

Hermanos de  
San Juan de Dios  
Barcelona

Año 49. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 1997  
Número 244. Volumen XXIX

### CONSEJO DE REDACCIÓN

Director:

MIGUEL MARTÍN

Redactores:

MARIANO GALVE  
JOAQUÍN PLAZA  
CALIXTO PLUMED  
FRANCISCO SOLA

Administración:

JOSÉ LUIS GARCÍA IMAS

Secretaría de Dirección:

MAITE HEREU

### CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL  
FELIPE ALÁEZ  
M.ª CARMEN ALARCÓN  
MIGUEL A. ASENJO  
MANUEL CEBEIRO  
ESPERANZA CACHÓN  
ÁNGEL CALVO  
JESÚS CONDE  
RUDESINDO DELGADO  
JOAQUÍN ERRA  
FRANCISCO DE LLANOS  
PILAR MALLA  
JAVIER OBIS  
JOSÉ A. PAGOLA

### DIRECCIÓN

Curia Provincial  
Hermanos de San Juan de Dios  
Doctor Antoni Pujadas, 40  
Teléfono 630 30 90  
08830 SANT BOI DE LLOBREGAT  
(Barcelona)

Publicación autorizada por el Ministerio  
de Sanidad como Soporte Válido.  
Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268

Depósito Legal: B.2998-61

EGS - Rosario, 2 - Barcelona

## Sumario

A MODO DE INTRODUCCIÓN	98		
Maite Hereu			
<b>I. EL PORQUÉ DE ESTAS JORNADAS</b>			
I-1 RAZONES INSTITUCIONALES	100		
Miguel Martín Rodrigo			
I-2 DESDE LA CIENCIA MÉDICA	102		
Rafael Jiménez González			
I-3 DESDE LA REFLEXIÓN BIOÉTICA	104		
Francesc Abel, s.j.			
ACTO DE INAUGURACIÓN	107		
Pascual Piles			
<b>II. PONENCIAS</b>			
II-1 HISTORIA Y FUNCIONES DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL	110		
Francesc Abel, s.j.			
II-2 FUNDAMENTOS DE LA ÉTICA CLÍNICA	119		
Diego Gracia Guillén.			
II-3 METODOLOGÍA PRÁCTICA DEL FUNCIONAMIENTO DE UN COMITÉ DE ÉTICA	128		
Rafael Jiménez			
II-4 ÉTICA Y DERECHO	131		
Victòria Camps			
II-5 ÉTICA CRISTIANA Y ÉTICA CIVIL	138		
José M.ª Setién Alberro			
<b>III. TRABAJOS DE GRUPO</b>			
III-1 GRUPO DE TRABAJO: ENFERMOS MENTALES	152		
Mariano Galve			
III-2 GRUPO DE TRABAJO: ENFERMOS TERMINALES	155		
Jesús Conde Herranz			
III-3 GRUPO DE TRABAJO: ASISTENCIA GERIÁTRICA	158		
Joan Bertran			
III-4 GRUPO DE TRABAJO: PERINATOLOGÍA	161		
R. Jiménez			
III-5 GRUPO DE TRABAJO: DIAGNÓSTICO PRENATAL Y NUEVAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN	163		
Javier Gafo			
CONCLUSIONES GENERALES DE LAS JORNADAS	165		
Francesc Abel, s.j.			
<b>IV. ACTO DE CLAUSURA</b>			
IV-1 PALABRAS DEL HNO. MIGUEL MARTÍN RODRIGO	168		
IV-2 AGRADECIMIENTO DEL HNO. PASCUAL PILES	169		
IV-3 INTERVENCIÓN DEL CARD. RICARD M. CARLES	171		
IV-4 INTERVENCIÓN DEL HBLE. EDUARD RIUS	173		

# A MODO DE INTRODUCCIÓN

Se celebraron las Jornadas Nacionales sobre Comités de Ética Asistencial durante los días 14 y 15 de marzo en el Auditorio «La Caixa» en Barcelona organizadas por el Hospital Sant Joan de Déu, en concreto por el P. Francesc Abel, presidente del Comité de Ética Asistencial del propio hospital y director del Instituto Borja de Bioética; el prof. Rafael Jiménez, catedrático de Pediatría por la Universidad de Barcelona y miembro del mismo Comité y el Hno. Miguel Martín, jefe del Servicio Religioso del mismo hospital y director de esta revista. A las jornadas acudieron más de 200 participantes venidos de todo el Estado.

Entre los objetivos de los organizadores estaban el fomentar la creación de nuevos Comités de Ética Asistencial en hospitales que aún no tengan; dar a conocer los fundamentos que justifican la ética clínica y sus relaciones con el derecho; desarrollar la metodología de actuación; ofrecer aspectos prácticos de la ética asistencial en las situaciones más habituales en las que ésta se desarrolla y articular la confesionalidad con la ética civil.

Las jornadas se desarrollaron en dos fases: una primera, en la que se expusieron en forma de lección magistral las bases de la Bioética y una segunda, basada en reuniones en forma de grupos de trabajo para analizar casos prácticos.

El acto inaugural corrió a cargo del Hno. Pascual Piles, superior general de la Orden Hospitalaria, acompañado por el Hno. Jesús Etayo, superior provincial; por el Dr. Josep Ganduxé, gerente del Hospital Sant Joan de Déu; por el Dr. Josep Ballester, director médico del mismo hospital y por los tres organizadores.

El acto de clausura fue presidido por Eduard Rius, conseller de Sanitat y por el Cardenal Ricard M. Carles, arzobispo de Barcelona, acompañados del Hno. Pascual Piles, el Hno. Jesús Etayo y los organizadores: P. Francesc Abel, prof. Rafael Jiménez y Hno. Miguel Martín.

LABOR HOSPITALARIA, testigo del éxito de estas Jornadas, quiere ofrecer a sus lectores el trabajo desarrollado durante esos dos días, considerado de gran ayuda para los que os dedicáis o tenéis interés sobre el funcionamiento y formación de los Comités de Ética Asistencial. Recogemos todas las ponencias, los trabajos de los cinco grupos, las conclusiones generales y las palabras de los actos de inauguración y clausura.

También les hemos pedido a cada uno de los organizadores nos diera su punto de vista sobre estas Jornadas Nacionales. Esperamos que os sea de provecho.

MAITE HEREU

LH

JORNADAS NACIONALES

# COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

BARCELONA, 14-15 MARZO 1997

## I. EL POR QUÉ DE ESTAS JORNADAS



HOSPITAL  
Sant Joan de Déu  
BARCELONA

Hospital Universitari de la U.B.

# RAZONES INSTITUCIONALES

## ASISTENCIAL

HOSPITAL  
 Sant Joan de Déu  
 BARCELONA



*El Hno. Miguel Martín Rodrigo fue uno de los coordinadores de las Jornadas.*

**H**oy en día no se comprende el concepto de salud si no va implícito en el mismo la dimensión de educación para la misma. Al mismo tiempo, resulta evidente que toda atención a la salud genera, de forma consciente o inconsciente, una determinada cultura asistencial.

Tomar conciencia de esta implicación y de la responsabilidad que ello supone es una de las características que toda institución sanitaria ha de asumir. Y muy especialmente aquellas instituciones, autodenominadas confesionales, cuya aportación más importante a la sociedad a la que sirve no es tanto la de la prestación de unos servicios asistenciales —que podrían ser prestados por otra institución—, sino la de transmitir una cultura asistencial, un estilo específico, una forma determinada de entender la asistencia, en definitiva un talante propio que emerge de sus raíces más profundas: su carisma.

La sociedad democrática exige, para ser auténticamente tal, que se hagan oír las diversas voces, las diferentes reflexiones de los grupos sociales organizados que constituyen la misma. Cada cual debe aportar al conjunto social aquella especificidad que le corresponde y que es también patrimonio de la sociedad.

Es frecuente en nuestros tiempos proclamar la privatización de la fe. Arrinconar a la misma al ámbito de la estricta intimidad personal sin resonancia alguna en el debate social. Y eso no es justo, ni tampoco bueno para la misma sociedad. Cerrando la boca a cualquiera de los colectivos sociales se le priva al resto de un determinado punto de vista empobreciendo así las perspectivas desde las que determinado planteamiento puede ser abordado.

Puede resultar un tanto comprensible pero no justificable. La relativa cercanía de tiempos en los que la presencia de la Iglesia en nuestra realidad era total y, no pocas veces, exclusiva, parece ahora querer cobrarse su venganza. La mentalidad racional y secularista de nuestra época parece implicar la marginación de las visiones provenientes

de unas creencias y/o ideologías. Se pretende conseguir unos análisis racionalmente exactos, sin sospecha de contaminación alguna por elementos «ajenos» a la razón.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios es muy consciente de que, al mismo tiempo que es una institución confesional, se halla implicada fuertemente en los campos de la salud y la marginación prestando unos servicios sociales. Y los presta desde su identidad confesional. Pero ésta no le aleja sino que, al contrario, le compromete todavía más en el tejido social, político, científico y filosófico en el que se halla implicada esa asistencia.

Claro ejemplo de ello es la existencia del Comité de Ética Asistencial del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues. Un Comité del que podemos afirmar que es, como tal, el más antiguo de España. Son ya casi veinticinco años de andadura del mismo.

Hoy proliferan ya estos Comités de Ética Asistencial en buena parte de los grandes centros asistenciales; se plantea la conveniencia de la existencia de los Comités Nacionales de Ética; proliferan los Cursos, Congresos, Masters en la materia... Y bien que nos alegramos de todo ello. Porque nuestro deseo no es el monopolio ni la exclusividad. Nuestro objetivo es el servicio. Y por ello nos damos por muy satisfechos cuando podemos comprobar que, modestamente, hemos podido ser pioneros mediadores de una realidad como ésta: introducir en la práctica asistencial la reflexión ética inherente a la misma.

Factor importante en esta introducción ha sido, sin duda alguna, el prestigio personal y profesional de muchos de los diversos miembros habidos en nuestro Comité a lo largo de este cuarto de siglo. Prestigio que ha sido vehículo ideal para, desde el mismo, expandir nuestra realidad. Tampoco conviene olvidar la labor de difusión que, de forma humilde pero constante, se ha llevado a cabo tanto desde las publicaciones propias del Comité —los diversos protocolos de actuación elaborados por el mismo—, como por la constante referencia a estos temas que ha recogido LABOR HOSPITALARIA. Medios sencillos, quizá demasiado, pero que han cumplido una misión. Una misión que no ha terminado todavía.

Pero nuestra Institución creía que había llegado el momento de asumir el reto de convocar unas Jornadas Nacionales. Es decir, promover un foro de encuentro desde el que proponer la reflexión, compartir experiencias, conocer personalmente rostros de tantas personas implicadas en este empeño. La dilatada experiencia adquirida desde nuestro Comité creíamos que nos legitimaba para esta apuesta. Y apostamos.

Nos hallamos contentos con el resultado. Estamos convencidos que ha merecido la pena. Podemos afirmar, desde opiniones llegadas de diversos ámbitos, que las Jornadas Nacionales sobre Comités de Ética Asistencial, han cubierto sobradamente los objetivos que con las mismas nos habíamos propuesto. Por eso no podemos sino agradecer la labor de cuantos las han preparado y desarrollado así como de las doscientas personas que en ellas han participado.

Desde siempre tuvimos la idea de recoger en las páginas de LABOR HOSPITALARIA las ponencias y las reflexiones de los diversos grupos de reflexión que en ella se constituyeron. A modo de actas creemos que su publicación puede representar un modo claro de recopilación de tanta riqueza como allí apareció, así como una forma eficaz de difundir sus contenidos a muchas otras personas que no pudieron asistir a las mismas.

Cerramos con ello un momento importante de la reflexión ética llevada a cabo desde una de las entidades de nuestra institución: el Comité de Ética Asistencial del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues. Creemos en lo que hacemos. Y creemos que lo que hacemos debemos ofrecerlo a nuestra sociedad como una aportación al debate bioético de la misma. Con sencillez, pero con honestidad. Nuestra voz no quiere tapar la de ningún otro grupo o institución. Simplemente, unirla a la suya. Para que, en último término, entre todos colaboremos a una asistencia más integral y respetuosa con la dignidad de la persona.

**Hno. MIGUEL MARTÍN RODRIGO**

Director de LABOR HOSPITALARIA.  
Coordinador de las Jornadas Nacionales  
sobre «Comités de Ética Asistencial».

# DESDE LA CIENCIA MÉDICA



**El Prof. Rafael Jiménez también participó en la organización de las Jornadas.**

**L**a necesidad de Comités de Ética clínica dentro de un Hospital de nivel 3 nace de tres premisas bioéticas.

En primer lugar de una revalorización cultural de la sociedad donde se desarrolla nuestra labor profesional, en muchas ocasiones mal dirigida de tal forma que se ha llegado a la creencia general que dado los adelantos médicos todo es curable y evitable. Por otro lado indudablemente los adelantos tecnológicos de soporte vital motiva que se pueda mantener a un individuo con vida artificial durante un tiempo determinado, lo cual va a tener un coste muy elevado para la sociedad y en absoluto en muchas ocasiones mejora el pronóstico futuro de este enfermo ni significa beneficio para el mismo.

Por último el concepto amplio actual de la Pediatría como «*La medicina integral del período evolutivo de la existencia humana que transcurre desde la concepción hasta el fin de la adolescencia*», motiva la inclusión dentro de ética pediátrica de los dilemas que surgen durante el período prenatal tanto en el sentido diagnóstico con la repercusión que puede derivarse de él, o como más recientemente la posibilidad de tratamiento fetal donde hay que valorar especialmente la relación coste-beneficio, hasta los problemas peculiares que se presentan en el adolescente, circunstancia que está presente en los Hospitales Materno-Infantiles.

La Bioética, considerada como la ética aplicada a la medicina, conlleva la decisión de tomar actitudes ante dilemas éticos distintos y de diferentes consecuencias, con un fin de responsabilidad que es la protección de la vida humana, ante una sociedad que sobre todo en los dos últimos decenios se ha caracterizado por un continuo, rápido y progresivo desarrollo de la ciencias biomédicas.

En consecuencia la ética pediátrica puede definirse como «*Conjunto de actitudes encaminadas al mejor hacer en el ejercicio profesional que tiene como objetivo la salud del niño, entendiendo como tal el concepto amplio preconizado por la OMS que incluye un estado de bienestar físico, mental y social*».

Precisamente de esta definición puede derivarse la misión de un Comité de Ética Asistencial el cual a través de su decisión o recomendación, deberá tender a proteger el bienestar infantil en los términos anteriormente expuestos.

El ejercicio profesional en hospitales de alto nivel tecnológico obliga a convivir constantemente con los problemas humanos. Por otro lado el avance de la tecnología aplicada a la medicina, con la posibilidad de tener unas funciones respiratorias y circulatorias suficientes como para mantener a un ser con sus constantes vitales, hace que continuamente nos tengamos que plantear decisiones de vida o muerte ante la hipótesis de continuar o no con medidas terapéuticas extraordinarias no beneficiosas para el futuro del enfermo.

El planteamiento de estas jornadas de Comités de Ética Asistencial, lo hemos basado en parte en lo anteriormente expuesto y con el pensamiento que sería de gran utilidad dar a conocer como funciona un Comités de Ética Asistencial ante problemas que se plantean habitualmente, con el valor de ser uno de los Comités constituidos de mayor antigüedad y estar ubicado en un Hospital de tercer nivel o referencia que cumple con mucho los requisitos que justifican su instauración y que se define como hospital materno-infantil-juvenil.

Aparte de estas consideraciones debe decirse como desde incluso un Hospital confesional como es el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, el Comité de Ética Asistencial debe actuar de forma multidisciplinar y su decisión debe ser independiente de cualquier ideología, si bien lógicamente basado en los principios de la ética cristiana.

Ambas características enriquecen no sólo a los miembros del Hospital sino a los propios componentes del Comité ya que las opiniones sobre determinada consulta pueden verse desde aspectos diferentes, lo cual le dará una dimensión más humana y social que estrictamente asistencial.

Por último reseñar que lo que se intenta transmitir es la propia experiencia, sobre todo en la exposición de casos prácticos, la cual está enriquecida por el seguimiento que habitualmente se hace de las decisiones clínicas.

**RAFAEL JIMÉNEZ GONZÁLEZ**

Catedrático de Pediatría. Universidad de Barcelona.  
Miembro del Comité de Ética Asistencial  
del Hospital Sant Joan de Déu.

# DESDE LA REFLEXIÓN BIOÉTICA



**El P. Abel  
departiendo  
amigablemente  
con el Cardenal  
Ricard M. Carles  
y con Mons. José  
M.ª Setién, que  
participaron  
en estas Jornadas.**

En el campo de la clínica la palabra bioética ha quedado unida al concepto de *interdisciplinarietà* o mejor de diálogo interdisciplinar como metodología de trabajo y desde el año 1978 a los *principios* «canónicos» de la bioética contemporánea: autonomía; beneficencia/no maledicencia y justicia. Estos principios, desde el paradigma antropológico del *personalismo* de inspiración cristiana son traducción del principio del respeto a la dignidad de la persona, del servicio al bien del paciente, integralmente considerado y de la solidaridad. Estos principios y la centralidad del paciente pobre y necesitado en el Carisma de la Orden Hospitalaria se encuentran en la base de la creación del primer comité de ética asistencial en nuestro país. El problema concreto que desencadenó la puesta en marcha del mismo, en los años setenta, fue el de las ligaduras tubáricas. No aprobadas, entonces, por la ley; no justificables por las normas de la Iglesia; ampliamente practicadas en la sanidad privada y desatendidas las peticiones en la sanidad pública, cuando las razones de la solicitud de las mismas era de índole contraceptiva.

Comenzó el Comité de Ética Asistencial teniendo resuelto lo más difícil: una *fuerte motivación en el seno de una comunidad moral, constituida por la Orden Hospitalaria y colaboradores seculares*. Éstos, médicos y enfermeros/as, psicólogas y trabajadoras sociales con distintos niveles de adhesión a los valores institucionales pero respetuosos con los mismos, por lo menos. La clara percepción de que el bien integral de los pacientes aconsejaba la indicación de esterilización, solicitada por un matrimonio; y la seguridad de que la intervención sería atendible, en el ámbito privado, en caso de disponer de medios, fueron los determinantes de la decisión de resolver los conflictos de valores que se presentaban en el Hospital San Juan de Dios para prestar las ayudas científico-técnicas y sociales en los casos de indicación médica de ligadura de trompas.

## SE CONSTITUYÓ EL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DE CARÁCTER INTERDISCIPLINAR

Sin la comunidad moral, interpelada a hacer la revisión crítica de sus normas para dar respuesta al grito de los necesitados, el comité habría naufragado ante los conflictos planteados en el encuentro de las racionalidades científica, ética y jurídica.

El diálogo interdisciplinar –mejor transdisciplinar–, entre las ciencias de la salud y las humanidades, hubiera fracasado en su dimensión teórico-práctica de resolución de conflictos.

Sin el diálogo interdisciplinar entre interlocutores competentes en su propia disciplina o profesión que hicieron gala de paciencia, receptividad y tolerancia no se habría superado el estadio de confrontación.

Cuestionar normas concretas, manteniendo el principio de la dignidad de la persona humana fue el gran reto filosófico y ético. Obligó a superar reduccionismos profesionales y espiritualistas y encontrar el camino difícil, entre la Scilla del *ius-naturalismo* y el Caribdis decisionista de tipo *weberiano*.

En *ius-naturalismo*, según el cual los procesos naturales son modelos normativos para la actividad humana se hallaba representado por algunos miembros del comité, fuertemente marcadas por documentos de implicación teológico-filosófica. Otros, tendían a aplicar el principio decisionista de tipo *weberiano*: comprendidos los datos del problema y sus posibles consecuencias, la evaluación ética se manifestaría por sí misma. En ambos casos se exige un sentido moral sin base racional. Esto chocaba fuertemente con la racionalidad científica que pedía algo casi imposible: la racionalidad de la argumentación ética.

La solución se encontró en el diálogo transdisciplinar según *la razón práctica dialógica*, es decir a través del diálogo celebrado entre todos los afectados por las normas institucionales, llegándose a la convicción por parte de todos de que éstas eran correctas y satisfacían intereses universalizables. A través del diálogo, algunos miembros abandonaron posiciones fideístas y el comité llegó a la convicción de que en las decisiones de los casos presentados para la discusión era necesaria la libertad de espíritu para decidir en conciencia, respetando los pronunciamientos del Magisterio. En otras palabras: se apostaba por una *ética autónoma en un contexto de fe*. Se buscó la fundamentación racional de las decisiones, no según una racionalidad científica, que no corresponde a la naturaleza de la ética, sino según la *racionalidad práctica* gobernada por la prudencia que discierne lo que es *razonable*.

Interminables las discusiones sobre vida y cualidad de vida, cuando el comité entró en las discusiones de casos pediátricos. Fuertes las tensiones entre los llamados valores profesionales (deontológicos) y la exigencia ética de buscar lo más plenamente humano en una circunstancia concreta; de saber en situaciones de conflictos de valores si lo que proponemos instrumentaliza las personas o las trata como fines en sí mismas. Difícil, a veces, mantener la comunicación y el diálogo.

### ÉSTA ES NUESTRA EXPERIENCIA

En todas las discusiones de nuestro comité siempre se ha procurado una medicina humanizadora, atenta a la justicia y a la autonomía. En pediatría, sin embargo las soluciones siempre se han inclinado más a resolver el conflicto beneficencia-autonomía a favor del principio de beneficencia pero respetuosa con el parecer de los padres o tutores legales.

Creo que estas jornadas quedan justificadas por varias razones:

- Existe cierta tendencia a presentar los problemas éticos, planteados en la clínica como consecuencia de los progresos médico-tecnológicos como contraposición ideológica laica o religiosa. *Es un error.*

- Cierta tendencia a resolver complejos problemas, en los que se presentan conflictos de valores, desde posiciones de reduccionismo profesional o de dogmatismos de corte espiritualista. *Hay que superarla.*
- Los organizadores creemos que los comités de ética asistencial son necesarios en una medicina humanizadora, orientada al paciente reconocido como agente autónomo. *Proponemos un modelo.*

En fin creemos que nuestra experiencia puede ayudar. Todo Comité de Ética Asistencial que aspire a llegar a decisiones consensuadas más allá, por tanto de pactos estratégicos, deberá enfrentarse al reto epistemológico; al reto axiológico y al reto que presenta la sociedad a la comunidad médica, recelosa de su poder.

Nosotros encontramos el camino en condiciones casi ideales y hemos superado la prueba del tiempo, hecho que viene avalado por más de 150 reuniones de las que dan fe las correspondientes actas. Estamos contentos pero tenemos la convicción de que nos queda un largo camino por recorrer en el arte de la comunicación donde todos los miembros son, a la vez, docentes y discentes, donde los afectados por las normas, como interlocutores válidos, son miembros de un modelo de «democracia deliberativa» en una comunidad de sensibilidad moral.

**FRANCESC ABEL, s.j.**

Director del «Institut Borja de Bioètica».  
Presidente del Comité de Ética Asistencial  
del Hospital Sant Joan de Déu.



## FUNDACION JUAN CIUDAD

O.N.G. PARA PROMOCION DE LA SALUD EN EL TERCER MUNDO

---

**HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS**

# SALUD

*para todos*

*La fundación desarrolla su labor humanitaria  
con 6.000 camas hospitalarias en África y América Latina*

FUNDACION JUAN CIUDAD - O.N.G.  
C/ Herreros de Tejada, 3  
28016 MADRID • Telf.: 457 55 03

**CONTRIBUYE CON:**

- Medicamentos
- Instrumental y  
aparataje sanitario
- Alimentos
- Ayuda económica

Banco Santander / Suc. 139 (Madrid) / N° Cuenta: 13.726

# ACTO DE INAUGURACIÓN

INTERVENCIÓN DEL HNO. PASCUAL PILES  
SUPERIOR GENERAL DE LA ORDEN HOSPITALARIA  
DE SAN JUAN DE DIOS



**El Hno. Pascual Piles tomó parte en la inauguración de las Jornadas Nacionales de Comités de Ética Asistencial**

Un saludo a todos los participantes de estas Jornadas Nacionales sobre los Comités de Ética Asistencial organizadas por el hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Os saludo en esta ocasión como representante de San Juan de Dios. Me ha encantado encontrarme de nuevo con tantas personas conocidas. Con el mismo sentimiento de afecto, saludo a quienes me ven y veo por primera vez y que habéis venido aquí preocupados por la forma de aplicación de la Ética en el campo asistencial.

Felicito a los organizadores, al Dr. Francesc Abel, al Dr. Rafael Jiménez y al Hno. Miguel Martín. Considero que el convocar estas Jornadas, con el argumento que las definen, ha sido un gran acierto.

La vida de las personas necesita de valores fundamentales que la iluminen, que la dignifiquen. El nacer, el morir, y las distintas situaciones que acontecen entre estas dos realidades dentro

del ámbito asistencial necesitan de una reflexión ética seria, que les den luz y que aborde los problemas en que nos podemos encontrar.

No sé si cuantos nos encontramos aquí compartimos la misma fe en Jesús de Nazaret. Puede ser que haya personas movidas sólo por valores humanos. A ellas mi respeto y mi reconocimiento por participar en estas Jornadas en las que buscan luz para una atención asistencial que proteja y sirva en todo momento al ser humano.

El hecho de estar promovidas por un Centro de la Orden Hospitalaria y de plantear en sus objetivos la articulación de la confesionalidad con la ética civil me lleva a proclamar que nuestros planteamientos deben de estar iluminados por el Magisterio de la Iglesia.

Magisterio que debe ser acogido con el respeto y consideración que merece, porque intenta ser en cada momento una interpretación de los datos de la Historia de la Salvación en favor de la humanidad. La luz que nos da, parte de los principios fundamentales, por tanto, universales y hemos de ser nosotros quienes lo apliquemos a las situaciones concretas.

Aquí es donde veo yo la necesidad de las Jornadas que estamos realizando y la necesidad de la existencia de los Comités de Ética Asistenciales en las Instituciones dedicadas a la promoción de la salud integral de las personas.

Lo que queremos es servir adecuadamente. El Magisterio tiene en consideración la reflexión antropológica, filosófica y teológica. Debe aplicarse a la situación concreta sin caer en un subjetivismo.

He aquí el reto al que tenemos que responder. Guiarnos por el universal en nuestras decisiones para dignificar la situación concreta en la que viven las personas.

Es una tarea bonita, pero que exige formación adecuada, participación de los distintos estamentos asistenciales que tienen relación con el problema, contar con el interesado y/o sus familiares, tener la capacidad de decidir o iluminar las decisiones que se deban tomar.

No es fácil. Si fuese todo tan exacto, me atrevería a decir que no sería necesario el que existieran los Comités de Ética Asistencial. Pero sabemos que no es así.

La ciencia avanza. Cada día tenemos nuevas noticias que tienen que ver con el nacer, el vivir y el morir.

Quienes queremos atender a las personas en sus necesidades más profundas desde nuestra fe cristiana, hemos de demostrar una vez más la relación estrecha que existe entre el binomio fe y vida y tratar de responder desde la fe a las exigencias de la vida.

A veces se nos acusa a la Iglesia de ser una rémora, de ir detrás de los avances de la ciencia, de no entender los problemas de la gente.

Nuestra presencia hoy aquí es una demostración de que estamos en búsqueda, de que queremos seriamente hacer un servicio a la vida, a la Ética Asistencial. Nuestros contactos con los Pastores de la Iglesia, con el Magisterio, nos estimulan a que con prudencia pero al mismo tiempo abiertos a las exigencias de cada día trabajemos en este campo con el fin de iluminar desde la luz del Evangelio las distintas situaciones en que se encuentra la Ética Asistencial.

Aunque se den llamadas de atención que nos cuesta aceptar.

Hemos de ser conscientes de que con nuestra reflexión y con nuestro trabajo hacemos una aportación, un desarrollo y un servicio a los problemas que trata de iluminar el Magisterio.

Cada uno de vosotros viene de una realidad asistencial diversa, con temáticas diferentes. Las Jornadas en su momento dedican espacio al tratamiento de los temas específicos. Todos con el deseo de acertar en lo más necesario para dignificar a las personas a las que atendemos, para actuar en sus necesidades desde la perspectiva de una cultura de la vida y de una civilización del amor, a la que hace alusión en tantas ocasiones el Santo Padre...

Nuestra misma Orden Hospitalaria tiene su experiencia. Con el deseo de responder a las exigencias de la Ética Asistencial ha ido creando desde hace tiempo Comités de Ética, con distintas modalidades según la cultura del país donde realiza la misión.

