

# LA BIOÉTICA COMO DISCIPLINA. ASPECTOS FORMALES

P. Ignacio González, CSSR

**Abstract:** Human life's dignity has been always present in the christian moral theological reflection, framed within the fifth commandment. With the appearance of bioethics, this dignity has become more problematic, since complexity factors have entered to play a role, due to the development of technologies that affect the care of human life from its birth to its death. This complexity is developing a methodology for the treatment of specific problems, where individuals, hospitals and public powers have a very important word to say.

En la moral tradicional la doctrina sobre la dignidad de la vida humana ocupaba unas cuantas páginas de los manuales de moral y se enmarcaba dentro del quinto mandamiento del decálogo: NO MATARAS. Los temas que se trataban eran el homicidio, el suicidio y la pena de muerte. El moralista más importante de la Iglesia católica durante todo el siglo XIX y primera mitad del XX, San Alfonso María de Liguori en su *Theologia Moralis*, tres volúmenes que oscilan en la edición crítica de los años 50 del pasado siglo entre las 750 y las 850 páginas dedica a este tema (quinto mandamiento del decálogo) 44 páginas del volumen I<sup>1</sup>.

En los tiempos actuales las intervenciones de la técnica han hecho variar tanto la perspectiva como la amplitud del campo a tratar. Esto ha dado lugar a una disciplina nueva: La bioética, cuyo campo de acción son los innumerables dilemas éticos planteados en el campo de la vida y la salud. El manual de moral posiblemente más extendido en el mundo de habla hispana en los últimos 20 años, la *Moral de Actitudes* de Marciano Vidal, en una extensión aproximada a la de la *Theologia Moralis* de San Alfonso le dedica no unas cuantas, sino casi 300 páginas del segundo volumen<sup>2</sup>.

1 LIGUORI, A. de; *Theologia Moralis* I; edic. crítica de Godè, L, (Romae 1953) 621-664

2 VIDAL, M.; *Moral de actitudes*, II (Madrid 1985) 162-439

Otro dato que nos revela la importancia que la bioética tiene en estos momentos en el campo de la moral cristiana nos la da la cantidad y diversidad de artículos aparecidos en revistas especializadas de ética, religiosa o laica o de teología y filosofía y campos afines. En el volumen que la revista *Moralía* dedica todos los años a la bibliografía en temas de moral nos encontramos en el año 2000 con el siguiente dato: de 120 páginas de títulos, 45 corresponden a temas de bioética. En el año 2001 la misma revista en el número dedicado a la bibliografía en temas de moral, ocupa 105 páginas de títulos de moral; las páginas dedicadas a la bioética son 43, es decir, más de un tercio del total.

Los temas tratados ya no son la trilogía de la moral tradicional: homicidio, suicidio y pena de muerte, sino que se amplía en un extenso abanico que va desde la historia y las diversas concepciones de la bioética hasta los cuidados paliativos pasando por los comités éticos, valor de la vida humana, estatuto humano del embrión, clonación, selección de sexo, etc.

Esta cantidad y diversidad nos demuestra la fortaleza de la bioética en la reflexión moral en estos momentos. Es auténticamente el tema estrella. Si en otros tiempos en los manuales de moral otros temas, como la conciencia, tuvieron esta primacía, hoy la bioética ocupa el primer lugar.

## A.- DEFINICIÓN, ORIGEN Y CAUSAS DEL NACIMIENTO DE LA BIOÉTICA

El concepto Bioética nace en el ámbito anglosajón y ha encontrado acogida favorable en el resto de las áreas lingüísticas. Como dice M. Vidal, “aunque no niega la referencia religiosa en los discernimientos morales, la bioética se sitúa en el horizonte de la ética racional y pretende ofrecer una orientación válida para la sociedad secular y pluralista. La reflexión teológica ha de tener en cuenta los planteamientos y soluciones de la bioética, al mismo tiempo que se mantiene en coherencia con la cosmovisión cristiana”<sup>3</sup>.

El término BIOÉTICA aparece por primera vez en 1971 en una obra de Ralph Van Rensselaer Potter titulada: *Bioethics: Bridge to the Future*. En 1978 publica la célebre *Encyclopedia of Bioethics* en la que se ofrece una definición

---

3 VIDAL, M.; *o. c.* 179

aceptable de la disciplina:” el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales”.

La bioética, afirma Vidal, “se presenta como un saber orgánico, en estrecha relación con la ética fundamental y los datos de la ciencia y de la atención médica. El propósito general de la bioética es lograr la adecuada composición entre estas dos realidades de la vida y de la ética; una composición que no sea mera yuxtaposición sino auténtica interacción”<sup>4</sup>.

