuidados intensivos.

Tras esta breve introducción sobre el cuidado, ahora considero preciso realizar ciertas consideraciones sobre la vigilancia y, especialmente centrándome en el ámbito hospitalario en referencia a las mismas unidades de cuidados intensivos. Michel Foucault fue capaz de mostrarnos en diferentes momentos de su extensa obra cómo los profesionales sanitarios hemos normalizados ciertas prácticas asistenciales, que quizás deberíamos volver a replantearnos, ya que muchas de ellas nacen del desarrollo de la biopolítica con la modernidad especialmente y han continuado hasta que la propia bioética surge para frenar precisamente ciertas prácticas disciplinarias deleznable, que aún hoy es posible identificar (como puede ser la sujeción mecánica de los pacientes por diferentes mecanismos -como atarlo a una cama con sujeciones específicas- que recibe eufemísticamente el nombre de medidas de contención o restricción de movilidad, que se continúan realizándose a diario en las unidades de cuidados intensivos). He seleccionado una obra de referencia que puede ayudar al análisis del enunciado de esta tercera hipótesis de la tesis, que es *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión* de Michel Foucault, donde analiza cuestiones sumamente relevantes que tienen una clara relación con las mismas unidades de cuidados intensivos como es el panoptismo. El pensador francés, en el capítulo séptimo del citado libro, donde analiza la estructura panóptica y su importancia para una vigilancia más eficiente, comienza analizando las epidemias de peste en las ciudades y su control y vigilancia necesaria para que no se expandieran, asimismo la enfermedad de la lepra y cómo el leproso “que está prendido de una práctica de rechazo, del exilio-clausura; se le deja perderse allí como en una masa que importa poco diferenciar; los apestados están prendidos en un reticulado táctico meticuloso en el que las diferenciaciones individuales son los efectos coactivos de un poder que se multiplica, se articula y se subdivide. El gran encierro por una parte; el buen encauzamiento de la conducta por otra. La lepra y su división; la peste y su reticulado. Una está marcada; la otra analizada y repartida”⁴⁴⁷, al igual que dentro de las mismas unidades de cuidados intensivos podemos ver aislados⁴⁴⁸ a los pacientes que

⁴⁴⁶ *Ibidem*, pp. 70-71 (las comillas y cursivas son del autor).

⁴⁴⁷ FOUCAULT, M., *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2012, p. 230.

⁴⁴⁸ Es un aislamiento dentro del mismo aislamiento que supone por sí mismo una unidad de cuidados intensivos (píscico y físico), donde los pacientes quedan aislados del mundo y especialmente de sus seres queridos en sus habitaciones. En la mayoría de las unidades de cuidados intensivos el horario de visitas es muy limitado, apenas un par de horas diarias, aplicándosele por igual a todos los pacientes independientemente de sus respectivas patologías (algunos estarán por ello completamente conscientes -como puede ser un paciente con alguna patología cardíaca- y otros en coma -como puede ser un paciente que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico grave). Los pacientes que precisan algún tipo de aislamiento especial, como puede ser un “aislamiento de contacto” habitualmente por algún microorganismo multirresistente a la antibioterapia, quedarán, al igual que el leproso, exiliados y clausurados en su pequeña habitación, rodeados de máquinas que le hacen compañía con el lenguaje de sus alarmas.

pueden transmitir alguna enfermedad infectocontagiosa grave, como puede una tuberculosis pulmonar activa. Detrás de estos mecanismos dualistas de la exclusión en las mismas unidades de cuidados intensivos, es posible apreciar continuamente “la división constante de lo normal y de lo anormal, a la que todo individuo está sometido, prolonga hasta nosotros y aplicándolos a objetos distintos la marcación binaria y el exilio del leproso; la existencia de todo un conjunto de técnicas y de instituciones que se atribuyen como tarea medir, controlar y corregir a los anormales, pone en funcionamiento los dispositivos disciplinarios a lo que apelaba el miedo de la peste”⁴⁴⁹, que en nuestro caso podríamos intercambiarla actualmente por el pánico a los nuevos virus como el influenzavirus AH1N1 (causante de la gripe A o gripe porcina) y ébolavirus (causante de la enfermedad del Ébola). Pero, lo más importante serán estas técnicas agresivas e invasivas que son necesarias para poder curar y cuidar a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos y, sin las cuales la mortalidad de los pacientes sería todavía mayor del 30%⁴⁵⁰, donde sería preciso especificar “de tal forma que los pacientes médicos no coronarios presentan mayor mortalidad, pero son los quirúrgicos urgentes los que precisan mayor uso de recursos por pacientes”⁴⁵¹, que son capaces de poner de manifiesto “todos los mecanismos de poder que, todavía en la actualidad se disponen en torno de lo anormal, tanto para marcarlo como para modificarlo”⁴⁵², que en nuestro caso de los cuidados intensivos sería para aislarlo (todavía más en ese doble aislamiento que en ocasiones sometemos a los pacientes) y para curarlos. Sin duda, fines loables, pero quizás tendríamos que considerar los medios que empleamos para ello.

Avanzado en el libro de Foucault, en el capítulo indicado sobre el panoptismo puede encontrarse especificado claramente el diseño arquitectónico que solemos tener en las unidades de cuidados intensivos. Habitualmente “*the traditional design of critical care units has been influenced by reliance on a single paper medical record, central monitors, and regulations promoting a single, centrally located workstation form which*

⁴⁴⁹ FOUCAULT, M., Op. Cit., p. 231.

⁴⁵⁰ La mortalidad es una unidad de cuidados intensivos ronda de media el 30%, aunque depende mucho de las diferentes patologías de ingreso, siendo las que tienen mayor mortalidad los pacientes politraumatizados y los pacientes con shock séptico que pueden llegar a superar el 50%, que si lo correlacionamos con la escala que usamos habitualmente en cuidados intensivos para medir la gravedad del paciente, APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), aquellos con una puntuación superior a 30 puntos tienen una mortalidad cercana también al 50%. Ver HORTIGÜELA-MARTÍN, V. A., SANCHEZ-CASADO, M., RODRIGUEZ-VILLAR, S., QUINTANA-DIAZ, M., MARCO-SCHULKE, C., GOMEZ-TELLO, V., CABEZAS MARTIN, H., ARRESE-COSCULLUELA, M. A., “Mortalidad tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos y factores pronósticos relacionados en una cohorte de pacientes críticos con disfunción multiorgánica” en *Med. Clin. (Barc)*, 2013, 140(11); p. 479.

⁴⁵¹ MAS, N., OLAECHEA, P., PALOMAR, M., ALVAREZ-LERMA, F., RIVAS, R., NUVIALS, X., GIMENO, R., CATALÁN M., GRACIA M. P., SEIJAS, I., “Análisis comparativo de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos españolas por causa médica y quirúrgica”, en *Med. Intensiva*, Vol. 39, Nº 5, 2015, p. 279.

⁴⁵² FOUCAULT, M., Op. Cit., p. 231.

*all beds within the unit can be observed*⁴⁵³, que no deja de ser una estructura panóptica de vigilancia, que en palabras del mismo Foucault nos habla “que el Panóptico de Bentham es la figura arquitectónica de esta composición. Su principio es conocido: en la periferia, una construcción en forma de anillo; en el centro, una torre con anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo. La construcción periférica está dividida en celdas, cada una de las cuales atraviesa todo el ancho de la construcción”⁴⁵⁴, que en nuestro caso de una unidad de cuidados intensivos, suelen estar construidas en forma circular, semicircular, en “U” o el “L”, y en la línea de la periferia encontramos las camas de los pacientes (los boxes) identificadas con una numeración y orden determinado (que corresponde también a un orden determinando en el monitor central del módulo, de tal forma que existe una correlación en la forma de ordenar los pacientes en el monitor central y su ubicación física en el módulo). Asimismo, en esta estructura panóptica podemos encontrar que se caracteriza porque “tienen dos ventanas, una hacia el interior, correspondiente a las ventanas de la torre, y otra hacia el exterior, que permite que la luz atravesase la celda de lado a lado. Basta entonces con situar un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda a un loco, un enfermo, un condenado, un obrero o un escolar”⁴⁵⁵, que en nuestro caso serán los enfermos críticos y “por el efecto de contraluz, se pueden percibir desde la torre, recortándose perfectamente sobre la luz, las pequeñas siluetas cautivas en las celdas de la periferia. Tantos pequeños teatros como celdas, en los que cada actor está solo, perfectamente individualizado y constantemente visible. El dispositivo panóptico dispone de unidades espaciales que permiten ver sin cesar y reconocer inmediatamente”⁴⁵⁶, que recuerda claramente a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos, siempre visibles, cautivos (en ocasiones atados a las camas, *por su propia seguridad*) y desnudos para que se pueda intervenir rápidamente sobre ellos, de tal forma que “en suma, se invierte el principio del calabozo; o, más bien, de sus tres funciones -encerrar, privar de luz y ocultar-; no se conserva más que la primera y se suprimen las otras dos. La luz plena y la mirada de un vigilante captan mejor que la sombra, que en último término protegía. La visibilidad es una trampa”⁴⁵⁷, que hemos sabido ajustar *científicamente* para poder observar mejor, de una forma más técnica, la evolución del paciente crítico.

Considero necesarias estas reflexiones previas sobre el cuidado y la vigilancia de los pacientes críticos en las unidades de cuidados intensivos que he expuesto en los párrafos anteriores. Sin embargo, las ideas que considero más relevantes para justificar esta tercera hipótesis de la tesis y sus reflexiones, sobre cómo hemos convertidos a los pacientes de las unidades de cuidados intensivos en paciente invisibles, son las que

⁴⁵³ El diseño tradicional de las unidades de cuidados intensivos ha estado influenciado por la dependencia del rol del registro médico individual, la monitorización central, y con arreglo a promover un único, centralizado puesto de trabajo desde el que sea posible observar todas las camas” THOMPSON, D. R. (Co-Chair), HAMILTON, D. K (Co-Chair), et. al., “Guidelines for intensive care unit design”, en *Crit. Care Med.*, Vol. 40, Nº 5, 2012, p. 1588 (traducción propia).

⁴⁵⁴ FOUCAULT, M., Op. Cit., p. 232.

⁴⁵⁵ *Ibidem*, p. 232.

⁴⁵⁶ *Ibidem*, p. 232.

⁴⁵⁷ *Ibidem*, p. 232.

Giorgio Agamben realiza en su trilogía sobre el *Homo Sacer*. No voy a tratar en esta tercera hipótesis de la tesis de realizar un análisis y resumen exhaustivo de los tres libros, que no es el objetivo de esta hipótesis ni de la tesis, sino que preciso extraer de estos tres magníficos volúmenes algunos conceptos fundamentales que me ayuden a contestar la pregunta de la tesis. Por ello, me voy a centrar en una serie de ideas principales en los tres libros que finalmente me permitan no sólo reflexionar sobre esta tercera hipótesis de la tesis sino también, y es lo realmente importante, poder contestar a la pregunta de esta tesis sobre la bioética.

Tres son las ideas principales, que quizás no las más importantes, que he seleccionado en estos textos de Agamben, que me servirán como hilos argumentales para hilvanar esta tesis que propongo en esta tercera hipótesis de ésta. Estos tres conceptos son: *Homo sacer*, el estado de excepción y el musulmán. A continuación, analizaré cada uno de ellos centrándome en sus valiosas aportaciones a esta tercera hipótesis.

Voy a comenzar con el concepto de *Homo sacer*, que considero fundamental para toda la tesis y para poder contestar finalmente la pregunta de ésta. Para llegar a él quizás deberíamos intentar contestar primero la relevante pregunta que encontramos al principio del primer libro de Agamben, *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*, “¿es legítimo o incluso simplemente posible mantener la separación entre tecnologías subjetivas y técnicas políticas?”⁴⁵⁸, que introduce la relevante cuestión para esta hipótesis sobre la importancia de la biopolítica precisamente en la asistencia sanitaria en una unidad tan tecnificada como resulta ser una unidad de cuidados intensivos, que considero que son técnicas claramente biopolíticas, que “se refiere precisamente a ese punto oculto en que confluyen el modelo jurídico-institucional y el modelo biopolítico del poder”⁴⁵⁹, que se manifiesta de forma directa en la *nuda vida*, cuando se produce “el ingreso de la zoé en la esfera de la polis, la politización de la nuda vida como tal, constituye el acontecimiento decisivo de la modernidad, que marca una transformación radical de las categorías político-filosóficas del pensamiento clásico”⁴⁶⁰, que tan decisivo considero para esta tesis, por las graves implicaciones biopolíticas que tiene sobre la bioética. Previamente al comienzo del libro, Agamben realiza una distinción, que ya expuse, entre βίος y Ζωή, de tal forma que aunque tengan un étimo común, la primera hace referencia a “la forma o la manera de vivir de un individuo o grupo”⁴⁶¹ y, la segunda que “expresaba el simple hecho de vivir, común a todos los seres vivos (animales, hombres o dioses)”⁴⁶², de tal forma que en una unidad de cuidados intensivos estamos más cercanos a la Ζωή que a propia βίος, como posteriormente analizaré. Pero también me interesa enormemente una definición más exacta sobre lo que estoy tratando de pergeñar mediante el concepto de *nuda vida* ya que ahora “la pareja categorial fundamental de la política occidental no es la de amigo-enemigo, sino la de nuda vida-existencia política, *zoé-bíos*, exclusión-inclusión. Hay política porque el hombre es el ser vivo que, en el lenguaje, separa la propia nuda vida y la opone a sí

⁴⁵⁸ AGAMBEN, G., *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*, Valencia, Pre-Textos, 1998, p. 15.

⁴⁵⁹ *Ibidem*, p. 15.

⁴⁶⁰ *Ibidem*, p. 13.

⁴⁶¹ *Ibidem*, p. 9.

⁴⁶² *Ibidem*, p. 9.

mismo, y, al mismo tiempo, se mantiene en relación con ella en una exclusión inclusiva⁴⁶³ que sirve para introducir el término *sacer*, que tanto me interesa en la justificación de esta tesis, ya que el paciente en una unidad de cuidados intensivos se convierte claramente en *homo sacer* con todas las implicaciones biopolíticas que conlleva, como mostraré. Finalmente, para terminar de delimitar el concepto de *homo sacer*, Agamben especifica claramente que “el protagonismo de este libro es la nuda vida, es decir la vida *a quien cualquiera puede dar muerte que es a la vez insacrificable del homo sacer*, cuya función esencial en la política moderna hemos pretendido reivindicar⁴⁶⁴ y, sin duda, esta tesis pretende seguir reflexionando sobre estos conceptos tan interesantes y decisivos en la construcción de la misma bioética, como expondré en las conclusiones de la tesis.