Tengo el honor de decir que el hospital que organiza estas Jornadas fue el primero en tener este Comité y que la revista Labor Hospitalaria editada por los Hermanos de San Juan de Dios en Barcelona está haciendo una gran aportación en esta reflexión.

Actualmente la Orden se encuentra con el esfuerzo de hacer una reflexión que pueda dar luz como documentación a todos los hospitales y Centros Sanitarios y Sociales de la misma.

No cabe duda que el trabajo que realicemos durante estos días será de gran provecho para todos. Me da una gran garantía, por una parte, la autoridad de los ponentes, versados todos ellos en el campo de los contenidos que se les han asignado. Confío además en la calidad humana y profesional de todos vosotros, los participantes. También confío en la fuerza que los valores tienen en sí mismos en los que, ónticamente, existe la capacidad de hacer un auténtico servicio a la existencia digna de las personas.

Os deseo y me deseo un buen trabajo.

LH

JORNADAS NACIONALES

# COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

BARCELONA, 14-15 MARZO 1997

## II. PONENCIAS



HOSPITAL  
Sant Joan de Déu  
BARCELONA

Hospital Universitari de la U.B.

# HISTORIA Y FUNCIONES DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL\*

**Francesc Abel, s.j.\*\***

Presidente Comité Ética Asistencial del Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.  
Director "Institut Borja de Bioètica". Sant Cugat del Vallés.

Los comités de ética asistencial (CEA) 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–. También tienen la función de normativizar para el hospital las conductas o pautas a seguir en aquellos casos en los que por su frecuencia, conflictividad o gravedad pronóstica es necesario disponer de un marco de referencia que permita agilizar la toma de decisiones (toma de sangre para detectar el VIH; transfusiones y testigos de Jehová; grandes prematuros 450-700 gramos; listas de espera en urgencias; consentimiento informado; etc.). Esta función con la docente es la que a medio y a largo plazo consumirá más tiempo al comité.

La función docente también es importante. En primer lugar como locus de formación de los propios miembros del comité. Secundariamente, pero importante, es la

programación de docencia bioética en el hospital y su implementación. El diálogo interdisciplinar como metodología de trabajo es necesario. Generalmente, la toma de decisiones ha de ser por consenso ético, no meramente estratégico. Los consultores de casos concretos –médicos, enfermeras...– han de ser miembros ad hoc en las deliberaciones del comité para que las decisiones tengan la fuerza de vinculación moral. La composición de los miembros del comité puede variar según el tipo de hospital o centro residencial. La instauración de comités de ética hospitalaria cuenta con la resistencia e incluso oposición de muchos médicos por considerarlos inútiles o por temor a que sean meros instrumentos de control al servicio de la administración del hospital. Este último argumento desvela el difícil problema de la necesaria y relativa independencia del comité. En última instancia, los comités de ética asistencial representarían algo tan antiguo como la consulta médica colegiada y algo tan relativamente reciente como el reconocimiento del equipo de salud y una medicina orientada al paciente considerado como agente moral autónomo que no pierde sus derechos por el hecho de estar hospitalizado. Los comités que funcionan correctamente pueden ser instrumentos eficaces para definir la *lex artis* del hospital, con las correspondientes implicaciones jurídicas.



Dr. Francesc Abel.

## LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL EN LOS HOSPITALES

Estos comités surgen como consecuencia de la necesidad de los médicos de compartir decisiones que afecten la calidad de vida de los pacientes y que conlleven el riesgo de la incertidumbre, tanto por los resultados previsibles de determinadas terapias o intervenciones, como en la valoración de riesgos y beneficios. Nacen, en su forma más reciente, como deseo de respetar al máximo la legítima autonomía del paciente o como consecuencia de la función coactiva de la ley.

Surgen también los CEA como respuesta al problema de dar pautas de actuación coherentes en casos difíciles, que se presentan con frecuencia, necesitan decisiones rápidas cuando lo hacen y entran en conflicto valores del paciente, o de su familia, con los valores que los profesionales de la salud y la institución sanitaria desean proteger. Los conflictos pueden darse, además, entre el paciente y la familia y, también, entre los mismos miembros del equipo asistencial al diferir en la jerarquización de valores.

“Los comités de ética asistencial nacen como deseo de respetar al máximo la legítima autonomía del paciente.”

Los problemas son de fondo y de forma. Los de fondo responden a la pluralidad de cosmovisiones de nuestra sociedad. Los de forma se refieren a la toma racional de decisiones. Los primeros son objetivo prioritario aunque no exclusivos de los Centros e Institutos de Bioética, mientras los segundos parecen los más propios de los comités de ética asistencial.

Dejando aparte las funciones de los Institutos de Bioética no hay duda alguna que los CEA han de resolver a menudo problemas con cierta urgencia y, cuando no es así, el pluralismo ético de la sociedad y de los mismos CEA impone también la coherencia en la toma de decisiones, que han de ser *racionales* y *razonables*. Racionales, por el hecho de que los argumentos de razón permiten la referencia a principios generales aceptables, o por lo menos comprensibles, y razonables en el sentido de que las conclusiones pueden ir más allá de la consecuencia lógica de los principios. Ética y medicina son ejemplos típicos de disciplinas concretas en las que el rigor teórico del argu-

\* Este artículo en su versión primera fue publicado por *Folia Humanística* en el número de Septiembre-Octubre de 1993, como segunda parte del artículo «Comités de bioética». Fue reproducido posteriormente por LABOR HOSPITALARIA en el número 3 del mismo año. La versión actual introduce alguna pequeña modificación y suprime la historia de los comités de ética asistencial y añade la reflexión sobre la función docente de los mismos.

\*\* El Dr. Josep Ganduxé, gerente del Hospital Sant Joan de Déu, presentó al Dr. Francesc Abel.

mento científico no se puede mantener; son terrenos en los que debemos ante todo esforzarnos en ser razonables más que procurar aquella exactitud que como diría Aristóteles no es propio de la naturaleza del caso.

Los CEA pueden crear el espacio de reflexión para la valoración de cada caso concreto en su singularidad. Esto abre el paso a las excepciones justificables, a una mejor comprensión de la realidad y a una mayor madurez en las decisiones bioéticas.

En la toma de decisiones, con frecuencia surgen dificultades por el encuentro de tres racionalidades distintas: la *racionalidad científica*, que entiende la verdad como realidad experimental y demostrable; la

“Surgen también como respuesta al problema de dar pautas de actuación coherentes en casos difíciles.”

*racionalidad ética*, que desde los valores propone principios y normas para ejercer la libertad, y la *racionalidad legal* que tiene como objetivo organizar la convivencia ciudadana y promover el bien común.<sup>1</sup>

## FUNCIONES, COMPOSICIÓN, ACTUACIÓN, EFICACIA Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CEA

Las *funciones* principales de los CEA pueden resumirse en los siguientes puntos:

- Protección de los derechos de los pacientes.
- Facilitar el proceso de decisión en los casos más conflictivos desde la perspectiva médica.
- Elaborar protocolos de actuación en aquellos casos en que con frecuencia se presentan conflictos de tipo ético, por ejemplo: criterios de actuación ante prematuros de muy bajo peso; criterios de selección de pacientes en las UVI; determinación de muerte cerebral; confidencialidad, etc.
- Atender a la formación bioética de los propios miembros del comité y del personal del hospital.

Compartimos plenamente los puntos de vista del Dr. Miguel Sánchez, profesor de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense al señalar las *funciones excluidas* de la competencia de los CEA:

- Amparo jurídico directo de las personas o del hospital. El comité protege de hecho indirectamente a los profesionales sanitarios desde el momento en que son menos probables los pleitos sobre casos que han estado precedidos de las deliberaciones de un comité. Además, los jueces suelen tomar en consideración las recomendaciones previas de un comité correctamente constituido.

1. Cfr. J.M. Escudé, *Bioética & Debat*, 1995, n.º 1, p. 5.

Pero el amparo jurídico directo e incondicional no es competencia del comité y constituye uno de sus peligros.

- Juicios sobre la ética profesional del personal sanitario. Los comités no juzgan la conducta profesional, y por supuesto no ejercen ninguna función sancionadora. Funciones que deben quedar reservadas a otras instancias.
- Toma de decisiones. Los comités, excepto en casos muy especiales, tiene solamente un papel asesor y dejan la toma de decisiones en las manos de quienes siempre ha estado: el paciente, el médico, la familia o la autoridad judicial.
- Análisis de problemas socioeconómicos. Los problemas de justicia social encierran un componente ético indudable. Pero los comités de bioética a los que estamos aludiendo, por su experiencia, competencia y educación, no están preparados para abordarlos.<sup>2</sup> Debemos insistir en que el problema es de competencia profesional. No hay duda que cuestiones microeconómicas y microsociales deben tratarse cuando se limitan en el ámbito hospitalario o el comité decida actuar como instancia crítica de situaciones injustas con la idea y posibilidad de ofrecer caminos o alternativas para mejorar una situación determinada.

En la *composición* de los comités de ética conviene que estén representados diferentes puntos de vista; que se asegure la interdisciplinariedad y que el número de miembros permita un trabajo eficaz. Una idea clara de cuál es la función del comité ayuda a resolver la cuestión del tamaño del mismo. Una revisión de la composición de diversos comités muestra una oscilación entre los 5 y los 25 miembros. Como se puede comprender, un comité compuesto de muchos miembros necesita un trabajo competente de preparación de las sesiones, un material de estudio bien trabajado y una experta dirección de las discusiones.

---

“Las decisiones que se toman en los comités de ética asistencial han de ser *racionales* y *razonables*.”

---

Respecto a las cualidades de los miembros, además de la competencia profesional, conviene que sean personas abiertas al diálogo; con la capacidad de funcionar en el grupo como iguales e interesados en las cuestiones éticas.

Parece muy aceptable que el CEA esté constituido por un tercio de médicos, un tercio de enfermeras y un tercio de otras personas, entre los que puede haber un especialista de ética, un capellán, una asistente social, un abogado, un representante de la comunidad, un psi-

2. Sánchez González, M. *Nuevos problemas éticos y nuevas soluciones: Los comités de bioética*. Ponencia presentada en el III Congreso de Servicios de Atención al Usuario de la Sanidad, en Málaga, los días 18-20 de enero de 1990.

cólogo, en función de las características del hospital y de su problemática. En EE.UU. se recomienda que figure en los comités de bioética (Institutional Review Board's e Institutional Ethics Committees - CIC y CEA en nuestra denominación) una persona ajena a las profesiones de la salud. Deseamos subrayar que esta persona conviene que sea culta, prudente y dialogante.

### Actuación

La experiencia de diferentes comités de ética muestra la conveniencia de llegar a acuerdos por consenso y no por mayoría de votos, recurso al que solamente conviene acudir cuando las cuestiones han sido ampliamente debatidas, las opiniones siguen divididas y el recurso a otros miembros ajenos al comité puede resultar inconveniente. El consenso será tanto más fácil de alcanzar cuanto menos alejados de un marco referencial común se sitúen los valores de los miembros del comité. Cuando no exista este marco referencial puede que no se logre un consenso y se tenga que recurrir a un acuerdo éticamente razonable en la toma de decisiones.

---

“En la toma de decisiones pueden surgir dificultades por el encuentro de las racionalidades científica, ética y legal.”

---

El comité ha de establecer cuál es el sistema de valores de referencia en casos de conflicto: inspiración cristiana; derechos humanos; códigos deontológicos profesionales, de ámbito nacional o internacional; etc.

Para el diálogo bioético son imprescindibles: el respeto al otro, la tolerancia, la fidelidad a los propios valores, la escucha atenta, una actitud interna de humildad; el reconocimiento de que nadie puede arrogarse el derecho de monopolizar la verdad y que todos hemos de hacer un esfuerzo de receptividad, la posibilidad de cuestionarse las propias certezas desde otras posiciones, la razonabilidad de los argumentos... En otras palabras, es necesaria la escucha recíproca, el enriquecimiento de la competencia profesional interdisciplinaria y la autenticidad en los acuerdos. Son un auténtico estorbo los dogmatismos científicos o espiritualistas y las visiones reduccionistas. La ignorancia hace el diálogo bioético imposible.

«Como se puede comprender, la bioética pretende desbloquear el diálogo de sordos entre una concepción científica de la ciencia y una versión moralista de la ética. Podríamos definir el cientismo como la autocomprensión de la ciencia como un algo absoluto, como independiente de cualquier referencia exterior y en especial de los cuestionamientos que pudiesen venir de la ética. Moralismo sería la correspondiente absolutización de la ética que pretendiera poder prescindir de toda aportación y cuestionamiento exterior de la mis-

ma; un modo de entender la autonomía de los planteamientos éticos con la pretensión de plantear y resolver los problemas prescindiendo de las aportaciones de las ciencias.»<sup>3</sup>

Es imprescindible asegurar la funcionalidad del comité a través de diversas medidas entre las que tiene singular importancia el comité para la resolución de casos urgentes.

Todo comité de ética asistencial ha de elaborar su reglamento interno.

“En la composición de los comités de ética conviene que estén representados diferentes puntos de vista.”

A lo largo de los años el *análisis de casos* en los comités en que he formado parte ha sido un procedimiento habitual. Analizamos primero los que denominamos *pre-requisitos* necesarios para abordar correctamente la decisión ética a) historia clínica correcta, b) competencia profesional para la discusión científica del caso clínico, c) control de calidad. En el momento mismo de la discusión el punto a) tiene la mayor importancia, los puntos b) y c) corresponden a la dirección médica y gestión. En nuestro hospital y en el hospital Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental, de Sant Boi, creo que podemos darlo por supuesto dentro de los límites de la estructura sanitaria.

Esclarecido el problema clínico y las alternativas posibles de tratamiento se pasa a considerar las dimensiones éticas que hacen referencia a problemas relacionados con la *calidad de vida*, desde la perspectiva profesional y desde la *perspectiva paciente/familia*, cuyos sistemas de valores han de ser respetados. Los *factores no clínicos*, mayoritariamente económico-sociales siempre han de tener especial consideración en una medicina que se precie de ser integral.

“La experiencia de diferentes comités de ética muestra la conveniencia de llegar a acuerdos por consenso.”

El sistema casuístico es el seguido desde los orígenes hasta este momento en el que, sin abandonarlo en modo alguno, reconocemos el valor pedagógico de la formulación en forma de principios de autonomía, beneficencia/no maledicencia, y justicia que tienen su expresión en el consentimiento informado, el balance positivo en la ecuación beneficios/cargas y la equidad en las prestaciones sanitarias.

El consentimiento por parte de terceros por incapaci-

3. Hortal, A. *Ética sin moralismo. Ciencia sin cientismo*. Ponencia presentada en la reunión de JESPHIL sobre Ética y Ciencia, Barcelona, Septiembre 1990.

“La ignorancia hace el diálogo bioético imposible.”

idad del paciente presenta problemas de muy difícil solución en neonatología, psiquiatría, pacientes comatosos, deficientes psíquicos, etc. En estos casos, donde se da a menudo la problemática límite, se muestra especialmente beneficioso el comité de ética asistencial al servicio de una medicina de calidad científico-técnica y humana.

### Eficacia

A lo largo de más de veinte años de experiencia en el comité de ética asistencial del Hospital Sant Joan de Déu creo poder afirmar que estos comités resultan eficaces y representan un auténtico servicio y estoy con-

“Todo comité de ética asistencial ha de elaborar su reglamento interno.”

vencido de que ésta es la conclusión que sacaría todo comité de ética asistencial que funcione en la actualidad. Sin embargo, creo importante mencionar las conclusiones de una encuesta realizada en 1984 en 74 centros de neurocirugía pediátrica en los Estados Unidos (de éstos sólo 24 tenían comités de ética, 13 de ellos de reciente formación como consecuencia de las discusiones sobre los casos Baby Doe y 21 otros centros proyectaban la creación de comités de ética).<sup>4</sup>

- **En primer lugar** se considera que los comités de ética son infrutilizados salvo cuando la prensa airea cuestiones que alcanzan resonancia amplia que obliga a tomar posiciones defensivas.
- **En segundo lugar**, aunque estos comités están claramente dominados por los profesionales de la salud y en su composición no figuran miembros de profesiones recomendadas por bioeticistas, son suficientemente representativos según el parecer de los pacientes. *Facilitan de manera importante el proceso de decisión a los médicos y resultan de importancia para las enfermeras, pero son percibidos como menos importantes por los pacientes.*
- **En tercer lugar**, que la presencia de comités de ética en los hospitales no tiene influencia en el número de casos que acuden a los tribunales ni en la frecuencia con que los médicos deciden retirar o discontinuar una terapéutica o tratamientos que mantienen la vida, en el momento en que lo juzguen indicado.

Es posible que esta visión corresponda a una visión parcial de la realidad, pero obliga a una prudente actitud ante los comités de ética que creemos han de ser

4. Gallo AE. Hospitals Ethics Committees. A pediatric neurosurgical perspective. *Child's Nerv Syst.* 1985; 1: 132-136.

“No hay que subestimar la importancia que puedan tener algunos comités de ética, ni podemos sobrevalorarla como si se tratara de una panacea.”

concebidos sobre todo como un lugar de encuentro que facilite la comunicación interdisciplinar, ayudando a los médicos y enfermeras a asumir decisiones muchas veces dolorosas, una vez contrastados pareceres y valoraciones.

No hay que subestimar la importancia que pueden tener algunos comités de ética, ni podemos sobrevalorarla como si se tratara de una panacea para resolver conflictos éticos planteados en la asistencia sanitaria.

### Funcionamiento

Para que pueda asegurarse el funcionamiento es necesario determinar el grado de reconocimiento oficial del hospital. *Consideramos imposible que el CEA llegue a funcionar si no depende de la máxima autoridad del hospital (clínica o gerencial) y si es impuesto al hospital por vía de autoridad.*

Una vez constituido el CEA, es muy probable que vaya percibiendo:

- Que la consecución de un comité que funcione eficazmente requiere tiempo, más de lo que se pensaba al constituirse.
- Que las decisiones sobre estructura, procedimientos y reglamento interior también suponen una inversión considerable de tiempo.
- Aparición de crisis periódicas sobre propósitos, objetivos, funciones y responsabilidad del comité.
- Conciencia creciente de que el principal objetivo del comité es el del servicio al paciente y protección de sus derechos.
- Conciencia de la necesidad de formación ética de los miembros del comité y de la importancia del estudio de casos.

Al igual que en los EE.UU. también en nuestro país y en Europa, en general, la mayoría de los problemas planteados a los comités de ética, cuya función no es la de investigación, hacen referencia a los siguientes temas: tratamiento de pacientes terminales; evaluación y diagnóstico de muerte cerebral, que puede presentar delicados aspectos en niños presuntos donantes de órganos; decisiones sobre reanimación de pacientes en situaciones críticas; problemas éticos en perinatología; docencia en bioética; distribución de recursos limitados y justicia social, etc.

### AUTORIDAD DEL COMITÉ

La autoridad del comité es moral –sus decisiones no son legalmente vinculantes– pero tendrá fuerza

moral en la medida en que se acredite por su trabajo. Si los protocolos que publica son de calidad pueden servir, sin lugar a dudas, como documentos de referencia en casos judiciales. El Prof. Miguel Sánchez, al que nos referimos anteriormente, saca las siguientes conclusiones, que suscribimos: «... Estos comités constituyen una vía alternativa y complementaria a una situación como la presente, en la que los médicos se encuentran aislados para tomar decisiones difíciles y siempre bajo la amenaza de las denuncias legales y del recurso a los tribunales...». «El recurso a los tribunales de justicia es casi siempre insatisfactorio por las siguientes razones:

- Los tribunales tienen generalmente escasa experiencia médica, pueden imponer sus propios valores o adoptar decisiones inadecuadas.
- Conllevan demasiado tiempo.
- Tienen elevados costes.
- Quebrantan necesariamente la confidencialidad.
- Las soluciones idóneas suelen ser fruto de la armonización y la participación, pero no de la confrontación legal. De manera que los comités de bioética pueden no ser perfectos, pero representan tal vez la mejor alternativa imaginable para la solución de situaciones éticas difíciles. Y con toda seguridad, las situaciones éticas problemáticas irán multiplicándose en la medida en que la Medicina avance.»

### DIFICULTADES EN LA ACEPTACIÓN DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

En el año 1986 el Dr. Mark Siegler de la Universidad de Chicago expresaba su actitud, en aquellos tiempos, frente a los CEA, que creemos compartirán muchos médicos:

«El crecimiento de los “Institutional Ethics Committees” es, por desgracia, uno de los signos de los tiempos. Su desarrollo simboliza el estado triste, deprimido y desorganizado en que ha caído la medicina americana. Los médicos americanos han perdido no sólo el poder político y económico; han perdido tam-

“Consideramos imposible que el comité de ética asistencial llegue a funcionar si no depende de la máxima autoridad del hospital y si es impuesto al hospital por vía de autoridad.”

bién la autonomía para tomar decisiones médicas. Los buenos médicos siempre han integrado los juicios técnicos, las reflexiones éticas y los deseos de los pacientes para llegar a decisiones difíciles. Sin embargo, la frecuencia creciente de los problemas éticos ha animado a algunos médicos y a expertos en ética a sugerir que estas decisiones, demasiado difíciles para los clí-

nicos, las pueden asumir mejor los comités... Los comités constituyen una amenaza a la relación tradicional entre el médico y el paciente y pueden imponer nuevas cargas administrativas y reguladoras a los pacientes, familias y médicos, sin haberlas contrastado debidamente. La existencia de los comités puede cambiar el lugar de la toma de decisiones, del despacho o de la cabecera del lecho del paciente a la sala de conferencias o a los apartamentos de los ejecutivos.»<sup>5</sup>

“Las decisiones del comité de ética asistencial no son legalmente vinculantes pero el comité tendrá fuerza moral en la medida que se acredite por su trabajo.”

Las dificultades que encontramos en nuestro país se reflejan en los comentarios que podemos escuchar en una tertulia de médicos:

- Estos comités sólo tratan casos difíciles y extremos en los que es difícil probar que una solución determinada es mejor que otra también razonable. No es mejor la decisión del comité que la que yo pueda tomar.
- Estos comités no pueden enseñarme nada. En 25 años de práctica médica no he encontrado un sólo caso que no haya podido solucionar yo mismo.
- Interfieren la relación médico-paciente y son instrumentos de la gerencia.
- Es mejor un buen asesoramiento jurídico. Todos tenemos una ética, en cambio hay que protegerse ante las posibles denuncias.
- La bioética y las instituciones relacionadas, entre ellas los comités de ética, constituyen un nuevo poder y colegio invisible de especialistas: las biócratas.

Sin la menor duda del fundamento de estas opiniones, queremos hacer las siguientes observaciones:

- Conviene dejar claro que un comité de ética trata de manera sistemática el impacto de las decisiones médicas sobre la dignidad humana, problema que no puede reducirse a categorías médicas y que hoy se muestra bastante más complejo que antaño. Ciertamente los CEA no son el único centro de decisiones éticas en un hospital, ya que éstas se hallan indisolublemente unidas al ejercicio correcto de la profesión. De todas maneras, cuando de nuestras decisiones se siguen unas consecuencias que afectan a la calidad de vida de manera incomparable a lo que sucedía hace treinta años, resulta ventajoso el apoyo del grupo de consulta —el CEA— que, en el mismo hospital, se ofrece a compartir la preocupación y empeño en tomar decisiones correctas. Es distinto actuar solo (o en equipo profesional técnico) que hacerlo sinérgicamente con perso-

nas que ofrecen perspectivas y cualificaciones complementarias y que se sienten involucradas en los CEA con el convencimiento de que una medicina sólo es correcta cuando a la corrección científica se suma una correcta decisión en la resolución de conflictos de valores.

- Son muchos los profesionales de la salud, médicos especialmente, que no aceptan que se ha producido un profundo cambio en la relación médico/enfermera-paciente y que el respeto a la dignidad del paciente exige el respeto a la autonomía del paciente, tal como la hemos definido. Creemos, al contrario de otros especialistas en bioética norteamericanos, que los pacientes prefieren ser adecuada y correctamente informados más que tomar parte activa en procesos de decisión. Creemos que, en nuestro país, la autonomía que reclama el paciente es posible ejercerla en un clima de confianza al médico, si éste informa correctamente al paciente.
- Es importante que el comité se presente y se considere como lugar de consulta al servicio de la comunidad asistencial y de los pacientes. En ningún caso el comité puede aceptar la dimisión del médico de su responsabilidad profesional en la toma de decisiones. Incluso cuando el comité publica un protocolo de actuación, éste ha de utilizarse como *guía* normativa e instrumento de ayuda institucional y colegial. No podemos negar el peligro que tiene el CEA de convertirse en mero instrumento al servicio de los intereses de la institución. Este peligro se ha de prevenir en la composición de los CEA, asegurándose que los intereses de los pacientes están representados, y en el reglamento interior.
- El diálogo entre medicina y ley está casi en sus comienzos en nuestro país. Es conveniente disminuir el temor de los médicos ante las denuncias y descorazonar las denuncias infundadas. Es conveniente, además, convencerse que la legislación americana y las sentencias de sus tribunales no son, sin más, superponibles en España, creyendo que los jueces españoles actuarían igual. El sistema legal fundamentado en la *common law* no es extrapolable a los sistemas jurídicos que como el nuestro, el francés, el italiano, el alemán, el portugués, se fundan en el derecho romano. La ley en las cuestiones médicas, cuando no se trata de delitos tipificados en nuestros códigos jurídicos, es un arma de dos filos. En principio, cuanto menos se legisle el acto médico, mejor. Encontrar el punto medio ideal es tarea de todos. Los CEA pueden contribuir a clarificar para los médicos y para los jueces a *lex artis* de cada especialidad.
- No se puede negar que la bioética tiende a convertirse en biopolítica. Es ésta una buena razón para no quedar al margen de esta evolución, para orientarla, por lo menos, en el camino correcto. El ámbito más apropiado es el del comité de ética, permanente o *Ad Hoc* de ámbito nacional o supranacional. Los CEA pueden ser los lugares ideales de entreno, discusión y negociación entre visiones plurales. Sus documentos pueden ser instrumentos de ayuda a los parlamentarios cuando se tratan cuestiones bioéticas.

5. Gramelspacher GP. Institutional Ethics Committees and Case Consultation: Is there a role. *Issues in Law and Medicine* 1991; 7:73-91, p. 76.

- En estos últimos años existe en nuestro país una tendencia a afrontar los problemas éticos y la toma de decisiones en clínica contraponiendo la ideología laica y la católica. Creo que esto es un error pues induce a pensar que la ética católica no se basa en la razón y que en aquellos puntos realmente conflictivos como pueden ser el aborto o la eutanasia a petición confluyen todas las éticas laicas. Induce a pensar además que existe una ética laica universal lo cual simplemente es falso. Aquella contraposición introduce divisiones inútiles y hace más difícil la colaboración en aquellos casos en que la ética civil y la ética católica coinciden. Esto sucede en la inmensa mayoría de los casos.

## REFLEXIÓN SOBRE LA FUNCIÓN DOCENTE DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

En un estudio sobre tendencias y escenarios que actúan sobre las competencias profesionales en ciencias de la salud, llevado a cabo por el «Institut d'Estudis de la Salut»<sup>6</sup> se constató la insatisfacción de los médicos sobre la formación recibida en bioética. Esto tiene un interés positivo ya que, al menos en lo que hace referencia a intenciones, se toma conciencia que hoy resulta imprescindible integrar en la toma de decisiones no sólo los aspectos científicos sino también los valores de todos los implicados en la actividad asistencial (médicos, personal de enfermería, asistentes sociales, psicólogos, usuarios, etc.) si se quiere mejorar la calidad asistencial.

Corresponde al Profesor Diego Gracia, Catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad Complutense, el mérito de haber diseñado un programa muy completo de formación en bioética clínica. En un telón de fondo de una formación filosófica seria y profunda se explican los llamados principios bioéticos (no maledicencia, justicia, beneficencia y autonomía), y su aplicación práctica en el estudio de casos que son tratados en el diálogo interdisciplinario. Forman el cuerpo doctrinal del informe que redactó la «National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research» (1974-1978).<sup>7</sup>

El *respeto a las personas* incluye por lo menos dos convicciones éticas: «Primera, que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a la protección. La *autonomía* se define en este contexto como «capacidad de las personas de deliberar sobre sus fines personales, y de

obrar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones, a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás.»