La bioética, como todos los saberes humanos, han surgido en un lugar y en un tiempo determinados impulsados por unas circunstancias y situaciones concretas que impulsan al hombre a buscar soluciones apoyado en la capacidad técnica y discursiva de que en ese momento concreto dispone. De ahí que la bioética surja en la segunda mitad del siglo XX y no en otro momento de la historia.

Concretizando las causas que motivaron el nacimiento de la nueva disciplina podemos señalar con D. Gracia las siguientes<sup>5</sup>:

1.- Las revoluciones biológica y ecológica. Si la primera mitad del siglo XX supuso el descubrimiento de lo infinitamente pequeño en el campo de la materia inerte, la segunda mitad del mismo siglo aportó, con el descubrimiento del código genético en los años 60 de este mismo siglo, la explicación de lo infinitamente pequeño en el campo de la vida.

A estos dos grandes descubrimientos han seguido paralelamente dos inmensos riesgos:

- al primero, el de la destrucción atómica ( recuerden las explosiones atómicas en Hiroshima y Nagasaki en 1945, la crisis de los misiles en Cuba en los años 60 del siglo pasado)
- y al segundo, por un lado, el deterioro ecológico con sus riesgos puestos de manifiesto desde los años 70 (*Los límites del crecimiento* y *Nuestro futuro común*) y por otro, con las técnicas de reproducción asistida y, sobre todo,

---

4 IBID.

5 GRACIA, D., *Planteamiento general de la bioética* en M. VIDAL, *Conceptos fundamentales de ética teológica* (Madrid 1992) 422-428

con la posibilidad de manipulación del genoma humano con técnicas como la del ADN recombinante, se ha planteado crudamente la pregunta de si todo lo que es técnicamente posible es éticamente correcto, (se ha roto el mito de la Ilustración de que el saber, el conocimiento, la razón, harán felices y buenos a los hombres. El *atrévete a saber* de la Ilustración presenta hoy serios interrogantes)

2.- La revolución médico-sanitaria. El ejercicio de la medicina siempre ha planteado problemas éticos como lo ponen de manifiesto los códigos deontológicos que jalonan la historia occidental desde la época hipocrática (S. V antes de Cristo) hasta nuestros días. Sin embargo nunca como hasta ahora, se le habían planteado a los profesionales de la medicina tantos y tan serios problemas morales (Reproducción asistida, terapia génica...). Las razones de este cambio son de tres tipos:

- la mayor autonomía y capacidad de decisión del enfermo: desde los tiempos de la medicina hipocrática el médico consideró un deber regirse por el hoy llamado criterio de beneficencia y que antiguamente se formulaba: *favorecer o no perjudicar* y que los latinos redujeron magistralmente al *Primum non nocere*. A este principio se le dio una interpretación *paternalista*: el enfermo no es sólo un disminuido fisiológico, sino también psicológico ya que el dolor enturbia la capacidad de percibir y de decidir y por ello es el médico el que toma las decisiones. La relación médico-enfermo es asimétrica (el médico con frecuencia estaba dotado de un aura y una autoridad que hacía indiscutible su decisión al tiempo que gozaba de un saber esotérico con el que se hacía respetar). El buen enfermo era aquel que aceptaba sumisamente las decisiones del médico.

A partir de los primeros años 70 los códigos de derechos del enfermo afirman la condición adulta del enfermo y, por lo tanto, su capacidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo. El enfermo es una persona adulta y responsable que, salvo excepciones, debe tomar decisiones sobre su propio cuerpo. El médico tiene la información, pero el consentimiento, la decisión, está en manos del enfermo. Es lo que llamamos: *consentimiento informado*.

- Los nuevos avances tecnológicos y los límites del principio de beneficencia: la máxima a seguir por los médicos ha sido siempre: hacer lo posible por salvar al enfermo. Ahora bien las nuevas tecnologías han hecho que empiecen a surgir serias dudas sobre lo que es beneficios para el paciente

y lo que no. Se suele afirmar que el médico debe actuar siempre a favor de la vida pero, como dice D. Gracia, “esta frase, como todas las expresiones excesivamente generales y rotundas, pueden acabar vengándose de quien las pronuncia. ¿La defensa de la vida debe llevar al médico a no dejar morir en paz a sus pacientes? ¿Es moral el llamado encarnizamiento terapéutico? Es probable que así, fríamente y de modo abstracto, todos respondamos que no. Pero tan claro como esto, es que, en la práctica, las cosas no resultan nada claras. De ahí los conflictos. La nueva tecnología genera un sinfín de conflictos, que han cambiado drásticamente la vieja relación médico-paciente”<sup>6</sup>.