Tras este breve bosquejo del primer concepto de *homo sacer* que acabo de exponer, voy a centrarme en el segundo que comenté: el estado de excepción, en el que quizás las unidades de cuidados intensivos se hayan convertido. Tras unas interesantes reflexiones previas sobre la paradoja de la soberanía, Agamben explica antes de entrar a exponer el estado de excepción, que “la excepción es una especie de exclusión. Es un caso individual que es excluido de la norma general. Pero lo que caracteriza propiamente a la excepción es que lo excluido no queda por ello absolutamente privado de conexión con la norma; por el contrario, se mantiene en relación con ella en la forma de suspensión⁴⁶⁵, como muchos derechos de los pacientes que quedan suspendidos al entrar en una unidad de cuidados intensivos (entre ellos, el más importante, su derecho de autonomía), pero no excluidos completamente (como serían las visitas de sus allegados, que se *normalizan* a algunas horas diarias) y, por ello “*la norma se aplica a la excepción desaplicándose, retirándose de ella*. El estado de excepción no es, pues, el caos que procede al orden, sino la situación que resulta de la suspensión de éste. En este sentido la excepción es, verdaderamente, según su etimología, sacada fuera (*ex-cape-re*) y no simplemente excluida⁴⁶⁶, como podría parecer en un rápido análisis del concepto. Avanzado en su libro, Agamben define el estado de excepción como la “estructura política fundamental, ocupa cada vez más el primer plano en nuestro tiempo y tiende, en último término, a convertirse en regla⁴⁶⁷, en cierta forma a normalizarse desafortunadamente y, lo que es más sorprendente, y a la vez interesante para esta tesis, “cuando nuestro tiempo ha tratado de dar una localización visible permanente a eso ilocalizable, el resultado ha sido el campo de concentración. No la cárcel sino el campo de concentración es, en rigor, el espacio que corresponde a esta estructura originaria del *nomos*”⁴⁶⁸, poniendo esta afirmación en la tesitura de preguntarme si las unidades de cuidados intensivos pudieran ser una especie de campos de concentración modernos disimulados por la tecnología que las rodea. A la contestación a esta pregunta tengo

⁴⁶³ *Ibidem*, p. 18.

⁴⁶⁴ *Ibidem*, p. 18 (las cursivas son del autor).

⁴⁶⁵ *Ibidem*, p. 30.

⁴⁶⁶ *Ibidem*, p. 30 (las cursivas son del autor).

⁴⁶⁷ *Ibidem*, pp. 32-33.

⁴⁶⁸ *Ibidem*, p. 33.

que afirmar vehementemente que no, pero sí quizás deberíamos colegir que las unidades de cuidados intensivos encajan perfectamente en la definición de estado de excepción que el mismo Agamben define. Si se sigue avanzado con Agamben en las interesantes reflexiones de su citado libro, sobre la violencia soberana y la jurídica y su relación con el Estado moderno, relacionándolo con la *nuda* vida y el *homo sacer*; en su tesis sobre cómo “la relación político-jurídica originaria es el bando, no es sólo una tesis sobre la estructura formal de la soberanía, sino que tiene un carácter sustancial, porque aquello que el bando mantiene unidos son precisamente la nuda vida y el poder soberano”⁴⁶⁹, considero que es posible deducir que al situarse en la modernidad la vida como eje central de la política de los Estados, todos los ciudadanos de éstos, incluidos los pacientes de las unidades de cuidados intensivos nos hemos convertido en *homines sacri*, debido precisamente a que la relación de bando, antes comentada, es la que constituyó desde su origen la estructura que es propia del poder soberano, siendo el elemento político originario la vida sagrada. Agamben, dedica por entero su segundo libro de la trilogía *Homo sacer* al estado de excepción, analizando cuestiones sumamente interesantes que escapan al sucinto análisis de su excepcional trilogía que estoy realizando para la hipótesis de esta tesis, donde define nuevamente el estado de excepción cómo “esta tierra de nadie entre el derecho público y el hecho político, y entre el orden jurídico y la vida”⁴⁷⁰, que vuelve a poner de manifiesto que “del estado de excepción efectivo en que vivimos no es posible tornar al Estado de derecho, porque los conceptos mismos de “Estado” y de “derecho” están ahora en entredicho. Pero si es posible detener la máquina, y poner de manifiesto su ficción central, es porque entre violencia y derecho, entre la vida y la norma, no hay ninguna articulación sustancial. Junto al movimiento que trata de mantener esa relación a toda costa, hay un contramovimiento que, operando en sentido inverso, en el derecho y en la vida, trata en toda ocasión de desligar lo que ha sido artificial y violentamente unido”⁴⁷¹, abogando finalmente por “interrumpir el funcionamiento de la máquina que está conduciendo a Occidente hacia la guerra civil mundial”⁴⁷² y, por tanto, la importancia de sus reflexiones sobre el estado de excepción las considero sumamente necesarias y actuales, no sólo en lo que hace referencia a esta tesis, sino a nuestra actual situación bélica mundial.

Tras analizar sucintamente los conceptos de *homo sacer* y el de estado de excepción, finalmente quisiera referirme al tercer concepto anteriormente reseñado: el musulmán, que Agamben lo analiza en su segundo capítulo del tercer libro de su citada trilogía *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo sacer III*, en él hace referencia explícita a que “lo intestimoniable tiene un nombre. Se llama en la jerga del campo, *der Muselmann*, el musulmán”⁴⁷³. Considero importante reflexionar sobre el espacio común conceptual, especialmente el que hace relación con su invisibilidad, que podrían

⁴⁶⁹ *Ibidem*, p. 141.

⁴⁷⁰ AGAMBEN, G., *Estado de Excepción. Homo sacer II, 1*, Valencia, Pre-Textos, 2004, p. 10.

⁴⁷¹ *Ibidem*, p. 126.

⁴⁷² *Ibidem*, pp. 126-127.

⁴⁷³ AGAMBEN, G., *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo sacer III*, Valencia, Pre-Textos, 2000, p. 41.

compartir el paciente en una unidad como cuidados intensivos y el musulmán que presenta Agamben al hablar de Auschwitz. Claramente no son idénticos ni sería posible intercambiarlos, pero sí considero que sería relevante que los propios profesionales sanitarios seamos capaces de concienciarnos de ciertas actuaciones que consideramos normalizadas, que no pueden considerarse como normales, en el campo de nuestra actuación sanitaria analizando ciertas situaciones extremas que pueden impactar nuestra conciencia y hacernos ser más críticos con nuestro conocimiento y, sobre todo, con nuestras prácticas asistenciales habituales normalizadas. A continuación, quiero mostrar como ejemplo el siguiente texto de uno de los supervivientes de Auschwitz sobre aquellos prisioneros, que eran denominados como un musulmán (no por su religión, sino por su forma de *vida*) “el denominado *Muselmann*, como se llamaba en el lenguaje del Lager al prisionero que había abandonado cualquier esperanza y que había sido abandonado por sus compañeros, no poseía ya un estado de conocimiento que le permitiera comparar entre bien y mal, nobleza o bajeza, espiritualidad o no espiritualidad. Era un cadáver ambulante, un haz de funciones físicas ya en agonía”⁴⁷⁴, que recuerda ciertamente a los pacientes de cuidados intensivos cuando se les van agotando su fuerza vital quedando simplemente en pura agonía vital (incluso todavía, en ocasiones, con estertores). Más adelante Agamben continua con su impactante descripción relatándolos como “demasiado vacíos ya para sufrir verdaderamente. Se duda en llamar muerte a su muerte, frente a la cual no albergan temor porque están demasiado cansados para comprenderla. Pueblan mi memoria con su presencia sin rostro, y si pudiera encerrar todo el mal de nuestro tiempo en una imagen, escogería esta imagen que me resulta familiar: un hombre demacrado, con la cabeza inclinada y la espalda encorvada, en cuyos ojos no se puede leer ni rastro de pensamiento”⁴⁷⁵, que completa con más relatos y descripciones a lo largo de todo el libro, exponiendo posteriormente que “el musulmán encarna el significado antropológico del poder absoluto de manera particularmente radical. En rigor, en el acto de matar, el poder se suprime a sí mismo; la muerte del otro pone fin a la relación social. Por el contrario, al someter a sus víctimas al hambre y la degradación, gana tiempo, lo que le permite fundar un tercer reino entre la vida y la muerte”⁴⁷⁶, como quizás ocurra en una unidad de cuidados intensivos, que este estado de excepción nos lleve a un *locus* intermedio entre la vida y la muerte del paciente, al que tenemos que añadir el problema bioético-biopolítico sobre sus decisiones finales, si no han realizado previamente una manifestación anticipada de voluntades que nos ayude a tomar las decisiones correctas sobre su asistencia sanitaria en los últimos momentos de su vida. Finalmente, lo que me interesaría exponer, considerando el concepto de musulmán, que será necesario retomar en las conclusiones de esta tesis en relación a esta tercera hipótesis de ésta, es que éste debería entenderse como “el lugar de un experimento, en que la moral misma, la humanidad misma, se ponen en duda. Es una figura límite de una especie particular en que pierden todo su sentido no sólo categorías como dignidad y respeto, sino incluso la

⁴⁷⁴ *Ibidem*, p. 41.

⁴⁷⁵ *Ibidem*, p. 44.

⁴⁷⁶ *Ibidem*, p. 48.

propia idea de un límite ético⁴⁷⁷, que es la que considero más importante en las reflexiones que es posible aportar cuando analizo las unidades de cuidados intensivos: ese el límite ético que habrá que construir entre todos los implicados, donde los pacientes tendrían que participar y tomar sus propias decisiones conociendo adecuadamente el funcionamiento de estas unidades y sus prácticas asistenciales normalizadas para establecer unos límites bioéticos-biopolíticos hoy necesarios, urgentes y aceptables.

Tras todo lo expuesto en esta tercera hipótesis de la tesis, considero que la tesis propuesta sobre la invisibilidad de los pacientes críticos en cuidados intensivos debería considerarse como una llamada de atención hacia las prácticas asistenciales normalizadas que aplicamos en ellas, más que una afirmación simplemente capciosa y/o desafortunada. Indudablemente, que en muchas ocasiones, nuestras técnicas son realmente agresivas ante las situaciones límites en las que tenemos que actuar, en el límite que expone entre la vida y la muerte y, sin embargo, considero necesario una crítica y una reflexión profunda de éstas, si no queremos acercar el concepto del *musulmán del Lager* de Agamben a la realidad asistencial, porque estoy convencido que no es la finalidad de nuestras profesiones sanitarias, ni el sentido con las que las aplicamos diariamente.

3.3.2. ANTÍTESIS: LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA COMO ESTÁNDARES DE CALIDAD.

Frente a este marasmo provocado por la tesis de esta tercera hipótesis de ésta, trataré ahora de pergeñar una antítesis que pueda mostrar una asistencia sanitaria de los pacientes que podría basarse en la ciencia y la tecnología como estándares de calidad de nuestras actuaciones. Precisamente, considero que una vía de fuga de la tesis de esta tercera hipótesis sea volver a los conocimientos científicos propiamente dichos. Volver desde la fundamentación filosófica que he propuesto en esta tesis, hacia, una vez más, la práctica científica y buscando la calidad de la asistencia sanitaria como guía necesaria del trabajo de los profesionales sanitarios en las unidades de cuidados intensivos, donde las revisiones y las críticas necesarias (como pretenda ser esta tercera hipótesis de la tesis) sean tenidas en consideración para mejorar finalmente la asistencia sanitaria diaria.

Resulta fácil afirmar que la ciencia y la tecnología que aplicamos en las unidades de cuidados intensivos son excelentes, de tal forma que “el objetivo de la medicina intensiva es ofrecer a los enfermos críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible⁴⁷⁸. Pero esta aseveración debe ser crítica y para ello debe basarse en la medición cuantitativa de indicadores de calidad y, en con este objetivo la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), viene elaborando desde el año 2005 una guía de *Indicadores de calidad en el enfermo crítico*, que ya ha actualizado en el año 2011,

⁴⁷⁷ *Ibidem*, p. 64.

⁴⁷⁸ VV. AA., *Indicadores de calidad en el enfermo crítico*, Madrid, Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias, 2011, p. 14.

promoviendo la calidad asistencial de su prácticas, ya que “la calidad asistencial puede definirse como “el grado en que los servicios prestados a un individuo y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y coherente son el conocimiento actual de los profesionales”. O de forma más simple, la evolución de calidad reflejaría la discordancia entre los resultados que se deberían conseguir y los que verdaderamente se alcanzan”⁴⁷⁹, que considero que es la mejor vía para lograr unas prácticas asistenciales de calidad en una unidad de cuidados intensivos. Avanzado ahora en la definición de lo que es la calidad de la asistencia sanitaria, que sería necesaria para justificar nuestra misma labor asistencial, se definiría “como aquella dimensión de ésta que garantiza una asistencia segura, adecuada, efectiva, eficiente, accesible, sigue los principios de justicia y está centrada en el enfermo”⁴⁸⁰ y, de esta forma sería capaz de visibilizar plenamente al enfermo ya que está centrada en él. Pero, seguramente hace falta algo más y, en este sentido, continua ampliando su definición de la calidad de la asistencia sanitaria ya que “el objetivo final de la medicina es cubrir las necesidades médicas del enfermo, debe considerar a la vez las expectativas de la familia y de sus allegados, de los profesionales, de las instituciones y de la sociedad en general”, ampliando la asistencia sanitaria no sólo a nivel individual del paciente, su entorno más cercano y querido, sino que plantea asimismo cuestiones relacionadas con las instituciones sanitarias, en otras palabras, con las políticas sanitarias necesarias para dotar de recursos adecuados a estas unidades tan especializadas y que por ello tienen un elevado gasto (tanto en recursos materiales como humanos), pero, también hace referencia a la sociedad en general, y yo diría entonces que existiría una cierta relación biopolítica por ello, tras todo lo expuesto en esta tesis, especialmente en la primera hipótesis de ésta.