### Beneficencia

Se entiende con este término en el Informe la obligación de no hacer daño. La máxima hipocrática del *Primum non nocere* se incluye en este principio del que no se distingue. Es decir, en el documento no se

“Hoy resulta imprescindible integrar en la toma de decisiones no sólo los aspectos científicos sino también los valores de todos los implicados en la actividad asistencial.”

“Los principios de autonomía, beneficencia, no maledicencia y justicia deben considerarse principios que deben ser respetados, *prima facie*, cuando no entran en conflicto.”

distingue entre el principio de beneficencia y el de no maledicencia, distinción importante, como subraya el Prof. Diego Gracia.<sup>8</sup> Se incluye también el principio de maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños para el paciente.

### Justicia

En el Informe la justicia se entiende como equidad en la distribución de cargas y beneficios. El Informe no entra en el difícil problema de analizar las características que pueden justificar las diferencias en el trato para ciertos fines, como podría ser: a) a cada persona según su necesidad individual, b) a cada persona su propio esfuerzo, c) a cada persona según su contribución a la sociedad y d) a cada persona según su mérito.<sup>9</sup>

Nosotros nos inclinamos a la opción: *a cada uno según su necesidad* y, además, cuando se trata de prestaciones de la Seguridad Social nos inclinaríamos a optar por favorecer a los más débiles, si la desigualdad resulta inevitable.

La aplicación de estos principios en la conducta que se debe seguir tanto en los CEIC como en los CEA exige, por lo menos, los siguientes requerimientos: *consentimiento informado, valoración de beneficios y*

6. Institut d'Estudis de la Salut (1994). Estudi sobre tendències i escenaris que actuen sobre les competències professionals en ciències de la salut.

7. The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research (Bethesda, Md.: The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978). Traducción al castellano en *Ensayos Clínicos en España* (1982-1988). Ministerio de Sanidad y Consumo. Monografías Técnicas n.º 17, 1990.

8. Gracia, D. *Primum non nocere. El Principio de no-maledicencia como fundamento de la ética médica*. Discurso para la recepción pública de Académico electo. Instituto de España. Real Academia de Medicina, Madrid, 1990.

9. Outka, G. Social Justice and Equal Access to Health Care. *Journal of Religious Ethics* 1974; 2:11-32.

riesgos y selección equitativa de sujetos en la investigación.

Queremos añadir un cuarto principio a tener en cuenta en los comités de bioética y es el de *coherencia*: la acción no ha de socavar a la larga el valor que se quiere proteger. Esto exige evaluación periódica del proceso de análisis y toma de decisiones.

“En la formación bioética no podemos olvidar que hoy es necesario el diálogo entre ética y ley.”

Beauchamp y Childress, basados en el Informe Belmont publicaron uno de los libros de fundamentos de bioética más leídos hasta el presente.<sup>10</sup> Los autores, al margen de los análisis de los principios establecen unas normas para la práctica clínica: Los principios enunciados de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia deben considerarse principios que deben ser respetados, en principio, *prima facie*, cuando no entran en conflicto. Estos principios deben jerarquizarse cuando en la situación concreta entran en conflicto, lo cual exigirá el diálogo bioético para ver de llegar a un consenso de todos los miembros del CEA. El Prof. Diego Gracia en su más reciente libro *Procedimientos de decisión en ética clínica*<sup>11</sup> ofrece una síntesis rica, enriquecedora y crítica de las diversas metodologías de decisión ética racional aplicadas a la clínica.

«Los principios de bioética pueden considerarse como núcleos de confluencia de los diferentes valores que entran en juego en el análisis de decisiones clínicas. En el análisis de casos se pueden cultivar y afinar las actitudes que pide una medicina centrada en el paciente como persona.»

Quisiera subrayar que la formación en bioética ayuda a resolver no sólo casos extremos de conflictos de valores antes bien a desvelar la sensibilidad ética y la habilidad de identificar los aspectos éticos de la práctica médica diaria. Teniendo presente una medicina centrada en el paciente y respetuosa con su jerarquía de valores hará más fácil resolver los conflictos para obtener: un consentimiento o el rechazo válido ética o legalmente a un determinado tratamiento; cómo actuar en los casos en que el paciente sea parcial o totalmente incompetente; cuándo y cómo se ha de informar al paciente; cuándo y cómo puede resultar éticamente aceptable no informar o retener información; aspectos éticos en la atención a pacientes con pronóstico malo o en situación terminal...

10. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1979, ed. revisada 1989.

11. Gracia, D. *Procedimientos de decisión ética en clínica*. Madrid: Eudema Universidad, 1991.

Según Diego Gracia los objetivos mínimos a cubrir en la formación profesional en bioética clínica han de ser los siguientes:

- Adquirir una formación, en contenidos y habilidades, que capacite para actuar como expertos en la solución de conflictos éticos en la práctica clínica y hospitalaria, a fin y efecto de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.
- Adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para organizar, dirigir y gestionar los comités de ética asistencial.
- Adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para organizar, dirigir y gestionar los comités éticos de investigación clínica (CEIC).  
Adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para actuar como consultor de bioética clínica.

Ciertamente en la formación bioética no podemos olvidar que hoy día es necesario que el médico conozca los marcos de referencia jurídicos y la legislación en cuestiones que le afecten. En el campo colegial el diálogo entre ética y ley, se ha de promover para potenciar el ejercicio de la medicina correcta dentro del marco legal.

Finalmente, el respeto que merece el paciente exige, hoy más que nunca, que los profesionales de la salud en general, y de los médicos en particular adquieran la suficiente habilidad comunicativa como para poderse hacer entender por los pacientes.

Esto es tanto más necesario como menos posibilidades tenga el médico para la lectura enriquecedora de los clásicos de la literatura y más circunscrito quede el mundo de su expresión a la especialidad médico-técnica.

Una actitud de respeto al enfermo como persona, la delicadeza y amabilidad en el trato, el conocimiento y reconocimiento de los derechos de los pacientes, la capacidad de aceptar que hay diferentes jerarquías de valores y la competencia profesional mantenida en una formación continuada son las condiciones *sine qua non* para recuperar el trato amistoso de la relación médico-paciente y para comprender que la desconfianza social hacia el ejercicio profesional tiene su fundamento y puede interpretarse como mecanismo regulador del poder que la tecnología médica pone en las manos de los médicos. La imagen del médico no puede ser la del biócrata.

Finalizaremos esta presentación, con una breve nota informativa y unos consejos prácticos para constituir un comité de ética asistencial en un hospital.

## COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU

En el mes de mayo de 1974 se inauguró el Departamento de Obstetricia y Ginecología en el Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona y se constituyó el Comité de Orientación Familiar y Terapéutica

(COFT), origen del Comité de Ética actual, creado para la resolución colegiada de casos que aparecen como conflictivos desde una perspectiva ética. Queda constancia en las actas del comité de gobierno del hospital que la primera reunión del COFT se celebró el 16 de Noviembre de 1974. El comité creó su propio modelo a lo largo de todo un proceso de reflexión y adaptación a nuevas exigencias que surgen como consecuencia del progreso biomédico y del pluralismo social en las opciones éticas. Su preocupación cons-

---

“La imagen del médico no puede ser la de un biócrata.”

---

tante ha sido la protección de los derechos de los pacientes y del personal sanitario, y la salvaguardia de la identidad del Hospital. Creativamente abierto al futuro presenta a la discusión y crítica constructiva el resultado de sus diálogos interdisciplinares en forma de recomendaciones y protocolos de actuación. Este CEA, ha sido pionero en nuestro país en la introducción del diálogo bioético como metodología de trabajo. Creo poder afirmar que, salvo por cuestiones administrativas, las decisiones se han conseguido siempre por consenso, independientemente de la confesionalidad del hospital. Cuando esto ha sido muy difícil hemos considerado que se requería más información y se han hecho más consultas. Finalmente y casi siempre sin excesivas tensiones, el consenso se ha logrado.<sup>12</sup> En el momento actual el hospital puede dar fe de ciento cincuenta actas que constituyen la prueba más evidente de la vitalidad del comité de ética asistencial.

### CONSEJOS PARA CONSTITUIR UN COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

1. Que sea necesario. Creemos que puede ser un criterio el hecho de que el hospital tenga 200 camas o más. Otro criterio puede ser el tipo de pacientes que el hospital atiende, p. ej. un hospital oncológico o un hospital materno-infantil.
2. Que un grupo de médicos y enfermeras, como mínimo, estén motivados para comenzar.

12. Martín Rodrigo, M. Dieciocho años de experiencia de un comité de ética. *Todo Hospital/89*, Septiembre 1992, 45-50.

3. Contar con la aprobación y participación de la máxima autoridad médica y de gobierno del hospital.
4. Crear una comisión gestora que trabajará durante el primer año con el siguiente encargo: 1) identificación de los problemas que justifican la creación de un CEA; 2) analizar si es más conveniente la creación de un comité permanente y renovable o la creación de comités *Ad Hoc* según la problemática a tratar; 3) elaboración de un reglamento de funcionamiento provisional en el que se determinen el número de personas que han de constituir el comité, el número de reuniones, nombramiento del secretario provisional; determinar la frecuencia de reuniones.
5. Comunicación a todo el personal del hospital de la constitución de la comisión gestora, invitando a los que tengan interés en participar a ponerse en contacto con la comisión gestora. La comunicación ha de explicar claramente que la pertenencia al comité representa un servicio profesional no remunerado.
6. Determinar la metodología de trabajo. Es muy importante clarificar cuáles van a ser los principios o documentos de referencia (Códigos y normativas que se van a tener en cuenta). La lectura del Informe Belmont y de algún tratado de Bioética, resulta obligada.
7. Comenzar a tratar algunos temas importantes en los que todos puedan opinar fácilmente, por ejemplo: la información al paciente o la confidencialidad, pensando que, en su día, convendrá redactar un documento operativo, es decir de aplicación práctica en el hospital.
8. Invitar a alguna persona que haya formado parte de comités de bioética (CEIC o CEA) para un asesoramiento inicial sobre el trabajo que se plantea desarrollar y pasos ulteriores.
9. Asistir a algún curso de cuestiones de bioética y a alguna reunión con otro hospital que haya puesto en marcha un comité de ética asistencial.
10. Constituir el primer comité, presentándose a la candidatura, los que lo deseen, de la Comisión Gestora y otros posibles candidatos identificados en el curso del año.
11. Pedir la acreditación a la autoridad competente (Conselleria de Sanitat en Catalunya).
12. Evaluación semestral o anual, con revisión de prioridades y metodología.

LH

II-2

# FUNDAMENTOS DE LA ÉTICA CLÍNICA

**Diego Gracia Guillén\***

*Catedrático de Historia de la Medicina.  
Universidad Complutense de Madrid.*

Desearía comenzar afirmando algo absolutamente elemental: la ética es una disciplina que tiene por objeto el análisis de una experiencia fundamental de todo ser humano, la experiencia del deber.

No hay que convencer a nadie de la experiencia del deber; lo único que cabe es describirla para que cada uno pueda analizar en sí mismo si ha tenido o tiene esa experiencia o no la tiene. La experiencia del deber es una experiencia originaria, primaria de todo ser humano. El problema de la ética no es crear la experiencia del deber sino analizarla, explicarla, dar razón de cómo funciona.

La fundamentación de la ética, por lo tanto, no tiene otro objeto que analizar cómo y por qué creemos

\* El Dr. Josep Ganduxé hizo la presentación del profesor Diego Gracia.

que debemos hacer ciertas cosas y no otras. Todos procedemos de la misma manera diciendo: «a mí me parece que éso es incorrecto, que debo hacer ésto y no lo otro».

Hacemos juicios de valor moral continuamente: eso es bueno, eso es malo; Pedro es bueno, Pedro es malo; y muchas veces siempre tenemos al lado un «Pepito Grillo» que nos dice: «¿y tú por qué dices que Pedro es bueno?». Es entonces cuando nos encontramos en una situación bastante incómoda porque la verdad es

“La ética es una disciplina que tiene por objeto el análisis de una experiencia fundamental de todo ser humano, la experiencia del deber.”

“El problema de la ética no es crear la experiencia del deber sino analizarla, explicarla, dar razón de cómo funciona.”



El Prof. Diego Gracia Guillén.

que es muy fácil hacer juicios de valor, juicios morales, pero es tremendamente difícil justificar desde dónde o cuáles son los fundamentos desde los que hacemos esos juicios morales. Y ésta es la tarea que a mí me toca, aclarar eso. Y lo voy a intentar hacer de un modo muy sencillo.

En lo que sigue, expondré cuáles son las condiciones mínimas que debe tener una fundamentación de la ética que pueda ser asumida o que pueda ser creíble por los seres humanos de las postrimerías del siglo XX; es decir, cómo puede ser o cómo tiene que ser hoy

---

“La fundamentación de la ética no tiene otro objeto que analizar cómo y por qué creemos que debemos hacer ciertas cosas y no otras.”

---

---

“Es tremendamente difícil justificar desde dónde o cuáles son los fundamentos desde los que hacemos esos juicios morales.”

---

una fundamentación de la ética, o, si ustedes lo prefieren qué condiciones tiene que tener la respuesta a la pregunta ¿en qué te fundas para hacer tal juicio moral, para decir que eso es bueno, eso es malo, que tal persona es buena o es mala?

## LA BIOÉTICA, DEBATE RACIONAL

La primera condición que, bajo mi punto de vista, ha de tener todo intento de fundamentación de la ética es que sea racional.

Los seres humanos somos seres racionales. La racionalidad humana no es muy potente; y eso conviene tenerlo muy claro cuando se habla de ética. Muchas veces exigimos a la ética lo que no podemos exigirle a otras partes de la ciencia o del saber: que nos dé principios absolutos, inmutables, sin excepciones. En todos los demás usos de la racionalidad humana los principios no son absolutos ni inmutables y tienen excepciones. Las leyes de la ciencia son leyes mutables, cambian con el tiempo —nadie estaría dispuesto a dar ni una uña por una ley de la ciencia—. Todos creemos que son leyes importantes, que nos ayudan a manejar la naturaleza, a vivir pero, en cualquier caso, no son del todo ciertas. Es curioso que solemos pedir a la ética mucho más de lo que pedimos a cualquier otro tipo de racionalidad humana. De ahí que lo primero que nos tenemos que plantear cuando decimos que la fundamentación de la ética ha de ser una fundamentación racional es de qué racionalidad estamos hablando o qué entendemos por racionalidad.

El primer problema, por tanto, que hay que plan-

tearse en orden a la fundamentación de la ética es si hay una racionalidad o hay muchas racionalidades, es decir, si esto de la racionalidad moral se parece mucho a la racionalidad matemática —y, conviene advertir que hay varias racionalidades matemáticas—, o si es de otro tipo más laxo, como puede suceder con la racionalidad jurídica o con otro tipo de racionalidades. Por tanto el primer problema sería si hay una racionalidad o muchas; o dicho en otros términos, si la racionalidad humana es completamente racional o no y, consecuentemente, si tiene presupuestos no justificables racionalmente.

Esto es importantísimo. En el orden de la ética son muy frecuentes los absolutismos, los fanatismos, los prejuicios, los fundamentalismos y casi todos ellos suelen basarse en un concepto de racionalidad muy poco defendible desde el análisis fino de lo que es la razón humana.

Se trataría de comprobar si hay una sola racionalidad justificable completamente desde la propia razón o si toda racionalidad tiene unos presupuestos que no son justificables racionalmente y, por tanto, tiene presupuestos que ya no son racionales; en definitiva, si la racionalidad depende de sí misma o si, por el contrario depende de presupuestos externos a ella.

Habría que dar muchas razones de por qué voy a responder a esta pregunta de una cierta manera. No hay una racionalidad pura e inmaculada, ni en el orden de la ética ni en ningún orden, entre otras cosas porque la racionalidad humana sólo es una y es la misma: la racionalidad científica, la racionalidad jurídica, la racionalidad ética... siempre es la misma, no hay más que una racionalidad; y es una racionalidad que es incapaz de justificar completamente sus propios presupuestos.

---

“La primera condición que ha de tener todo intento de fundamentación de la ética es que sea racional.”

---

---

“Solemos pedir a la ética mucho más de lo que pedimos a cualquier otro tipo de racionalidad humana.”

---

Esto se ha hecho famoso en el orden de las matemáticas, que era la racionalidad que se consideraba más pura cuando Gödel en el año 1930 demostró su famoso teorema, el teorema de la incompletitud de los sistemas algebraicos o teorema de Gödel que después se ha visto que es aplicable a cualquier sistema formal, de modo que, por tanto, la racionalidad humana no es nunca total ni absolutamente justificable desde sí misma. Dicho de otra manera, nuestra racionalidad es débil, no es una racionalidad fuerte; lo que nosotros

podemos hacer o tomar son decisiones razonables pero no completamente racionales. Esta diferencia entre lo que es racional y lo que es razonable es fundamental. Hoy, en filosofía de la ciencia y en la filosofía en general es algo que todo el mundo admite. Hubo una época, la del racionalismo del siglo XVII, en que se defendía una racionalidad fuerte. Esa fue la última época, junto con la del idealismo, en la que se pudo defender una racionalidad fuerte. A partir de entonces, y probablemente por la propia experiencia de la humanidad, la concepción general es que la racionalidad humana es débil.

¿Y qué significa débil? Esto se puede explicar de muchas maneras. Yo les voy a proponer algunas que son conocidas en nuestro medio. Por ejemplo, la que popularizó hace ya décadas Ortega y Gasset en un librito muy conocido titulado «Ideas y Creencias». Dice Ortega que «las ideas se tienen, en las creencias se está»; por tanto, las creencias son algo así como un presupuesto no del todo consciente, no del todo racional desde el que construimos ideas, pensamos.

¿Y qué son las creencias? Bueno, eso sí que, supongo, todo el mundo lo entiende mejor. Son los presupuestos que de algún modo nos sitúan en la vida, que pueden ser razonables pero no del todo racionales, nunca del todo racionales. Si nos pedimos a nosotros mismos o a cualquier persona absoluta coherencia en el orden de las creencias, no seremos capaces de darla. La creencia siempre tiene un punto en el cual la justificación es imposible. La creencia siempre va más allá de los argumentos racionales; podemos dar argumentos y hacer que la opción sea razonable, pero no del todo racional. Por tanto, esto es una expresión clara de la idea de que la racionalidad humana es débil.

---

“No hay una racionalidad pura e inmaculada, ni en el orden de la ética ni en ningún orden, entre otras cosas porque la racionalidad humana sólo es una y es la misma.”

---

“Nuestra racionalidad es débil, no es una racionalidad fuerte; lo que nosotros podemos hacer o tomar son decisiones razonables pero no completamente racionales.”

---

En alemán es muy frecuente el juego de palabras entre dos sustantivos *Urteil*, juicio –Kant escribió una «Crítica del juicio», y *Vorurteil*, prejuicio. Los prejuicios son una especie de bases no del todo racionales que están siempre en el fundamento de los juicios lógicos. Y esto que puede parecer casi escandaloso, pero que es necesario aceptar, sobre todo en ética, es necesario asumirlo muy claramente desde el principio, porque si no tiene consecuencias muy graves en el tipo de decisiones que tomemos.

A todo esto se le puede dar, si se quiere, apoyo teológico. La definición de la fe como *rationabile obsequium*, clásica en la teología cristiana va en este sentido. La fe es «obsequio razonable» no «obsequio racional». La fe no es completamente racional; es más, si fuera completamente racional dejaría de ser fe. Esto es importante que lo tengamos en cuenta; no pidamos a la razón más de lo que puede hacer o de lo que puede dar de sí e intentemos hacer juicios razonables.

---

“La creencia siempre tiene un punto en el cual la justificación es imposible.”

---

“La fe no es completamente racional; es más, si fuera completamente racional dejaría de ser fe.”

---

“Las creencias sin ideas son ciegas y las ideas sin creencias son vanas.”

---

La razón tiene su potencia y su capacidad pero debemos ser humildes. Yo creo que hay una cierta soberbia respecto a la razón cuando se le pide más de aquello que la razón propiamente puede dar. En ese sentido, parangonando una frase de Kant en la «Crítica de la razón pura», cabría decir que las creencias sin ideas son ciegas y que las ideas sin creencias son vanas. Hay que afinar la racionalidad en el orden de la ética y en todos los órdenes. No nos quedemos en las puras creencias, en las ciegas creencias, vayamos desde las creencias hasta las ideas porque las creencias sin ideas son ciegas pero las ideas sin creencias son vanas, son imposibles. Siempre hay prejuicios, siempre hay niveles ajenos a los de la propia racionalidad.

Toda racionalidad está, pues, situada. La fenomenología lo vio muy bien a principios de siglo. Todo lo que descubre, encubre. La mente es como un foco luminoso que dirigimos hacia un punto e ilumina ese punto, pero siempre deja un halo de penumbra, es decir, siempre que descubrimos, encubrimos y por tanto, hay dimensiones que son opacas a la perspectiva que estamos analizando. No hay ninguna razón que sea capaz de ver todas las perspectivas. Decía Husserl: «esa será la mente divina» y Ortega lo repite. ¿Qué significa afirmar que Dios es omnipotente y sabio, omnisciente? ¿En qué consiste la omnisciencia? Pues en que es descubrimiento sin encubrimiento. Ahora bien, en nuestra condición limitada, contingente, todo descubrir encubre y, por lo tanto, no hay nadie que tenga la perspectiva absoluta sobre ningún acontecimiento y ningún hecho.

Ésta es una dimensión fundamental de la racionalidad, también de la racionalidad moral. Pongamos el ejemplo de los Comités de Ética: ¿por qué es mejor

que estén sentadas diez o doce personas discutiendo un tema que esté sentado uno sólo, por más que ese uno sea muy listo? ¿Es que la perspectiva de análisis de los problemas morales y de los problemas técnicos de la enfermera es idéntica a la perspectiva de análisis del médico? ¿Es que la perspectiva de análisis del asistente social es igual que el de la enfermera e igual que el del médico? ¿Es que la perspectiva de enfoque de un tema y la valoración moral de ese tema por el paciente es igual que el de la enfermera, igual que el del asistente social, igual que el del médico? Y si ponemos al gerente, tendrá una perspectiva distinta a la de todos estos y si, realmente, queremos razonar, es decir, si no queremos que esto sea como hacer matemáticas, que se puede hacer sólo detrás de una mesa, si tenemos que tomar decisiones razonables mejor será que las tomemos entre todos a la vista del mayor número de perspectivas posibles para que la decisión sea lo más ponderada posible.

Lo que ocurre es que para esto hay que tener una cierta humildad y saber dónde se está y qué es la racionalidad humana. Generalmente, en el orden de la moral somos tremendamente dogmáticos, y creemos que hay soluciones completas y principios absolutos y que, quien se permite cualquier tipo de crítica no es sino alguien que está intentando boicotear el sistema de valores de una sociedad. Creo que esto es ingenuo y peligroso. Esto es fundamentalismo y dogmatismo moral, muy frecuente en nuestras sociedades. Tengo que decir más al respecto: creo que una de las grandes

---

“ Todo descubrir encubre y, por lo tanto, no hay nadie que tenga la perspectiva absoluta sobre ningún acontecimiento y ningún hecho. ”

---

---

“ Si tenemos que tomar decisiones razonables mejor será que las tomemos entre todos a la vista del mayor número de perspectivas posibles para que la decisión sea lo más ponderada posible. ”

---

aportaciones de la bioética a la cultura occidental son, precisamente, los Comités de Ética, porque aceptar sentarse en uno de ellos implica estar dispuesto a considerar que la propia perspectiva no es absoluta y que hay que buscar soluciones razonables. Y esto ya es mucho. En ética no se ha solidado hacer esto; ni en ética ni en muchos otros aspectos de las vidas de las personas.

Yo creo que el propio método ya en sí es formativo en tanto que en primer lugar es un intento de debate racional que admite la pluralidad de perspectivas; está convencido de que la propia perspectiva puede no ser absoluta. Hay que sacar una consecuencia de todo ello:

en bioética es posible y hasta deseable el concurso de perspectivas y hasta de fundamentaciones distintas. Esto es capital: pueden coexistir diferentes racionalidades bioéticas.

En bioética hay perspectivas y racionalidades diferentes porque hay creencias básicas distintas que vienen establecidas por los credos religiosos: hay bioética judía —los judíos en Estados Unidos tienen una

---

“ Una de las grandes aportaciones de la bioética a la cultura occidental son, precisamente, los Comités de Ética, porque aceptar sentarse en uno de ellos implica estar dispuesto a considerar que la propia perspectiva no es absoluta y que hay que buscar soluciones razonables. ”

---

---

“ En bioética es posible y hasta deseable el concurso de perspectivas y hasta de fundamentaciones distintas. ”

---

enorme importancia en el debate bioético—, hay bioética cristiana y dentro de ella, protestante, católica, ortodoxa, ortodoxa antioquena, etc. Pero además conviene tener presente que no solamente las creencias básicas son de tipo religioso; es que hay otras creencias, hay actitudes seculares ante el mundo y la vida que también actúan como creencias básicas o sistemas de valores básicos en el proceso de racionalidad. Y la bioética ha sabido, de algún modo, asumir esta pluralidad de actitudes básicas distintas y, en cierto sentido, integrarla.

Por tanto, la primera característica de toda bioética ha de ser la de partir de una actitud racional pero con un concepto de racionalidad «light», débil, que por ello admite la pluralidad de enfoques, la pluralidad de perspectivas y la coexistencia de perspectivas distintas como un elemento básico, fundamental y enriquecedor.

## LA BIOÉTICA, DEBATE PLURAL

Si ésta es la primera característica, de ella se deduce otra que me parece fundamental y que nosotros los mediterráneos tenemos que aprender, porque en nuestra cultura ha sido una asignatura pendiente a todo lo largo de nuestra historia.

Nadie puede aspirar a la verdad total, vuelvo a repetir que a la verdad total podrá aspirar Dios, los demás no. Nadie puede aspirar, por tanto, a la perspectiva total. Hay un famoso ejemplo de Husserl: nadie ve completamente una manzana, nunca. Ver una manzana es una tarea complicadísima porque no se ve nunca íntegramente; y es un ejemplo tan elemental que

resulta casi humillante. Nadie puede aspirar a la verdad total, a la perspectiva total que anule a todas las demás. Por tanto, es lógico que en el interior de la bioética se dé el pluralismo, de enfoques y de perspectivas. Habría que decir que si algo tiene de peculiar el movimiento de la bioética es esta coexistencia de la enorme pluralidad de abordajes que se ha desarrollado en su seno.

Esta segunda característica, consecuencia del concepto de racionalidad que hemos expuesto antes, es importante entre nosotros porque el pluralismo y por tanto el principio de conciencia, de libertad religiosa, o de tolerancia, no ha nacido en el mundo católico; nació en la cultura protestante y la Iglesia católica ha estado condenándolo sistemáticamente durante dos siglos, hasta el año 1963 en que Juan XXIII en la «Pacem in Terris» levantó la condena de lo que luego se convirtió en la Declaración Universal de Libertad Religiosa del Concilio Vaticano II el 9 de diciembre de 1965. Entre nosotros esto de la tolerancia es una novedad y creo que hay que tener conciencia de que es una novedad. Entre nosotros la tolerancia ha sido tradicionalmente considerada como un vicio, y la intolerancia, una virtud. De ahí que, probablemente, necesitamos

---

“ Si algo tiene de peculiar el movimiento de la bioética es esta coexistencia de la enorme pluralidad de abordajes que se ha desarrollado en su seno. ”

---

“ La bioética nace o ha nacido con el espíritu de que la razón humana no tiene nunca la verdad, y que, consecuentemente, escuchar al otro es el primer principio moral. ”

---

una cierta gimnasia para poder aceptar la pluralidad de verdad, es decir, para convencernos de que no tenemos la perspectiva absoluta, que los demás pueden tener razón y que hay que razonar con ellos en el intento de buscar soluciones prudentes a los problemas.

En el evangelio de San Lucas, en el capítulo 14, en el versículo 23, la parábola del gran banquete, hay un texto en el que el señor del banquete dice ante la falta de respuesta de los invitados: «Sal por los caminos y vallados y obliga a la gente a entrar para que se llene mi casa». En la traducción castellana que yo he utilizado dice *obliga* —el texto latino de San Jerónimo dice *compelle* que es *obliga* del verbo *compellere*, *compeller*— El término griego es todavía más duro, *anáγκασον* que es «*obliga por la fuerza*». Este texto es bien sabido que lo utilizaron mucho los Padres de la Iglesia; y, por ejemplo, la exégesis de San Agustín al respecto es clara: «a los que no aceptan la ley cristiana se les puede obligar por la fuerza a aceptarla»; es decir,

nosotros tenemos la verdad y el que no la acepta por las buenas, la acepta por las malas.