- Los cambios institucionales y el problema de la justicia sanitaria. El tercer frente de conflictos éticos tiene que ver con el acceso igualitario de todos a los servicios de salud y la distribución equitativa de recursos económicos limitados y escasos. La idea de justicia exige que se les asegure a todos la cobertura de las necesidades sanitarias. Ahora bien ¿qué entendemos por necesidades sanitarias? ¿Cómo diferenciar en el campo sanitario lo necesario de lo superfluo? ¿Con qué criterios nos manejamos para la distribución de recursos escasos?.

Finalizando su reflexión en este campo D. Gracia afirma que la entrada en juego de estos tres principios: autonomía, beneficencia y justicia explican la conflictividad de la sanidad actual. Mucho más conflictiva que en tiempos anteriores pero, termina afirmando, “me atrevo a decir que es mucho más humana. Esta paradoja está en el origen histórico de la bioética”

## B.- LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

La bioética, como todas las ciencias, se sirve de unos principios, criterios fundamentales que le permiten afrontar las situaciones y tratar de encontrar las soluciones a los problemas planteados. Todo conocimiento que pretenda el estatuto de científicidad se marca unas líneas maestras, un camino por el que discurrir para lograr el fin deseado. En bioética estos principios son los siguientes:

## 1.- Autonomía del individuo

Para algunos autores este es el principio fundamental. “Es el principio que regula las instancias éticas expresadas por el paciente que, en virtud de su dignidad como sujeto, tiene el derecho de decidir autónomamente si aceptar o rechazar lo que se trata de hacer con él, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico”<sup>7</sup>.

Así lo entiende el *Convenio relativo a los derechos humanos y biomedicina* (4-4-1997) cuando afirma que: “una intervención en el ámbito de la salud sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”<sup>8</sup>.

Esto nos pone en relación directa con el consentimiento informado de la persona actual o potencialmente enferma. Este es requerido no sólo por los ordenamientos legales, sino también ante los continuos dilemas que se presentan en bioética (por ejemplo: Problemas relativos al final o el origen de la vida: los padres tienen derecho a saber en qué condiciones viene su hijo cuando esto es conocido; en el caso de una inseminación artificial la mujer tiene derecho a “elegir” que la inseminación se produzca con un semen que posee ciertas características muy semejantes a ella misma. Recuerden el caso publicado hace unos meses: una pareja de raza blanca que recurre a las técnicas de reproducción asistida con semen y óvulos de la misma pareja, se produce una doble fecundación y nacen dos gemelos negros: ¿Qué pudo pasar: o que el óvulo fue fecundado con semen de otro hombre, o que no era el óvulo de esa mujer, sino de otra o que le implantaron embriones procedentes de otra pareja)

El principio de autonomía “trata de evitar, por una parte, el abuso del paternalismo médico y, por otra parte, un cierto contractualismo terapéutico. El primero parece oponerse a la libertad y dignidad de la persona. El segundo

---

7 FLECHA, J.-R.; *La fuente de la vida. Manual de bioética* (Salamanca 1999) 61

8 *Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina* (4-4-1997), cap. II, a.5

es evidentemente imposible, dada la desigualdad en la que se encuentra el paciente con relación a la institución médico-sanitaria”<sup>9</sup>.

Ahora bien, el ser humano no es sólo un cuerpo, sino una compleja realidad psicosomática. Además el ser humano vive al convivir. Es un ser sociable y por lo tanto el principio de autonomía ha de ponerse en relación con otras referencias como son la alteridad y la responsabilidad.

## 2.- El principio de beneficencia

De lo dicho se sigue que el principio de autonomía se complementa con el de beneficencia. Este principio “regula las instancias éticas típicas de la profesión sanitaria que tiene por finalidad la defensa de la vida, de la salud física y psíquica de la persona y el alivio de sus sufrimientos, el respeto a la dignidad de la persona”<sup>10</sup>.