Tras esta breve introducción de la calidad asistencial sanitaria, hay que reflexionar ahora sobre otras cuestiones con más enjundia para nuestra tesis, exactamente sobre que “durante estos años se han producido cambios importantes en el manejo de estos pacientes introduciéndose avances científicos y tecnológicos especialmente en la monitorización y en el soporte de la disfunción orgánica. Ello ha llevado, sin lugar a dudas, a mejorar la efectividad de la medicina actual cobrándose como precio hacerla también menos segura y peligrosa”⁴⁸¹ y, por ello tendremos que ser más juiciosos y prudentes en nuestra prácticas asistenciales, esforzándonos diariamente por mantener unos mínimos éticos y bioéticos-biopolíticos, para no desenfocar el objetivo asistencial que es el paciente, de tal forma que coincidimos con Hans Jonas en su fundamental libro *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, donde afirma que “nuestra tesis es que las nuevas clases y dimensiones de acción exigen una ética de la previsión y la responsabilidad ajustada a aquéllas, una ética tan nueva como las circunstancias a las que se enfrenta”⁴⁸², que en una unidad de

⁴⁷⁹ *Ibidem*, p. 14 (las comillas son de los autores).

⁴⁸⁰ *Ibidem*, p. 14.

⁴⁸¹ *Ibidem*, p. 14.

⁴⁸² JONAS, H., *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Barcelona, Círculo de lectores, 1994, p. 49.

cuidados intensivos serán continuamente cambiantes según vayan avanzando las nuevas tecnologías que podemos aplicar a los pacientes.

Debido a los grandes avances tecno-científicos y las implicaciones de la biopolítica desde la modernidad, ahora el propio ser humano se ve incluido entre los objetos de la *τέχνη*, especialmente como paciente en estas unidades de cuidados intensivos, de un *homo faber* cuya “culminación de su poder, que puede muy bien significar el sometimiento del hombre, esta última intervención del arte en la naturaleza, es un desafío a los máximos esfuerzos del pensamiento ético, que nunca antes tuvo que vérselas con alternativas elegibles frente a los que se consideraba datos definitivos de la condición humana”⁴⁸³, por lo que está en juego ahora peligrosamente es nuestra propia esencia como ser humano. En las unidades de cuidados intensivos esta esencia está en juego en el día a día mediante las agresivas aplicaciones técnicas sobre los pacientes, ya que son necesarias para asegurar su vida, pero “en palabras de Chantler “la medicina ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura a convertirse en compleja, efectiva pero potencialmente peligrosa”. La medicina intensiva es el máximo exponente de ello. El reto de los próximos años debe ser moldear la efectividad de la medicina intensiva con el resto de dimensiones de la calidad y en el caso de que la seguridad entre en conflicto con alguna de ellas priorizarla para cumplir el aforismo hipocrático “lo primero, no dañar”⁴⁸⁴ y, para ello considero urgente el desarrollo de la mirada bioética que expuse en la segunda hipótesis de la tesis, para que seamos capaces de poder ver realmente al paciente crítico de cuidados intensivos y no nos convirtamos en unidades de pacientes invisibles, que cosifican al paciente, que es el centro de la asistencia sanitaria.

Para poder visibilizar al paciente crítico estos indicadores de calidad que propone la SEMICYUC los considero muy relevantes, ya que “permiten medir y evaluar de forma periódica y planificada aspectos relevantes de la asistencia sanitaria mediante el uso de indicadores de calidad, que conforman la unidad básica del sistema de control. Los indicadores de calidad son instrumentos de medida que identifican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad, y deben ser fiables, objetivos, aceptables, relevantes y basados en la evidencia”⁴⁸⁵, que ya expuse que era la propuesta de antítesis en la segunda hipótesis, las ciencias sanitarias basadas en la evidencia, y las dificultades que encontrábamos en ellas (una especie de neopositivismo orientado a las ciencias sanitarias), pero que se sigue repitiendo como un mantra: calidad y conocimientos basados en la evidencia. Sin embargo, estos indicadores son realmente útiles ya que “la finalidad de la monitorización es identificar problemas o situaciones de mejora potencial o bien desviaciones de la práctica estandarizada. Los indicadores actúan como señales de alarma que advierten de esta posibilidad”⁴⁸⁶ y, por ello, considero que cumplen muchas funciones, seguramente alguna de ellas no en la línea oficial especificada en este documento de la SEMICYUC, pero sí para esta tesis al hacer

⁴⁸³ *Ibidem*, p. 49.

⁴⁸⁴ VV. AA., *Indicadores de calidad en el enfermo crítico*, Madrid, Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias, 2011, p. 14 (las comillas son de los autores).

⁴⁸⁵ *Ibidem*, pp. 14-15.

⁴⁸⁶ *Ibidem*, p. 15.

visible elementos normalizados en la asistencia diaria de las unidades de cuidados intensivos, quizás algunos cuestionables como comentaré a continuación.

El documento sobre los indicadores de calidad en el paciente crítico especifica un total de ciento veinte indicadores clasificados en las siguientes áreas por este orden⁴⁸⁷: cuidados cardiológicos y RCP (reanimación cardiopulmonar); insuficiencia respiratoria aguda; neurointensivismo y traumatología; enfermedades infecciosas; metabolismo y nutrición; cuidados nefrológicos; sedación y analgesia; hemoderivados; toxicología; trasplantes; enfermería; bioética; planificación, organización y gestión; internet; y, finalmente, formación continuada, docencia e investigación. Asimismo, “de los 120 indicadores definitivos, se eligieron por consenso un total de veinte, que fueron considerados como más relevantes o básicos para la especialidad y que la SEMICYUC entiende como de aplicación recomendables en todos los Servicios de Medicina Intensiva (SMI)”⁴⁸⁸ y, entre estos relevantes, no está el que voy a analizar ahora por sus implicaciones bioéticas-biopolíticas, en relación a la hipótesis de esta tesis, que es el indicador ciento uno, dentro de los indicadores de bioética, denominado eufemísticamente y *científicamente* como: “uso de medidas de contención”, englobado en la dimensión de seguridad y adecuación, cuya justificación es que “las medidas de contención (físicas y/o farmacológicas), se utilizan en muchas ocasiones en los SMI, unas veces para seguridad del propio enfermo y otras para evitar daños al equipo asistencial. Dadas las connotaciones éticas que su uso entraña (uso en pacientes incompetentes, imposibilidad en ocasiones de contar con la aprobación de la familia, posibilidad de abuso por parte de los cuidadores, etc.) así como las posibles consecuencias no deseables desde el punto de vista clínico, hace que su uso deba estar regulado por un protocolo”⁴⁸⁹, que deja traslucir una concepción del paciente como un objeto o una cosa, que puede llegar a ser agresiva y que hay que sujetar para que no nos haga daño a los profesionales sanitarios, o justificándolo por *su propia seguridad*. Finalmente, especifica la fórmula para calcular el cumplimiento de este indicador, así

⁴⁸⁷ El orden de los indicadores puede resultar casual y, sin embargo, habla claramente de una visión del paciente crítico centrada en la patología y la enfermedad y no tanto en el enfermo (ahora casi invisible tras tanta patología), como se exponía en el prefacio anteriormente comentado. Asimismo, cada uno de los grupos de indicadores citados tiene varios indicadores que lo componen numéricamente, de tal forma que los tres primeros bloques (cuidados cardiológicos y RCP, insuficiencia respiratoria aguda y neurointensivismo y traumatología) tienen más del 32% de los indicadores (38 indicadores de los 120 totales), en detrimento de otros bloques, como el bioético que sólo registra el 5% (6 indicadores de los 120 totales). Las cifras, en ocasiones, pueden hacer visible e indicarnos precisamente aquello que se transmite en el currículum oculto, del cual, en ocasiones ni siquiera somos conscientes, como es esta invisibilidad del paciente crítico delante de nuestros propios ojos, una ceguera que debería corregirse lo antes posible. Pensamos que la calidad y sus indicadores pueden centrar nuestra atención en el paciente, pero no creo que sea ese sólo el camino, sólo desde una práctica científica basada en la evidencia y en la calidad pero sin fundamentación filosófica, que se perdió, o quizá nunca estuvo, en el camino del conocimiento imprescindible para una unidad tan tecnificada como esta.

⁴⁸⁸ VV. AA., *Indicadores de calidad en el enfermo crítico*, Madrid, Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias, 2011, p. 31.

⁴⁸⁹ *Ibidem*, p. 148.

como la explicación de los términos, la población⁴⁹⁰, el tipo y la fuente de datos, el estándar y los comentarios de referencia (basados en la evidencia) y, sin embargo, tras toda esta pintura de calidad volvemos a encontraros la concepción del ser humano cosificado por una tecnología que lo vuelve invisible. Quizás tengamos que hacernos la siguiente pregunta: ¿existe un consentimiento informado para ser atado en una unidad de cuidados intensivos? o, es que bajo la denominación de “protocolo” escondemos prácticas asistenciales diarias (no excepcionales) difícilmente justificables desde el punto de vista ético.

Existen otros documentos científicos que quieren también basar la asistencia sanitaria de las unidades de cuidados intensivos en estándares científicos, como es el publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social (actualmente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) titulado *Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones*, publicado en el año 2010, pero que sigue la misma línea argumentativa del documento de la SEMICYUC (incluso en varias ocasiones lo toma de referencia, especialmente cuando habla de los criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones). En este documento también se expone que “la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico. La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados”⁴⁹¹ que, a diferencia de la propuesta de la SEMICYUC, insiste en la importancia del concepto del cuidado en vez del de medicina intensiva. A modo de comparación, he querido buscar también la información referente a la contención, denominada en este documento como “restricción a la movilidad”, dentro del apartado de seguridad del paciente. El documento explica que “se recomienda reducir al mínimo las medidas de limitación de la movilidad en la UCI y que estas no se utilicen de forma rutinaria. El uso de medidas de restricción debe estar en consonancia con el objetivo de mantener tanto la excelencia clínica como la dignidad y confort de paciente. Exclusivamente pueden estar justificadas en situaciones clínicas determinadas y una vez descartado el uso de tratamiento alternativos a la restricción”⁴⁹², que muestran otro enfoque al mismo problema ya que a continuación se exponen una serie de recomendaciones que tratan precisamente de limitar las restricciones, y especialmente me gustaría destacar entre las propuestas, que “se recomienda facilitar al paciente/

⁴⁹⁰ Ya comenté que el lenguaje no es neutro, y el concepto de población es clave en el argumentando foucaultiano de la biopolítica y el biopoder, y por ello, tras estos indicadores de calidad, supuestamente científicos y asépticos, se esconden unos presupuestos e implicaciones biopolíticas en referencia a la concepción del ser humano, que demuestran que existe una concepción invisible de éste en las unidades de cuidados intensivos, por mucho que afirmemos lo contrario anteriormente.

⁴⁹¹ VV. AA., *Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, p. 6.

⁴⁹² *Ibidem*, p. 35.

familiar información periódica sobre la necesidad y la naturaleza del tratamiento de restricción”, que marcan claramente la diferencia con el documento de la Sociedad Científica analizado anteriormente, ya que aquí sí que es posible encontrar otra manera de visibilizar al paciente, de considerar otras opciones incluidas, por supuesto, al propio paciente y la familia.

Tras todo lo expuesto, considero que sí es posible visibilizar finalmente al paciente de cuidados intensivos desde un conocimiento científico basado en la continua y actualizada evidencia tecno-científica, donde la mejora de la calidad y sus indicadores correspondientes, pueden ayudar a enriquecer la asistencia sanitaria diaria. Pero, todo ello debe ser complementado con una necesaria atención solícita al paciente crítico que debe ser visible en todo momento, fundamentado en la responsabilidad con el otro. A continuación, en la síntesis que planteo propongo avanzar en esta dirección incorporando algunas reflexiones finales que pueden ampliar las reflexiones expuestas hasta ahora en esta tesis.

3.3.3. SÍNTESIS: ¿EL CUIDADO COMO VIGILANCIA?

Tras lo expuesto en la tesis de esta tercera hipótesis de la tesis, las unidades de cuidados intensivos como unidades de pacientes invisibles, y su antítesis, la ciencia y la tecnología como estándares de calidad, quisiera terminar esta hipótesis reflexionando sobre cómo es posible que podamos entender el cuidado como vigilancia en una unidad de cuidados intensivos y, sobre todo, lo que considero como lo más importante, es cómo podemos revertir lo más urgentemente posible esta visión desenfocada de la realidad asistencial. Finalmente, me sumo a una propuesta muy interesante y necesaria puesta ya en práctica, que busca humanizar estos cuidados y la asistencia diaria en una unidad de cuidados intensivos.

Pero, para comenzar esta síntesis, me gustaría empezar precisamente desde la voz de los propios pacientes, ¿cómo nos ven?, y, en concreto cuando hablan de los profesionales sanitarios “los amables, los brutales, los sensibles, los indiferentes, los activos, los perezosos, aquellos con quienes hay buen rollo y aquellos entre cuyas manos no soy sino un enfermo más. Al principio algunos me inspiraban terror. Sólo veía en ellos a los cancerberos de mi prisión, los cómplices de un abominable complot. Después odié a otros cuando me torcieron un brazo al sentarme en la silla, me olvidaron toda una noche ante la tele, me abandonaron en una postura dolorosa pese a mis señas de negación. Durante unos minutos o unas horas, los habría matado. Y luego, como el tiempo aplaca las más frías cóleras, se convirtieron en seres familiares que cumplen mejor o peor su delicada misión: levantar un poco nuestras cruces cuando nos torturan demudados los hombros”⁴⁹³, que muestra cómo tras todo la asistencia sanitaria existe una persona humana que sobre todo siente y padece, que está viva a pesar de que en algunas ocasiones no pueda manifestarlo completamente. Completaré estas reflexiones sobre cómo nos ven los pacientes con un par de casos bioéticos realizados por los propios profesionales sanitarios, que comentaré en las conclusiones de la tesis y que están expuestos en los epígrafes de ésta.

⁴⁹³ BAUBY, J. D., *La escafandra y la mariposa*, Barcelona, Plaza y Janés, 1997, pp. 109-110.