Esto (que dice San Agustín), lo repite a su modo Santo Tomás, en la Suma Teológica —en la Secunda Secundae—, cuando habla de los vicios contra la fe. Son tres según él: la infidelidad, la herejía y la apostasía.

---

“ La bioética del ser racional —o, al menos, razonable—, ha de ser un debate plural y los Comités de Ética no tienen sentido si no se aceptan estos criterios básicos. ”

---

“ La bioética, por tanto, ha de ser un debate racional o razonable y plural. ”

---

Y al hablar de la herejía se pregunta si los herejes deben ser tolerados. Y la respuesta de Santo Tomás es que si a los que matan la vida del cuerpo, los podemos ejecutar, tanto más a los que matan la vida del alma, siendo así que la vida del alma es mucho más importante que la vida del cuerpo. Por tanto, la intolerancia se convierte en virtud y la tolerancia en vicio; no en vano este texto de la Suma Teológica fue fundamental, por ejemplo, para el establecimiento de la Inquisición y no en vano fueron los dominicos los grandes inquisidores, precisamente por esto.

No se entienden las guerras de religión modernas, ni se entiende la Inquisición sin esta idea que ha sido consustancial al pensamiento católico durante muchos siglos. Quien tiene la verdad no puede ser tolerante y por tanto la tolerancia es un vicio, es debilidad de carácter, o debilidad de fe. No se puede consentir al disidente. En el famoso «brindis del Retiro» que cierra como epílogo la «Historia de los heterodoxos españoles», hay unas famosas frases muy retóricas que dicen «España, espada de Roma, cuna de San Ignacio, martillo de herejes; ésta es nuestra identidad, no tenemos otra». Esto está escrito hace un siglo exactamente, es decir, la intolerancia seña de identidad de una nación y de un pueblo.

Hace todavía mucho menos, hace cuarenta años, un excelente poeta católico de la ilustrada Francia, Paul Claudel, se permitía decir que en francés la palabra tolerancia se utilizaba para designar las casas de mala vida, las casas de prostitución.

La bioética nace o ha nacido con un espíritu, el espíritu de que la razón humana no tiene nunca la verdad, y que, consecuentemente, escuchar al otro es el primer principio moral; por tanto, tenemos que intentar entender la perspectiva del otro, porque no hay ninguna perspectiva totalmente errada, ni tenemos derecho a pensar que el otro es un cretino o un malvado. Eso, en todo caso, habrá que demostrarlo, pero en principio no es así. Y vuelvo a repetir que en este sentido la bioética puede hacer muchísimo, no ya por la ética de los hospitales sino por la ética civil de nues-

tros países. Eso que llamamos civismo es moral, es un modo de ser y un modo de respetar a los demás y de tomar decisiones en orden a los valores.

La bioética del ser racional —o, al menos, razonable—, ha de ser un debate plural y los Comités de Ética no tienen sentido si no se aceptan estos criterios básicos. Sería una auténtica pantomima sentarse en uno de ellos cuando uno está convencido que no va aprender nada del otro, de que lo único que puede hacer es enseñar. Eso no sería un comité, sería otra cosa. La bioética, por tanto, ha de ser un debate racional o razonable y plural.

## LA BIOÉTICA, DEBATE CRÍTICO

Tercera nota sobre la que me interesa llamar la atención: la bioética como debate crítico.

El hecho de que se acepten todas las perspectivas, al menos en principio, no quiere decir que se asuma un auténtico relativismo o que todas las perspectivas valgan igual. La razón humana tiene una capacidad que debemos ejercer, que es una obligación moral ejercer: su capacidad crítica, es decir, el intento de someter a prueba las propuestas, en este caso, las propuestas morales que vayan haciendo, tanto la sociedad como los individuos.

Toda propuesta moral debe ser analizada racionalmente. Nadie será nunca capaz de hacer una propuesta no criticable, es decir, una propuesta tan perfecta que esté más allá de toda crítica. La razón es crítica, y

---

“Toda propuesta moral debe ser analizada racionalmente.”

---

---

“La bioética es, pues, una propuesta racional y plural, pero es también una propuesta crítica.”

---

éste es un proceso en espiral, histórico, siempre abierto hacia el futuro, entre otras cosas porque las condiciones empíricas van variando. Por tanto, los problemas van variando y las propuestas siempre serán criticables en tanto en cuanto nunca podrán tener en cuenta todos los problemas futuros, es decir, la evolución de las condiciones empíricas en el futuro.

La bioética es, pues, una propuesta racional y plural, pero es también una propuesta crítica, ya que cada persona, cada grupo, cada sociedad tienen que analizar críticamente todas las propuestas sobre lo que se debe y no se debe hacer, lo que se puede y no se puede hacer.

Cualquiera que analice los valores morales que defendía hace treinta años y los que defiende ahora,

verá que ha ido cambiando, que no son los mismos. Esto lo hacemos los individuos, lo hacen los grupos sociales, lo hacen las sociedades, las culturas, que no son sino un destilado de valores. Las culturas van cambiando también esos valores como cambian los indivi-

---

“Toda propuesta tiene que tener lo que, utilizando una expresión magnífica de Kant, habría que llamar un *canon*.”

---

---

“Yo soy responsable de los fines que me propongo: por tanto, yo proyecto y el proyecto revierte sobre mí y me obliga a justificar mi propio proyecto. Esto es lo que llamamos conciencia.”

---

duos; es un proceso, el proceso crítico. Es un proceso con una dimensión individual, pero también social: tiene una dimensión colectiva. Y es un proceso histórico, se desarrolla a través del tiempo.

## UN MODELO TEÓRICO PARA LA BIOÉTICA

Lo último que quisiera plantear es qué sería o qué propuesta haría yo que fuera racional, plural y crítica, intentando integrar todo este debate enorme que se ha producido en veinticinco años en bioética: ¿qué propuesta me atrevería a hacer que fuera global e integradora, globalizante, de todos estos aspectos?

Todo intento de establecer una fundamentación correcta de la ética a la altura de las postrimerias del siglo XX, teniendo en cuenta el debate acumulado a lo largo de siglos y a lo largo de estas décadas últimas en relación a la bioética llevaría, como mínimo, a lo siguiente: en primer lugar, toda propuesta tiene que tener lo que, utilizando una expresión magnífica de Kant, habría que llamar un *canon*. Canon es un término español que es pura trascripción fonética de un término griego *Kánon* que significa *caña*. La caña, el canon, era la vara de medida con que medían las telas en Grecia. Siempre que queramos juzgar algo lo tendremos que hacer desde un canon. Tenemos que establecer, pues, un canon en moral, tendrá que haber una «vara de medida». Toda ética tiene un canon; hay diferentes cánones pero, evidentemente, toda ética tiene un canon. Y si uno analiza las propuestas de la bioética, de la ética en general, de la ética del siglo XX, y de la de los últimos siglos se ve que todas, en última instancia, aceptan el mismo canon.

Por tanto, la racionalidad humana no es perfecta, no tiene todas las perspectivas, es una racionalidad débil,

pero eso no quiere decir que no consiga llegar a cosas importantes, como por ejemplo a establecer cánones morales. ¿Y cuál es el canon de moralidad en la que vienen a converger por diferentes vías las personas que se dedican a la fundamentación de la ética, generalmente los filósofos? ¿Cuál es el punto de convergencia de la práctica totalidad de ellos? Pues el canon en el que suelen converger es que los seres humanos, como decía Kant, son fines y no sólo medios. No que no sean medios, sino que no son sólo medios; y por tanto, que están dotados de una cualidad que se llama dignidad.

“ Todos y cada uno de los seres humanos merecen absoluta consideración y respeto porque tienen esa condición ontológica que es la condición moral. ”

Afirma Kant que los seres humanos tienen dignidad y no precio. Todos y cada uno de los seres humanos tienen esta característica ontológica. Por eso son seres morales, por eso tienen conciencia del deber, por eso la conciencia del deber no se la tiene que explicar nadie a nadie, la va teniendo el niño en cuanto empieza a desarrollar su racionalidad, porque es el propio uso de la racionalidad humana. Si en algo se diferencian los hombres de los seres no racionales es que la racionalidad nos hace no vivir en el presente sino en el futuro: la racionalidad nos hace seres prolepticos, proyectables hacia el futuro. El ser racional se propone fines; el ser que no es racional no, vive en el momento, la racionalidad es el modo de vivir más allá del momento, por tanto, lanzado al futuro. Lo decía Ortega: «el hombre es un ser “futurizo”», está viviendo en un futuro. Heidegger lo ha estudiado por activa y por pasiva; la idea de «pro-yecto». La racionalidad humana nos lanza hacia adelante, todo ser humano es un ser lanzado hacia adelante, que está proyectando fines.

Pero el proyectar humano actúa como un efecto «boomerang»: tu proyectas un fin y el fin vuelve sobre ti. Por eso advierte Kant que el ser humano es el fin de los fines. Yo me propongo fines, pero esos fines revierten sobre mí en forma de responsabilidad. Yo soy responsable de los fines que me propongo: por tanto, yo proyecto y el proyecto revierte sobre mí y me obliga a justificar mi propio proyecto. Eso es lo que llamamos conciencia.

Es un fenómeno curiosísimo. Los seres humanos somos responsables de nuestros propios proyectos y tenemos que dar cuenta de ellos ante mucha gente, pero en primer lugar ante nosotros mismos. Ésa es la conciencia moral, la conciencia del deber. Tenemos obligación de justificar racionalmente nuestros propios proyectos y esta justificación hace que los seres humanos, por este carácter, por esta condición ontológica peculiar, tengamos un estatuto peculiar, el de ser

fines de nuestros propios fines, «ser fines en nosotros mismos» decía Kant, y por tanto estar en una condición distinta a la de las cosas; y esta condición es la que él llamaba condición de dignidad. Esto se puede afirmar sin ningún rubor, la racionalidad lo permite afirmar con una gran precisión: todos y cada uno de los seres humanos merecen absoluta consideración y respeto porque tienen esa condición ontológica que es la condición moral.

Ahora bien, no nos ilusionemos excesivamente porque con esto hemos conseguido mucho, establecer un canon, pero este canon no permite fácilmente tomar decisiones a partir de él. El canon nos dice qué es el «qué» de la moralidad —que los seres humanos son fines en sí mismos y no medios, que tienen dignidad y no precio, por tanto, que tienen una condición ontológica que les hace respetables, dignos de consideración y respeto. Éste es el «qué de la moralidad». Pero lo que no dice nunca el canon es el «cómo»: «cómo tengo que actuar para respetar a los seres humanos». Esto es mucho más complicado. Por eso dice Kant que el imperativo categórico, que es una expresión del qué, tiene carácter formal o canónico pero no material ni deontológico. En el fondo, el canon no manda nada, es la vara de medida de todo mandato pero en sí no es un mandato concreto. Un mandato concreto será «no mates», «no mientas», «no robes», y si te preguntan por qué no debes mentir ni matar, puedes argumentar: porque si miento no estoy tratando con consideración y respeto a las personas que son seres humanos, que tienen esa condición ontológica. Eso sí tiene contenido deontológico porque manda algo, manda no matar, manda cosas concretas. El canon es la vara de medida de todo mandato pero en sí no tiene contenido material, o lo tiene tan genérico que no es suficiente para poder tomar decisiones.

“ El trabajo de la bioética es elaborar un conjunto de normas, de principios que, sin intentar ser absolutos, expresen del mejor modo posible el canon de respeto a los seres humanos, que ese sí es absoluto. ”

Además del canon, hay otro nivel en todas las éticas que es la determinación de contenidos materiales. El canon es formal, el canon es la «vara de medida de las telas», pero luego hay que tratar de las «telas»; es decir, una cosa es la vara y otra cosa son las telas que medimos con la vara; qué telas son las que nos interesan o cómo manejamos las telas, qué telas hay.

Éste es el tema de los deberes, de las normas, de los principios en moral. Y aquí también la ética del siglo XX ha llegado a un cierto consenso. No así la ética católica —y esto es un problema muy serio de la moral católica—, porque desde el punto de vista racional toma opciones de las que yo creo que, más tarde o más temprano, tendrá que desdecirse, soy de los que pienso

que se están haciendo las cosas de tal manera que luego tendrán que venir rectificaciones muy dolorosas. Pero exceptuando el iusnaturalismo, que es muy frecuente y muy típico de la ética católica, y que por otra parte luego en la práctica tampoco tiene consecuencias, porque se encuentran todo tipo de mediaciones para hacer excepciones a esos principios que se afirman como absolutos, hay un enorme consenso, y además con unos fundamentos lógicos difícilmente discutibles, de que las proposiciones de contenido material, por tanto los deberes, nunca pueden ser absolutos.

No hay ninguna proposición deontológica o moral de contenido material que pueda ser absoluta y no tenga excepciones. Piénsese en el mandato que se quiera: el «no matar», el «no mentir», el «no robar»; todos, aún los negativos tienen excepciones. Y si se dice: «no, es que no es el «no matar», es el «no matar al inocente»... da lo mismo; pueden poner todos los adjetivos que quieran; siempre tendrá excepciones. Como las tiene toda norma jurídica. ¿Ustedes han visto una norma jurídica que no tenga excepciones? ¿Ha conseguido alguien alguna vez hacer una? No lo ha conseguido nadie y además no es sólo por una cuestión empírica que de hecho no las haya conseguido nadie, es que lógicamente se puede decir que no se pueden

---

“¿Hay que deliberar sobre **cómo** hacer para respetar a los seres humanos? Pues claro que hay que deliberar.”

---

construir. Todas las proposiciones llamadas sintéticas o de base empírica, por definición, tienen siempre un defecto de base material. Nadie tiene toda la experiencia de todo el mundo; y, por tanto, las proposiciones de base empírica, lo que se llama en lógica proposiciones sintéticas, por definición no son nunca absolutas y las proposiciones deontológicas, morales, son sintéticas y nunca pueden ser absolutas. Esto se puede discutir todo lo que se quiera pero, desde luego, es poco razonable, creo yo, a finales del siglo XX decir lo contrario.

Por tanto, ¿dónde está aquí el trabajo de la bioética?, pues en elaborar un conjunto de normas, de principios que, sin intentar ser absolutos porque, probablemente, no lo van a ser nunca, expresen del mejor modo posible, aquí y ahora, el cánón de respeto a los seres humanos, que ese sí es absoluto. Parece obvio que si queremos respetar a los seres humanos no les podemos mentir bellacamente. Pregunta: ¿nunca?, ¡ah!, eso es otra cosa. Supongo que todos estaremos de acuerdo en que un principio deontológico fácilmente deducible del canon de respeto a todos los seres humanos es que, por principio, no debemos mentir, pero si yo ahora fuera preguntando a todos los sanitarios que hay en esta sala no ya si han mentido bellacamente —eso es otra cosa—, sino, si alguna vez, han creído que tenían

---

“La función de un Comité de Ética es tomar decisiones prudentes, deliberar y ayudar a la comunidad mediante el proceso de deliberación y de gestión prudente de sus conflictos y de sus valores.”

---

razones morales para hacer una excepción al principio de veracidad, al principio de no mentir, la respuesta de todo el mundo sería que, a veces, uno cree que decir la verdad a un paciente no sólo no es expresión del principio de respeto a los seres humanos sino de todo lo contrario. El decir la verdad, a veces, puede ser no respetar al paciente. Tenemos que respetar a los pacientes, los pacientes tienen dignidad, son fines en sí mismos, los pacientes y todo ser humano. Pero ¿cómo se articula eso de respetar? Ése ya es un problema distinto, ése ya es un problema más complejo; es un problema empírico, material y ahí sí caben muchas perspectivas, porque nadie tiene la perspectiva total.

En orden al canon es muy fácil que nos pongamos todos de acuerdo, pero en orden a si hay que hacer una excepción al principio de veracidad, probablemente no nos pongamos de acuerdo y además aquí las diferentes perspectivas influyen mucho. Y ahí es donde Aristóteles, el padre de la ética como disciplina, decía que era necesaria la «deliberación». Éste es un término maravilloso. ¿Hay que respetar a los seres humanos? Sí. ¿Hay que deliberar si hay que respetar a los seres humanos? Yo creo que no. ¿Hay que deliberar sobre *cómo* hacer para respetar a los seres humanos? Pues claro que hay que deliberar. ¿Hay que deliberar si aquí y ahora se puede decir la verdad de este paciente? Yo creo que sí. ¿Hay que deliberar si se pueden ligar las trompas? Pues claro que hay que deliberar. Las películas norteamericanas nos han acostumbrado a todos a ver los juicios en los que el jurado al final se retira a deliberar. ¿Y qué es deliberar? Es ponderar las circunstancias y las consecuencias que concurren en un caso concreto para ver si hay que aplicar el principio como está formulado o se puede justificar una excepción al principio. Esto en derecho se llama tener en cuenta las circunstancias atenuantes, agravantes, dirimientes, eximentes... Esto se da en derecho y ¿esto no se da en ética? ¿Cuál es la función de un Comité de Ética, si no es ponderar todos los factores con el enriquecimiento de perspectivas para tomar una decisión. ¿Cierta? No; en el orden de la deliberación no hay decisiones ciertas, hay decisiones que Aristóteles llama prudentes. ¿Y qué es la prudencia? Es el uso de la razón en la toma de decisiones que están siempre afectadas por la incertidumbre, que no son nunca ciertas; es decir, una decisión prudente, no es una decisión cierta, es una decisión racional pero no cierta. Se pueden tomar decisiones racionales en condiciones de incertidumbre; y se pueden tomar bien y mal, puede haber decisiones prudentes e imprudentes.

La función de un Comité de Ética no es crear dogmas, es tomar decisiones prudentes, deliberar y ayudar a la comunidad mediante el proceso de deliberación y de gestión prudente de sus conflictos y de sus valores. Yo creo que éste es el procedimiento, ésta es la fundamentación de la ética y el procedimiento de trabajo en un Comité de Ética. Tenemos que tener muy claro lo que tiene que estar claro: que los seres humanos son respetables. Hoy se podría decir todavía más: ¿sólo los seres humanos son respetables y tienen dignidad o también la tienen más seres? Para mí, la dignidad no es exclusiva de la especie humana, por tanto no sólo los seres humanos son fines y, además, si los seres humanos son fines —y lo creo profundamente—, hay que decir que aquellas cosas que hacen posible la existencia de los seres humanos, por tanto, que son condición de posibilidad de la propia realidad humana como es la naturaleza o los equilibrios de la vida, de algún modo tienen que ser también fines, porque si no el ser humano no podría ser fin. Hay como un contagio ontológico desde la dignidad del ser humano a la dignidad de aquellas condiciones que son necesarias para que el propio ser humano sea ser humano. En este sentido, hay libros muy célebres, porque todos nos hemos hecho ecologistas y, probablemente con razón, en estas últimas décadas. Hay un libro precioso de Hans Jonas, un hombre que acaba de morir, que se titula «El Principio de responsabilidad» donde se llega a la conclu-

sión de que evidentemente hay una dignidad ontológica en la naturaleza superior a la que se le ha concedido, a la que le concedía por ejemplo Kant. Para él, ¿qué es la naturaleza?, el orden de los medios. ¿Cómo se utilizan los medios?, a beneficio de los fines. Habría que ver si la cosa es tan clara o no.

En cualquier caso, digo que a pesar de que el canon pueda ser más amplio de cómo lo hemos formulado aquí, creo que es fácil aceptar la formulación restrictiva, al menos como formulación restrictiva: los seres humanos son respetables y a partir de ahí, toda sociedad, todo individuo, tiene que ir estableciendo un conjunto de principios racionales o, al menos, razonables que determinen los deberes que tiene que realizar y esos deberes se formulan como normas universales y principios. Los cuatro principios de la bioética son proposiciones universales. Pero no confundamos proposición universal con proposición absoluta. El decir la verdad es una proposición universal, no es una proposición absoluta y por eso tiene excepciones. Cuando hacemos una excepción al principio de veracidad supongo que seguimos aceptando que, en general, hay que decir la verdad, por tanto aceptamos que como principio universal es correcto pero no lo aceptamos como absoluto porque consideramos que la ponderación y la deliberación sobre las circunstancias y las consecuencias nos puede llevar a hacer algún tipo de excepciones.



**AGELECTRIC, S.A.**  
**AGECONTROL, S.A.**  
**AGEPROSEG, S.A.**

**Electricidad, Control e instrumentación,  
 Comunicaciones, Seguridad, Contraincendios,  
 Mantenimiento.**

**C/BONSOMS 15-17**

**08028 BARCELONA**

**TEL. 333.93.66**

**FAX. 333.97.12**

# METODOLOGÍA PRÁCTICA DEL FUNCIONAMIENTO DE UN COMITÉ DE ÉTICA

*Rafael Jiménez\**

*Catedrático de Pediatría. Universidad de Barcelona.  
Miembro Comité de Ética Asistencial Hospital Sant Joan de Déu.*

En su más amplio sentido la ciencia se equipara a conocimiento, siendo su objetivo, mediante la búsqueda de la verdad, profundizar en el mundo que nos rodea y en nosotros mismos.

Los Comités de Ética asistencial nacen de dos premisas básicas por un lado de la situación actual de la sociedad con una revalorización de los valores éticos y morales, de tal forma que la mayoría de relaciones entre médicos, enfermeras, resto de profesionales al

“El avance continuado de las nuevas tecnologías aplicadas a la medicina ha motivado la aparición de un posible dominio entre la vida y la muerte.”

servicio de la salud con los pacientes, familias o comunidad en general, están impregnados de dilemas éticos 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, asistenciales 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 a posteriori con determinados procedimientos terapéuticos así como en la valoración del binomio riesgo-beneficio para el paciente, ya que indudablemente este avance no sólo crea beneficio sino importantes riesgos en su aplicación, aparte de la posible limitación de medios que nos puede obligar a

\* El Dr. Josep Ballester, director médico del Hospital Sant Joan de Déu, presentó al Prof. Rafael Jiménez.



Prof. Rafael Jiménez.

tener que efectuar una selección sobre los mayores beneficios que se puedan obtener de acorde con unos resultados posteriores previsiblemente mejores.

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

Un comité de ética asistencial puede ser definido como un grupo autorizado de carácter consultivo o interdisciplinario, creado para promover la formación en el ámbito de la bioética, así como analizar y asesorar en la solución de los conflictos éticos que se presenten como consecuencia de la labor asistencial de un centro sanitario.

Las funciones básicas de un comité de ética asistencial pueden resumirse en las siguientes:

- Velar por el cumplimiento de los derechos de todo paciente.
- Procurar una formación 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.

Hay que tener siempre en cuenta que la toma de decisiones nunca es vinculante, ni tampoco excluye a los profesionales de ninguna responsabilidad jurídica, si bien es cierto que la judicatura en general respeta las decisiones de un comité oficialmente constituido.

Es nuestra intención mostrar de una forma práctica como a nuestro parecer debe funcionar un comité:

- Petición por parte del servicio o del médico responsable del enfermo de una consulta al comité de ética.
- Citación del mismo lo más pronto posible una vez aceptada la consulta por el presidente del comité.
- Reunión del comité de ética completo o el de urgencias con los solicitantes.

Se ha nominado el concepto de comité de urgencias, el cual debe estar formado aparte del Presidente, o quien él delegue individualmente para cada caso, por

“Un comité de ética asistencial puede ser definido como un grupo autorizado de carácter interdisciplinario, creado para promover la formación en el ámbito de la bioética así como analizar y asesorar en la solución de los conflictos éticos.”

las tres o cuatro personas más significativas dentro del comité por su formación y que por otro lado sea de más fácil citación. A ello se añadirán los componentes que en ese momento tengan posibilidad de asistir.

Dada la trascendencia que supone tomar una decisión ética debe seguirse una normativa de actuación:

**1. Preparación de la historia clínica para su presentación ante el comité.** Deberá ser efectuada su presentación por el médico y enfermera más directamente implicado en el cuidado directo del niño. A la presentación deberá asistir el máximo responsable de la unidad donde estuviese.

**2. Presentación del caso al comité de forma clara y escueta. Constará de los siguientes puntos:**

- **Motivo de la reunión.** En este momento se enumerará el diagnóstico que justifica la solicitud de la reunión.
- **Circunstancia actual.** Días de vida, clínica que este

### EN LA NORMATIVA DE ACTUACIÓN DE UN COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL SE PROPONE:

- Preparación de la historia clínica para su presentación en el comité.
- Presentación del caso clínico al comité de forma clara y escueta.
- Discusión del caso.
- Acercamiento de decisiones (aplicación de principios).
- Toma de decisiones.
- Información a la familia.
- Anotación en la historia clínica.

momento presenta y medidas que se le están practicando.

- **Descripción de la enfermedad.** Es una descripción teórica en la que deberá incluirse el tipo de herencia, formas clínicas y en cual puede clasificarse nuestro caso, pronóstico general de la enfermedad mediante las medidas terapéuticas disponibles en la actualidad.
- **Comportamiento de los padres** ante la enfermedad, en el sentido de aceptación o rechazo, responsabilidad o irresponsabilidad ante la situación crítica de su hijo, etc. Deben reunirse los máximos datos posibles de la familia.

**3. Discusión del caso.** La discusión del caso debe ser de forma espontánea por todos los miembros del comité, más considerando que las deliberaciones son secretas. Durante esta parte que suele ser la más dura deberán aclararse los siguientes términos:

- **Pronóstico** de la enfermedad tanto con respecto a la vida como al desarrollo futuro del niño. Esto se hará basado en la experiencia propia del Hospital y en la bibliografía.
- **Controles** periódicos a los que debe ser sometido el paciente.
- **Evolución** que se prevee en un futuro inmediato o lejano en el que debemos incluir la posibilidad de que presente complicaciones.
- Ante la presencia de posibles **complicaciones** que evolucionen de ellas se prevee y que tipo de medidas terapéuticas se pueden adoptar.

“Hay que tener siempre en cuenta que la toma de decisiones nunca es vinculante.”

- En cuanto a la **terapéutica** se debe desligar la agresiva de cualquier otro tipo y deben incluirse en la descripción los pros y los contras de la aplicación de las mismas, considerando las que puedan considerarse proporcionadas o desproporcionadas. Igualmente es

conveniente efectuar un resumen evolutivo dependiendo de la terapéutica aplicada.

**4. Acercamiento de decisiones.** Una vez considerados los apartados anteriores el Presidente del comité deberá hacer un resumen de los conocimientos del proceso y las posibles diferentes actitudes éticas por parte de los miembros del comité, las cuales deben ser comentadas bajo el prisma de los principios éticos básicos inicialmente *beneficiencia* y *justicia*.

El principio de *beneficiencia* incluye la intención de hacer algo que sea beneficioso para el niño pero con el menor daño posible, es decir *beneficiencia* y no *maleficiencia*, en el sentido de establecer el máximo equilibrio entre el máximo de beneficio con el menor daño posible. Hay métodos terapéuticos que podrían obtener un gran beneficio pero con la seguridad de obtener secuelas futuras de gran importancia.

“El funcionamiento de un comité de ética asistencial debería seguir tres etapas: petición del servicio o médico responsable, citación del presidente y reunión del comité.”

El segundo principio sería el de *justicia* el cual representa una racional distribución entre cargas y beneficios principio que nos debe asegurar una atención al individuo según sus necesidades, independientemente de otras connotaciones sociales.

Por último y una vez cotejadas las posibles decisiones se aplicará el principio de *autonomía*. Como autonomía se entiende que cualquier decisión debe basarse en la voluntad del paciente, problema que en pediatría por el ejercicio de la patria potestad lo ejercerán los padres. No obstante contra la posibilidad de abuso existe la prioridad de mantener la vida frente a cualquier otro interés como puede ser el económico o creencias, mecanismo jurídico que el médico tiene ante, por ejemplo, la prohibición de una técnica terapéutica imprescindible para la vida.

**5. Toma de decisiones.** Una vez hechas las consideraciones anteriores se efectuará el consejo ético ante determinado caso, aparte de basarse en los principios básicos anteriormente enumerados debe reconocer los siguientes principios generales:

- Reducción de riesgos (aquí entraría el concepto de *nocividad*).
- Utilidad potencial.
- Garantía de control tanto médico como familiar lo que obligará a un exacto conocimiento de los pros y contras de nuestra actitud.
- Consideración del nivel cultural de la familia, así como su ideología y creencias que en algún momento puede modificar nuestro criterio.

La decisión ética a ser posible debe tomarse por

unanimidad, teniendo siempre en cuenta que nunca es vinculante y que en el último momento puede prevalecer el principio de *autonomía*.

**6. Información a la familia.** Debe hacerse por el profesional que tiene una implicación más directa en el cuidado del niño.