La mayoría de los códigos éticos obligan a los profesionales a intervenir en casos de necesidad, a pesar de que el paciente no haya podido expresar su consentimiento, así lo contempla *El Convenio relativo a los derechos humanos y biomedicina* (Oviedo 4.4.97)

Al afirmar que: “cuando, debido a una situación de urgencia no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada”<sup>11</sup>. (Recuerden lo afirmado en relación al principio de autonomía: el enfermo o sus familiares tendrán derecho a intervenir y decidir, pero hay muchos momentos en los que el médico tiene que actuar según el principio de beneficencia porque está en juego la vida y no hay tiempo para la consulta)

A la hora de decidir por un principio u otro (autonomía o beneficencia) “serán determinantes la capacidad de decisión de la persona y su coherencia axiológica”<sup>12</sup>. El mismo Convenio en su artículo 9 “exige tomar en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención,

9 FLECHA, J.-R.; *o.c.*, 62

10 FLECHA, J.-R. ; *o.c.*; 63

11 *Convenio....*, cap. II, a.8

12 FLECHA, J.-R.; *o.c.*; 63

no se encuentre en situación de expresar su voluntad”, (por ejemplo, en enfermos terminales que han expresado previamente su voluntad de que no se les apliquen medios extraordinarios, que se les deje morir en paz en un ambiente familiar).

El principio de “beneficencia autoriza a una cierta manipulación del paciente que aún contraviniendo sus decisiones aparentemente autónomas, pero evidentemente inauténticas, tratar de salvaguardar el valor de la vida o si se prefiere el de la calidad de su vida”<sup>13</sup>, (por ejemplo un enfermo que, a causa de unos dolores muy fuertes estuviera pidiendo que se le dejara morir en paz cuando el personal médico sanitario sabe que con determinado tratamiento el paciente puede recuperar una cierta calidad de vida).

En su formulación negativa este principio sería de no maleficencia: no hacer mal. Los latinos lo sintetizaron con su famoso: “*primum non nocere*. Juro ... que no daré a nadie un veneno, aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de cualquier sugerencia en ese sentido; igualmente no daré a ninguna mujer una sustancia abortiva... (juramente hipocrático)

### **3.- El principio de justicia**

Este constituye el tercer pilar de la bioética o, como alguien ha dicho, la trinidad bioética. Este principio “expresa y sintetiza las instancias éticas que en el acto médico hace valer un tercer sujeto y actor, como es la sociedad, en la que el paciente y el médico se encuentran insertos. En la necesidad todos los sujetos merecen el mismo respeto y tienen derecho a reivindicar su derecho a la vida, a la salud y a la equidad en el reparto de los recursos sanitarios”<sup>14</sup>.

Cuando los recursos son escasos se impone la necesidad de determinar cómo gastarlos. ¿tiene derecho un ciudadano a exigir un tratamiento costoso y sofisticado cuando a lo mejor la mayoría de la población carece de los remedios más elementales?. (Ejemplo: una inseminación asistida en una sociedad carente de la asistencia primaria para una parte notable de su población infantil; o un tratamiento con antirretrovirales para el SIDA en

---

13 FLECHA, J.-R.; *a.c.*,64

14 FLECHA, J.-R.; *a.c.*, 64

sociedades carentes de los más elementales medios para la medicina primaria. Este tratamiento cuesta en torno a 12.000 euros al año).

Al lado de estos tres principios, la llamada *trinidad bioética*, hemos de tener en cuenta los principios tradicionales en la ética de la vida<sup>15</sup>:

- Doble efecto: en la vida nos encontramos con situaciones o acciones que tienen efectos diversos: unos concordados con las exigencias de la ética y otros rechazables. En esta situación es válido realizar una acción u omisión buena o indiferente, de la cual se sigue esa diversidad de efectos, con tal de que se considere el bueno como prioritario y pretendido voluntariamente y no haya relación de causalidad del efecto malo sobre el bueno
- Totalidad: las partes del organismo están al servicio del todo: la integridad de la persona, en consecuencia es lícito sacrificar las partes al todo.
- Confidencialidad
- Tucidismo: lo más seguro. La vida humana es un valor tan grande que su defensa impediría cualquier experimento injustificado que pudiera ponerla en peligro; así lo expresa el magisterio eclesiástico al afirmar que: bastaría la sola probabilidad de encontrarse ante una persona para justificar la más rotunda prohibición de cualquier intervención destinada a eliminar embrión humano<sup>16</sup>.