Entiendo importante destacar que aunque el epígrafe está centrado en una unidad de cuidados intensivos, por ser una de las unidades hospitalarias donde podemos encontrar la tecnología más avanzada, existen otras unidades hospitalarias donde es posible también estar asistidos y rodeados por numerosa tecnología y máquinas, como pueden ser una unidad de hemodinamia, angiografía y cateterismo convencional; un quirófano; una sala de resonancia magnética nuclear; una unidad de hemodiálisis, etc., sin embargo, a diferencia de las nombradas anteriormente, en una unidad de cuidados intensivos el paciente puede estar ingresado un tiempo considerable en ella, aunque dependiendo de la patología existe una gran variabilidad en dicho dato, pero podemos determinar una estancia media de en unos cinco días⁴⁹⁴ y, por ello, se establece una relación característica en ellas a diferencia de las citadas anteriormente, donde el tiempo de estancia es bastante más corto, hablamos simplemente de minutos u horas, que implica que en una unidad de cuidados intensivos “la respuesta debe ser, obligadamente, multifactorial. Existen causas relacionadas con el propio paciente y su situación clínica; otras encuentran su origen en la reacción de familiares y allegados ante la situación del paciente; y, por último, un tercer grupo se justifica por la influencia del entorno y la actitud de los propios profesionales”⁴⁹⁵, que serán las características que delimiten finalmente una relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes de una forma diferente a la convencional.

Entrando ahora a contestar a la pregunta de inicio de esta síntesis de la hipótesis sobre cómo es posible que entendamos el cuidado como vigilancia, considero que la respuesta tendría relación con cómo hemos concebido los centros hospitalarios, y especialmente las unidades de cuidados intensivos, casi como pequeños estados de excepción, que como ya expuse con Agamben “el estado de excepción no es una dictadura (constitucional o inconstitucional, comisarial o soberana), sino un espacio vacío de derecho, una zona de anomia en que todas las determinaciones jurídicas -y, sobre todo, la distinción misma entre lo público y lo privado- son desactivadas”⁴⁹⁶, como las alarmas de los diferentes monitores de una unidad de cuidados intensivos, quedando desactivada nuestra autonomía como pacientes. De tal forma que se establece un tercer reino donde habita un paciente crítico que tiene ciertas similitudes⁴⁹⁷ con el *musulmán* que exponía Agamben “a veces como figura nosográfica y a veces como categoría ética, límite político y concepto antropológico alternativamente, el musulmán es un ser indefinido, en el que no solo la humanidad y la no humanidad, sino también la vida vegetativa y la de relación, la fisiología y la ética, la medicina y la política, la vida y la muerte transitan entre ellas sin solución de continuidad. Por eso su “tercer reino” es la cifra perfecta del *campo*, del no-lugar donde todas las barreras entre las disciplinas se

⁴⁹⁴ VV. AA., *Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, p. 6.

⁴⁹⁵ ABIZANDA CAMPOS, R., BALLESTER ARNAL, R, y GIL LLARIO, M. D., *Comunicación médico-paciente en la UCI*, Barcelona, EdikaMed, 2009, p. 3.

⁴⁹⁶ AGAMBEN, G., *Estado de Excepción. Homo sacer II, 1*, Valencia, Pre-Textos, 2004, p.75.

⁴⁹⁷ Insisto en que no es posible identificarlos plenamente, pero sí que llega a existir una cierta región conceptual que comparten, especialmente en lo que tiene relación con el concepto en que ambos están en un *locus* entre la vida y la muerte y, por tanto, esa indefinición sí es posible afirmar que sería común para ambos.

arruinan y todos los diques se desbordan”⁴⁹⁸, donde resulta significativo cómo relaciona Agamben medicina y política, que considero que es la clave para entender cómo los profesionales sanitarios hemos venido aplicando, seguramente sin ser conscientes plenamente de ello, los propios postulados de la biopolítica en estas unidades de cuidados intensivos de forma acrítica. Seguidamente, para poner un ejemplo que muestre claramente estas implicaciones de la biopolítica en la asistencia sanitaria en una unidad de cuidados intensivos, considero como cuestión paradigmática la determinación de la muerte encefálica en una unidad de cuidados intensivos con el objetivo de poder realizar posteriormente un trasplante de órganos del paciente, tras adquirir la condición *científica* de donante, un objetivo claramente instrumental de nuestro cuerpo. Como explica brillantemente el profesor David Rodríguez-Arias es importante recordar que “desde 1968, el cese irreversible del funcionamiento de todo el cerebro, llamado muerte cerebral, es asimilado a la muerte del individuo. La aceptación casi universal de ese criterio neurológico de muerte tuvo consecuencias decisivas para la medicina contemporánea, como la limitación del esfuerzo terapéutico en esos pacientes o la extracción de sus órganos para realizar trasplantes”⁴⁹⁹, lo que implicó de forma práctica e inmediata la posibilidad de realizar donaciones de órganos, que ya técnicamente comenzaba a ser una posibilidad, pero faltaba la confirmación tecno-científica de que el paciente estuviese muerto para poder realizar la extracción de los órganos correspondientes. De esta forma, era necesario ahora encontrar un procedimiento científico para determinar la muerte de los pacientes antes de poder limitar el esfuerzo terapéutico sobre ellos o realizar las extracciones de sus órganos, sobre aquel objeto o cosa que no es ya un ser humano, sobre una *Zoή* que ya no es *Bioζ*. Y, “parte del éxito del nuevo criterio se debe a que la asimilación del estado de muerte cerebral a la muerte fue presentada por la medicina -y acríticamente asumida por la mayoría de las sociedades- como un hecho científico y objetivo. Sin embargo, algunas personas no creen que los pacientes en muerte cerebral estén realmente muertos”⁵⁰⁰, que supone un “descubrimiento” para muchos profesionales sanitarios que continuamente asumen un hecho, la muerte total, completa y definitiva del paciente, que es más un consenso científico en sí mismo, como se demuestra en esta artículo tan interesante y necesario. De tal forma que “esas personas no están necesariamente equivocadas. Se puede argumentar, que en realidad, la justificación del criterio neurológico no es científica, sino moral”⁵⁰¹ mostrando las imbricaciones que existen entre cuestiones que parecen que sólo tienen que ser estudiadas y demostradas científicamente, como es la determinación de la muerte encefálica, y cómo la ciencia en muchas ocasiones no deja de ser en cierta modo un constructo social con implicaciones biopolíticas-bioéticas importantes. Finalmente, el profesor en su artículo, que defiende “que la donación de órganos y la limitación del esfuerzo terapéutico pueden ser éticamente aceptables

⁴⁹⁸ AGAMBEN, G., *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo sacer III*, Valencia, Pre-Textos, 2000, pp. 48-49.

⁴⁹⁹ RODRIGUEZ-ARIAS VAILHEN, D., “Pluralismo en torno al significado de la muerte cerebral y/o revisión de la regla del donante fallecido”, en *Revista Laguna*, 21; noviembre 2007, p. 65.

⁵⁰⁰ *Ibidem*, p. 65.

⁵⁰¹ *Ibidem*, p. 65.

incluso si consideramos que los pacientes en muerte cerebral están vivos”⁵⁰², se cuestiona un par de preguntas que considero que pueden ayudar a contestar la pregunta inicial de esta síntesis, sobre cómo es posible que podamos entender el cuidado como vigilancia en una unidad de cuidados intensivos, que son las siguientes: “¿acaso sería necesario recurrir a la argucia, científicamente insostenible, que consiste en afirmar que el paciente está biológicamente muerto? (...) ¿por qué descartar como donantes de órganos a otros pacientes que podrían serlo, como los que se encuentran en estado vegetativo o en algún otro estado que le impide ser dañados?”⁵⁰³, ya que éstas preguntas tan interesantes, lo que muestran es la falta de crítica y de reflexión que se ha instalado en los profesionales sanitarios en general, y en las unidades de cuidados intensivos en particular al instrumentalizar técnicamente a los pacientes olvidando, quizás, que son seres humanos a pesar de vivir en ese “tercer reino”, esa especie de limbo, de no-lugar, de zona de indeterminación, donde momentáneamente se encuentra su cuerpo. Por consiguiente, es posible entender el cuidado como vigilancia, al igual que entendemos la muerte encefálica como muerte del paciente, si no somos capaces de desprendernos del positivismo que cala en nuestros huesos y nuestra mente, que significa el fin de la teoría del conocimiento, como exponía Habermas, ya que claramente de lo que estamos hablando finalmente es “de un interés cognoscitivo técnico o cognoscitivo práctico en la medida en que los contextos de la acción instrumental y de la interacción simbólicamente mediada performan, a través de la lógica de la investigación, el sentido de validez de los enunciados posibles, de suerte que en cuanto que representan conocimientos sólo poseen una función en esos contextos -son explotados técnicamente o resultan prácticamente inefectivos”⁵⁰⁴, de tal forma que sería necesario visualizar la instrumentación técnica que hacemos de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos, para ser conscientes de ese “interés” que es inherente al mismo conocimiento, que hoy ya no puede ser evitado en cierta forma, pero sí podría reconducirse y ser corregido (que es mi planteamiento con esta tesis), porque hay que recordar que “los intereses rectores del conocimiento se miden sólo en aquellos problemas de la conservación de la vida”⁵⁰⁵, como ciertamente ocurre en una unidad de cuidados intensivos. Por todo ello, es necesario y urgente repensar esos intereses biopolíticos rectores de nuestras prácticas asistenciales diarias en una unidad de cuidados intensivos que hace que vigilemos a los pacientes, en vez de cuidarlos, que anula nuestra crítica necesaria a nuestra propia actividad, el cuidado. Para acabar estas necesarias reflexiones que tanto me preocupan, es imprescindible comprender que “trabajo e interacción incluye eo ipso procesos de comprensión y aprendizaje; y a partir de un cierto grado determinado de desarrollo éstos deben quedar asegurados bajo la forma de investigación metódica si no se quiere poner en peligro el proceso de formación de la especie humana”⁵⁰⁶, ya que es mucho, demasiado, lo que nos estamos jugando, si nos convertimos los profesionales sanitarios en simples funcionarios

⁵⁰² *Ibidem*, p. 65.

⁵⁰³ *Ibidem*, p. 80.

⁵⁰⁴ HABERMAS, J., *Conocimiento e interés*. Madrid, Taurus, 1982, p. 199.

⁵⁰⁵ *Ibidem*, p. 199.

⁵⁰⁶ *Ibidem*, p. 199.

acríticos del biopoder silente que impregna y define nuestras prácticas asistenciales diarias.

Sin embargo, tras todo lo expuesto quiero acabar esta tercera hipótesis de la tesis con una iniciativa sumamente interesante que me devuelve la fe, o al menos parcialmente, en la visión humanística que es posible encontrar en muchos profesionales sanitarios que trabajan diariamente en una unidad de cuidados intensivos. Esta necesaria iniciativa se denomina *Proyecto HU-CI. Humanizando los cuidados intensivos*, estando avaladas por la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) y la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), que en sus propias palabras se definen explicando “una idea: es hora de pararse a pensar y mirar 360°. Se trata de hacer una visión integral de la situación actual de las UCIs para mejorar la atención en cuanto a pacientes, familiares y profesionales. Es un Proyecto de Investigación multidisciplinar, nacional e internacional. Con unos objetivos: humanizar los cuidados intensivos; servir de foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales; y difundir los cuidados intensivos y acercarlos a la población general. Con un EQUIPO de profesionales de la Medicina y la Enfermería Intensiva, con pacientes y con familiares. Con tres líneas de investigación: centradas en los pacientes, centradas en los familiares y centradas en los profesionales. Con un deseo: “*Si desde el corazón de la Medicina asociada a la Tecnología, la Medicina Intensiva, logramos mandar y difundir el mensaje de volver a la atención centrada en el ser humano, el resto de las Especialidades se sumarán y...se extenderá la HUMANIZACION a toda la Medicina*”⁵⁰⁷, que concuerda con las mismas propuestas de esta tesis cuando hablé de la necesaria mirada bioética y de centrar la atención de la asistencia sanitaria en el paciente. Esta propuesta de una HU-CI parece que está construida sólo desde la práctica científica y, sin embargo, considero necesaria una fundamentación filosófica que mantenga en pie este magnífico edificio que pretenden construir.

⁵⁰⁷ HERAS, G., “Proyecto HU-CI. Humanizando los cuidados intensivos. ¿Qué es HU-CI?”, disponible en <http://www.humanizandoloscuidadosintensivos.com/p/que-es-proyecto-hu-ci.html> (consultado el 13 de diciembre de 2015).

4. CONCLUSIONES

Llegando finalmente al último apartado de la tesis, debo de reconocer que en cierta forma he reconducido a lo largo de estas páginas las reflexiones originales desde las que partí hace años. Quisiera comprender este desvío como una evolución necesaria, quizás una cierta metamorfosis de mi propia crisálida, que en ocasiones cualquier tesis parece sufrir o incluso padecer. ¿Una transmutación necesaria? Sinceramente no sabría contestar a la pregunta, pero sí que puedo afirmar que la coherencia de mis reflexiones me ha llevado a nuevos planteamientos cada vez más cercanos a la práctica científica que nunca deja de ser una profesión sanitaria. Pero, ¿he olvidado en algún punto la necesaria fundamentación de la bioética como disciplina filosófica? Tampoco creo que la haya podido abandonar en ningún momento, y aunque hay apartados muy centrados en la *πραξις* asistencial, como práctica científica (como pueden ser la segunda y la tercera hipótesis de la tesis), en todos ellos siempre estuve mirando de soslayo la fundamentación filosófica de la misma bioética como parte imprescindible de mis argumentaciones más mundanas. Por todo ello, creo necesario contestar a la pregunta inicial de la tesis ahora finalmente en las conclusiones, la bioética, ¿una disciplina filosófica o una práctica científica?, desde nuevos planteamientos que no fueron precisamente los iniciales en la misma tesis.