Ésta debe reunir los siguientes requisitos:

- Explicación del pronóstico.
- Ante las determinadas medidas terapéuticas que pueden utilizarse los pros y contras de ellas.
- Duración del tratamiento y medidas de control a que deberá ser sometido.
- Con estas premisas se le hace un resumen de la consulta ética y de la decisión final del comité. Esto último deberá razonarse teniendo en cuenta los tres puntos anteriormente expresados.

Una vez hecha la comunicación a la familia, se le responderá de forma clara y en lenguaje inteligible, todas las dudas que se le hayan podido plantear con objeto de que tomen una decisión lo más libre posible lo cual puede ser inmediata o diferida.

**7. Anotación en la historia clínica** tanto del resumen de la consulta ética con de la decisión final del comité ético, como de la consensuada con la familia, con objeto de en cualquier momento tener una noción clara de lo que debe efectuarse ante determinada eventualidad que pudiera aparecer en la evolución del proceso.

Como recomendación final siempre hay que tener en cuenta que cada caso debe considerarse de forma individualizada y con la premisa de «*dar el mayor grado de dignidad, respeto y comodidad a todo paciente para el resto de sus días sean cuales sean.*»

## BIBLIOGRAFÍA

- ABEL F. Comités de bioética. *Folia Humanística* 1993; 31: 389.
- ABEL F, BONE E, HARVEY J. La vida humana origen y desarrollo. Ed. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid 1989.
- CRUZ M. Comités de ética asistencial. Editorial. *Arch Pediat* 1996; 47:447.
- GRACIA D. Procedimientos de decisión ética en clínica. Endema Universidad. Madrid 1991.
- JIMÉNEZ R. Reanimación neonatal y asistencia intensiva neonatal Consideraciones éticas. *An Esp Ped.* Libro de actas. Sept. 1996 pág. 187.
- JIMÉNEZ R, MOLINA V. Bases éticas en Neonatología. Sección de Neonatología de la AEP. Barcelona 1992.
- JIMÉNEZ R. Ética y medicina perinatal. *Labor Hospitalaria* 1995; 3: 233.
- JIMÉNEZ R. Ética en Pediatría. *Arch Pediat*; 42: 57.
- LÓPEZ DE LA TORRE MA. Comités de bioética, implicaciones médicas, consideraciones prácticas. *Arch Pediat* 1996; 47: 465.

LH

11-4

# ÉTICA Y DERECHO

**Victòria Camps\***

Catedrática de Ética.  
Universidad Autónoma de Barcelona.

Las leyes morales y las leyes fundamentales del derecho positivo tienen, en teoría, un mismo origen: la antes llamada «ley natural» o los actuales derechos humanos. Suele decirse que el derecho empieza allí donde acaba la ética. Se dice asimismo que el derecho es –o debiera ser– una prolongación de la moral.

“Se dice que el derecho es o debiera ser una prolongación de la moral.”

“Los tres grandes valores de la ética (el de la vida, de la libertad y de la igualdad) se encuentran recogidos por los cuatro principios de la bioética.”

Ambas afirmaciones parecen acertadas si observamos el desarrollo de los derechos humanos y, en concreto, el desarrollo de los llamados «derechos económico-sociales». El derecho a la protección de la salud es positivizado en la Constitución y en el ordenamiento legislativo que deriva de ella. Dicho derecho es un aspecto del derecho a la igualdad y, a su vez, complementa el derecho a la vida y a la integridad física así como el reconocimiento de la dignidad y de la autonomía de la persona. En suma, pues, el principio ético que reivindica la igualdad fundamental de todos los humanos y el valor sagrado y absoluto de la vida humana, encuentra en el derecho positivo la materialización adecuada para que los aspectos mínimos y básicos de tales valores éticos sean reconocidos y respetados en las sociedades gobernadas por un estado de derecho.

Visto de otra forma, puede decirse que los tres grandes valores de la ética, el valor de la vida, de la libertad y de la igualdad, se encuentran recogidos, de un modo algo más concreto, por los cuatro principios de la bioética: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia. En efecto, hacer el bien y no

\* El Dr. Josep Ballester, director médico del Hospital Sant Joan de Déu, presentó a Victòria Camps.



Victòria Camps.

hacer el mal es otra forma de aludir al valor sagrado y básico que damos a la vida humana, por encima de cualquier otra forma de vida. El principio de la autonomía, por su parte, pone de manifiesto el valor primordial de la libertad de la persona, según el cual está en su derecho al reclamar un protagonismo esencial en cualquier toma de decisión que afecte a su cuerpo o a

“En la *Ley General de la Sanidad* encontramos recogidos y concretados los grandes valores y principios de la bioética.”

“La ley muestra a diario su insuficiencia y sus fisuras que dejan al descubierto muchas de las decisiones que el profesional de la sanidad se ve obligado a tomar.”

su salud. El principio de la justicia, por fin, viene a indicar que la justicia distributiva tiene como uno de sus objetivos fundamentales el de distribuir la protección de la salud sin discriminaciones e imparcialmente. Si, saliendo ya de los principios de la bioética, echamos un vistazo a la Ley General de Sanidad encontramos recogidos y concretados esos grandes valores y principios de la bioética. Allí se ordena, por ejemplo, organizar y tutelar la salud pública, no sólo por la curación sino también por la prevención, e incluso por medio de una adecuada educación sanitaria. De igual modo, se protegen los derechos del paciente a la información, a la participación, a la reclamación, a la confidencialidad, a la no discriminación, al consentimiento informado, es decir, a todo aquello que contribuye a resaltar el valor y la dignidad de la vida de cada uno y a impedir la pura manipulación.

No obstante, esa prolongación de la ética hacia el derecho no resuelve, ni de lejos, todos los problemas que angustian a las sociedades tecnológica y económicamente avanzadas. La ley muestra a diario su insuficiencia y sus fisuras, que dejan al descubierto muchas de las decisiones que el profesional de la sanidad se ve obligado a tomar. Las democracias liberales, además, experimentan una creciente tendencia hacia la desregulación. El liberalismo ha colocado en un pedestal a la autonomía individual, de acuerdo con la cual reclamamos más y más el derecho de cada uno a decidir por

---

“ Ser autónomo o libre no implica que todo vale. ”

---

---

“ Esa insuficiencia de la ley que pondrá de relieve la necesidad de que la libertad actúe *en positivo*, para el bien de todos y no para el bien exclusivo del propio agente libre. ”

---

sí mismo en situaciones difíciles. Por su parte, el éxito del mercado libre como único sistema económico que anima la iniciativa individual y la competencia, imprescindibles para el desarrollo de la economía, redundan en la sacralización de las libertades individuales. Lo cual no merecería ningún reproche si la consecuencia de la conquista de libertades no fuera la imposición del criterio mercantilista como única medida para valorar cualquier actividad humana, incluídas aquellas que, como la protección de la salud, deberían guiarse por pautas menos simples que las de la oferta y la demanda o la del equilibrio entre el coste y el beneficio. La desregulación está bien porque pone de relieve el carácter autónomo que ha de acompañar a la acción humana susceptible de ser juzgada éticamente. Sin embargo, ya Kant dejó bien claro que la autonomía y la ley no deben ser conceptos incom-

patibles. Ser autónomo o libre no implica que todo vale. La desregulación será un paso hacia el progreso si, al mismo tiempo, conduce a una autorregulación que afiance el sentido de la responsabilidad individual y profesional.

Hablaba hace un momento de la insuficiencia de la ley para atender a los conflictos con que se encuentra la práctica de la medicina. Esa insuficiencia es la que pondrá de relieve la necesidad de que la libertad actúe *en positivo*, para el bien de todos y no para el bien exclusivo del propio agente libre. Cuatro puntos, que

---

“ Los avances tecnológicos sobre todo nos sitúan ante vacíos legislativos que hay que llenar. ”

---

---

“ Antes de rasgarse las vestiduras ante cualquier novedad, lo que conviene es tomarse un respiro y analizar si vamos por donde pensamos que hay que ir. ”

---

me propongo analizar a continuación, ponen de manifiesto la realidad de dicha insuficiencia y la subsiguiente exigencia de que el individuo active su potencial ético y subsane o cubra los agujeros que el derecho no puede o no debe cubrir.

1. La ley suele ir a la zaga de los hechos y de las situaciones conflictivas. Los avances tecnológicos sobre todo nos sitúan ante vacíos legislativos que hay que llenar. Es la ética la que debería informar tanto al imperativo de legislar como de la forma de hacerlo. En una época como la nuestra, de desconcierto moral y de confusión valorativa, una época en la que el llamado «pensamiento único», donde predomina lo económico, priva sobre cualquier otro criterio, es importante no abandonar la tarea legislativa a una inercia puramente técnica que margina el debate de carácter moral. Entiendo por inercia técnica la respuesta casi automática a los vacíos legales con leyes poco debatidas y contrastadas o con leyes tan idealizadas que la práctica hará imposibles de aplicar. Los vacíos legales que descubrimos a diario por causa de los constantes experimentos técnicos, debieran ser una incitación a la reflexión y a la puesta en cuestión de nuestros supuestos «avances». Antes que rasgarse las vestiduras ante cualquier novedad, antes que poner por delante y a cualquier propósito la libertad de investigación o ideológica, lo que conviene es tomarse un respiro y analizar si vamos por donde pensamos que hay que ir. Ésa es la única forma de que la ética no renuncie a su función de ir por delante del derecho informándolo e inspirándolo. El fenómeno de la clonación, por ejemplo, de animales, que abre la sospecha de una inminente clonación de humanos, es uno de esos

hechos que exigen ser abordados con criterios éticos y con vistas a una posible y quizá necesaria legislación. Como ocurrió ya con la fecundación asistida, la ley se hace necesaria cuando la práctica está ya en la calle. Pero la ley no debe sólo secundar una práctica que parece irrenunciable, sino, por decirlo así, ponerla en su sitio señalando su adecuación o inadecuación a esos principios y valores éticos de los que hablábamos.

2. Por otra parte, aunque mantengamos que la ética debe informar al derecho, debemos reconocer también que las leyes contribuyen a determinar los comportamientos y la escala de valores que tenemos. Las leyes precisan e incluso modifican la acepción que damos a nuestros valores y principios éticos. Sin duda, la legalización de las prácticas de fecundación asistida ha creado necesidades antes inexistentes: muchas mujeres infértiles que jamás hubieran pensado en poner remedio a su condición, ven ahora su anormalidad como algo curable, con lo cual adquiere más fuerza su necesidad de tener hijos (y quizá también su frustración al no poder tenerlos ni siquiera con las técnicas al uso). El derecho positivo es, así, un instrumento de socialización y moralización de la sociedad puesto que va acompañado de sanciones que ayudan a distinguir,

---

“Las leyes precisan e incluso modifican la acepción que damos a nuestros valores y principios éticos.”

---



---

“La flexibilidad e indeterminación del derecho es la que dota autonomía al agente humano que debe aplicarla.”

---

mejor que cualquier otra norma no coactiva, la distinción que hay que hacer entre lo bueno y lo malo, o entre lo permitido y lo prohibido. Para evitar reduccionismos y simplificaciones, no hay que olvidar esa debida interacción entre derecho y ética.

3. Por su misma naturaleza, la ley es general y abstracta, mientras las situaciones y problemas que exigen decisiones difíciles de tomar son singulares y distintas entre sí. La autonomía moral no es nunca absoluta, pero entra en escena precisamente en aquellos casos en que entre lo que dice la ley y la decisión a tomar hay un espacio indeterminado por la ley misma. Aplicar e interpretar la ley implica echar mano de principios éticos, por mucho que los teóricos del derecho se empeñen en afirmar la necesaria neutralidad del jurista o del juez. Precisamente, son las sentencias distintas ante casos aparentemente análogos las que nos llevan a reconocer que ni todos los casos son iguales ni la inter-

pretación de la ley tiene un solo sentido. Es esa flexibilidad e indeterminación del derecho la que dota de autonomía al agente humano que debe aplicarla. Aristóteles supo verlo adecuadamente cuando insistió en la importancia de la *phronesis*, la capacidad de decidir correctamente y de aplicar la ley del modo más *justo*, una capacidad, digámoslo también, que no se adquiere sólo a partir del saber teórico, sino por la experiencia —individual y colectiva— y, en especial, la voluntad de decidir justamente. El sistema público de sanidad que, en principio, debe cubrir igualmente y sin discriminaciones a todos, obliga constantemente a tomar decisiones de esas que se llaman «trágicas»: tener que establecer prioridades, escoger a quién se atiende en primer lugar, alargar listas de espera, y decidir ante toda una serie de circunstancias muy reales e imprevisibles no sólo por la ley, sino incluso por el decreto que determina las prestaciones públicas. El sanitario no tiene más remedio que aplicar la ley o el decreto de la forma que juzgue más justa. Ante la complejidad de la realidad ninguna ley tiene una aplicación automática.

4. Los estados de derecho admiten, entre los derechos ciudadanos, el derecho a la desobediencia. La desobediencia al derecho puede ser, en efecto y en casos excepcionales, más ética que la obediencia al derecho. La práctica médica nos coloca ante el misterio de la vida y de la muerte, dos realidades que nos han llegado envueltas en símbolos e interpretaciones religiosas de los que es difícil liberarlas. En las sociedades plurales y multiculturales que se están formando, no es razonable ni justo imponer una interpretación porque es la mayoritaria. Hay que respetar las concepciones y puntos de vista minoritarios. Hay que dejar vía libre a la disidencia. La objeción de conciencia, sin embargo, tiene unos límites que la ley traza, por lo general, ambiguamente. Es ahí donde las convicciones éticas últimas, esas convicciones que, sin temor, podemos calificar de «universalizables» porque deberían

---

“La desobediencia al derecho puede ser, en efecto y en casos excepcionales, más ética que la obediencia al derecho.”

---



---

“En las sociedades plurales y multiculturales que se están formando, no es razonable ni justo imponer una interpretación porque es la mayoritaria.”

---

ser patrimonio de todos, fuera cual fuera su cultura y su religión, esas convicciones —digo—, no ajenas tampoco al conflicto interno, deben ponerse de manifiesto manteniendo al mismo tiempo el respeto debido a otras convicciones.

5. Finalmente hay que añadir que si la moral se caracteriza por la autonomía de su agente, el complemento imprescindible de tal autonomía tiene que ser *la responsabilidad*: la obligación de responder de lo que uno hace libremente. El buen profesional está sujeto a diversas formas complementarias de responsabilidad, que hoy tienden a confundirse o, para ser sinceros, a obviarse. En efecto, el buen profesional debe responder de lo que hace no sólo ante la ley, sino también ante sí mismo y, especialmente, ante su profesión. El sentido de la responsabilidad es fundamental como contrapartida a la libertad de conciencia: uno debe hacer lo que la conciencia le exige, pero, al mismo tiempo, ha de estar dispuesto a responder de lo que hace ante la comunidad que le interroga y le exige explicaciones.

Pero también es fundamental tener sentido de la responsabilidad ante la práctica profesional. Lo que sea la profesión sanitaria en el futuro, el sentido de esa profesión que hereden nuestros hijos, vendrá determinado por lo que se está haciendo hoy. La tendencia endogámica y corporativista de todas las profesiones suele olvidar dicho aspecto en aras de falsas y, a menudo, ridículas solidaridades que sólo conducen a desprestigiar la práctica médica. No es fácil saber decir, cuando conviene: «he sido yo» o «la culpa es nuestra», pero es irrenunciable cuando se exige en primer término que las libertades sean respetadas. «El hombre responsable —ha escrito A. Etchegoyen en un libro excelente sobre el tema<sup>1</sup>— no es sólo el que *puede* responder, es el que actúa pensando que *deberá* responder y que, por lo tanto, *quiere* responder.»

---

“El complemento imprescindible de la autonomía tiene que ser la responsabilidad.”

---

---

“Uno debe hacer lo que la conciencia le exige pero, a la vez, ha de estar dispuesto a responder de lo que hace ante la comunidad.”

---

Los cinco puntos señalados son otros tantos modos de indicar tanto el valor de la autonomía individual como la necesaria vinculación de esa autonomía a un proyecto colectivo. Los vacíos de la ley y la generalidad de la misma ponen de relieve el papel de la liber-

tad individual que tiene su espacio aún allí donde parece que todo está regulado y decidido. Es el espacio de la ética que nunca se deja anular, por estricta que sea la ley. Espacio que, por su parte, influirá en el futuro de la misma ley. Visto de esta manera, habría que decir no tanto que el derecho viene después de la ética, sino que entre una y otro hay una ósmosis irrenunciable. La ética debe inspirar a la legislación, sin duda, pero también ésta ha de contribuir a precisar cuál es la moral que estamos defendiendo. Las leyes justas, la buena jurisprudencia, crean no sólo doctrina jurídica, sino también doctrina ética.

Nuestros continuos debates e indecisiones en torno a la despenalización del aborto y la eutanasia son un ejemplo claro de la desazón que hoy experimentamos ante, por un lado, unas prácticas que se nos antoja que

---

“La ética debe inspirar a la legislación pero ésta también ha de contribuir a precisar cuál es la moral que estamos defendiendo.”

---

deberían ser libres, dada la carga religiosa —y, por lo tanto, parcial— que tienen las prohibiciones de las mismas, y, por otro lado, el temor a liberalizar algo sin poder contar, al mismo tiempo, con la responsabilidad de los sujetos morales. Lo que hoy sea la dignidad humana se vuelve cuestionable cuando es posible alargar la vida hasta extremos que, sin escrúpulos de ningún tipo, podemos calificar de «inhumanos». Por su parte, la facultad reproductiva del ser humano no puede contemplarse al margen de su facultad de decidir libre y responsablemente. Tanto el sentido de la dignidad de la persona, como el sentido de la reproducción, adquieren una complejidad que nos impide contemplar el fenómeno de la muerte o del nacimiento como si el tiempo no hubiera transcurrido.

Hablamos de complejidad. La complejidad no puede abordarse con una mentalidad corta y simple o reduccionista. Tampoco puede abordarse en solitario. La complejidad llama al diálogo y a la comunidad. Las cuestiones más difíciles de nuestro tiempo deben resolverse comunitariamente. Cuestiones que refieren al cómo vivir y cómo morir, al ser y al fin de la vida, tan ligadas a la actividad sanitaria, no puede dirimir las el individuo aislado. Hace falta el consenso de personas responsables y razonables. En tal sentido han empezado a trabajar los Comités de ética asistencial. Constituyen, hoy por hoy, el procedimiento más democrático y razonable de tomar decisiones difíciles.

<sup>1</sup> Alain Etchegoyen, *Le temps des responsables*, Juliard, París, 1993.

# VACUTRON

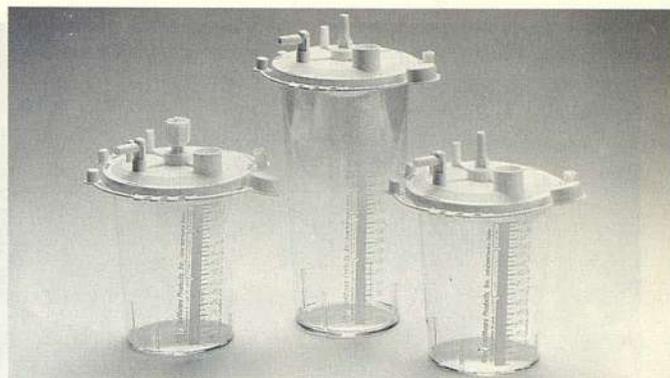
Reguladores de Vacío.



- Control exacto y preciso del vacío.
- Mínimo mantenimiento.
- Resistente a impactos.
- Vacuómetro codificado por colores.
- Funcionamiento silencioso.

# HANDI-VAC

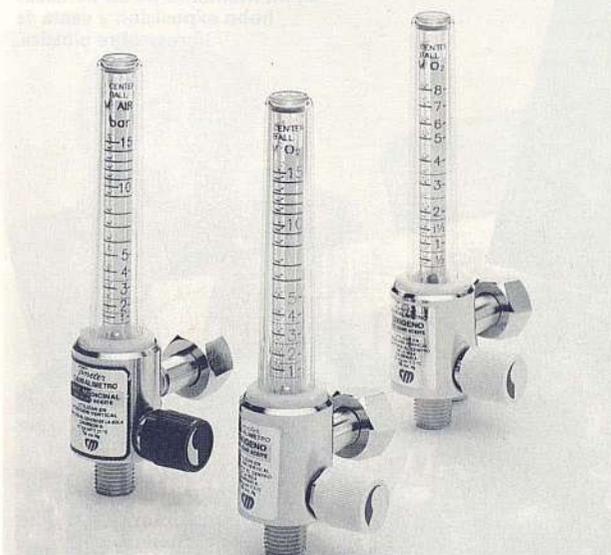
Sistema desechable para recolección de fluidos.



- Sistema desechable de cierre hermético, que impide su apertura accidental.
- Dos capacidades: 1.500 ml y 2.400 ml.
- Dos conexiones: Conexión a tubo y conexión diss.
- Válvula seguridad standard.
- Posibilidad de conexión en tándem.
- Completa gama de accesorios.

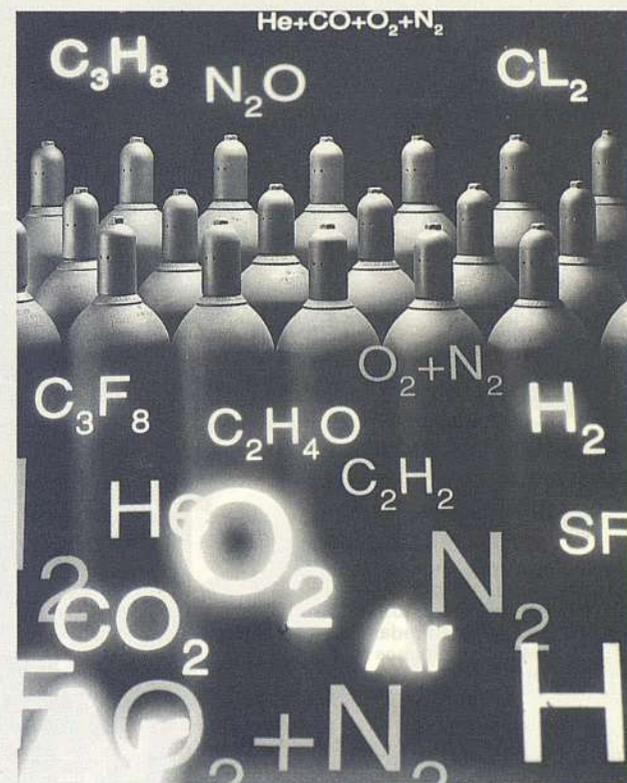
# ULTRA FLO

Caudalímetros con rotamento de Oxígeno y Aire Medicinal.



- Alta precisión.
- Fácil lectura.
- Gran resistencia.
- Sencillez de manejo.

# GASES PUROS Y MEDICINALES AL SERVICIO HOSPITALARIO



 **CARBUROS METALICOS**

División Médica Hospitalaria

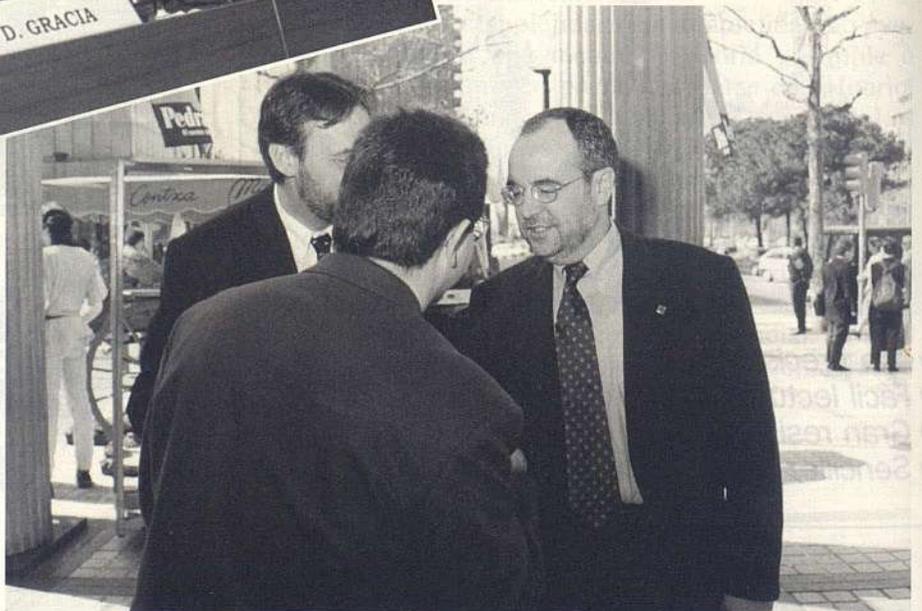
Calle Aragón, 300  
08009 Barcelona  
Tel. (93) 290 26 00  
Fax (93) 290 26 03



En un momento de las Jornadas hubo exposición y venta de libros sobre bioética.



El Dr. Josep Ganduxé, gerente del Hospital Sant Joan de Déu, tomó parte en estas jornadas presentando a algunos ponentes.



El Hno. Jesús Etayo, superior provincial, junto al Dr. Josep Ganduxé, gerente del Hospital Sant Joan de Déu, dan la bienvenida al conseller de Sanitat, Hnble. Eduard Rius.



*De izquierda a derecha:* Dr. Francesc Abel; Dra. Marisa Serra, adjunta a dirección médica del Hospital Sant Joan de Déu; P. Manuel Cuyás, colaborador del Institut Borja de Bioètica; Card. Ricard M. Carles; Mons. José M.ª Setién; y el Hno. Pascual Piles.



El director médico del Hospital Sant Joan de Déu, Dr. Josep Ballester, también hizo la presentación de algunas ponencias.



La secretaria técnica (de izquierda a derecha): Carolina Sabaté, Ana Sáez, Carmen Pacareu.

# ÉTICA CRISTIANA Y ÉTICA CIVIL

José M.<sup>a</sup> Setién Alberro\*

Obispo de San Sebastián

*Aún cuando la formulación que en el Programa se da a mi ponencia es muy genérica y aparentemente indeterminada: «Ética cristiana y ética civil», la verdad es que, a pesar de su carácter abstracto, tiene un objetivo muy concreto que viene definido en el mismo Programa. Es el objetivo último, recogido entre los reseñados para estas Jornadas Nacionales sobre Comités de Ética Asistencial. Se trata, en definitiva, de ofrecer una reflexión que pueda ayudar a una «articulación de la confesionalidad con la ética civil», en el caso concreto de un Hospital confesional.*

*Insisto que se trata de ayudar a conseguir una posible articulación. La problemática que se encierra en la finalidad pretendida es demasiado compleja, considerados los múltiples factores que entran en su configuración, para pretender resolver cada uno de los problemas que ella suscita.*

## PRESUPUESTOS DEL MISMO PLANTEAMIENTO

Creo importante decir que mi reflexión está apoyada en unos presupuestos que, como tales, se dan como aceptados y que puede ser útil recordarlos, pero sin que hayamos de detenernos a fundamentarlos.

- Parto de la idea de que existe una Ética asistencial y también una Ética clínica, de las que se habló en la mañana de ayer y que justifican la existencia y actuación de los Comités de Ética en los Hospitales. Esto significa que no todo lo que científicamente sea posible, humanamente sea *bueno* u honesto hacerlo y que, en consecuencia, existe la necesidad de buscar una referencia normativa que dirija las acciones científicamente realizables. Sin que esto signifique una ingerencia injustificada en el ámbito de la autonomía médica o científica.
- El discurso de la relación entre la ética cristiana y la ética civil presupone la existencia de una ética civil, aceptada como tal ética, cuya naturaleza, fundamentación y contenidos pueden ser materia de estudio y discusión, pero cuya existencia no se cuestiona de principio y hace posible la formulación del tema de esta intervención.

\* El Hno. Pascual Piles, superior general de la Orden Hospitalaria, presentó a Mons. José M.<sup>a</sup> Setién.



Mons. José M.<sup>a</sup> Setién.

- Por otra parte, el hecho de que pueda hablarse de las posibles relaciones entre la Ética y el Derecho, parece indicar que en principio la Ética y, en concreto, la Ética civil, no tiene por qué coincidir con la normativa jurídica vigente en una sociedad. Al menos si por Derecho entendemos lo que un ordenamiento jurídico ha definido, de hecho, como ámbito legítimo de actuación libre, jurídicamente protegida, o como obligación exigida y exigible a través de los procedimientos coactivos propios de las normas legales.

“Existe una ética asistencial y también una ética clínica.”