### C.- LOS DERECHOS DEL ENFERMO

Como es natural, al hablar de derechos el referente último siempre son los derechos humanos. Pero es necesario “un marco más concreto que oriente la actividad biomédica de acuerdo con unos valores fundamentales”<sup>17</sup>. De hecho siempre, ya antes de la aparición de la bioética, ha habido una normatividad ética en el tratamiento de la vida humana. Pero algunos elementos marcan la novedad de esta disciplina. J. R. Flecha<sup>18</sup>, a quien seguimos básicamente en este capítulo, señala dos:

---

15 CF. IBID, 64-68

16 *Evangelium Vitae*, 60

17 FLECHA, J.-R.; *o.c.*; 68

18 Cf. IBID; 69-70

- un elemento objetivo determinado por la novedad de las situaciones a las que ha dado lugar el avance tecnológico científico en relación a la manipulación de la vida humana. Avances que no sólo dicen relación a la curación, sino también al origen de la misma vida. Las nuevas situaciones “presentan dilemas éticos para los cuales no siempre hay un coherente juego de jerarquización de valores”<sup>19</sup>. (¿Qué hacer, por ejemplo con los embriones congelados: dejarlos ahí para siempre con el costo que supone de mantenimiento, utilizarlos como material de investigación, darlos en adopción?).

- Un elemento subjetivo: la profesión biomédica ha sido regulada por códigos deontológico que exigían del médico unos deberes en relación a su paciente (por ejemplo, el juramento hipocrático). La pretensión era, lógicamente, evitar el mal y hacer el bien al paciente. La responsabilidad recaía sobre el médico que ejercía un cierto paternalismo en relación a su paciente.

El mundo moderno ha promovido los *derechos del paciente*. Este tiene unos derechos y también unos deberes:

. Entre los primeros: información veraz, oportuna y adecuada sobre el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad o salud. Igualmente el derecho a la vida privada<sup>20</sup>. (Piensen, por ejemplo, en una prueba genética que revele la predisposición o la certeza de que una persona va a padecer cierta enfermedad degenerativa y no sólo él, sino, presumiblemente, una parte de sus familiares cercanos ¿qué hacer con esa información? ¿Qué harán las compañías de seguros? ¿Qué empresa le dará trabajo? ¿Desearán los familiares conocer un futuro previsible y, quizás, no muy halagüeño?)

. Entre los segundos: obligación de contar con el consentimiento libre, informado y revocable del paciente que se somete a un tratamiento<sup>21</sup>.

---

19 IBID; 69

20 IBID.

21 Cfr. El Convenio firmado en Oviedo (España) entre los miembros del Consejo de Europa junto con USA, Canadá, Japón, Australia, Santa Sede y que lleva por título: *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina*.

## D.- comités de ética asistencial

En primer lugar vamos a dar una definición de qué es un Comité de ética asistencial.

*“Los comités de ética asistencial son órganos consultivos dentro de la estructura sanitaria, en el ámbito hospitalario, para la resolución de casos donde entran en conflicto valores vitales y valores espirituales, en el amplio sentido del término –es decir, no necesariamente religiosos”<sup>22</sup>.*

### 1.-.Por qué nacen estos comités.

Los comités de ética asistencial nacen, según R. Jiménez, como respuesta a dos necesidades básicas: “por un lado la situación actual de la sociedad con una revalorización de los valores éticos y morales, de tal forma que la mayoría de las relaciones entre médicos, enfermeras, resto de los profesionales al servicio de la salud con los pacientes, familias o comunidad en general, están impregnados de dilemas éticas en muchas de sus actuaciones y comportamientos.

Por otro lado el término bioética se asocia al análisis de problemas lógicamente dentro del ámbito médico y de tipo diferente, clínico, asistencial o de investigación biomédica y esto se debe hacer mediante un diálogo pluralista y abierto pero con una sistemática.

El avance continuado de las nuevas tecnologías aplicadas a la medicina ha motivado la aparición de un posible dominio, aunque sólo sea temporal, entre la vida y la muerte. Esto crea dudas sobre los resultados que se puedan obtener con determinados procedimientos terapéuticos así como en la valoración riesgo-beneficio para el paciente, ya que indudablemente ese avance no sólo crea beneficio sino importantes riesgos en su aplicación, aparte de la posible limitación de medios que nos puede obligar a una selección sobre los mayores beneficios que se puedan obtener de acorde con unos resultados presumiblemente mejores.

Toda esta situación, cada día más real y frecuente, sobre todo en los hospitales de alta tecnología, ha motivado la necesidad de la creación de

---

22 ABEL I FABRE, F; Tomado de TREVIJANO, M.; *¿Qué es bioética?* (Salamanca 1999) 159

comités de ética asistencial, en los cuales se compartan decisiones que pueden afectar tanto a la vida en un momento determinado como a la calidad futura de la misma, sobre todo cuando existen dudas en la forma de actuación o discrepancias con la actitud de enfermos o familiares”<sup>23</sup>.