Algunas de estas nuevas consideraciones me parecen importantes y finalmente volveré a insistir en ellas. Una de la que entiendo como más significativa para resolver la pregunta de la tesis, tiene que ver con entender la relación bioética-biopolítica como una unión conceptual que puede servirnos para comprender y descifrar realmente la actual asistencia sanitaria y volverla cada vez más humana, ya que entiendo que la biopolítica es realmente un instrumento útil para comprender nuestra actualidad multicultural y, por ello, la biopolítica no siempre tendrá en sí misma un sentido negativo. En este camino entiendo ahora que se vuelven a encontrar la *πραξις* con la *ἐπιστήμη* sanitaria, ya que si bien los nuevos y revolucionarios avances tecno-científicos que tuvieron un desarrollo exponencial (especialmente en la última mitad del siglo XX y principios del XXI, y que continúan todavía), fueron decisivos para hacer visible cómo la biopolítica se había venido desarrollando desde el nacimiento de la Modernidad, deberíamos de entenderlos más como catalizadores, capaces de hacer reaccionar el conjunto de problemas bioéticos que se estaban desarrollando en esos años decisivos, que llegaron a un punto de ebullición o fusión límite (en los primeros casos paradigmáticos de la bioética que ya comenté), que como los únicos causantes del necesario desarrollo de la bioética. En este sentido, el desarrollo e implementación de la biopolítica por parte de los mismos profesionales sanitarios, como funcionarios acríticos del biopoder (aunque no en exclusividad) lo considero como el factor más determinante en el mismo nacimiento de la bioética, como intenté demostrar en la primera hipótesis de esta tesis, donde afirmé que la bioética nace como contrapeso necesario a la biopolítica, para intentar frenar, al menos en parte, sus implicaciones especialmente en el ámbito sanitario.

En relación también a esas conexiones necesarias entre la bioética y la biopolítica, quizás se deban ir hoy actualizando sobre los nuevos conocimientos tecno-científicos que vayan desarrollándose. Entre ellos, quisiera destacar la nanotecnología, como ejemplo paradigmático por muchos motivos y aplicaciones. Hoy ya resulta impensable una ontología de nuestro presente que pueda ignorar la fuerte presencia del

conocimiento tecno-científico de nuestro mundo actual, sin los necesarios análisis bioéticos-biopolíticos que propongo. En este sentido el profesor José Manuel de Cózar en su interesante libro *Nanotecnología, salud y bioética (entre la esperanza y el riesgo)*, considera que “en lugar de neutrales, las tecnologías modernas suelen ser ambivalentes, se prestan a multitud de interpretaciones. Debido al contexto de incertidumbre y a la complejidad de la realidad en la que se despliegan, la mayor parte de los ciudadanos, pero también muchos expertos, se sienten perplejos o desorientados a la hora de interpretar su significado social”⁵⁰⁸, que creo que nos ayudan a comprender también los significados e implicaciones bioéticas-biopolíticas que se pueden encontrar en muchas nuevas tecnologías, incluida la nanotecnología como muestra el profesor a lo largo de su interesante estudio.

Quisiera ahora comenzar a contestar la pregunta de esta tesis partiendo desde los planteamientos expuestos en un texto de Habermas que nos habla sobre la mentalidad tecnocrática, que considero muy esclarecedor para avanzar la posible respuesta, ya que “en la conciencia tecnocrática no se refleja la ruptura de una totalidad ética, sino la represión de la “eticidad” como categoría de vida (...) El núcleo ideológico de esta conciencia es *la eliminación de la diferencia entre práctica y técnica* (...) La conciencia tecnocrática viola con ello un interés que es inherente a una de las dos condiciones fundamentales de nuestra existencia cultural: al lenguaje, o más exactamente, una forma de socialización y de individuación determinadas por la comunicación en el medio del lenguaje ordinario. Este interés se extiende tanto al mantenimiento de una intersubjetividad del entendimiento mutuo como al establecimiento de una comunicación libre de dominio. La conciencia tecnocrática hace desaparecer este interés práctico tras el interés por la ampliación de nuestro poder de control técnico. La reflexión que está exigiendo esta nueva ideología tiene que remontarse por detrás de un interés de clase determinado históricamente y sacar a la luz el complejo e intereses que como tal caracteriza a una especie que se constituye a sí misma”⁵⁰⁹, que considero que refleja exactamente frente a lo que nos estaríamos enfrentando si sólo entendemos la bioética como una práctica científica, ya que esta conciencia tecnocrática puede llevarnos a nuevos problemas bioéticos al centrarnos sólo en el control técnico de los pacientes, olvidando su humanidad, haciéndolos invisibles, como comenté en la tercera hipótesis de la tesis.

Asimismo, es importante también para resolver este rompecabezas final, la idea desarrollada en la segunda hipótesis de la tesis, cuando expuse el necesario desarrollo de la mirada bioética, entendiendo ésta como un giro desde la *ἐπιστήμη* hacia la *πραξις*, desde la fundamentación filosófica hacia la práctica científica del día a día de los profesionales sanitarios con los pacientes. Toda la imprescindible fundamentación filosófica expuesta en el segundo apartado de esta tesis, cobraba ahora un sentido en la práctica asistencial diaria mediante la aplicación práctica de la mirada bioética, que propuse para humanizar la práctica científica, en nuestro caso la práctica asistencial diaria, pero que debería extenderse a otros campos científicos como en la investigación sanitaria donde también cobra un sentido necesario. Si en la primera hipótesis de la tesis

⁵⁰⁸ DE COZAR ESCALANTE, J. M., *Nanotecnología, salud y bioética (entre la esperanza y el riesgo)*, Gijón, Junta General del Principado de Asturias. Sociedad Internacional de Bioética, 2010, p. 102.

⁵⁰⁹ HABERMAS, J., *Ciencia y técnica como ideología*, Madrid, Tecnos, 1986, pp. 98-100.

estuve intentando profundizar el conocimiento bioético desde la imprescindible fundamentación filosófica, en la segunda hipótesis de la tesis propuse ahondar también en el mismo conocimiento bioético pero desde la necesaria práctica científica, se produjo entonces un giro en los planteamientos, un camino de ida y vuelta desde la fundamentación filosófica a la práctica científica, y viceversa, un giro forzado para establecer entre ellos un diálogo, que considero que funcionó perfectamente. No planteé entonces murallas insalvables, sino que trabajando conjuntamente desde entender la bioética tanto como una práctica científica como, a su vez, como una disciplina filosófica se pudieron pergeñar ambas propuestas.

Finalmente en la tercera hipótesis, se llevó al extremo las implicaciones biopolíticas al ámbito de la práctica asistencial sanitaria. Elegí una unidad de cuidados intensivos como paradigma de un servicio sanitario altamente tecnificado. Propuse la tesis de que en esas especiales circunstancias los pacientes podían volverse casi invisibles, al estar más pendientes los profesionales sanitarios de las máquinas de la propia unidad que de los mismos pacientes. La biopolítica era llevada a un extremo, que si los propios profesionales sanitarios no sabíamos rectificar, puede acabar en una asistencia sanitaria deshumanizada. La solución partía de entender la bioética tanto como práctica científica como, a su vez, como disciplina filosófica, capaz de desmontar las barreras mentales que se pueden establecer entre los pacientes y los profesionales sanitarios, desde los necesarios planteamientos críticos que los profesionales sanitarios debemos tener sobre nuestras prácticas asistenciales diarias.

Pero, para poder transformar y transmutar la realidad asistencial diaria de los profesionales sanitarios no propongo una revolución final de la asistencia sanitaria, sino que abogo por una metamorfosis de nuestra asistencia sanitaria, que nazca de entender al ser humano al que debemos asistir y cuidar, en el que el concepto del otro, que ya expuse cuando en la fundamentación de la tesis comenté la filosofía desarrollada por Emmanuel Lévinas, debe considerarse como central y fundacional, desde el que construir otra *πραξις sanitaria* quizás más bioética y, por ello, finalmente más humana. No se trata por ello de cambiar o revolucionar la asistencia sanitaria de forma definitiva, sino de entender ésta como centrada en el paciente que es el auténtico protagonista final de esta relación, que ha sido marcada y condicionada desde la Modernidad por la biopolítica que se implementó desde entonces, y que provocó finalmente una reacción bioética que pudiera desviar la relación sanitaria que estaba entendido al paciente como mero objeto, una cosa, de los Estados Modernos y no como sujeto, que nunca puede dejar de ser si realmente comprendemos la relación asistencial sanitaria como una relación ética también en sí misma. En este sentido es donde la mirada bioética que propuse en la segunda hipótesis de la tesis cobra todo su sentido y justificación, pudiendo transmutar finalmente nuestra *πραξις sanitaria*.

Ahora considero que tras todo lo avanzado a lo largo de la tesis, es importante empezar ya a responder directamente, sin más ambages, a la pregunta inicial de ésta. Para comenzar a resolver este puzzle conceptual entre teoría y *πραξις sanitaria*, quisiera partir de un texto sumamente interesante de Jürgen Habermas titulado *Una vez más: sobre la relación entre teoría y praxis*, de su libro *Verdad y Justificación*, que compendia una serie de reflexiones muy actuales y precisas sobre la cuestión que intento de dirimir en esta tesis. En esta relación entre *πραξις* y *ἐπιστήμη*, el pensador alemán comienza necesariamente preguntándose por el papel que desempeña la filosofía y su utilidad práctica “la pregunta de si la filosofía puede llegar a ser práctica es tan

vieja como la misma filosofía. ¿Qué papel puede desempeñar la filosofía en el contexto de la opinión pública y la política, de la cultura y la educación?”⁵¹⁰, exponiendo a continuación que las dos respuestas clásicas que la tradición filosófica ofrecía a esta cuestión, ya hoy no son del todo convincentes. Pero, antes de avanzar hacia otras posibles y necesarias respuestas, como la que finalmente voy a plantear en esta tesis, resulta relevante reflexionar precisamente sobre ambas vías. Por un lado tenemos la respuesta platónica y, por otro lado, la respuesta aristotélica a la cuestión⁵¹¹. Sobre la primera, “la respuesta platónica a la pregunta acerca de la eficacia práctica de la filosofía dice así: no hay nada más práctico que la propia teoría. Para Platón la visión contemplativa del cosmos tenía una significación religiosa más que científica”⁵¹², de tal forma que la misma teoría estaba compuesta por una mezcla indisoluble de camino de conocimiento y camino de salvación. Platón consideraba el cuerpo como esa cárcel de la que hay que liberarse⁵¹³ mediante el conocimiento teórico que sería capaz de provocar una catarsis interna, que se produce finalmente “en la ascensión hasta la captación noética de las Ideas el alma se desprende de la materia y se libera de la prisión que es el cuerpo”⁵¹⁴ y, por ello, en esta corriente de pensamiento el sabio es venerado ya que dedica su vida a la contemplación teórica. Pero, por otro lado, sobre la segunda tenemos la respuesta aristotélica, donde “la teoría sólo adquiere relevancia práctica en la forma de filosofía práctica”⁵¹⁵, que aboga por alcanzar una vida buena y feliz (lejos de prometidas salvaciones religiosas que son capaces de domeñar nuestra voluntad) mediante una vida prudentemente dirigida por la práctica, renunciando en cierta forma a la certeza de que fuera posible un conocimiento teórico verdadero. Una vez superadas estas dos vías, la platónica y la aristotélica, encontramos en nuestro pensamiento postmetafísico moderno una cierta renuncia a los enunciados sustanciales y a ciertos modelos de comportamientos, que podrían haberse albergado en una ética filosófica que ahora parece centrarse más en concepciones más formales, ya que “desde Kant y Kierkegaard las éticas modernas ya no proponen modelos de una vida ejemplar públicamente aceptada, dirigen al individuo privado el consejo de que con el fin de

⁵¹⁰ HABERMAS, J., *Verdad y Justificación*, Madrid, Editorial Trotta, 2002, p. 307.

⁵¹¹ En el apartado segundo de esta tesis, el de su fundamentación, inicié su exposición precisamente por esta línea de pensamiento, que si bien la ubicamos bajo el epígrafe de Aristóteles: el comienzo de la unión ético-política, era deudor también del pensamiento socrático-platónico, como ya comenté en dicho epígrafe, porque se desarrolla como respuesta frente a la corriente platónica de salvación (que posteriormente recogerá y desarrollará la iglesia cristiana).

⁵¹² HABERMAS, J., Op. Cit., p. 308.

⁵¹³ Su famoso mito de la caverna, en el libro VII de la *República*, supone una exposición paradigmática de su teoría de las Formas, donde nos habla de las cadenas que en nuestras piernas y el cuello nos impiden volver la cabeza hacia atrás y ver el engaño de unas sombras que entendemos como la realidad, pero que no dejan de ser más que meras sombras y no el auténtico conocimiento. Sin duda, han cambiado mucho los tiempos desde aquella Atenas que hoy parece que necesita ser rescatada por Europa (cuando seguramente será a la inversa) y, sin embargo, seguimos atados con nuevas cadenas que considero que la biopolítica puede llegar a mostrar, para finalmente romperlas definitivamente.

⁵¹⁴ HABERMAS, J., Op. Cit., p. 308 (las cursivas son del autor).

⁵¹⁵ *Ibidem*, p. 308.

conducir su vida con autenticidad introduzca en ella una determinada forma de reflexión”⁵¹⁶, que se basa en una cierta concepción ilustrada de un sujeto libre capaz de ser mayor de edad para concebir, roturar y perseguir su propio camino en la construcción de una buena vida, en la que deberían de quedar integradas también las propias tradiciones que la filosofía hermenéutica es capaz de desenmarañar y donde la teoría del discurso nos es tremendamente útil, para que mediante los adecuados procesos de argumentación seamos capaces de crearnos también una identidad ética que nos defina como individuos y ciudadanos de sociedades libres y multiculturales (como es la actual en la que intentamos convivir).