- Lo dicho anteriormente sobre la Ética civil, en lo que a su existencia se refiere, y también en lo relativo a su naturaleza, fundamentación y contenido, vale también para la Ética cristiana y, si se quiere, también para la Ética católica, ya que ésta habrá de ser la Ética cristiana que pueda interesar a un centro hospitalario cualificado como confesionalmente católico.
- Finalmente quiero añadir, sin hacer excesivamente prolija esta enumeración, que la confesionalidad de los centros hospitalarios, en cuanto a nuestro tema se refiere, apunta a la inspiración o repercusiones que en la Ética de la actuación de ese Hospital Confesional, ha de tener la Ética católica. Digo esto para evitar la confusión que en el estudio o análisis de lo que es un Centro confesional, pudiera surgir de una no suficiente definición de esta afirmada confesionalidad.

Todo lo que acabo de recordar no nos aporta, en sí mismo, gran cosa en cuanto al contenido del tema que traemos entre manos, ya que queda en afirmaciones más bien formales. Sin embargo, la clarificación del significado de las palabras y los conceptos utilizados puede ayudarnos mucho en la mutua comprensión de lo que cada uno de nosotros podamos decir y, por ello mismo, en el avance del conocimiento de los mismos contenidos.

## LO QUE ESTÁ EN JUEGO EN EL PLANTEAMIENTO MISMO DEL TEMA

### Dimensión humana y humanizadora de los valores éticos

Al abordar el estudio de la existencia de la ética civil y la ética cristiana y de las relaciones que entre ellas habrán de existir, puede sernos útil tomar conciencia de lo que está en juego en el tratamiento mismo del tema y de las consecuencias que del mismo se pueden seguir. Sobre todo quiero señalar que, a mi juicio, no se trata de una mera confrontación doctrinal o ideológica de lo que ha de ser la ética, su fundamentación y sus contenidos. Tampoco es una cuestión pura-

---

“Las posibles relaciones entre la ética y el derecho, parece indicar que en principio, la ética civil no tiene por qué coincidir con la normativa vigente en una sociedad.”

---

mente política o de articulación de los diversos imperativos que afectan a las personas y, de alguna manera, también a las instituciones.

Entiendo, por el contrario, que en el tratamiento de este tema hemos de subrayar la dimensión humana y humanizadora de los valores éticos. No se trata, en el fondo, de salvar las exigencias e imperativos de la ley

moral e incluso de los mismo valores éticos, a los que habría de reconocerse un valor en sí. Se trata de salvar al hombre y su dignidad del que, especialmente en este ámbito de los comportamientos humanos, ha de reconocerse que es «la medida de todas las cosas.» Principio que vale no sólo en el nivel de la ética civil y natural sino también en el de la ética cristiana, por aquello de que «gloria Dei est salus hominis.»

### La ética civil y la ética cristiana al servicio de una causa común

Parece, pues, si lo que digo es acertado, que el objetivo con el que hemos de enfrentarnos, tanto desde la perspectiva de la ética civil como en el de la ética cristiana, ha de ser el de la mayor *humanización* del ser humano. Ello obliga a hacer una reflexión antropológico-filosófica de lo que ese hombre ha de ser como naturaleza y como proyecto, previamente a la reflexión estrictamente ética. Reflexión que *a priori* podemos suponer que no ha de ser unitaria o uniforme en una sociedad libre y democrática.

Pero, aún así, la aceptación de que la ética y los valores por ella promovidos han de proponerse como objetivo referencial la humanización de la persona, nos obliga a poner, de principio, a la ética cívica y a la ética cristiana al servicio de una causa común y, por tanto, en una postura de activa colaboración y no, como frecuentemente sucede, en una actitud de enfrentamiento y de mutua desautorización.

---

“La confesionalidad de los centros hospitalarios apunta a la inspiración o repercusiones que en la ética de la actuación de ese hospital confesional, ha de tener la ética católica.”

---

Lo dicho vale tanto desde la perspectiva de la dimensión individual como de la dimensión social del ser humano. Lo que el ser humano ha de ser en cuanto individuo que él es, y lo que la sociedad ha de tutelar como exigencias de convivencia social para no maltratar a las personas sino para ayudarlas a realizarse como tales, han de ser punto de partida elemental, pero no por ello menos fundamental e iluminador, de cualquier planteamiento ético. Sé que al decir esto, estoy haciendo una opción clara por una ética personalista que, por otra parte, entiendo que coincide con la universalmente aceptada común e inalienable dignidad de la persona humana y está también en la base de una auténtica ética cristiana.

### La afirmación del pluralismo propio de una sociedad libre

La problemática suscitada por la diferenciación entre la ética civil y la ética cristiana hemos de situarla

# Los Buenos Gustos



ALIMENTOS FRESCOS Y NATURALES

en el contexto de una sociedad que se define a sí misma como democrática a partir de la libertad individual y social en ella garantizada, y en consecuencia, de la diversidad y pluralismo que esa libertad ha de producir y tutelar. Si la ética presupone una visión del hombre y de la vida social, es normal que en una sociedad con libertad para pensar y actuar en coherencia con el propio pensamiento, surjan también diversos modos de entender el proyecto humano y las bases éticas en las que ese proyecto haya de apoyarse.

“El objetivo con el que hemos de enfrentarnos ha de ser el de mayor *humanización* del ser humano.”

No pretendo entrar, por ahora, en la difícil cuestión de cómo esa diversidad ética ha de influir en la elaboración de unas normas jurídicas coactivas que, ellas mismas, no han de carecer de fundamentación ética. La ética se hace así mediante el Derecho, objeto de una normatividad coactiva, a la que se autoriza limitar aquella libertad que, en principio, se reconoce ser característica propia de una sociedad democrática. Llamemos tolerancia a la actitud positiva de reconocer la libertad individual o grupal de los demás, propia de la sociedad democrática. Pero no olvidemos que la exigencia de imponer algunos límites a esa libertad introduce la dimensión, aparentemente intolerante, de la autoridad que cree debe salvar valores personales o sociales, a su juicio amenazados o lesionados.

### El derecho «real» a ser distintos

De lo dicho parece seguirse espontáneamente que en una sociedad democrática debe haber lugar para las diferencias o para la diversidad de posicionamientos éticos, no solamente en relación a las personas individuales sino también a las instituciones que promueven obras o proyectos comunes. Sea cual fuere la procedencia de una determinada inspiración ética, habrá de afirmarse, en principio, el derecho de una institución a tener su propia inspiración ética, de alguna manera *institucionalizada*, que dé como resultado formas de actuación diferentes y, más en concreto, códigos éticos de actuación diferentes. Y ello habrá de ser así aun cuando haya de reconocerse que tales instituciones están prestando un servicio público a la sociedad. Parece, pues, lógico tener que aceptar que la sociedad libre ha de admitir maneras distintas de servir a la sociedad, tanto en razón de la libertad de quienes colectivamente prestan ese servicio como en razón de aquellos ciudadanos que quieren ser servidos de una manera determinada.

La aceptación de este discurso parece oscurecerse cuando en el momento de definir a una institución

se utiliza el calificativo de *confesional*, como si ello implicara, por necesidad, una ilegítima ingerencia *religiosa* en el ámbito *secular* de las relaciones y tareas temporales. Naturalmente hablamos aquí de instituciones médico-sanitarias que, desde el ejercicio de su libertad social, buscan la inspiración ética de sus actuaciones en una determinada corriente o tradición ético-religiosa. Quizás habremos de reconocer que no estamos suficientemente habituados a vivir en el clima de libertad *social* que espontáneamente habría de derivar de la *modernidad política* plasmada en las libertades *políticas* jurídicamente reconocidas.

Cabría plantearse, a la inversa, si tendría alguna justificación la existencia de instituciones que fuesen confesionales solamente en razón de la confesionalidad de su *entidad titular*, sin que ofreciesen algo *distinto* en su actuación. Una medicina que busca ser cada vez más humana habrá de potenciar los intentos diversificados de buscar y expresar ese humanismo, que no tiene por qué ser patrimonio exclusivo de nadie y menos aún de la Administración.

### Socialización y libertad en la acción sanitaria

Finalmente creo necesario aludir a otro aspecto de la cuestión que, a mi juicio, está estrechamente unido a lo que vengo diciendo. Me refiero a algunos aspectos particulares de nuestro tema en relación con lo que podríamos llamar la *socialización* de la medicina. Sé que es éste un fenómeno amplio, cuyas manifestaciones y consecuencias prácticas Vds. conocen mucho mejor de lo que yo pueda recoger aquí. Recíbanlo, al menos, como expresión de una preocupación que merecería un estudio más analítico y más amplio. Está estrechamente ligado a lo que llamamos el derecho a la salud reconocido a todo ciudadano y la correlativa obligación de que la sociedad haga efectiva la satisfacción real de ese derecho mediante el cumplimiento de las responsabilidades que recaen sobre las personas, las instituciones y la misma Administración pública.

“La ética cívica y la ética cristiana deberían estar al servicio de una causa común y en una postura de activa colaboración.”

No hay razones para pensar que lo que las personas y las instituciones hayan de hacer o deban dejar de hacer para cumplir lo que jurídicamente está definido por la normativa propia de un Estado de Derecho en este ámbito de la defensa y tutela del derecho a la vida y, más ampliamente, del derecho a la calidad de la vida, haya de ser necesariamente coincidente ni coherente con la propia conciencia ni con las determinaciones o principios inspiradores de los códigos propios de

cada una de las instituciones sanitarias. Es verdad que la distinción entre lo que se *puede* hacer porque la ley lo permite y lo que uno *debe* hacer porque la ley lo manda, puede asegurar en mayor o menor medida, el libre margen de actuación individual o institucional requerido por el respeto debido a las conciencias. Sin embargo, el recurso a lo preceptivamente impuesto porque la sociedad estima que entra dentro de lo que los ciudadanos deben poder exigir para satisfacer sus derechos, nos lleva a entrar en el campo de lo que no se debe *tolerar* por atender a los derechos de los demás y a la obligación del Estado de tutelar eficazmente los derechos de los ciudadanos.

Entiendo finalmente que este planteamiento se puede ir haciendo cada vez más actual en la medida en que sea mayor el reconocimiento de la dimensión pública de los servicios prestados por las entidades, no solamente sanitarias, nacidas de iniciativas sociales, distintas de la Administración pública. El dinero público que puede entrar en tales entidades, justificado por el servicio público que las mismas prestan, puede parecer causa legitimadora de que ese dinero se utilice según los criterios, incluso éticos, asumidos por la Administración para sus propios Centros e impuestos también a entidades sociales, como condición previa a la contratación de sus servicios. No cabe duda que entra aquí en juego el espinoso problema de la articulación entre

---

“La base de una auténtica ética cristiana es la dignidad de la persona humana.”

---

lo público, lo social y lo privado que, por tocar el también delicado problema de las conciencias y de sus criterios de actuación, tiene mucho que ver con la libertad de la que, al menos en el lenguaje, es tan celosa la sociedad autodefinida como democrática.

## EL SENTIDO Y RAZÓN DE SER DE LA ÉTICA CIVIL EN UN ESTADO DEMOCRÁTICO

### Ética civil, sociología y derecho

Sólo desde una recta comprensión de lo que es la ética civil podremos plantear de manera adecuada el tema de sus relaciones con la ética cristiana. No faltan quienes tendrían dificultad en aceptar incluso el mismo carácter ético de esa llamada ética civil, en contraposición con la ética propiamente dicha y, en particular, con la ética cristiana. Según ellos, la ética civil no pasaría de ser una mera constatación de los usos y costumbres relativos a los comportamientos sociales de los ciudadanos, elevados al rango del *debe ser* en virtud de su incorporación al orden jurídico-positivo, hecha por el legislador. Si ello fuera así, la ética civil

quedaría reducida a una mera sociología relativa a los comportamientos humanos, de una parte y, por la otra, la normativa jurídica quedaría reducida a una mera *positividad* carente de contenido ético.

Para evitar estas confusiones entiendo que, aún dejando de lado por ahora el tema de la ética cristiana u otra ética de motivación religiosa, debe distinguirse el nivel de lo ético del nivel de lo jurídico, sin que ello suponga afirmar la separación o, mejor, incomunicación entre ambos. Aún sin entrar en la cuestión de cómo debe elaborar sus leyes un Estado democrático, respetuoso de la voluntad del pueblo a quien, en última instancia, ha de atribuirse la competencia de darse a sí mismo su propia normativa jurídica, se puede sin embargo afirmar como un hecho sociológicamente

---

“Una institución tiene derecho a tener su propia inspiración ética, de alguna manera *institucionalizada*, que dé como resultado códigos éticos de actuaciones diferentes.”

---

constatable, que la sociedad tiene la percepción de que hay comportamientos buenos y malos, honestos e inmorales, justos e injustos. Así se marca la diferencia entre el mero ser de los comportamientos que se dan, al dar el salto a los comportamientos que deben ser como imperativo impuesto a la conciencia humana de las personas y, de alguna manera, a la misma sociedad. Exista o no coincidencia en el contenido material que haya de darse a ese deber ser constitutivo de la obligatoriedad formal de hacer el bien o evitar el mal, y de las posibles discusiones sobre la razón de ser de esa obligatoriedad, parece ser cierto que esa *conciencia ética* existe como patrimonio propio del ser humano, derivado de su libertad. Ello permite diferenciar el ámbito de lo sociológicamente constatable como imperativos éticos, de lo que son, de hecho, las costumbres, las *mores* o hábitos de comportamiento. Es también ésta la razón de que pueda hablarse, en sentido estricto, del vacío de valores éticos de la sociedad.

### Ética civil, conciencia ética históricamente consolidada y norma jurídica

Lo que en un momento histórico determinado una sociedad concreta considera ser bueno o malo, ético o inmoral, obligatorio, permitido o prohibido, a la manera de una cierta cristalización o condensación histórica de los imperativos formales del deber ser y de sus contenidos, con la pluralidad propia de una sociedad libre y democrática y con la diversidad de motivaciones y justificaciones que puedan buscarse a ese fenómeno, es lo que debería considerarse como la verdadera *ética civil* o ética de esa sociedad. Esto es lo que permite hablar de valores éticos asumidos por esa sociedad y también, en sentido inverso, de vacío ético producido

por la pérdida de valores y de la desmoralización de las conciencias como hecho social constatable en las encuestas, etc.

Sin embargo es también legítimo hablar de la *ética civil* dándole a esta expresión un contenido más positivo y preciso. Sería equivalente al conjunto de exigencias éticas que perteneciendo a la ética civil entendida tal como acabamos de definirla, son asumidas por el ordenamiento jurídico de esa sociedad, adquiriendo así el rango de un deber ser no sólo ético sino también jurídico-positivo. Un deber ser, por tanto, impuesto por la ley, coactivamente exigible y, en su caso, punible. Es claro que habiendo así una coincidencia no adecuada o total entre el deber ético y el deber jurídico, será normal que exista una coincidencia parcial de los contenidos de uno y otro deber.

### Riesgos a tener en cuenta

Esta coincidencia tiene consecuencias muy significativas en relación con el tema que nos ocupa. De una parte, se puede favorecer la tendencia a hacer coincidir lo ético con lo jurídico, expresado en fórmulas

---

“Lo que se ha de hacer o lo que se deba hacer según la ley no es necesariamente coincidente ni coherente con la propia conciencia no con los principios de los códigos propios de las instituciones.”

---

populares tales como ésta: la ley no lo prohíbe, por lo tanto es legítimo y, en consecuencia, es bueno. La ley deja de ser juzgada por la exigencia moral y, dicho de otra manera, la política adquiere una autonomía positiva que impide el recurso a una ética que la juzgue. La ley viene a ser la expresión histórica de la ética civil, pudiendo llegar a ser ella contraria a percepciones éticas, que se den en la sociedad o, al menos, en parte de ella.

Por otra parte, desde la perspectiva de la elaboración de la conciencia ética cívica colectiva, las disposiciones legales adquieren un peso muy significativo en cuanto que ellas no solamente regulan los comportamientos sino que van configurando la conciencia en una progresiva modelación de los criterios éticos de la sociedad. Lo que permitirá hablar, desde perspectivas éticas diferentes a las que la ley ha materializado en unos contenidos determinados y concretos, de una acción *desmoralizadora* de las leyes, bien por autorizar lo que éticamente es juzgado por algunos como inmoral, bien por la imposición legal de actuar, en aras de una supuesta solidaridad social, en contra de los imperativos morales de ciertas conciencias.

Es claro que se abre así el camino a los conflictos de conciencia que pueden derivar en posturas de *obje-*

*ciones de conciencia*, precisamente en aquellos Estados en los cuales la libertad de conciencia se considera como uno de los pilares básicos de la libertad humana que el Estado de Derecho habría de tutelar.

### LIBERTAD DE CONCIENCIA Y CONCIENCIA ÉTICA

Cuanto venimos diciendo refleja la íntima conexión existente entre la conciencia ética de la persona y su libertad de conciencia o, si se quiere, entre la conciencia ética del ciudadano y la libertad de conciencia que el ordenamiento jurídico ha de reconocer y asegurar al ciudadano. Creo importante que ahondemos en este tema.

### LIBERTAD DE PENSAMIENTO Y PROYECTO PERSONAL

A nadie se le ocurre pensar que un Estado de derecho, libre y democrático, puede impedir u oponerse a la libertad de pensar de cada ciudadano. El respeto debido a la persona y a su intimidad ha de concretarse, en su radicalidad más profunda, en la libertad de pensar y, en consecuencia, en la libertad de tener *su pensamiento*. Libertad de pensamiento que ha de alcanzar a poder tener cada uno su propia visión de lo que es la existencia humana, no sólo en cuanto realidad material sino también como realidad capaz de hacerse preguntas y darse respuestas sobre cuestiones que trasciende el mero *funcionamiento*, valga la expresión, de la

---

“Sólo desde una recta comprensión de lo que es la ética civil podremos plantear de manera adecuada el tema de sus relaciones con la ética cristiana.”

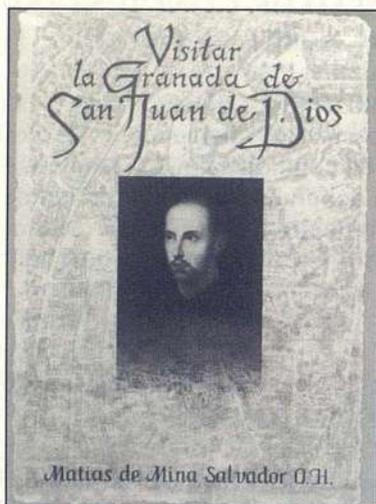
---

máquina humana. No cabe duda que entre ellas está la pregunta del sentido, es decir, la pregunta de la razón de ser de cada uno, en sí mismo y en relación con la objetividad de las realidades distintas de sí mismo, el otro, la sociedad, el futuro, la historia, el cosmos. Se confiese o no, la misma ecología, tan de actualidad, tiene mucho que ver con esta pregunta del sentido de la existencia humana en el cosmos.

La libertad de hacerse preguntas connota espontáneamente la libertad de darse respuestas. Libertad que puede ser percibida por la propia conciencia como una necesidad más o menos ineludible en orden a darse una plena respuesta a su pregunta por la existencia. Lo que no está muy lejos de lo que podríamos llamar *deber*. Llamemos a esa respuesta visión *antropológica* de la propia existencia, concepción del hombre o como

**Novedad Bibliográfica**

**VISITAR LA GRANADA  
de San Juan de Dios**



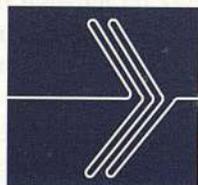
Nuestro querido hermano Matías de Mina, de todos conocido por su gran pasión investigadora de las cosas y los hechos de Juan de Dios, ha rastreado desde el primer día las huellas de San Juan de Dios en Granada. Lo cierto es que no hay rincón de la ciudad que le resulte extraño: archivos, bibliotecas, calles y edificios granadinos que han sido el escenario de su búsqueda tras la pista del Fundador de la Orden Hospitalaria.

Y es esto lo que nos describe en este nuevo libro **Visitar la Granada de San Juan de Dios**: las andanzas de Juan Ciudad en los lugares expresos donde ocurrieron y fue visto en sus quehaceres con los pobres y enfermos o pidiendo limosna.

Con este libro se pretende que quienes lleguen a Granada movidos por la devoción al Santo encuentren unas acotaciones que les ayuden a seguirlos con firmeza histórica a la vez que, incluso por sí mismos, puedan orientar a otros a conocer los actos y parajes.

La primordial finalidad de este libro es alentar al devoto peregrino juandediano que quiera conocer los lugares donde ocurrieron las cosas pero, sobre todo, desea y anhela llevar a su consideración y afecto el significado, la ejemplar trascendencia de esas mismas cosas y hechos que aún hoy hablan de la caridad y entrega del Santo al servicio de los enfermos y marginados.

FUNDACIÓN JUAN CIUDAD - EDITORIAL COMARES GRANADA



**DIVER** SA

Electricitat - Aigua - Gas - Calefacció - Contraincendis

C./ Plana de Can Bertran, 13  
08191 - RUBI

Tel. : 699 68 62 - 699 67 62  
Fax.: 697 50 07

queramos llamar. Es legítimo, por tanto, decir que cada ciudadano tiene el derecho a tener la libertad que la sociedad y el Estado le deben reconocer, de tener su propia visión de lo que es el hombre y lo que son los modos de relación que ha de asumir en relación con el mundo de las realidades objetivas a las que, quiéralo o no, necesariamente está vinculado.

### Fidelidad al propio proyecto existencial

Sacar de aquí la conclusión de que el deber ser percibido por una conciencia personal que ha optado por una manera de entender la propia existencia en la libertad ha de dar por resultado una manera también propia de entender la obligación ética y sus contenidos, parece que debe ser algo espontáneo y natural. En este sentido afirmaba al introducir este tema, que la libertad de conciencia arrastra consigo una exigencia de libertad en el momento en que esa misma conciencia dé el paso al deber ser ético.

Dicho de otra manera, ni el Estado ni la sociedad pueden tener la pretensión de arrogarse el monopolio de definir lo que ha de ser lo ético y, en consecuencia, de que eso que hemos llamado la *ética civil*, en cualquiera de los dos sentidos antes analizados, se constituya en la última referencia ética que haya de tener consideración social. No hay que olvidar que la defensa de los derechos fundamentales de la persona no es una cuestión puramente individual y, por ello, privada sino que es también un tema público y, de alguna manera, político.

## ÉTICA RELIGIOSA, ÉTICA CRISTIANA Y ÉTICA CATÓLICA

### Legitimidad civil de una ética religiosa

De lo dicho se sigue como consecuencia espontánea la necesidad de admitir la legitimidad civil de la existencia de una ética inspirada en una concepción antropológica de fundamentación religiosa, es decir,

---

“Lo que en un momento histórico determinado una sociedad concreta considera ser bueno o malo, ético o inmoral, obligatorio, permitido o prohibido, es lo que debería considerarse como la verdadera *ética civil*.”

---

de una ética religiosa, sostenida por el reconocimiento de la libertad religiosa de los ciudadanos. Más aún. La ética religiosa puede ser diferente en las diversas religiones, tal como lo demuestra la misma realidad histórica. Al decir esto no quiero solamente hacer una mera constatación histórica. Pretendo afirmar también la nota de su legitimidad político-social, lo que no es inú-

til en un mundo en el que la intercomunicación entre los pueblos da lugar a múltiples formas de conflicto, de las que no escapa el conflicto ético.

Quiero recordar que en la Declaración conciliar *Dignitatis humanae* sobre la libertad religiosa, aprobada el 7.XII.1965, se afirmaba el derecho de la persona humana a poder cumplir libremente su obligación de «adherirse a la verdad conocida y de ordenar toda su vida según sus exigencias» (n.º 2), es decir, según su propia verdad, sin que «deba ser obligado a actuar contra su conciencia» (n.º 3). Lo que quiere decir que cada persona debe poder actuar según sea su propio código ético, elaborado también desde su propia con-

---

“La ley viene a ser la expresión histórica de la ética civil.”

---

ciencia religiosa. Quiero subrayar que este respeto al código ético no proviene del respeto debido a una determinada religión, sea la que ella fuere, lo que en España sería normalmente respecto de la Religión Católica, sino del respeto debido a la propia conciencia que, en el caso en cuestión, elabora su código ético a partir de su opción religiosa y en conformidad con ella.

No plantean, pues, correctamente la cuestión quienes ven en el respeto debido a los católicos para poder ellos actuar en conformidad con la moral católica, una velada reminiscencia de un ordenamiento jurídico confesional, en lugar de ver en ello el respeto a la conciencia de quienes desean o aceptan regir su comportamiento según los principios o contenidos de esa moral de inspiración religiosa, incluso en el ámbito de las relaciones públicas y profesionales. Frente a los planteamientos privatistas de la Religión en aras de una supuesta laicización de la vida social, exigida por la leal aceptación de la secularidad propia de lo temporal, es necesario afirmar el derecho a la propia identidad personal, también en la vida social y pública. Identidad que es inseparable de la fidelidad a la propia conciencia ética.

### Ética cristiana y vida cristiana

Se entiende así lo que puede querer decirse bajo la denominación de ética cristiana y de ética específicamente católica, como algo distinto de una ética civil, o una ética puramente natural o cualquier otra forma de cualificar a la ética. Es frecuente hablar de ética marxista, capitalista, revolucionaria, doble ética, ética dialógica... En principio y sin entrar en ulteriores concreciones entenderíamos por ética cristiana aquella que inspirara el código ético de comportamiento en una concepción del hombre derivada de la fe cristiana y, más en concreto, del Evangelio de Jesucristo.

Esto que parece tan sencillo, no lo será tanto en el momento de dar a esta afirmación contenidos más precisos. En realidad, la dificultad proviene de algo previo que no es otra cosa que la iluminación que la fe cristiana pueda ofrecernos en la difícil tarea de conocer la verdad del hombre, a partir de la cual ha de construirse la ética. La necesaria relación entre la verdad del hombre y la ética es, como sabemos, tema fundamental en la Enc. de Juan Pablo II, *Veritatis splendor* (6.X.93), en la que se afirma expresamente que «en la moralidad de los actos humanos y particularmente en la de la existencia de los actos intrínsecamente malos, se concentra en cierto sentido la cuestión misma del hombre, de su verdad y de las consecuencias morales que se derivan de ello. Reconociendo y enseñando la existencia del mal intrínseco en determinados actos humanos, la Iglesia permanece fiel a la verdad integral sobre el hombre y, por ello, lo respeta y promueve en su dignidad y vocación» (n.º 83).

### El paso de la ética cristiana a la ética católica

La referencia al Evangelio de Jesucristo no asegura, sin más, la coincidencia de las visiones éticas y de los códigos de comportamiento de ellas derivados. Esto que es evidente, se manifiesta en concreto de la necesidad de distinguir entre *ética cristiana* y *ética católica*. Son distintas las visiones acerca de lo que es el hombre en su realidad histórica conocida, no sólo desde un estudio religiosamente neutro, sino también desde la fe cristiana. No olvidemos que es un tema profundamente ético el relativo al binomio pecado-justicia que ha dividido a los cristianos desde hace siglos. Esto supuesto, no es objeto de esta intervención presentar lo que sería una ética cristiana previa a cualquier concreción posterior. Tarea que, por otra parte, considero muy difícil, si no imposible. Me limitaré, por ello, a hablar de la ética cristiana-católica, en cuanto ella puede individuarse como tal en relación con la *ética civil* de la que antes hemos hablado.

---

“El respeto debido a la persona y a su intimidad ha de concretarse en la libertad de pensar y, en consecuencia, en la libertad de tener su pensamiento.”

---

Entiendo que la determinación de lo que ha de entenderse por ética o moral católica, en relación con otras éticas, no ha de hacerse básicamente desde un punto de vista de contenidos materiales más o menos coincidentes con otras éticas, incluso cristianas, sino desde el modo preciso en el que ha de llegarse a poder decir que algo es bueno o malo, lícito o ilícito, moral o inmoral. En efecto, la ética católica llega a esa conclusión no solamente a partir de una reflexión ético-filosófica de lo que el hombre es y debe hacer, y de la

referencia evangélica que inspire el comportamiento humano, sino también de un Magisterio eclesiástico que se considera competente para enseñar con autoridad acerca de la fe y las costumbres, *de fide et moribus* como dice la fórmula tradicional, recogida también por el Conc. Vatic. II.