## **2.- Quiénes forman un comité de ética asistencial:**

“En un comité de ética conviene que estén presente los diferentes puntos de vista que pueden incidir en la toma de decisiones para que se asegure la interdisciplinariedad”. Normalmente los comités de ética oscilan entre los 5 y los 25 miembros. M. Trevijano sugiere que un comité debe constar de: un tercio de médicos, un tercio de enfermeras y un tercio de otras personas entre las que pueden estar: un especialista de ética, un capellán, un asistente social, un abogado, un psicólogo. En USA se recomienda que asista una persona ajena al campo de la salud”<sup>24</sup>.

## **3.- Funciones básicas de un comité de ética asistencial**

- “Velar por el cumplimiento de los derechos del paciente.
- Procurar una conveniente formación en bioética del personal del hospital.
- Colaborar y facilitar la actitud a tomar ante problemas éticos distintos y de diferentes consecuencias.
- Elaboración de protocolos sobre la forma de actuar ante los dilemas éticos más frecuentes como por ejemplo la reanimación o muerte cerebral”<sup>25</sup>.

## **4.- Hacia la decisión**

Una vez que se ha hecho una descripción exhaustiva del caso: historia, situación actual, pronóstico, actitud del enfermo ante la enfermedad (de los padres o tutores, si es un niño o una persona incapacitada) etc.. viene el momento de hablar de las decisiones las cuales deben ser comentadas a partir de dos principios básicos: beneficencia y justicia .

---

23 JIMÉNEZ, R.; *Metodología práctica de un comité de ética*, Labor hospitalaria/ 244, 128

24 TREVIJANO, M.; *o.c.*; 161

25 JIMÉNEZ, R.; *o.c.*; 129 ; Cf. TREVIJANO, M. ; *o.c.* ; 160

Discutido el caso desde estos dos principios vendrá la consideración del principio de autonomía: cualquier decisión debe basarse sobre la voluntad del paciente. Pero este principio tampoco es absoluto. Puede haber situaciones en las que para la defensa de la vida el médico puede tomar decisiones al margen de la voluntad del paciente (un enfermo que pide que le dejen morir cuando el equipo médico sabe o tiene fundadas esperanzas de que con un determinado tratamiento por incómodo que sea puede tener una calidad de vida digna)<sup>26</sup>.

## 5.- Decisiones

Además de los principios anteriores, R. Jiménez propone que se tengan en cuenta también estos otros:

- reducción de riesgos (no nocividad)
- utilidad potencial
- garantía de control tanto médico como familiar lo que obligará a un exacto conocimiento de los pros y los contras de nuestra actitud
- consideración del nivel cultural de la familia, así como su ideología o creencias religiosas<sup>27</sup>.

“La decisión ética a ser posible ha de tomarse por unanimidad, teniendo siempre en cuenta que nunca es vinculante y que en último término puede prevalecer el principio de autonomía”<sup>28</sup>.

## 6.- Información a la familia

La información a la familia ha de darla el profesional que más contacto tenga con la familia. Y, según el autor ya citado, debe reunir las siguientes características:

- Explicación del pronóstico
- Los pros y contras de las medidas terapéuticas que pueden utilizarse

---

26 Cfr. JIMÉNEZ, R.; *o.c.*; 130

27 Cfr. IBID.

28 IBID.; 130

- Duración del tratamiento
- Igualmente se le transmite un resumen de lo dialogado en el comité y de la decisión final del comité<sup>29</sup>
- Utilización del lenguaje lo más claro posible para que el paciente o la familia puedan tomar la decisión que crean más conveniente.

## **E.- el concepto de calidad de vida**

Hablar *de calidad de vida* supone una seria dificultad por la diversa comprensión que se tiene a partir de concepciones filosóficas o religiosas y también, desde el punto de vista clínico, dependiendo de la orientación personalista o vitalista del profesional.

**1.-Desde el punto de vista filosófico** el término calidad de vida, según Abel i Fabres puede tener al menos doble sentido.

Para el filósofo “de corte metafísico”, calidad equivale a dignidad y, por lo tanto,

- “toda vida humana es igual a otra vida humana en dignidad y, por ello, debe ser respetada”
- la dignidad de toda vida humana exige el respeto absoluto independientemente de las anomalías o deficiencias que padezca y que limitan su autonomía o relación social.