Con todo lo anteriormente expuesto, considero necesario resaltar que finalmente aparece un salto importante entre las éticas centradas en lo que es bueno individualmente “para mí, por la cuestión ético-política acerca de las normas de una vida en común justa que sea buena para todos por igual”⁵¹⁷, de las éticas centradas en entendernos como iguales de suyo, basadas en ciertas leyes consensuadas que pudieran ser respetadas por todos partiendo de la intelección de lo que es posible que llegase a ser bueno para todos. Todo ello considero que tiene asimismo relación con la unión bioética-biopolítica que he planteado en esta tesis, donde parece que *πρᾶξις* y *ἐπιστήμη* deben también entenderse y no quedar separadas como vías alternativas, como expresé anteriormente en la exposición de los planteamientos enfrentados entre la respuesta platónica y la aristotélica a esta cuestión. Sin embargo, por esta tercera vía ética, dejamos finalmente sin resolver una cuestión fundamental que tiene que ver precisamente con la *πρᾶξις* “¿está mal planteada la cuestión de si la filosofía puede ser práctica?”⁵¹⁸, tras las fallidas tentativas tanto de Kant, Hegel, Marx o Adorno, entre otros, de conseguir llevar la teoría normativa, que nos habla de lo que debe ser, a cómo poder realizarse prácticamente, o planteada de una forma más vehemente ¿ha fracasado siempre la filosofía en llevar a la práctica sus formidables teorías? Quizás sí, pero es posible que ahora hayamos aprendido algo de los monstruos de la Modernidad que nos permita pergeñar una filosofía que “consigue una autocomprensión más modesta y más realista, pues se sitúa a sí misma en el conjunto de los diferenciados órdenes del mundo moderno”⁵¹⁹, de tal forma que al realizarse una especie de pragmatización de la filosofía sería posible incorporarla a los diferentes saberes actuales con diferentes papeles en cada uno de ellos. En concreto en el caso de la bioética que nos ocupa en esta tesis, la filosofía podría conseguir que la bioética fuese a la vez una práctica científica, con el desarrollo e implementación de la necesaria mirada bioética que propuse en la segunda hipótesis de la tesis y, a la vez, una disciplina filosófica, que fuese capaz de desvelar las implicaciones biopolíticas que se esconden en las prácticas sanitarias, tanto en los tratamientos como en los cuidados, de los profesionales sanitarios, que expuse en la primera hipótesis de la tesis y que mostré de una forma más descarnada en la tercera hipótesis. De esta forma, la tensión que pudiese existir entre concebir la misma bioética como disciplina filosófica, como teoría, y como práctica científica, es posible que ayude

⁵¹⁶ *Ibidem*, p. 309.

⁵¹⁷ *Ibidem*, p. 309.

⁵¹⁸ *Ibidem*, p. 312.

⁵¹⁹ *Ibidem*, p. 313.

al desarrollo de la misma disciplina bioética, consiguiendo finalmente una comprensión más modesta y realista, que sea capaz de aunar la *πρᾶξις* y *ἐπιστήμη*, asumiendo de esta manera papeles diferenciados pero que son capaces de ayudar a realizar contribuciones prácticas y específicas en muchas áreas de conocimientos relacionados con la misma bioética.

Sirva para finalizar de contestar a la pregunta de la tesis las siguientes reflexiones de Habermas “ante el panorama de una filosofía que es *tan sólo* ciencia y resulta insensible a la necesidad de una orientación pública, tenemos la molesta sensación de que aquí le falta a la filosofía un elemento esencial. Es difícil de evitar la sensación de que una filosofía que se ha convertido en una mera disciplina académica ya no es filosofía. No es tanto la falta de un pensamiento totalizador, la falta de especulación acerca del ente en su totalidad, lo que percibimos como una carencia. Pues parece que en la modernidad una creación metafísica de sentido a partir de la razón es una posibilidad irremediabilmente perdida, sobre todo a la vista de las catástrofes de nuestro siglo. Lo que les falta a las estrechas formas de una filosofía académica que se agota en sí misma es algo distinto, la perspectiva de que de sus enunciados salga alguna una fuerza capaz de orientar la vida”⁵²⁰, que considero relevantes para concluir esta tesis afirmando la imperiosa necesidad de aplicar como práctica científica una disciplina filosófica como es la bioética, de tal forma que no se pueda escindir la doble orientación que debe guiar a la bioética actual mirando hacia la vida y sus aplicaciones prácticas, desde la necesaria fundamentación teórica filosófica. Práctica científica y disciplina filosófica no deberían entenderse como caminos contrapuestos excluyentes, sino como vías de conocimiento entrelazadas que se alimentan mutuamente en sus necesarias reflexiones teóricas y aplicaciones prácticas. Si ello, deberíamos aplicarlo en todos los conocimientos actuales, en la bioética considero que cobra aún quizás mayor sentido, por su orientación hacia la vida⁵²¹ que siempre debe guiarla sin olvidar su necesaria reflexión siempre sobre sus posibles fines.

Pero las conclusiones de esta tesis no finalizan sólo con la respuesta a la pregunta que planteé, sino que ahora quisiera reflexionar sobre otras cuestiones que considero muy relevantes y que tienen que ver también con la pregunta de esta tesis. Aunque, ya la haya contestado y concluido, ahora pretendo analizar someramente ciertos planteamientos necesarios, o cuestiones secundarias a la misma pregunta de esta tesis. Para ello voy a trabajar sobre los dos anexos que expongo al final de esta tesis. Ambos están realizados por profesionales sanitarios que acuden a un curso de formación en bioética, que tiene una parte expositiva con charlas docentes y el visionado de varias películas y documentales, y una parte que se trabaja de manera individual fuera del aula. Este trabajo individual consta de varias tareas a realizar y, entre ellas, se encuentra la “hoja de recogida de dilemas humanos y bioéticos”, que es una forma docente de trabajar la bioética que tiene su fundamentación también en la ética narrativa, que

⁵²⁰ *Ibíd.*, p. 312 (las cursivas son del autor).

⁵²¹ Es necesario insistir finalmente en el continuum vida-muerte, pero considero más acertado utilizar sólo la expresión vida, ya que en ocasiones usamos en exceso expresiones que dificultan la lectura y la espesan. A lo largo de la tesis he insistido en que uno de los grandes problemas de las ciencias sanitarias, especialmente desde el siglo XX, ha sido la ocultación de la muerte y su concepción como fracaso de las ciencias médicas. Sin embargo, la muerte no deja nunca de formar parte de nuestras vidas, aunque sea su *sólo* su última etapa y su punto final.

expuse en la parte de fundamentación de la tesis en su vía complementaria, y en la misma hermenéutica. La hoja de recogida de dilemas humanos y bioéticos se divide en cuatro apartados el primero, resumen del caso, el segundo, reflexiones sobre las cuestiones éticas que podemos identificar en el caso, el tercero, documentación consultada y otras fuentes de interés y, finalmente, el cuarto, comentario final sobre lo aprendido.

En el primer anexo es posible enfrentarnos a un caso que impacta especialmente cuando terminamos de leerlo, ya que es una experiencia personal muy dura de relatar y superar en sí misma. Sin embargo, considero que es un caso que puede mostrar hasta qué punto es necesario que los profesionales sanitarios seamos capaces de desarrollar urgentemente una mirada bioética, como he planteado en la segunda hipótesis de esta tesis. Los diversos ejemplos de “maltrato” expuestos a lo largo de su relato ponen en evidencias muchas prácticas sanitarias normalizadas (termómetros a horas intempestivas, operaciones urgentes programadas, encendido de luces rutinarios, baños programados, etc.) que demuestra lo invisible que son muchos pacientes, no sólo en las unidades de cuidados intensivos que comenté en la tercera hipótesis de la tesis, sino que esta invisibilidad y cosificación del paciente se ha instalado de forma acrítica en el resto de los servicios asistenciales. Finalmente, en el último apartado del comentario final sobre lo aprendido, es importante reflexionar sobre cómo le ha servido para ser mejor enfermera y sobre todo, cuidar esos pequeños detalles con los pacientes que es lo que convierte el cuidado en un arte y no un simple conjunto de técnicas.

En el segundo anexo encontramos también un caso sumamente interesante, pero tiene otras connotaciones completamente diferentes. Igual que el primero, muestra cierta manera de entender al paciente como una cosa, en este caso vieja, que ya no tiene valor. Este relato sirve para reflexionar sobre el valor de la vida y cómo los estereotipos pueden hacer que no veamos a los pacientes, sino que sólo veamos cifras y números (especialmente la edad en este caso). Otro paciente más cosificado como el anterior caso, que no merece una reflexión clínica profunda sino un simple análisis que condena a un paciente a su muerte y sobre el que el profesional sanitario se niega a reconocer su error, aunque tenga fatales consecuencias. Finalmente se termina el caso reflexionando sobre la necesidad de unos cuidados de calidad y sobre la necesidad de ser críticos con las propias actitudes y prácticas normalizadas (en relación a las repetitivas, y quizás innecesarias, pruebas que se le piden a los pacientes).

Ambos anexos han sido escritos por enfermeras y, por ello, quisiera finalmente resaltar de nuevo, ya lo expresé en la vía complementaria de la fundamentación de la tesis, la importancia que tiene para el futuro de la bioética escuchar las voces de las supuestas minorías, donde las enfermeras y las mujeres (también las personas mayores como en el caso anterior) quedan siempre incluidas. Ya comentamos en su momento el valor y la necesidad de incorporar la ética feminista a los planteamientos propios de la bioética actual, ya que puede ayudar a desarrollar nuevos planteamientos necesarios desde esta disciplina. Para cerrar estos dos anexos, y los interesantes relatos que exponen, me gustaría poner en valor precisamente ahora la ética feminista, según la profesora María José Guerra “la teoría feminista se vale de la metáfora del entretejido teórico para afrontar mediante esta imagen la complejidad y la diversidad. Nada se desechará de entrada: escuchar las distintas “voces” filosóficas será prescriptivo para poder aprovechar los instrumentos conceptuales y metodológicos que se adecuen a la

tarea crítica feminista”⁵²² que tan necesitada está también la bioética hoy para su construcción.

Es hora de concluir este viaje y, por ello, comenzar inmediatamente otro nuevo a continuación buscando una nueva pregunta que plantear, que quizás nunca resolvamos del todo, como en esta misma tesis. Siempre nos quedarán espacios grises y zonas ligeramente difuminadas que no “entran en razón”, ni falta que les hace seguramente. Sirva para cerrar esta tesis sobre una pregunta vital, como la que planteé al comienzo de la tesis, la afirmación de Wittgenstein “sentimos que aun cuando todas las *posibles* cuestiones científicas hayan recibido respuesta, nuestros problemas vitales todavía no se han rozado en lo más mínimo. Por supuesto que entonces ya no queda respuesta alguna; y esto es precisamente la respuesta”⁵²³.

⁵²² GUERRA PALMERO, M. J., *Mujer, identidad y reconocimiento. Habermas y la crítica feminista*, Tenerife, Instituto Canario de la Mujer, 1998, p. 26

⁵²³ WITTGENSTEIN, L., *Tractatus Logico-Philosophicus*, Madrid, Alianza Universidad, 1997, pp. 181-183 (las cursivas son del autor).

5. ANEXOS

ANEXO I

Hoja de recogida de dilemas humanos y bioéticos.

1. Resumen del caso.

Mujer de 25 años de edad, casada, con un hijo de 2 años. Ingresa trasladada de Lanzarote con diagnóstico de Riesgo de parto prematuro en embarazo gemelar univitelino de 24 semanas de gestación. Se le diagnostica posteriormente de Síndrome de Transfusión Feto-Fetal.

Consciente, Orientada y Colaboradora. Estable hemodinámicamente. En reposo absoluto. Presenta polihidramnios de más de 10 Litros que comprime estómago, diafragma, vejiga urinaria y columna lumbar ocasionando dificultad para ingerir agua y alimentos, pirosis, sensación de asfixia, polaquiuria y fuertes dolores lumbares y de los músculos intercostales por distensión muscular, agravado todo ello por la imposibilidad de sentarse debido al volumen excesivo del abdomen y a la necesidad de mantenerse en reposo absoluto en decúbito supino fundamentalmente. A todo ello se le suma la angustia psicológica por la prematuridad esperable de los niños y los riesgos que ello conlleva y el haber dejado en casa un niño de 2 años con escasa red de apoyo familiar.

La paciente se muestra visiblemente cansada ya que lleva varios días sin dormir debido al dolor, la pirosis y la polaquiuria.

Se espera realizar una fetoscopia láser en los próximos días pero al ser días de fiesta debe esperar en esas condiciones 3 días hasta el próximo día laborable. Ante la insistencia de la paciente manifestando que no aguanta más el dolor y el malestar general se realiza extracción de 8 L de líquido amniótico para aliviar compresión y que aguante hasta el lunes. Esa noche expulsa tapón mucoso y se pone de parto. Se intenta detener el proceso con b-miméticos pero ante inefectividad del tratamiento se realiza cesárea de urgencias quedando la paciente con una hemoglobina de 6 g/dl.

Los RN (*recién nacidos*) son dos varones de 900 y 950 gramos de peso. Es preciso intubarlos para ventilación mecánica. A los tres días desarrollan hemorragia cerebral grado IV y III, muriendo el primero a los 5 días y el segundo al mes y medio después de un proceso que merece capítulo aparte.

2. Reflexionar sobre las cuestiones éticas que podemos identificar en el caso.

La paciente ingresa en una habitación múltiple, con otras tres personas. A pesar del cansancio evidente por la falta de sueño nadie lo tiene en cuenta y procura aliviar el mismo sino que la paciente se ve sometida constantemente a interrupciones para termómetros a las 6 de la mañana, encender la luz para ponerlo, encender la luz para quitarlo. Cada vez que llama una de sus compañeras, cada vez que alguien entra y sale. Es evidente también la cara de disgusto del equipo de enfermería cada vez que llama porque no aguanta las ganas de orinar, llegando incluso a regañarla alguien y decirle “tienes que esperar, tú no eres la única paciente”. Ante tanto malestar por tener que llamar, la paciente pide un paquete de compresas y una bolsa y resuelve el problema

orinando en las compresas. Cuando le realizan la evacuación del líquido amniótico consigue dormirse por primera vez en 3 días y no ha pasado una hora cuando llega el equipo de auxiliares entrante al turno haciendo su ronda y la despiertan intencionalmente para bañarla porque según dicen “está manchada de la técnica realizada”. Ella les pide por favor que la dejen descansar que es la primera vez en varios días pero el equipo está decidido a hacer su trabajo y la tiran a un lado, la tiran al otro y para cuando terminan la paciente ya no sabe bien qué ha pasado pero le han roto el descanso. Se siente tan malhumorada que se levanta de la cama manifestando que no debe ser peor que el “sarandeo” que acaban de pegarle. Cuatro horas después está de parto, son las 3 de la mañana, llama a la enfermera por el interfono pidiéndole que vaya por favor que es urgente y ésta insiste en que le explique bien por el interfono por qué la llama, sin pensar que la compañera de habitación está siendo molestada en su descanso con el ruido del aparato. Después de insistir para que fuera y pegar un grito, la enfermera llega con la cara y el pelo descompuesto de haber estado durmiendo.