En la Const. *Lumen Gentium*, n.º 25 se dice que «los obispos, cuando enseñan en comunión con el Romano Pontífice, merecen el respeto de todos, pues son los testigos de la verdad divina y católica. Los fieles, por su parte, deben adherirse a la decisión que sobre una materia de fe y costumbres ha tomado su Obispo en nombre de Cristo y aceptarla con espíritu de obediencia religiosa. Hay que prestar de manera particular esta obediencia religiosa de voluntad y de inteligencia al magisterio auténtico del Romano Pontífice, incluso cuando no habla *ex cathedra*... En este texto se dice, pues, que el magisterio de la Iglesia se extiende también a las costumbres, es decir, a la fe que «hay que llevar a la práctica», y que la última referencia de la autenticidad de una doctrina sobre esta materia está «en el magisterio auténtico del Romano Pontífice.» Es ésta la doctrina tradicional que se actualiza en las encíclicas de contenido moral como la citada anteriormente *Veritatis splendor* y la discutida *Humanae vitae*, cuya incidencia en temas tan actuales aún hoy en día, como el de la planificación familiar, las políticas demográficas de los Estados, la lucha contra la propagación del SIDA, es evidente.

### Las dificultades en la definición de los contenidos

Admitido, pues, que es una nota característica, propia de la Iglesia Católica, esta referencia a una autoridad doctrinal que alcanza no solamente a lo que hay que creer sino también a lo que hay que practicar y que justifica, por tanto, el hablar de una Moral o Ética católica, no se resuelven automáticamente todos los problemas que esa *aceptación católica* lleva consigo. Son ineludibles cuestiones como éstas: ¿Cómo han de interpretarse las afirmaciones del Magisterio eclesiástico y cuál es la competencia que en este campo ha de atribuirse también a los Episcopados locales? ¿Cuál ha de ser la función propia de los teólogos, al servicio del Magisterio y del Pueblo de Dios, en el ámbito propio de la Teología moral? ¿Qué repercusiones prácticas ha de tener la aceptación de los cambios histórico-culturales para adecuar a ellos la enseñanza moral de la Iglesia? ¿Es igualmente *auténtico* el Magisterio moral de la Iglesia en todos los niveles de la iluminación ético-moral, según se trate de principios generales o de aplicaciones más o menos próximas a la realidad concreta y a las situaciones particulares? ¿Cómo ha de conjugarse, en cada persona concreta, la fidelidad al Magisterio y la fidelidad a la propia conciencia como última instancia de la moralidad del comportamiento de cada persona?

## PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ÉTICA CATÓLICA

No es objeto directo del tema que se me ha propuesto: «Ética cristiana y ética civil», abordar todos estos temas. Tratamos más bien de ver cómo ha de situarse ante la ética civil quien quiera actuar en la fidelidad a una ética cristiana, cuyas características y contenidos propios se suponen ser objeto de otro planteamiento diferente, específicamente referido a la *Ética cristiana*. Un tratamiento breve y directo del mismo se da en la obra recientemente publicada, 1994, por José-Román Flecha, Catedrático de la Univ. Pontif. de Salamanca, con el título de «Teología Moral Fundamental», en sus págs. 29-32 especialmente, en el epígrafe «Magisterio y Teología Moral».

Por mi parte quiero indicar, aunque sea muy brevemente, dónde creo yo que están las bases fundamentales de la elaboración de una Ética que quiere ser Católica y, en consecuencia, por dónde deben buscarse las vías de solución de los problemas que pueden plantearse en el orden teórico-doctrinal y en el concreto-práctico.

### Una Ética personalista

Una Ética o Moral que quiera ser Católica debe partir de la convicción básica de que ha de ser una ética al servicio de la realización plena de la persona humana, de cada persona humana. Ello excluye la idea de una ética o moral consistente en la obediencia a leyes o normas impuestas desde fuera de sí mismo, sobreañadidas a sí mismo, en favor de una ética entendida como exigencia básica de la realización personal. La persona humana es la medida de todas las cosas, también de los imperativos éticos, precisamente porque ella es portadora de una vocación personal que la religa en su origen y en su destino final a Dios. Lo dice expresamente la VS, n.º 72: «El obrar es moralmente bueno cuando las elecciones de la libertad están conformes con el verdadero bien del hombre y expresan así la ordenación voluntaria de la persona hacia su fin último, es decir, Dios mismo.» La raíz de la nobleza de la ética cristiana está así en la dignidad que le confiere su destino a Dios, término de su mismo proyecto existencial.

### El hombre salvado en Jesucristo, sujeto de libertad

La persona, aunque herida por el pecado, sigue siendo capaz de distinguir entre el bien y el mal, y de optar por el bien. En qué medida y cómo operan conjuntamente lo que el hombre es, en su dimensión histórica real, y la presencia de Dios en él, como Espíritu que sana, dignifica, perfecciona, o si se quiere, cómo se funde lo natural y lo que San Pablo llama la *nueva criatura*, podrá entenderse de diversas maneras.

Lo cierto es que el hombre salvado en Jesucristo es capaz de hacer el bien y no está naturalmente y fatalmente condenado a hacer el mal. Creo que ha de apoyarse ahí el optimismo radical acerca del hombre, de la persona humana, sin el cual no tendría mucho sentido hablar de la dignidad humana. La ética es expresión de la libertad humana y ámbito en el que esa libertad se hace operativa.

### En el reconocimiento y respeto de su propia identidad

El ser humano se define como persona humana en cuanto que es *en sí y para sí*, y a la vez, le posibilita enmarcarse en un mundo de comunicación con los demás, haciendo de ella un *ser en relación* con los demás y para los demás. Si ese *algo* constitutivo y estructural del ser humano debe llamarse o *naturaleza* o de otra manera, no afecta a lo nuclear o fundamental que afirme el hecho de que el hombre es persona, pero no indefinida en una mera formalidad conceptual, sino definida en la concreción de *ser* hombre y no otra cosa.

Ahí estará la referencia para saber lo que puede y debe ser el hombre, no sólo como proyecto sino también como realización, en sí mismo y, lo que es muy importante desde una perspectiva ética, también en relación con los demás. El amor universal no es sola-

---

“Ni el Estado ni la sociedad pueden tener la pretensión de arrogarse el monopolio de definir lo que ha de ser lo ético.”

---

mente un precepto cristiano, aunque sea la fe quien lo afirme y consolide con mayor vigor, sino la exigencia de esa identidad básica de que todos somos iguales en razón de *algo*, a lo que podemos llamar *ser humano*. La afirmación cristiana de que todo hombre es merecedor del mismo respeto y amor universal es otro de los fundamentos básicos de la nobleza de la ética cristiana.

### La «naturaleza» al servicio de la plena realización personal

Afirmar que la verdad del hombre consiste básicamente en algo que es su *naturaleza* en el sentido explicado, nos lleva a la conclusión de que la plenitud personal y su realización habrá de lograrse en el respeto y fidelidad a su naturaleza y no en contra de ella. La persona del ser humano se realiza en la fidelidad a la naturaleza y, a su vez, esa naturaleza ha de servir a la realización personal.

¿Cómo unir naturaleza y persona para en la afirmación de ambas hallar el criterio de lo bueno y de lo



# NUESTRA COMÚN PREOCUPACIÓN.

Tener un gesto amable con un paciente es muy fácil, lograr su curación y dedicarle la máxima atención posible, ya es un poco más difícil.

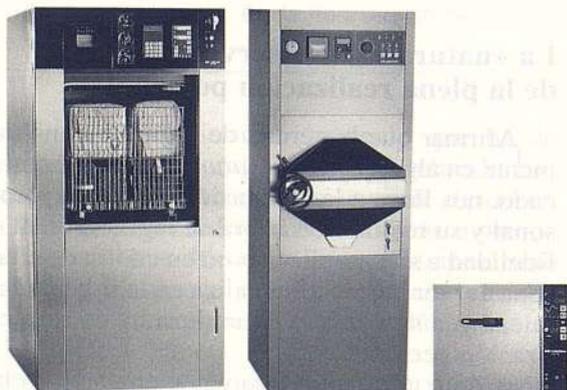
Pero es mucho más sencillo cuando pensamos que su salud es nuestra común preocupación.

En el proceso curativo intervienen muchos factores, y es precisamente durante ese período cuando se demuestra lo estrecha que es nuestra colaboración.

Disponer de un equipo médico cualificado y de un personal hospitalario preparado, es tan necesario como contar con unas instalaciones y equipamientos fiables.

Matachana División Hospitales aporta esos equipamientos desde bolsas y controles de esterilización, sistema de distribución de comidas, lámparas y mesas de operaciones, hasta las centrales completas de esterilización.

Todo para hacer de nuestra común preocupación una tarea sencilla, tan fácil como tener un gesto amable.



## ●●● matachana

División Hospitales

Almogávars, 174-176  
Tel. (93) 300 80 12  
Fax (93) 309 86 92  
08018 **Barcelona**

Palermo, 42  
Tel: (91) 388 01 28  
Fax (91) 388 40 81  
28043 **Madrid**

*Matachana se reserva el derecho de efectuar cualquier variación sin previo aviso.*

Córdoba-Gijón-Gerona-Las Palmas-Pamplona-San Sebastián-Santander-Santiago de Compostela-Sta. Cruz de Tenerife-Sevilla-Valencia-Valladolid

malo? O dicho de otra manera, ¿cómo ser fiel a la naturaleza sin elevar lo *biológico* a la categoría de lo ético? Y, a la inversa, ¿cómo utilizar libremente lo biológico sin caer en una manipulación de la naturaleza que lleve a su destrucción o, al menos, a su lesión? Son éstas preguntas a las que se hace difícil de responder en los casos en los que la inicial fidelidad a lo *natural* pueda parecer tener exigencias contrarias, cuando tales exigencias son juzgadas desde el criterio superior de su ordenación a la persona. La dificultad que puede tener hallar la solución que haya de darse a los diversos casos no debe llevar a trivializar el mismo planteamiento en sí, en el que está en juego la persona humana. Piénsese, por ejemplo, en lo que de *antinatural* tiene para la realización personal, la fecundación artificial separada de la comunicación interpersonal afectivo-sexual que está en la base de la fecundación *natural*.

### Dimensión social de personalidad

El juicio moral no puede, por otra parte, ignorar que es inseparable del ser humano la dimensión social de su naturaleza. Buscar el criterio de lo bueno o de lo malo en la única referencia a la dimensión individual de la persona equivaldría a mutilarla y, por tanto, a vulnerarla. La generalización de comportamientos *permitidos* por su consideración como buenos u honestos desde una perspectiva puramente individual y situacional, vista desde la perspectiva social puede merecer un juicio moral negativo en razón de las consecuencias sociales que pudiera tener para la sociedad y, por ello, para las personas, esa potencial universalización.

---

“Cada persona debe poder actuar según sea su propio código ético, elaborado también desde su propia conciencia religiosa.”

---

Puede estar ahí la justificación de ese *daño* que el individuo concreto haya de padecer al no poder realizar actos *antinaturales* que, sin embargo, vistos desde una perspectiva totalizante de la persona en su individualidad, pudieran parecer aceptables moralmente.

### Reconocimiento del carácter histórico del ser humano

No quiero terminar estas anotaciones relativas al ser *natural* de la persona humana sin aludir, al menos de pasada, a otra dimensión de ese ser natural de la persona que es su historicidad. El hombre es persona en un momento histórico definido, dentro de un proceso temporal al que llamamos historia. En la historia se van modificando los modos de relación del ser humano con la sociedad, con la naturaleza, con el cosmos.

No debe extrañarnos que ese cambio histórico-cultural tenga también consecuencias en el modo en que él haya de situarse ante las nuevas circunstancias, a fin de que ese modo sea verdaderamente humano, es decir, conforme a su dignidad humana. Cómo definir lo que en las mismas haya de definirse como exigencia humana elevada al orden del deber ser ético, no siempre ha de ser tarea fácil.

De todo lo dicho parece deducirse que el ámbito de lo ético-moral ha de tener una *relatividad* cultural e histórica, no compatible con el rigor que pudiera tener una moral derivada exclusivamente de una naturaleza, siempre idéntica a sí misma, de la que han de derivarse unos imperativos siempre idénticos a sí mismos e inmutables para siempre. Con todo, frente a un *fixismo* de esta naturaleza será necesario advertir también el riesgo de un relativismo histórico que, en la afirmación de un cambio permanente, habría de llevar a la pérdida de la *humanidad* originada por los atentados cometidos contra la naturaleza del ser humano.

En la compleja tensión constitutiva de la existencia humana habrá de buscarse el equilibrio entre la debida aceptación del Magisterio y la libertad necesaria para buscar, a veces de forma balbuciente y no exenta de equivocaciones, lo que ha de ser el modo de comportamiento coherente con la visión cristiana del hombre, objeto de búsqueda permanente dirigida por la fe, la razón humana y el sentido moral.

### ARMONÍA, DISCREPANCIA Y CONFLICTO ENTRE LA ÉTICA CRISTIANA Y LA ÉTICA CIVIL

He hecho alusión a este punto en el principio de mi exposición. Por ello, no quedaría ésta completa si no tratara de insinuar al menos, algunas consideraciones y reflexiones sobre este tema.

No es acertado ignorar que la ética civil y la ética cristiana, independientemente de las diversas maneras que puedan tener de entender el *deber ser* del comportamiento humano, tienen coincidencias de contenido evidentes. Baste pensar en las declaraciones llenas de contenido ético hechas sobre los derechos humanos, tanto en el orden nacional como en el internacional.

Creo importante también señalar que la coacción pública sobre la conciencia ética de las personas y sobre los códigos éticos de actuación médica de instituciones no públicas, puede alcanzar no solamente a *no poder hacer* lo que la propia ética pudiera autorizar sino a *tener que hacer*, en aras de la solidaridad exigida coactivamente o del carácter público del servicio o la profesión médica, acciones que la conciencia rechaza por inmorales o contrarias a la propia ética. El no hacer lo que habría que hacer por exigencia del servicio *obligatorio* a prestar, podría incluso tener repercusiones penales de diverso alcance. Entrarían así en

conflicto la ética personal, en nuestro caso, la ética cristiana, con una ética civil que en virtud de sus propias exigencias podría llegar a convertir en *obligatorio* lo que aquella pudiera juzgar *prohibido*.

Las repercusiones prácticas de este planteamiento, que no es objeto de esta exposición, se hacen más preocupantes desde las perspectivas de una, ya apuntada al comienzo, creciente socialización de la asistencia médica. En aras de la misma se puede llegar a que sea la Administración pública la que, bien en sus propios centros médicos, bien en los que son objeto de una concertación, definan lo que haya de ser el código ético de comportamiento socialmente impuesto, con innegables consecuencias económicas que puedan afectar a la misma supervivencia de los mismos centros. Código elaborado a partir de una ética civil no sólo diferente sino contraria a imperativos de otras éticas diversas y, en concreto, de la ética cristiana.

Teniendo en cuenta lo dicho, quizás sea oportuno recordar unas palabras del Apóstol Pablo, que recordaba a los cristianos de su tiempo que «todos los que quieran vivir piadosamente en Cristo Jesús, sufrirán persecuciones» (2 Tim 3, 12). No cabe duda que la fidelidad a la propia conciencia que nos transmite lo que creemos ser voluntad de Dios sobre nuestras vidas, es una forma de vivir «piadosamente en Cristo Jesús».

\* \* \*

Soy consciente de que el tratamiento del tema que se me pidió, ha alcanzado una amplitud quizás imprevista. Les ruego me dispensen si he ido más allá de lo que me pedían y esperaban de mí. En todo caso, también yo he creído ser «fiel a mi conciencia», lo cual, si no es merecedor de aprobación, séalo, al menos, de una paciente tolerancia.

## Schindler, S.A.

- Ascensores
- Montacargas
- Escaleras mecánicas
- Plataformas hidráulicas

### DIRECCIÓN REGIONAL

C/.Roselló, 34, 3º 4ª

08029 BARCELONA

☎ 430 91 25 - Fax: 439 87 16

Schindler

LH

JORNADAS NACIONALES

# COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

BARCELONA, 14-15 MARZO 1997

## III. TRABAJOS DE GRUPO



HOSPITAL  
Sant Joan de Déu  
BARCELONA

Hospital Universitari de la U.B.

# GRUPO DE TRABAJO SOBRE ENFERMOS MENTALES

**Mariano Galve**

*Psicólogo y sacerdote.*

*Director Comisión Nacional de Pastoral de Salud Mental*

## EL CASO

Una funcionaria del Servicio de Protección al Menor visitó a la Sra. O. con el fin de considerar su solicitud para poner en adopción a su hijita de nueve meses. Halló a una persona en apariencia cálida, capaz de mantener cómodamente su hogar. La Sra. O. se refirió con bastante afecto a su esposo y a los otros dos hijos; habló sin dificultad alguna y lloró con frecuencia en el curso de las entrevistas, las cuales permitieron reconstruir la siguiente historia:

En los primeros tiempos del matrimonio, la pareja se vió acuciada por graves problemas económicos, a los que se sumó el nacimiento de la hija primogénita, ahora de nueve años. La situación mejoró en forma gradual, y cuando ofreció un grado razonable de segu-

ridad, tuvieron otra niña. Una vez que las pequeñas ingresaron en la escuela, la Sra. O. comenzó a trabajar con el fin de ayudar económicamente a su familia y librar a su esposo de la necesidad de hacer horas extras. La salud de éste había empezado a dar motivos de preocupación, aunque no se hallaba realmente enfermo.

En este punto, la Sra. O. descubrió, consternada y abatida, que estaba nuevamente encinta. No figuraba en sus planes dar a luz más hijos, y un nuevo bebé significaba tener que abandonar el trabajo. Poco a poco fue aceptando la idea de otro niño, pensando: «Después de todo, sería lindo tener un varón». Incluso comenzó a ver con buenos ojos el acontecimiento. Un mes antes de su internamiento, la Sra. O. supo que tendría mellizos; la noticia le produjo una intensa sacudida. Rehusó aceptar el hecho y continuó refiriéndose a un solo bebé.

Cuando nacieron los mellizos, el más robusto —un varón— permaneció junto a la madre, quien podía amamantarlo y sentía placer en atenderlo. El otro fue una

Mariano Galve.



niñita, de peso insuficiente y débil. De inmediato se la trasladó a la Unidad de Niños Prematuros, donde al principio debió mantenerse en incubadora. Mientras permaneció en el hospital, la Sra. O. nunca vio a la recién nacida; al dársele de alta se disponía a abandonar la guardia con el varoncito cuando una enfermera, sorprendida, la detuvo y le dijo: «¿No va a ver a su hija?». La Sra. O. se sintió aturdida. Permitió que la llevaran hasta la cuna, pero fue totalmente incapaz de hacer ningún movimiento hacia la niña, por lo cual la enfermera la puso con firme determinación en sus brazos. La Sra. O. dijo: «En ese momento me sentí débil». Apenas podía tenerse en pie, y no se explicaba cómo evitó dejar caer a la pequeña.

Más tarde, se rehusó a recoger a la niña del hospital, y sólo lo hizo después de semanas de persuasión. La Sra. O. relató con cierto rencor que un médico le había dicho que era preciso sobreponerse y que, como madre que ya tenía experiencia al respecto, debía querer a esta niña como a los otros hijos. Ella sostenía que no necesitaba que le dijeran cómo debía sentir. Lo sabía muy bien, pero ella mismo no podía entender por qué no podía amar a esta niña de la misma manera que a los otros hijos.

Por último, cuando la pequeña tenía seis semanas, los esposos O. la llevaron al hogar. La Sra. O. describió cómo la alimentaba, bañaba y vestía lo más rápidamente posible, con movimientos ligeros, tratando de no tocar el cuerpo de la niña, sus ropas o sus comidas más de lo que era absolutamente esencial. No ataba cintas en sus vestidos, tendía cuidadosamente las mantas del cochecito y la dejaba lo más rápido y a menudo que podía con un vecino o con su esposo, mientras ella salía con el varón. Ningún indicio permite suponer que la niña ofreciera dificultades: no se informó que lloraba o rehusara comer. Presa de gran emoción, la Sra. O. describió cómo se arrodillaba algunas noches junto a la cuna de su hija, llorando y rogando que naciera en ella amor por la pequeña, pero eso nunca dió resultado.

Durante todo este tiempo su esposo se había mostrado paciente, ayudando en todo lo posible a cuidar a la madre y a los bebés. Se había resistido a que la niña fuera adoptada por otra familia, tal como lo quería su mujer, pero ya no podía soportar la angustia de esta y creía que por el bien de ella y de los demás hijos la adopción quizá fuera la única solución. Estaba seguro de que su mujer pensaba realmente que la pequeña también tendría la oportunidad de ser amada.

Yo he elegido este caso porque plantea uno de los conflictos éticos más abundantes en la enfermedad mental: el mundo de la enfermedad en cuanto la conciencia está más o menos disminuida, más o menos obnubilada o más o menos inhibida. Los problemas de conciencia, en el sentido de no poder tomar decisiones cuando hay un diagnóstico bastante cierto, tiene relación directa con los comportamientos y con las conductas. Éste ha sido el tema. En mi grupo éramos 23

entre los que había psiquiatras, la parte de enfermería y la parte de trabajo social. La participación ha sido cercana al 80%. El ritmo de la discusión fue fluido aunque se estancó un poco en el tema del diagnóstico.

## Lectura y exposición del caso

### *Esclarecimiento de los problemas psicológicos*

No llegamos a asegurar el grado de la patología de esta mujer por falta de datos (no lo presentaba la persona que lo había vivido, había distintos acercamientos de escuelas psiquiátricas, etc.) pero se llegó a un consenso: era un trastorno neurótico menor con una localización negativa hacia la hija.

También se llegó al consenso de que podía ser un tipo de ansiedad depresiva que originaba un conflicto de ambivalencia: el amor y el odio sentidos hacia la misma persona y la presencia de una gran angustia que no remitía con el tiempo.

### Identificación de los problemas éticos manifiestos y latentes

#### *Conflictos manifiestos:*

- La capacidad o incapacidad de la madre para tomar decisiones (afecta a la autonomía).
- La libertad de elección del padre, que ya no podía más.
- El grado de contaminación de la angustia de la mujer (sabemos que cuando hay angustia la toma de decisiones se puede hacer muy rápida o muy despacio porque esa misma angustia o te paraliza o te agiliza con lo que casi nunca se toman las decisiones correctamente o hay dificultades para tomarlas).

#### *Conflictos latentes:*

- La ambivalencia de la mujer entre el amor y el odio dirigida contra una misma persona: si la mujer da en adopción a la hija que podía pasar, qué consecuencias tendría de cara a ella misma, cómo se podía quedar sin un contacto tan cercano a la realidad de su hija, cómo podía elaborar ese vacío, podía volver al equilibrio con ese cercamiento... Y si decide quedársela, ella sentía un gran miedo de agredir a la hija, no solamente miedo a no quererla sino que tenía miedo de su propio sentimiento de destrucción. Mentalmente la había matado pero, físicamente, no.
- También nos preguntábamos que era mejor para la niña, desde el punto de vista de la niña: una madre biológica que no la quiere o una madre adoptiva que pueda hacerlo. Ésta era la fundamentación del padre: posiblemente, la niña tenga la oportunidad de ser querida.
- Los derechos, en principio, negados de tener un apellido, de tener un padre o renunciar a poderlo disfrutar, de tener unos hermanos concretos (desde el punto de vista de los hermanos, la hermana mayor tenía 9 años y se preguntaba qué pasaba con la hermanita), la parte de fraternidad también se resiente.

- Y por último, que lo hicieron notar las enfermeras, que había habido un descuido profesional previo. Esta mujer tenía que haber sido atendida anteriormente al parto, al no disponer de datos no sabemos si ella lo solicitó, o si las enfermeras no lo vieron, aunque alguien del grupo ha comentado que estando en un hospital es raro que el personal de enfermería no se hubiera dado cuenta al ver que la mujer no iba a ver a la pequeña cuando estaba en la incubadora.

### Selección de uno de los problemas éticos enumerados

Seleccionamos la autonomía de la pareja para tomar esta decisión en contra de la beneficencia de la

niña. Hubo discusión porque era el problema más considerado y más importante, también porque es el problema más característico de los enfermos mentales.

### Análisis del problema

Hubo un análisis amplio y variado y a las conclusiones se llegaron por consenso.

### Conclusión

Situación disfuncional que requiere intervención terapéutica previa a la toma de cualquier decisión, sin negar la oferta de que esta pareja pueda dejar abierto su caso de adopción.

---



# Labotron

Societat Anònima

---

**LABOTRON, S.A.**  
 Villarroel, 178 - 08036 Barcelona  
 Telèfon (93) 322 94 13  
 Fax (93) 419 91 84

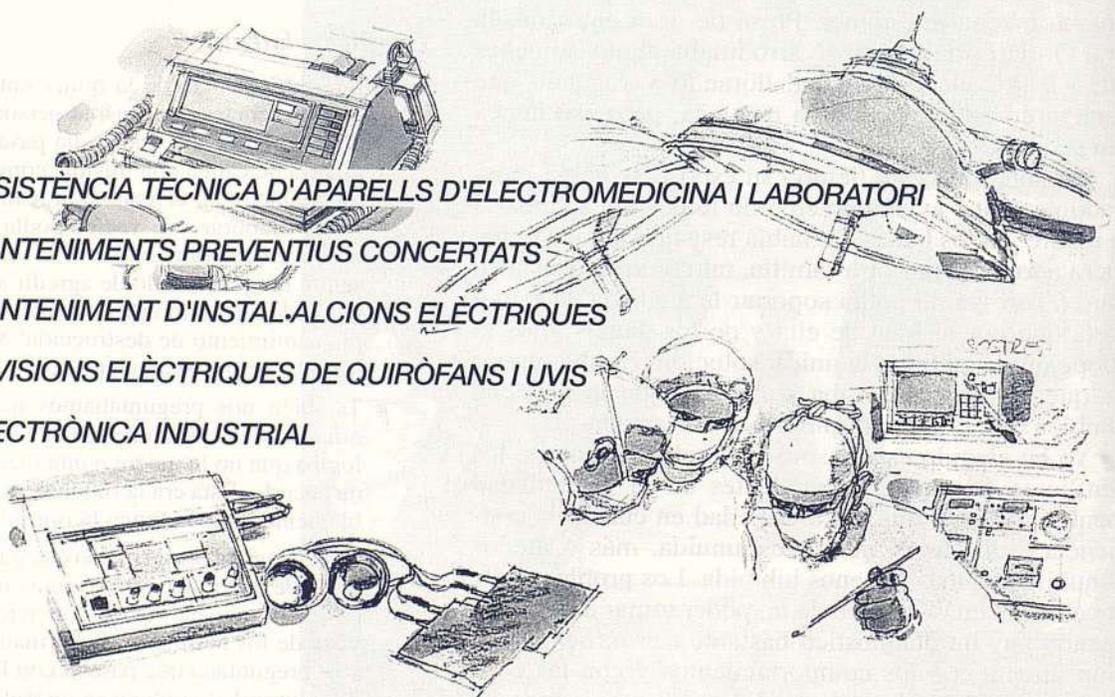
ASSISTÈNCIA TÈCNICA D'APARELLS D'ELECTROMEDICINA I LABORATORI

MANTENIMENTS PREVENTIUS CONCERTATS

MANTENIMENT D'INSTAL·LACIONS ELÈCTRIQUES

REVISIONS ELÈCTRIQUES DE QUIRÒFANS I UVIS

ELECTRÒNICA INDUSTRIAL



LH

III-2

# GRUPO DE TRABAJO SOBRE ENFERMOS TERMINALES

**Jesús Conde Herranz**

*Delegado diocesano Pastoral  
de la Salud. Madrid.*

## INTRODUCCIÓN

La selección del caso clínico presentado al grupo de trabajo se hizo en función de los siguientes supuestos:

- Dada la situación actual de los Comités de Ética Asistencial en España, en lo que se refiere a su implantación y desarrollo, el primer supuesto consistía en partir de que sólo una minoría entre personas que iban a componer el grupo de trabajo, poseían ya una experiencia amplia en la marcha de dichos Comités; y que la mayoría relativa se encontraban en la circunstancia de no pertenecer todavía a un Comité, o bien en la de pertenecer a Comités que se encontraban en la fase de formación previa a la acreditación de los mismos. En

consecuencia, pareció lo más indicado plantear el trabajo del grupo como si éste representara a un Comité en fase inicial de aprendizaje y constitución, al que uno de los propios miembros lleva un caso clínico para tratarlo en una sesión con finalidades básicamente pedagógicas.

- Por lo mismo, el caso clínico debía ser uno que no presentara una problemática bioética muy difícil de abordar, sino una variedad de datos clínicos que diera pie a análisis en diversas direcciones y, al mismo tiempo permitiera ver con cierta facilidad cuál podía ser el problema bioético predominante sobre el que emitir un dictamen.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 45 años, remitida al hospital por el médico del ambulatorio ante la sospecha de tumoración cancerosa.