Desde una perspectiva relativista:

- la vida humana es indigna de ser vivida si no es productiva
- la vida humana no merece la pena vivirse si no comporta felicidad par sí o para los otros
- la vida humana no merece la pena si no es capaz de alimentarse o cuidarse por sí misma<sup>30</sup>

---

29 Cf. IBID.

30 ABEL I FABRES, F.; *Dificultad el concepto “calidad de vida”*, Bioética y Debat 11 (1997) 10

**2.-Desde el punto de vista teológico** (tradición judeocristiana) la vida es un don de Dios y la grandeza del hombre le viene por ser imagen del Creador. El hombre no es dueño de su vida y ésta es un don y una tarea. Estamos obligados a conservarla, mejorarla y realizar el plan de Dios que coincide con la plenitud de la vida humana. Este último objetivo se debe alcanzar autónomamente, libremente y solidariamente

**3.-Desde el punto de vista clínico**, *calidad de vida* “se refiere a las condiciones biofisiológicas y sociales que dan lugar a una vida autónoma y humana: conocer, hablar, moverse. (...) Los clínicos acostumbran a valorar la vida en función de dos escuelas. Una de ellas, por fortuna la menos numerosa, dice Abel i Fabres, valora la vida en función de meros parámetros biológicos. Otra escuela, valora mucho el factor de autoconciencia del paciente, actual o la que pueda recuperar”<sup>31</sup>.

En general el médico cuando habla de *calidad de vida* hace alusión a las condiciones que permiten a la persona vivir de manera independiente. En la medida en que este vivir independiente se disminuye, también se deteriora la calidad de vida. Disminución de la capacidad de movimiento, de expresión supone disminución de la calidad de vida (un niño con daños neurológicos importantes o con una enfermedad incurable puede ocupar un lugar especial en su entorno; la atención que se le presta está demostrando que su vida sí es valiosa para alguien) La persona proyecta su vida en unas determinadas condiciones de autonomía y relación y a partir de las condiciones en que una intervención las limite valorará si merece la pena o no someterse a ella. No cabe duda de que una vida más larga, pero más limitada no siempre presenta el atractivo de una vida más corta, pero más autónoma o más comunicativa

#### **4.- Hacia una definición.**

Abel i Fabres recoge la distinción que el Instituto de Bioética de Maastrich propone:

- calidad de existencia para indicar las circunstancias de vida de los individuos: salud, bienestar, etc. A esto responde la medicina.

- calidad humana, responde a la pregunta del modo cómo la persona da sentido o puede dar sentido a su vida.

Este último concepto corresponde al de calidad de vida para el médico o el ético de corte personalista: posibilidad de realización autónoma por parte del interesado<sup>32</sup>.

## 5.-¿Quién decide sobre la calidad de vida?

Solamente la propia persona puede decidir sobre la calidad de su vida. Seguir criterios externos será instrumentalizar la vida de una persona en beneficio de otros intereses. Solamente la propia persona puede juzgar si merece la pena privarse de algo, arrostrar ciertas incomodidades, someterse a intervenciones médicas extraordinarias etc... en función de alargar, por ejemplo, la vida.

Abel i Fabres insistiendo en la autonomía de la decisión afirma: “utilizar correctamente el factor calidad de vida en una decisión clínica supone tener en cuenta los valores personales y subjetivos, que pesan en el interesado al evaluar la calidad de vida (es él, quien ha de vivirla, y no el médico) y no decidir nunca por factores ajenos a su propio interés”.

De aquí se sigue la necesidad de que en la decisión participe el propio paciente o, si él no está en condiciones de hacerlo, su representante o quien mejor conozca la decisión que al paciente le gustaría que se tomara. Los Principios de ética médica europea en su artículo cuarto afirman: “el médico no puede sustituir su propio concepto de calidad de vida por el de su paciente”.

Terminando su artículo que hemos seguido, Abel i Fabres hace tres observaciones finales:

- el médico no puede prescindir de la opinión del paciente respecto a lo que le conviene, pero tampoco puede prostituir el objeto de la medicina, orientada a tutelar los bienes objetivos de la salud con la valoración que le corresponde.
- nadie está obligado a soportar sufrimientos desproporcionados cuando no se tiene fortaleza para darles sentido. En este caso el médico no está obligado a prolongar la vida a toda costa.

---

32 Cfr. IBID, 11

- cuando la medicina ya no tiene capacidad para restablecer la salud en condiciones adecuadas y el enfermo ha manifestado su voluntad, se puede limitar a los cuidados paliativos que miran al cuidado de la persona sin luchar inútilmente contra la enfermedad<sup>33</sup>.