Durante el proceso de dilatación pasa la ginecóloga de guardia con los residentes y claro, es momento de varias personas meter la mano y ver como va el proceso sin importar si es una paciente que tiene una frecuencia cardiaca de 160 ppm debido a los b-miméticos y un dolor terrible. Está claro que los profesionales vamos a hacer nuestro trabajo y practicamos bastante poco la empatía y los detalles que vayan mas allá del diagnóstico y tratamiento. El cómo se siente la persona, cómo ha vivido estos días, angustia, cansancio, molestias... esto a nadie le importa ni se lo plantean. Pensar en proporcionar confort, intimidad, compañía y alivio eso no parece estar entre sus funciones.

Después de la cesárea pasan varios días hasta el alta y aunque no recibe transfusión para una hemoglobina tan baja que le provocaba una astenia que se mareaba sólo de ponerse en pie, tampoco se da cuenta nadie de cambiarle la dieta y se queda con dieta líquida hasta el día del alta (3 días post-cesárea). Desarrolla flebitis por falta de cuidados en VVP (*vía venosa periférica*) que nadie cura ni revisa en todo el tiempo de ingreso, lesión sacra por el encamamiento prolongado de la que nadie se da cuenta.

Sólo es de señalar una enfermera que el día del alta entra, se sienta, le pregunta como está con voz dulce y sin aparente prisa le pone crema en sacro y le coge la mano. La paciente muy afectada ante una muestra de afecto y empatía inesperada no puede sino dejar salir toda la angustia contenida y llorar.

3. Documentación consultada y otras fuentes de información.

- Constitución Española (1978). Artículo 10, derechos y deberes fundamentales.
- Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad, artículo 1-2; título preliminar: del derecho a la protección de la salud.
- Código deontológico de la enfermería

Capítulo 2.

Artículo 5. “Las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.”

Artículo 6. “En el ejercicio de sus funciones los enfermeros están obligados a respetar la libertad de paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.”

Artículo 7. “En el ejercicio libre de la profesión, el consentimiento del paciente ha de ser obtenido, siempre, con carácter previo a cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre y válidamente manifestada en la atención que se le preste.”

Capítulo 10.

Artículo 52. El enfermero ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana [...]. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.

Artículo 53. La Enfermera tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos [...].

Artículo 57. La enfermera debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.

4. Comentario final sobre lo aprendido.

Doy fe que esta historia es cierta, YO era la paciente. Como dije, el encarnizamiento terapéutico con el RN que vivió un mes y medio merece capítulo aparte.

Una lección dura de vida justo antes de empezar a trabajar como enfermera y que recuerdo cada día que voy a trabajar.

Cuando trabajaba en planta insistía para que, al menos durante la noche, no dejaran sonar el timbre más de una vez porque eso despierta a todo el mundo y desde luego les regañaba muy molesta si descolgaban el teléfono, la idea era apagar el timbre rápido y acudir directamente a la habitación, abrir la puerta despacio, no encender la luz y preguntar bajito que desea. Sólo si es necesario, encender la luz de la cama y hacer con el mayor cuidado posible lo que sea preciso procurando no molestar al vecino.

Por el día, tocar siempre antes de entrar a la habitación y cerrar la puerta al salir. Presentarse a los pacientes al empezar el turno, ver cómo están, como se sienten, que necesitan y hacerles saber que eres su referente y que te esforzarás por solucionar sus dudas lo más rápido posible. Me gusta trabajar con la familia, enseñarles a cuidarse unos a otros.

Nota: este texto se ha conservado íntegro al original, salvo un par de especificaciones de los acrónimos entre paréntesis y cursiva, buscando realizar con estos cambios una mejor comprensión.

ANEXO II

1.- Resumen del caso:

Hombre de 86 años, que ingresa en hospital C.O.C (*Consciente, Orientado y Colaborador*) con diagnóstico de ITU (*Infección del Tracto Urinario*) para optimización de tratamiento antibiótico a cargo de Medicina Interna. En esta unidad no había cama por lo cual se ingresa como periférico en la planta de Otorrino.

Con AP (*Antecedentes Personales*): HTA (*Hipertensión Arterial*), DLP (*Dislipemia*), DM (*Diabetes Mellitus*) tipo II, Cardiópata.

Paciente que en domicilio era IAVD (Independiente en las Actividades de la Vida Diaria) con esposa y 5 hijos.

Al inicio de su estancia se descompensa de sus patologías previas y entra en una arritmia cardiaca (FA) durante el turno de tarde. Al ser paciente periférico, su médico responsable sólo lo ve por las mañanas, así que se comunica al internista de guardia, el cual acude y inicia digitalización. Al día siguiente es valorado nuevamente por el médico responsable y suspende el tratamiento puesto por su compañero sin terminar la pauta de digitálicos, el hombre vuelve a empeorar nuevamente por la tarde y entra en insuficiencia cardiaca y respiratoria, es nuevamente valorado por otros internistas de guardia, se le realizan innumerables pruebas y técnicas repetidas en turnos de tardes y noches y por las mañanas nuevamente suspendidas, durante los dos días siguientes el paciente fue empeorando perdiendo la consciencia y su autonomía de decisión. El personal de enfermería habla con la supervisora para intentar trasladar el paciente a la unidad de MI (*Medicina Interna*) y debido a la indisponibilidad de camas se mantiene como periférico.

Por otra parte sus familiares se niegan a dejar de hacerle cosas y insisten en que se le realicen pruebas, por lo cual se decide hablar con internista responsable que hacer en caso de PCR (*Parada Cardio Respiratoria*) y comenta que entremos en habitación y hagamos “el paripé” delante de la familia pero no lo reanimemos y nos dice que es muy viejito y no hay nada más que hacer. Se comenta que lo deje por escrito pero no lo hace. Llega nuevamente el turno de noche y el paciente empeora, pero esta vez es valorado por una residente de MI la cual pide interconsulta a neumología, los cuales valoran trasladar a la Unidad cuidados respiratorios intermedios (UCRI) para colocar un respirador BIPAP (*Presión Positiva en la vía aérea de forma continua regulados mediante dos niveles de presión*) pero tampoco habían camas así que ambos médicos traen a la planta dicha máquina y optimizan el tratamiento, además de estar pendiente toda la noche de él hasta conseguir su mejoría, también gestionan el traslado a la unidad de MI por la mañana.

Pasaron los días y nos enteramos de que A. había salido caminando hacia su casa.

2.- Reflexiones sobre las cuestiones éticas que podemos identificar en este caso.

Unas de las cosas sobre la que me gustaría reflexionar es la gestión de las camas por parte de los centros hospitalarios. En este caso vemos cómo es necesario derivar al usuario a otra unidad que no le corresponde por falta de camas. Esto muchas veces es consecuencia de la mala gestión del centro. Cuando no optimizan bien los recursos se ven obligados a cerrar plantas enteras para reducir gastos, sobrecargando a otras unidades con múltiples ingresos de pacientes con muchas especialidades diferentes, lo cual lleva muchas veces al abandono del paciente por parte del personal sanitario ya sea porque los especialistas se olvidan de ellos al estar fuera de sus plantas o porque muchas veces el resto del personal sanitario no realizan bien los cuidados adecuados a cada especialidad por falta de conocimiento o de actitudes de dejadez al no ser un paciente de su unidad.

Otras de las cosas que vemos es la falta de consenso médico sobre el tratamiento y las medidas asistenciales a tomar. En este caso vemos cómo se vulnera el principio de no maleficencia:

2.4.1.- Principio de no maleficencia.

Históricamente queda recogido en la tradición como "primum non nocere", lo primero es no provocar daño, asegurando la supervivencia del paciente y quedando como una obligación moral fundamental de respeto al otro. Sin embargo, en algunas ocasiones, podría llegar a ser necesario realizar un daño para evitar un mal mayor, por ello es importante entender que el principio de no maleficencia debe comprenderse no sólo como no dañar, sino también como hacer lo indicado y valorar los beneficios y riesgos en las situaciones límites, donde puede llegar a ser preciso realizar un daño para evitar un mal mayor.

El médico al abstenerse a seguir con el tratamiento de los digitálicos causa con ello un daño al paciente al no hacer lo indicado y retirar constantemente las pautas establecidas por sus otros compañeros. Ahí vemos como vulnera la integridad física del paciente llevándolo al límite de casi perder la vida.

2.4.3.- Principio de beneficencia.

Una vez que queda asegurada la supervivencia del paciente, por el principio de no maleficencia, el principio de beneficencia nos impele a buscar positivamente el bienestar del paciente, ayudándole a recuperar su salud más allá de su propia supervivencia. Este principio de beneficencia debe entenderse desde el respeto a la autonomía del paciente, ya que será éste el que decida finalmente su propio bienestar.

El enfermo siempre espera que el médico haga todo lo posible en beneficio de su salud y no lo contrario. En este caso vemos claramente como no se contribuía al bienestar del paciente ya que eran muchas las decisiones médicas y los intereses de terceros los que primaban.

Este médico pretendía imponer su propia manera de hacer el bien al decidir omitir acciones encaminadas al bienestar del paciente como la acción de no RCP (*Reanimación Cardio Pulmonar*) en caso de PCR, justificándose con la edad del señor.

2.4.2.- Principio de justicia.

Junto al principio de no maleficencia conforman el nivel de mínimos éticos, a través de los que se pueda construir finalmente un marco mínimo ético desde el que el paciente pueda tomar una decisión personal. Al igual que todas las relaciones humanas, la relación sanitaria siempre queda enmarcada en una sociedad concreta, que engloba desde lo más privado y personal (familiares, amigos, seres queridos,...) a lo más público y general (instituciones sanitarias, gobiernos,...). A lo largo de los siglos, los modelos de justicia, han sido el reflejo de los diferentes sistemas sociopolíticos que existían, desde una justicia puramente distributiva liberal a marcos más cercanos a la perspectiva socialista, pasando por el desarrollo de los derechos humanos y sociales. Actualmente la justicia se presenta como una mezcla de libertad e igualdad, estableciendo un nivel de mínimos considerados como básicos e irrenunciables. De tal forma, que nos asegura unos mínimos en la dimensión social, siendo una garantía de trato igualitario en el acceso a los bienes o servicios sanitarios, al igual que el principio de no maleficencia asegura unos mínimos en la dimensión individual, siendo una garantía de su supervivencia.

La relación médico-paciente se basa fundamentalmente en los principios de beneficencia y de autonomía, pero cuando estos principios entran en conflicto, a menudo por la escasez de recursos, es el principio de justicia el que entra en juego para mediar entre ellos.

Por otra parte, vemos como la médico residente toma la decisión de tratar al paciente y utilizar otros recursos que existen en el ámbito asistencial de manera equitativa y justa sin tener en cuenta su edad y valorando positivamente la autonomía del paciente y la calidad de vida que traía al ingreso.

Código Deontológico Enfermería Española:

Artículo 4 La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, la enfermera/o está obligada/o tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

2.4.4.- Principio de autonomía.

El principio de autonomía reconoce que el paciente es capaz de tomar sus propias decisiones y que ,los sanitarios ya no podremos pensar de forma paternalista por ellos, decidiendo lo que supuestamente es mejor para éstos. La moderna ética kantiana reconoce al ser humano como un fin en sí mismo, y nunca como un medio, que posee una dignidad inalienable, que impide su instrumentalización, debiendo de ser respetadas sus decisiones que implican finalmente una responsabilidad sobre ellas. En la relación sanitaria supone el reconocimiento del paso del paternalismo, basada en una relación de poder vertical, al reconocimiento de la autonomía del paciente sobre sus decisiones, basado en un diálogo que busca el mejor curso de acción posible, proponiendo ahora una relación de poder horizontal. Los sanitarios informaremos de las cuestiones científicas y técnicas de cada situación, para que el paciente tome sus propias decisiones considerando también su propio sistema de valores. Este principio de autonomía queda reflejado en el consentimiento informado, entendido como un proceso continuo y nunca como un mero documento administrativo dentro de la relación sanitaria.

También vemos como el principio de autonomía del paciente es vulnerado de forma paternalista por el médico responsable que tiende a considerar que por ser una persona de 86 años y estar enfermo ya no se debe o puede hacer nada mas que dejarle morir, sin valorar el grado de autonomía y decisión que tenía el paciente, así como su calidad de vida.

Otras de las cuestiones éticas que hay que valorar es el papel del personal de enfermería de dicha planta. Vemos cómo el personal de enfermería habla con su supervisora y comentan el caso para intentar trasladar al paciente a su unidad de MI para que reciba un seguimiento adecuado a sus patologías y así garantizar un tratamiento correcto, ya que desde nuestro punto de vista la variedad criterios médicos que estaba recibiendo el paciente le había llevado a un estado de sufrimiento por tanto encarnizamiento terapéutico.

Código Deontológico de la Enfermería Española:

Artículo 14

Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

Artículo 15

La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser su padecimiento, edad o circunstancia de dichas personas.

Artículo 61

La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse

cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

3.- Documentación consultada y otras fuentes de información.

Principios bioéticos:

1º Principio de No-Maleficencia.

2º Principio de beneficencia.

3º Principio de justicia.

4º Principio de autonomía.

Código Deontológico de la enfermería Española:

Capítulo II Artículo 4.

Capítulo III Artículos 14, 15.

Capítulo X Artículo 61.

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:

Capítulo I - Artículo 2. Principios básicos.

4.- Comentario final.

Por desgracia en el ámbito hospitalario es muy común ver casos como estos, donde los ancianos son desatendidos por el mero hecho de ser mayores. Nos encontramos con actitudes paternalistas por parte del personal sanitario y la calidad de los cuidados que se les presta no es la misma que se le da a un niño, quizás porque entendemos que han vivido más. Para mí y para el resto de mis compañeros, este caso nos hizo cuestionarnos muchas cosas sobre la calidad de los cuidados por parte de muchos sanitarios.