## F.- USO PROPORCIONADO DE LOS MEDIOS

### 1.- La proporcionalidad

El objetivo último, salvado el principio de la inviolabilidad de la vida, será preservar el “derecho de morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana”<sup>34</sup>.

Pero dada la complejidad de las situaciones con frecuencia surgen dudas sobre cómo aplicar los principios de moral. Hasta hace poco los moralistas hablaban de medios *ordinarios* y *extraordinarios*. Por medio extraordinarios se entienden “tratamientos médicos o quirúrgicos, con inclusión de los procedimientos propios de la medicina intensiva, que se limitan, por medio del mantenimiento, reactivación o sustitución de las funciones vitales, a prolongar el proceso natural de muerte, posponiendo el momento de ésta”<sup>35</sup>. Hoy, dados los progresos de la terapia no es fácil decir cuáles son ordinarios y cuáles extraordinarios, por ello se prefiere hablar de *proporcionados* y *desproporcionados*.

Para valorar la proporcionalidad se deberán relacionar los medios con el tipo de terapia, “el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales”<sup>36</sup>.

La misma Declaración para facilitar la aplicación de estos principios señala algunas puntualizaciones:

---

33 Cfr. IBID

34 *Declaración de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la fe sobre la eutanasia*, 1980, IV.

35 LOPEZ E LA VIEJA, M. T.; *Principios morales y casos prácticos* (Madrid, 2000) 77

36 Declaración..., IV

- Es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos por la tecnología más avanzada, aunque esté en fase de experimentación. Se pondera el ejemplo de solidaridad en bien de la humanidad.
- Es lícito interrumpir tales medios cuando las esperanzas puestas en tales medios no se corresponden con los resultados obtenidos
- Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer
- Es lícito renunciar a tratamientos que podrían implicar un prolongación precaria y penosa de la vida del enfermo. Por eso el médico no debe tener motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro<sup>37</sup>, IV.. La *Evangelium vitae* insiste sobre este tema añadiendo un elemento a la desproporción entre medios y resultados: “ser demasiado gravosos para la familia”<sup>38</sup>.

## 2.- Decisión

La tecnificación de la medicina ha hecho muy difícil la decisión para el enfermo o la familia; por eso, además de éstos, debe ser tenido en cuenta el parecer de los médicos los cuales “podrán juzgar mejor que otras personas si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se puede obtener de los mismos”<sup>39</sup>.

## 3.- ¿Por qué se pide la eutanasia? Los cuidados paliativos

El amor a la vida es algo natural. Todo el mundo desea vivir largo tiempo, pero también todo el mundo desea morir antes que ser una pesada carga para sus familiares, soportar la conciencia de la propia “indignidad” o dolores insoportables. Si un enfermo “pide la muerte real es por el dolor que experimenta al descubrir que, simbólicamente, la sociedad ha firmado ya el acta de defunción”<sup>40</sup>. Por debajo de esta petición hay otras necesidades más profundas a las que se debe dar respuesta.

37 IBID.

38 *Evangelium Vitae*, 65

39 Declaración..., IV

40 LOPEZ AZPITARTE, E.; *La eutanasia. Aspectos éticos y pastorales*. Sal Terrae 89/7 (2001) 545

Aquí es donde entran en juego los llamados *cuidados paliativos*. Son atenciones no de orden terapéutico porque éstos ya han demostrado en estos enfermos su insuficiencia para curar o mejorar su estado. Se trata de enfermos: canceroso, Sida., enfermedades neurológicas degenerativas y conscientes de que están afectados por una enfermedad mortal en breve tiempo.

Las necesidades a cubrir en este tipo de enfermos son de cuatro tipos: físicas, que corresponde su atención al médico; psico-afectivas, se requiere la presencia de personas para una escucha atenta del enfermo que le permita superar o aminorar la angustia, a veces muy profunda, del moribundo y espirituales, que corresponde a los ministros del culto religioso.

Los cuidados paliativos, dicen los estatutos de la *Sociedad francesa de Acompañamiento y de cuidados paliativos*, consideran al enfermo como un viviente, ni aceleran ni retardan su muerte. Los cuidados paliativos están en contradicción con la ética más común en medicina de alargar la vida, escogen en esta fase terminal de la vida, privilegiar la cualidad de la vida que falta más que la duración de la misma<sup>41</sup>.

En último término lo que pretenden las unidades de cuidados paliativos es la defensa de uno de los derechos fundamentales de todo hombre: morir con dignidad.

---

41 Cfr. ABIVEN, M. ; *Le droit à une mort digne. Les soins palliatifs*, Medicien de l'homme, 250 (2001) 9.