Estábamos hartos de repetir tantas pruebas innecesarias por inseguridad del personal médico que le atendía y ver sufrir a un paciente a causa de una mala praxis, por lo cual decidimos hablar con nuestra supervisora.

Es nuestro deber moral y ético el que nos fundamenta y nos hace garantizar la calidad de los cuidados que reciben nuestros usuarios.

El paciente tenía una calidad de vida en su domicilio y era nuestro deber moral el seguir fomentándola.

Nota: este texto se ha conservado íntegro al original, salvo un par de especificaciones de los acrónimos entre paréntesis y cursiva, buscando realizar con estos cambios una mejor comprensión.

6. BIBLIOGRAFÍA

ABIZANDA CAMPOS, R., BALLESTER ARNAL, R, y GIL LLARIO, M. D., *Comunicación médico-paciente en la UCI*, Barcelona, EdikaMed, 2009.

ADORNO, T. W., *Sobre la metacrítica de la teoría del conocimiento*, Caracas, Monte Avila, 1970.

AGAMBEN, G., *Estado de Excepción. Homo sacer II, 1*, Valencia, Pre-Textos, 2004.

AGAMBEN, G., *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*, Valencia, Pre-Textos, 1998.

AGAMBEN, G., *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo sacer III*, Valencia, Pre-Textos, 2000.

ARISTOTELES, *Ética nicomáquea y ética eudemia*, Madrid, Gredos, 1998.

AUSIN, T., “Presentación”, *Dilemata*, Nº 12, 2013.

BALZA, I., “Tras los monstruos de la biopolítica”, *Dilemata*, Nº 12, 2013.

BAUBY, J. D., *La escafandra y la mariposa*, Barcelona, Plaza y Janés, 1997.

BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona, Masson, 1999.

BOLADERAS CUCURELLA, M. “Ética y biopolítica” en ROMAN MAESTRE, B. y PALAZZI, C. (Ed.), *Hacia una sociedad responsable: reflexiones sobre las éticas aplicadas*, Barcelona, Prohom Edicions, 2006.

CHOMSKY, N. y FOUCAULT, M., *Sur la nature humaine*, Bruselas, Aden, 2006.

CLOUSER, D. y GERT, B., “A critique to principlism”, *The Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 15, Nº 2, 1990.

CORTINA, A., *Ética mínima*, Madrid, Tecnos, 2008.

DE COZAR ESCALANTE, J. M., *Nanotecnología, salud y bioética (entre la esperanza y el riesgo)*, Gijón, Junta General del Principado de Asturias. Sociedad Internacional de Bioética, 2010.

DEGRAZIA, D. “Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism”, en *The Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 17, 1992.

ENGELHARDT, H. T., *The foundations of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1996.

EPICURO, *Obras completas*, Madrid, Ediciones Cátedra, 2012.

ESPOSITO, R., *Bíos. Biopolítica y filosofía*, Buenos Aires, Amorrortu, 2006.

FEITO, L., GRACIA, D. y SÁNCHEZ, M. (ed.), *Bioética: el estado de la cuestión*, Madrid, Triacastela, 2011.

FEITO GRANDE, L., “El futuro de la bioética. A propósito de un debate”, en *Bioética Complutense*, Nº 1, 2009.

FEITO GRANDE, L., *Ética profesional de la enfermería. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado*, Madrid, PPC, 2000.

FEITO GRANDE, L., *Ética y enfermería*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2009.

FERNÁNDEZ AGIS, D., *Bioética y Biopolítica*, Saarbrücken, Editorial Académica Española, 2011.

FERNÁNDEZ AGIS, D. y GONZÁLEZ CAMPOS, J.S., “Entre el pragmatismo y la inquietud ética. La medicina actual y la reflexión filosófica ante el problema de la humanización de la muerte”, en *Revista Laguna*, 29, octubre 2011.

FERNANDEZ AGIS, D., *Después de Foucault. Ética y política en los confines de la modernidad*, Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 1993.

FOUCAULT, M., *Defender la sociedad*, Buenos Aires, Fondo de Cultura económica, 2000.

FOUCAULT, M., *El nacimiento de la biopolítica*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.

FOUCAULT, M., *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid, Siglo XXI, 2007.

FOUCAULT, M., *Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber*, México, Siglo XXI editores, 2007.

FOUCAULT, M., *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2012.

GRACIA, D., “La deliberación moral: el método de la ética clínica”, *Med. Clin. (Barc)*, 2001.

GÓMEZ URQUIZA, J. L., “La necesidad de certificar las prácticas basadas en evidencias ¿por quién y para qué?”, *ENE, Revista de Enfermería*. Vol. 8 N° 2, agosto 2014.

GUERRA PALMERO, M. J., *Mujer, identidad y reconocimiento. Habermas y la crítica feminista*, Tenerife, Instituto Canario de la Mujer, 1998.

HABERMAS, J., *Ciencia y técnica como ideología*, Madrid, Tecnos, 1986.

HABERMAS, J., *Conocimiento e interés*, Madrid, Taurus, 1982.

HABERMAS, J., *Verdad y Justificación*, Madrid, Editorial Trotta, 2002.

HARDT, M. y NEGRI, A., *Imperio*, Barcelona, Paidós, 2005.

HEIDEGGER, M., *Caminos de bosque*, Madrid, Alianza Editorial, 1995.

HERAS, G., “Proyecto HU-CI. Humanizando los cuidados intensivos. ¿Qué es HU-CI?”, disponible en <http://www.humanizandoloscuidadosintensivos.com/p/que-es-proyecto-hu-ci.html>.

HERNÁNDEZ PEDRERO, V., “Ad Usum Vitae. Actualidad Ética de la prudencia”, *Laguna, Revista de Filosofía*, N° 7 (2000).

HELLER, A. y FEHER, F., *Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo*, Barcelona, Península, 1995.

HOBBS, T., *Leviatán*, Madrid, Editorial Nacional, 1980.

HORTIGÜELA-MARTÍN, V. A., SANCHEZ-CASADO, M., RODRIGUEZ-VILLAR, S., QUINTANA-DIAZ, M, MARCO-SCHULKE, C., GOMEZ-TELLO, V., CABEZAS MARTIN, H., ARRESE-COSCULLUELA, M. A., “Mortalidad tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos y factores pronósticos relacionados en una cohorte de pacientes críticos con disfunción multiorgánica” en *Med. Clin. (Barc)*., 2013.

JIMÉNEZ MIRANDA, J. y ORAMAS DÍAZ, J., “La información científica de calidad, aliada esencial de la Medicina Basada en la Evidencia”, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2003.

JONAS, H., *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Barcelona, Círculo de lectores, 1994.

JONSEN, A. R. y TOULMIN, S. E., *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, London, University of California Press, 1988.

KANT, I., *Crítica del Juicio*, Madrid, Espasa Calpe, 1995.

- KANT, I., *Crítica de la razón práctica*, Buenos Aires, Losada, 1977.
- KANT, I., *Crítica de la razón pura*, Madrid, Alfaguara, 1988.
- KANT, I., *Fundamentación para una metafísica de las costumbres*, Madrid, Alianza editorial, 2012.
- KANT, I., *Sobre la paz perpetua*, Madrid, Tecnos, 1998.
- KUHN, T. S., *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica, 2006.
- LEVINAS, E., *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, Salamanca, Ed. Sígueme, 1997.
- LOPEZ DE LA VIEJA, M. T., “Bioética. El final del consenso” en *Azafea. Rev. filos.* 10, 2008.
- LUNA, F. y SALLES, A. L. F., *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Buenos Aires, FCE, 2008.
- LYOTARD, J.F., *La condición postmoderna*, Madrid, Cátedra, 2000.
- MACINTYRE, A., *After Virtue. A study in Moral Theory*, Notre Dame, University Notre Dame, 2007.
- MACINTYRE, A., *Historia de la ética*, Barcelona, Paidós Básica, 1998.
- MALIANDI, R., y THÜER, O., *Teoría y praxis de los principios bioéticos*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús, 2008.
- MAS, N., OLAECHEA, P., PALOMAR, M., ALVAREZ-LERMA, F., RIVAS, R., NUVIALS, X., GIMENO, R., CATALÁN M., GRACIA M. P., SEIJAS, I., “Análisis comparativo de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos españolas por causa médica y quirúrgica”, en *Med. Intensiva*, Vol. 39, Nº 5, 2015.
- MAYER, D., *Essential Evidence-Based Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004.
- MAYOS, G., “Valores bioéticos, subjetividad y biopolítica”, en: N. BILBENY (coord.), *Bioética, Sujeto y cultura, Cuadernos para el análisis 31*, Barcelona, Horsori Editorial, 2011.
- MILL, J. S., *Sobre la libertad*, Barcelona, Orbis, 1985.

PEÑA ECHEVERRÍA, J., *La ciudadanía hoy: problemas y propuestas*, Valladolid, Ed. Universidad de Valladolid, 2000.

PLATON, *Diálogos IV República*, Madrid, Gredos, 1988.

PUYOL, A., “¿Quién es el guardián de nuestra propia salud? Responsabilidad individual y social por la salud”, en *Rev. Esp. Salud Pública*, 2014.

QUINTANAS, A. (Ed.), *El trasfondo biopolítico de la bioética*, Girona, Documenta Universitaria, 2013.

RICHARDSON, H., “Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems”, *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 19, N° 4, 1990.

RODRIGUEZ-ARIAS VAILHEN, D., “Pluralismo en torno al significado de la muerte cerebral y/o revisión de la regla del donante fallecido”, en *Revista Laguna*, 21; noviembre 2007.

RODRÍGUEZ BORGES, F. y FERNÁNDEZ AGIS, D., *Comunicación mediática y espacio público*, Tenerife, Servicios de publicaciones ULL, 2008.

ROMEO CASABONA, C.M. (Dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, Granada, Editorial Comares, 2011.

ROSS, W. D., *The Right and the Good*, New York, Oxford University Press, 2002.

ROUSSEAU, J.J., *El contrato social*, Barcelona, Edicomunicación, s.a., 1998.

SPINOZA, B., *Ética*, Madrid, Alianza Editorial, 2006.

SPINOZA, B., *Tratado teológico-político*, Madrid, Orbis, 1985.

SULMASY, D. P., “Suggestions for the Future of Bioethics”, Nueva York, ensayo basado en la conferencia impartida sobre el futuro de la bioética para celebrar el cuarenta aniversario del Hasting Center, 2009. Disponible en <http://www.thehastingscenter.org/Bioethicsforum/Post.aspx?id=3768>.

TAKROURI, M. S. M., “Intensive Care Unit”, en *The Internet Journal of Health*, Vol. 3, N° 2, 2004.

THOMPSON, D. R. (Co-Chair), HAMILTON, D. K. (Co-Chair), et. al., “Guidelines for intensive care unit design”, en *Crit. Care Med.*, Vol. 40, N° 5, 2012.

VV. AA., *Indicadores de calidad en el enfermo crítico*, Madrid, Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias, 2011.

VV. AA., *Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

WITTGENSTEIN, L., *Tractatus Logico-philosophicus*, Madrid, Alianza Universidad, 1

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA TESIS	9
2.1. ¿ES NECESARIA UNA “NUEVA” FUNDAMENTACIÓN BIOÉTICA?.....	14
2.1.1. LA VÍA CLÁSICA:.....	14
2.1.1.1. ARISTÓTELES: EL COMIENZO DE LA UNIÓN ÉTICA-POLÍTICA. .	16
2.1.1.2. BARUCH SPINOZA: OTRA ÉTICA ES POSIBLE.....	26
2.1.1.3. IMMANUEL KANT: EL DEONTOLOGISMO Y LA AUTONOMÍA.....	36
2.1.1.4. JOHN STUART MILL: EL UTILITARISMO.....	49
2.1.1.5. T. BEAUCHAMP Y J. CHILDRESS: EL PRINCIPIALISMO.....	62
2.1.1.6. LA CASUÍSTICA.....	74
2.1.1.7. MÁS ALLÁ DEL PRINCIPIALISMO.....	87
2.1.1.8. TRISTRAM ENGELHARDT: LOS EXTRAÑOS MORALES.....	101
2.1.1.9. ¿HASTA AQUÍ HEMOS LLEGADO?	111
2.1.2. LA VÍA COMPLEMENTARIA:.....	112
2.1.2.1. LA ÉTICA DE LA VIRTUD.....	114
2.1.2.2. JÜRGEN HABERMAS: CONOCIMIENTO E INTERÉS.....	126
2.1.2.3. EL COMUNITARISMO.....	138
2.1.2.4. EMMANUEL LÉVINAS: EL OTRO.....	153
2.1.2.5. LA ÉTICA FEMINISTA.....	166
2.1.2.6. ÉTICA Y NARRATIVA.....	179
2.1.2.7. LA ÉTICA DEL CUIDADO.....	194
2.1.2.8. MICHEL FOUCAULT: LA BIOPOLÍTICA.....	206
2.1.2.9. EL FIN DE LA FUNDAMENTACIÓN Y EL ÚLTIMO HOMBRE.....	220
3. HIPÓTESIS DE LA TESIS.....	225
3.1. LA BIOÉTICA NACE DE LA BIOPOLÍTICA.....	226
3.1.1. ANTÍTESIS: EL CONCEPTO DE BIOPOLÍTICA NO ES NECESARIO PARA EL DESARROLLO DE LA BIOÉTICA.....	241
3.2. EL NECESARIO DESARROLLO DE LA “MIRADA BIOÉTICA”	252
3.2.1. TESIS: LA NECESARIA MIRADA BIOÉTICA.....	253
3.2.2. ANTÍTESIS: LAS CIENCIAS SANITARIAS BASADAS EN LA EVIDENCIA.....	265
3.2.3. SÍNTESIS: LAS CIENCIAS SANITARIAS BASADAS EN LA HUMANIDAD.....	270
3.3. VIGILAR Y CUIDAR.....	275
3.3.1. TESIS: LAS UCI COMO UPI. LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS COMO UNIDADES DE PACIENTES INVISIBLES.....	277
3.3.2. ANTÍTESIS: LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA COMO ESTÁNDARES DE CALIDAD.....	290
3.3.3. SÍNTESIS: ¿EL CUIDADO COMO VIGILANCIA?	295
4. CONCLUSIONES	300
5. ANEXOS.....	308
6. BIBLIOGRAFÍA.....	316