Jesús Conde Herranz.

- **Antecedentes familiares y personales:** sin interés.
- **Antecedentes obstétricos:** Menarquía a los 15 años, del tipo 4-5/28. Ha tenido 4 embarazos, el primero a los 22 años y el último a los 39. Partos normales; la última regla hace un mes.
- **Enfermedad actual:** Con motivo de una revisión ginecológica rutinaria, en Marzo de 1993, le practican una mamografía que es informada de imagen tumoral sospechosa en cuadrante súpero externo de la mama izquierda. La exploración de la mama derecha es normal. En el cuadrante súpero externo de la mama izquierda se advierte retracción de piel, pero no se delimita tumor palpable. No se palpan ganglios axilares. El estudio preoperatorio y de extensión (análisis, radiografías de tórax, ecografía de hígado y gammagrafía ósea) ha sido normal.

Operada en Abril de 1993, se practica biopsia intraoperatoria bajo anestesia general en la zona de sospecha, que es informada de proceso maligno y que alcanza los márgenes de resección en la primera y en la segunda muestra obtenida, por lo que se decide la práctica de mastectomía total y disección axilar, conservándose ambos músculos pectorales. El postoperatorio transcurre sin incidencias.

Anatomía patológica: Carcinoma ductal infiltrante; en los ganglios axilares analizados no hay evidencia de metástasis.

Se recomienda quimioterapia coadyuvante (CMF  $\times$  6) y revisiones periódicas.

En Mayo de 1996, refiere un nódulo en la cicatriz de la mastectomía, y la presencia de un ganglio supraclavicular homolateral. Se punciona, y la citología de PAAF muestra una reacción inflamatoria.

En Septiembre del mismo año refiere la aparición de nuevos nódulos subcutáneos. La citología realizada da positiva, y en las exploraciones se demuestran metástasis óseas múltiples. Se indica tratamiento de quimioterapia, que se le administra viéndose una evolución favorable; el sexto ciclo de quimioterapia se le administra el 17 de Enero de 1997.

El 14 de Febrero de 1997 ingresa la paciente, procedente de admisión, por mal estado general, astenia, ligera desorientación en el tiempo y el espacio, pérdida de peso. A la exploración en planta se visualizan lesiones en la piel y en el tejido celular subcutáneo, presencia de ligera ascitis. Se pide radiografía de tórax y columna, ecografía abdominal y TAC cerebral, y se indica el séptimo ciclo de quimioterapia.

Los resultados de las pruebas son: en el TAC cerebral, presencia de metástasis múltiples; en la radiografía de tórax, derrame pleural; en la ecografía abdominal, dudosas metástasis en hígado. Se indica continuar con el tratamiento quimioterápico.

La paciente comienza con deterioro progresivo que le impide la deambulacion, no come y sólo a ratos contesta de forma coherente. En la historia de enfermería consta que está angustiada a ratos y que duerme mal, requiriendo sedantes para conciliar el sueño.

En ningún momento aparece en la historia médica qué tipo de información tiene la paciente y, en cambio, sí aparece en la historia de enfermería que la paciente no está informada.

## ANÁLISIS BIOÉTICO DEL CASO CLÍNICO

### (pasos y resumen de intervenciones)

- Lectura detenida del caso clínico.
- Selección de los datos clínicos que se juzguen significativos desde el punto de vista bioético, y discusión de su significación en el plano biológico.
  - \* Son señalados como los más significativos: deficiencia en los controles ante la sospecha de metástasis en Mayo de 1996; el acusado deterioro en Febrero de 1997 y la irrelevancia del séptimo ciclo de quimioterapia; el retraso en el tratamiento en la recidiva; el ingreso por urgencias; la escasa información sobre el estado psíquico y anímico de la paciente; la falta de referencias a la familia; la mención en la historia de enfermería al hecho de que la paciente no estaba informada; la ausencia de planteamientos paliativos.
- Identificación de los problemas bioéticos manifiestos o latentes en el caso clínico, a partir de los datos previamente seleccionados y discutidos.
  - \* Se perciben los siguientes: lagunas informativas en la historia clínica; el grado de falta de información de la paciente y, por tanto, la más que probable falta de consentimiento informado por su parte; la posible mala praxis médica por encarnizamiento terapéutico; la no constancia del papel desempeñado por la familia; la escasa coordinación entre médicos y enfermeras, respecto a la información; la ausencia de medidas para el control de síntomas y, más en concreto, el dolor; la no mención de soporte espiritual;
- Selección de uno de los problemas bioéticos enumerados, la cual puede hacerse a partir de varios criterios, a saber:
  - a) Porque es el problema considerado más grave o de mayor incidencia en la práctica clínica.
  - b) Porque es el que más angustia al enfermo, a la familia o al equipo asistencial.
  - c) Porque es el problema que ha motivado el envío del caso clínico al Comité de Ética Asistencial. Normalmente suele ser éste el criterio de elección.
  - d) El problema seleccionado es el de la falta de información a la paciente.
- Fundamentación del razonamiento bioético seguido en el análisis del problema bioético elegido, mediante:
  - a) La jerarquía de los principios bioéticos que entran en juego.
  - b) Según el criterio de la distinción entre la ética de mínimos y la ética de máximos.
  - c) El razonamiento bioético aplicado al problema fue, en resumen, el siguiente: Se ha vulnerado el principio de no-maleficencia, porque la falta de información ha derivado en la práctica del encarnizamiento terapéutico; quizá se ha vulnerado también

el principio de justicia al aplicar, a partir de un momento determinado, medidas innecesarias y más costosas que los tratamientos paliativos sustitutorios; por lo cual, la actuación con la paciente no ha llegado ni al nivel de la ética de mínimos; desde luego, ha sido conculcado el principio de autonomía mediante una interpretación paternalista del principio de beneficencia, con lo que tampoco ha sido tenida en cuenta la ética de máximos, al impedir a la paciente realizar su proyecto de vida durante su proceso patológico, sobre todo al final.

■ Conclusión consistente en la emisión de un juicio bioético respecto de la decisión que hay que tomar ante el problema analizado; juicio que debe ir fundamentado en valores objetivos, para no caer en el puro casuismo.

a) Si hubiera que emitir un dictamen, éste dependería en primer término de saber si la paciente, a partir del 14 de Febrero, es capaz de decidir por sí misma —dadas sus condiciones— o habría que subrogar esta responsabilidad en otra persona de la familia (?); en cualquiera de los dos casos, el dictamen consistiría en aconsejar la suspensión del trata-

miento actual, sustituyéndolo por otro paliativo a todos los efectos.

b) El coordinador del grupo de trabajo declaró al final que un factor muy importante, a la hora de elegir este caso clínico, fue precisamente la ausencia de datos acerca de la información dada a la paciente; circunstancia que se da aún en la mayoría de las historias clínicas, donde no suelen aparecer registrados ni los momentos en los que se da la información, ni el grado, índole y extensión de la misma, ni las reacciones de los pacientes. Y, dado que la historia clínica es el documento básico para el adecuado diagnóstico, pronóstico y tratamiento, así como para el discernimiento bioético, todo el grupo acuerda concluir también expresar ante los órganos académicos y profesionales del hospital la necesidad de mejorar en este aspecto la elaboración de las historias clínicas.

Como dato final cabe reseñar que el grupo de trabajo fue muy numeroso, de 55 participantes, a pesar de lo cual se logró una amplia participación y una gran fluidez en el desarrollo del trabajo.

# Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15  
Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90  
08022 BARCELONA

# GRUPO DE TRABAJO SOBRE ASISTENCIA GERIÁTRICA

**Joan Bertran**

*Doctor en Medicina.  
Unidad de Cuidados Paliativos  
del Albergue Sant Joan de Déu. Barcelona*

La reunión de trabajo del grupo de Asistencia geriátrica se realizó la tarde del día 14 de Marzo, con la participación de unas 30 a 35 personas, ya que hubo una cierta movilidad del público.

El perfil de los participantes fue muy variado, incluyendo desde profesionales que realizan habitualmente asistencia geriátrica, hasta directores de centros hospitalarios y expertos en bioética, así como agentes de pastoral.

Para situar el contexto, el moderador expuso brevemente las características diferenciales de la atención médica a los ancianos y algunos de los conflictos éticos más frecuentes en la asistencia a los ancianos, que pueden resumirse en los siguientes puntos:

## Características diferenciales de la atención a los ancianos

- Coexistencia de distintas enfermedades, llamada pluriopatología.
- Complicaciones por enfermedades de base, como la diabetes.

- Pronóstico complejo.
- Importancia del cuidado de la autonomía.
- Dificultades en asegurar el soporte externo.
- Dificultades de colaboración del paciente.

## Conflictos entorno al consentimiento informado

- Para procedimientos diagnósticos.
- Para procedimientos terapéuticos.
- Para la elección de los cuidadores.
- Para la elección del tipo de cuidados.
- Para la selección de las ayudas.

## Conflictos a la hora de los cambios de lugar de residencia

- En la decisión de ingreso hospitalario.
- En el momento del alta.
- En la decisión de ingreso en centro de larga estancia.
- En el planteamiento de la asistencia domiciliaria.
- En la decisión de ingreso en unidades especiales.

## Conflictos en la adaptación de los cuidados

- Potenciación de la autonomía.
- Evitar la dependencia innecesaria.
- Vigilar los malos tratos.
- Evitar la discriminación en base a los recursos económicos.



El Dr. Joan Bertran con su grupo de trabajo.

### Conflictos en la situación de gravedad clínica o incapacidad severa

- Planteamiento de una intervención agresiva.
- Reanimación cardio-pulmonar.
- Paso a áreas de cuidados intensivos.
- Tratamiento de infecciones y otras enfermedades intercurrentes.

### Conflictos en la situación de terminalidad

- Nutrición e hidratación.
- Información.
- Transferencia a otras unidades.
- Elección del lugar de la muerte.
- Petición de eutanasia.
- Control de síntomas.

A continuación se expuso para su discusión el siguiente caso clínico:

Paciente de 80 años de edad que acude por presentar cuadro de 2 horas de evolución caracterizado por hemiparesia izquierda, deterioro de su estado general y mutismo.

Entre sus antecedentes cabe destacar una hipertensión arterial moderada que trataba con diuréticos y dieta. Conocía también una diabetes mellitus no insulínica que trataba con antidiabéticos orales y presentaba claudicación intermitente para cortas distancias. No había precisado de ninguna intervención quirúrgica. Vivía sólo, manteniendo una buena relación con sus dos hijos, con los que intercambiaba frecuentes visitas.

Durante su estancia hospitalaria se llegó al diagnóstico de infarto isquémico silviano derecho y se objetivó una mejoría neurológica discreta, apareciendo una comunicación verbal coherente aunque con disartria, pero nula recuperación de su hemiparesia izquierda, que continuó flácida, dificultando las tareas de rehabilitación.

A los 10 días de estancia apareció semiología de sobreinfección respiratoria, con deterioro de su estado general y descompensación hiperosmolar de su diabetes y dos días después palidez y frialdad extrema del pie derecho, con evidente inquietud del paciente.

Con tratamiento antibiótico y de soporte, mejoran las cifras de glucemia y el paciente recupera la lucidez, refiriendo intenso dolor en el pie derecho. Se le propone al paciente la desobstrucción arterial bajo anestesia local, que se practica con éxito. Después de este episodio se inicia el tratamiento de rehabilitación y se plantea al paciente la futura dependencia física previsible, que obligará a cambios en su forma de vida. El paciente no acepta este futuro.

A los 20 días de estancia se produce una crisis hipertensiva severa, con deterioro neurológico, afasia completa y trastornos de deglución. Se comprueba un infarto hemorrágico fronto-parietal izquierdo y se considera necesario colocar sonda nasogástrica para alimentación, dado la imposibilidad para la deglución.

Tres días después aparecen signos isquémicos en la extremidad inferior derecha que empeoran progresivamente hacia una gangrena seca. Desde el punto de vista clínico y neurológico el paciente se estabiliza, recuperando la conexión con el entorno pero persistiendo la afasia. Dado la progresión de la gangrena, a los 35 días de estancia se propone una amputación supracondílea de la pierna derecha, que se practicó con el consentimiento de los hijos.

Una semana después de la intervención aparecen vómitos en poso de café y melenas, decidiéndose transfusión de 4 concentrados de hemáties y falleciendo el paciente a los 45 días de estancia con el diagnóstico final de fallo multiorgánico.

A partir del caso se hizo el siguiente resumen:

#### Situación de partida

- Accidente Vascular Cerebral.
- Hipertensión Arterial.
- Diabetes mellitus no insulínica.
- Arteriopatía periférica.
- Buena autonomía.
- Buena relación familiar.

#### Evolución inicial

- Comunicación limitada.
- Actividades de la vida diaria deterioradas.
- Pronóstico incierto.
- Complicación infecciosa.
- Complicación metabólica.
- Complicación vascular.

#### Situación después del primer episodio de complicaciones

- Mejoría por tratamiento efectivo.
- Aparece dolor que motiva cirugía menor.
- Consentimiento para cirugía.
- Planteamiento del futuro no aceptado.

#### Situación después del segundo episodio de complicaciones

- Complicación médica grave.
- Imposibilidad para la comunicación.
- Sonda nasogástrica para alimentación.

#### Implicaciones de esta situación

- Complicación quirúrgica que requiere cirugía mayor.
- ¿Quién otorga el consentimiento?
- ¿El paciente comprende?

#### Situación final

- Complicación médica de riesgo vital.
- Tratamiento intervencionista.

El grupo estuvo de acuerdo en la identificación de tres problemas éticos:

- La nutrición mediante sonda nasogástrica.
- Cirugía mayor (amputación de una extremidad) y su consentimiento.
- La indicación de transfusión.

El funcionamiento del grupo fue considerarse un auténtico Comité de Ética Asistencial al que se le consultaba sobre las decisiones a tomar en este caso clínico.

## **DISCUSION DE LA NUTRICIÓN ARTIFICIAL**

Se inició la discusión mediante la exposición del problema clínico planteado: la imposibilidad de alimentación por vía oral debido a trastorno neurológico que impedía la deglución. La mayor dificultad se presentó a la hora de definir el pronóstico.

La complejidad de la situación clínica y diversos factores negativos presentes permitieron una amplia controversia. Fue necesario explicar comprensiblemente a los presentes que no conocían la diferencia, los distintos medios de alimentación artificial: Nutrición parenteral total por vía endovenosa, que precisaría del mantenimiento permanente de una vía venosa central; sonda nasogástrica para alimentación con nutrición enteral o alimentos naturales triturados; sonda de gastrostomía instaurada mediante cirugía local o endoscopia.

Se valoraron, a continuación los beneficios de mantener una alimentación de forma artificial. Es un deber la alimentación e hidratación, pero además, desde el punto de vista clínico, una nutrición correcta desde el primer momento asegura un mejor pronóstico y el mantenimiento de la hidratación evita la presencia de la sed.

Como inconvenientes se adujo la necesidad de realizar una maniobra agresiva para instaurar la vía venosa central o la agresión en el caso de la gastrostomía. Se consideró la sonda nasogástrica de menor agresividad y mayor facilidad de manejo para el proceso de recuperación posterior.

En este punto se valoró, por parte de algunos de los presentes, el planteamiento del paciente diez días después del ingreso hospitalario, cuando se le explicó su situación y su futuro, ya que este manifestó que no aceptaba un futuro así. La discusión se centró en la valoración de la competencia real del paciente para dar su consentimiento y en la interpretación que debe darse a una manifestación en fase tan prematura de la enfermedad, que pudiera estar influida por un síndrome depresivo reactivo.

Por tanto, el grupo consideró un medio proporcionado a la situación descrita la colocación de sonda nasogástrica para alimentación en este paciente.

A la hora de la aplicación de los principios éticos, se consideró que una decisión a favor de la sonda nasogástrica cumplía los principios de no maleficencia y de beneficencia, dentro de la situación incierta del paciente. Quedaba claro que su menor agresividad respecto a las demás técnicas propuestas.

Respecto a la aplicación del principio de justicia, parecía también más indicada la sonda nasogástrica,

por ser la de menor coste y requerir menor dedicación para su mantenimiento posterior.

Se defendió, no obstante, que un pronóstico cierto de mala evolución convertiría esta actuación en no benéfica por alargar la evolución clínica. En este caso se convertiría en una medida desproporcionada.

Los mayores problemas los presentó la aplicación del principio de autonomía, ya que quedaba la duda expuesta previamente sobre cuál era el deseo del paciente. Quedó manifiesta la necesidad de una valoración de la posible competencia del paciente y su expresión limitada por la afasia. Se consideró que el deseo expresado en la situación inicial no podía valorarse como su voluntad auténtica. Se recomendó en este sentido pedir de la familia el consentimiento, con información amplia de sus pros y contras.

La recomendación final fue la instauración de la sonda nasogástrica, previo consentimiento informado de la familia, pero sólo por mayoría. No se pudo llegar al consenso.

## **DISCUSION DE LA INDICACIÓN DE AMPUTACIÓN DE LA EXTREMIDAD INFERIOR**

En este momento se había agotado el tiempo previsto, por lo que se pudieron hacer sólo las consideraciones iniciales.

Desde el punto de vista clínico, se trataba de una indicación clínica no urgente. En segundo lugar el paciente podía, de algún modo, expresar su conformidad y su negativa. En tercer lugar, el pronóstico vistas las complicaciones que habían aparecido era muy negativo.

Con estos preliminares se consideró que la intervención pudiera haberse retrasado o no realizarse. Debiera haberse intentado informar al paciente y obtener su consentimiento, ya que la situación clínica había cambiado, no bastando el consentimiento de la familia.

A la falta de mayor tiempo de discusión y de exposición de argumentos, parecía haber consenso en recomendar que se esperase a efectuar la amputación, por considerarla un medio desproporcionado y, en todo caso, intentar potenciar la autonomía del paciente.

Quedó pendiente la discusión respecto a la indicación de transfusión.

Como comentarios finales, cabe destacar la participación activa en la discusión de la mayoría de los presentes, que agradecemos desde aquí. Una constatación fue la facilitación de la comunicación por el rodaje.

La primera decisión sobre la sonda nasogástrica precisó de más de hora y media para llegar a un acuerdo, siendo sólo por mayoría. La segunda discusión, a la que sólo se pudieron dedicar 20 minutos, permitió llegar a un consenso provisional, aunque es cierto que no se pudo fundamentar el porqué de cada una de las decisiones.

# GRUPO DE TRABAJO SOBRE PERINATOLOGÍA

**R. Jiménez**

*Catedrático de Pediatría,  
Universidad de Barcelona*

## CASO CLÍNICO

Recién nacido de 15 días de vida que ingresa en el Hospital de Sant Joan de Déu trasladado de otro Hospital, para confirmación diagnóstica de sospecha de enfermedad metabólica congénita la cual se confirma a las pocas horas con el diagnóstico final de *leucinosis*.

Se trata de un defecto metabólico en el complejo multienzimático mitocondrial encargado de la descarboxilación oxidativa de los alfa-cetoácidos y como consecuencia el acumulado en sangre de leucina, isoleucina y valina, lo cual va a motivar alteraciones a nivel del sistema nervioso central con defecto en la mielinización y por tanto si no se administra una alimentación adecuada, la cual hay que adaptar al nivel de los aminoácidos en sangre, evoluciona hacia un retraso mental, finalizando en descerebración. Esto requiere ante el mínimo signo de descompensación (somnolencia, rechazo de alimento, vómitos, llanto

agudo) debe efectuarse una aminoacidemia y reacondicionar la alimentación, en épocas posteriores no podrá tomar alimentos habituales para otros niños de su edad.

## Motivo de la reunión

Los padres, que son de un nivel cultural medio-alto, ante la calidad de vida que le espera a su hijo, en la época de lactante con una dependencia absoluta del Hospital ante cualquier duda y en épocas posteriores una diferencia importante en posibilidades de una vida normal lo que conllevaría una diferenciación en su forma de vivir con respecto a los niños normales de su edad, solicitan se le de una alimentación normal hasta que fallezca.

## Estado actual

En el momento de su ingreso presentaba convulsiones y estado de precoma. Debido a los niveles elevados de leucina fue necesario efectuarle una exanguinotransfusión y posterior diálisis peritoneal. El hecho de haber presentado síndrome neurológico hace presuponer que en este momento existe afectación cerebral.



El profesor R. Jiménez durante el trabajo de grupos.

## Discusión

La discusión sobre el caso clínico y la decisión que habían adoptado los padres, fue muy animada. En ella se establecieron una serie de reflexiones. En cuanto al pronóstico se establecen las siguientes puntualizaciones: a) el hecho de haberse tomado las medidas terapéuticas a los 15 días de vida presupone en principio afectación cerebral; b) no se puede asegurar que a pesar del tratamiento adecuado su evolución sea totalmente satisfactoria, ya que hay revisiones en la literatura que así lo demuestran. En lo que concierne a la evolución, habitualmente deben efectuarse controles periódicos aparte los que sean necesarios, por las frecuentes descompensaciones ante cualquier proceso intercurrente. Estas descompensaciones muchas veces requerirán la práctica de diálisis peritoneal con objeto de impedir la acción nociva del acumulo de aminoácidos sobre el SNC:

## Acercamiento de decisiones

Por todo lo anteriormente expuesto y la bibliografía existente se resume de la siguiente forma. Recién nacido con enfermedad metabólica grave, al cual se le han iniciado las medidas terapéuticas tardíamente, que requiere una dependencia total del Hospital en cuanto a controles y adecuación del tratamiento y que en nin-

gún momento se puede asegurar evolución satisfactoria, a todo esto hay que considerar la petición de los padres de dar alimentación normal, dado la mala calidad de vida que le espera sin tener la mínima confianza de una evolución satisfactoria.

## Toma de decisiones

Equiparando el resumen con los principios básicos de cualquier decisión ética y teniendo en cuenta el tipo de Hospital, la disposición del mismo a controlar en cualquier momento la enfermedad, la correcta información que siempre se ha dado repetidamente a la familia y la actitud de los padres se concluye:

- El Hospital dado los medios que se le facilita a la familia para control de la enfermedad, no puede aceptar que continúe estando ingresado en el mismo dándole una alimentación normal que irremisiblemente finalizará en la muerte del niño.
- Respetando el principio de autonomía y al considerar que la terapéutica actualmente posible de una alimentación continuamente cambiante depende del aminograma, se considera como «medida extraordinaria», se autoriza el alta voluntaria, ofreciéndose el Hospital a darle apoyo si así lo creyese oportuno la familia.

DR. F. M. DOMÉNECH TORNÉ

DR. J. SETOAIN QUINQUER



### ESTUDIS MORFOFUNCIONALS

FUNCIÓ I MORFOLOGIA TIROÏDAL • GAMMAGRAFIA ÒSSIA • FETGE I VIES BILIARS • PULMONS: VENTILACIÓ. PERFUSIÓ I GAL·LI • MORFOLOGIA I FUNCIONALISME RENAL • CARDIOLOGIA NUCLEAR • GAMMAGRAFIA SUPRARRENAL • GAMMAGRAFIA ESPLÈNICA • FLEBOGAMMAGRAFIA • LIMFOGAMMAGRAFIA INDIRECTA • ESTUDIS DE DEGLUCIÓ • VIES LLAGRIMALS • HEMORRAGIES DIGESTIVES • DETECCIÓ DE MUCOSA GÀSTRICA ECTÒPICA • RASTREIG CORPORAL AMB  $^{131}\text{I}$  I AMB  $^{67}\text{Ga}$  • HISTEROSAL PINGO-GAMMAGRAFIA • MARCATGES CEL·LULARS ERITRÒCITS. (LEUCÒCITS. PLAQUETES).

### DENSITOMETRIA ÒSSIA

DETERMINACIÓ DEL CONTINGUT MINERAL DE L'OS.

### LABORATORI NUCLEAR

RADIOIMMUNOANÀLISI (HORMONES, FÀRMACS, DROGUES) • MARCADORS TUMORALS • RECEPTORS HORMONALS • BIOQUÍMICA.

### ECOGRAFIA

ABDOMINAL • TIROÏDAL • TESTICULAR • MUSCULAR • GINECOLÒGICA • PROSTÀTICA TRANSRECTAL • PUNCIÓ ECODIRIGIDA.

### TERAPÈUTICA

TERAPIA METABÓLICA • ARTICULAR • BETATERAPIA OFTÀLMICA • CURITERAPIA INTERSTICIAL ( $^{192}\text{Ir}$ ).

C. Londres n.º 6, D9 - Tel. 444 35 00 - Fax 410 87 74 - 08029 BARCELONA

# GRUPO DE TRABAJO SOBRE DIAGNÓSTICO PRENATAL Y NUEVAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN

**Javier Gafo**

*Catedrático de Ética.  
Universidad de Comillas. Madrid.*

El caso propuesto hacía referencia a las diversas actitudes y planteamientos concretos de una pareja matrimonial que, a través de la Fecundación In Vitro (FIV), consiguió tener dos hijos en un mismo embarazo, dejando dos embriones en estado criopreservación. A los 20 meses del nacimiento de los dos hijos, el banco de embriones les notifica que, dentro de los próximos cuatro meses, deberá realizarse la transferencia de los dos embriones ya que, en caso contrario y de

acuerdo con la Ley, pasarían a disposición del banco.

El presentador del caso reconoció que no se trataba de un caso típico de un comité de ética –así como las 45 personas presentes en el grupo no reunían, por su número, las características de un comité de ética asistencial– pero que podía ser representativo de la tarea de información y de un asesoramiento no directivo que compete a los profesionales de la salud o a los especialistas en bioética.

Este aspecto suscitó una importante polémica al expresar también la convicción de que se trataba de una opción exclusiva de la pareja concernida, cuyas convicciones y planteamientos personales debían ser respetados y no condicionados.



**Javier Gafo coordinó el grupo sobre Diagnóstico Prenatal y Nuevas Técnicas de Reproducción.**

Los puntos más importantes del debate fueron los siguientes:

- Hubo en las intervenciones una crítica unánime a la ley española de reproducción asistida (1988), por considerar que el plazo del que los padres disponen de estos embriones congelados es insuficiente. Se hizo notar que la dirección del banco había ampliado el plazo ya que, de acuerdo con el artículo 11, 34 4, de la ley citado el plazo de dos años se contabiliza, no a partir del nacimiento de los niños, sino desde el momento de la criopreservación de los embriones sobrantes.
- El tema del status del preembrión o del embrión preimplantatorio fue objeto de debate, aportándose los datos que deben estar presentes en la ponderación de dicho status: el hecho de que la información genética no sea aún definitiva; la falta de individualización de los preembriones y el gran número de fracasos en el proceso de anidación. Se argumentó sobre los aspectos éticos y jurídicos de esa incipiente realidad humana.
- El debate se centró más tarde en el dilema ético y jurídico que podía plantearse si la mujer —que es la que sentía una fuerte vinculación hacia los embriones congelados— hubiera pedido la transferencia en contra de la voluntad del marido. Se afirmó que esta situación es

la que podría haber sido objeto de consulta a un comité de ética.

- El caso planteado es un conflicto entre la autonomía de la madre y del padre. Los datos aportados en el caso indican que un conflicto hubiera podido resolverse con el paso del tiempo, si la ley hubiere ampliado el plazo de disposición de los padres sobre los embriones criopreservados.
- En el transcurso de la tensión matrimonial, se percibía, además de la vinculación afectiva de la mujer respecto de los embriones criopreservados, la existencia de convicciones éticas y religiosas de aquella sobre el status de los embriones. Dado que se percibía un motivo de conflictividad importante en la pareja, el presentador del caso planteó el carácter ético o no de la donación de los embriones a otra pareja en una «adopción prenatal».
- Pareció que esta solución podía ser éticamente aceptable ante la valoración que la mujer confiere a un embrión. La dificultad que significaba un nuevo embarazo y el bien de los niños pequeños ya nacidos, al mismo tiempo que podía significar un elemento de distensión en la conflictividad de la pareja, que podía, a su vez, acarrear dificultades al desarrollo y estabilidad emocional de los dos hijos ya existentes.



agefred

Aire Acondicionado  
Mantenimiento y Conservación  
Gestión Técnica de la energía

GRUPO ESYS MONTENAY

agefred sa

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona Teléfono: 334 08 00 Telefax: 334 50 37

# CONCLUSIONES GENERALES DE LAS JORNADAS

1. Los Comités de Ética Asistencial son órganos consultivos dentro de la estructura sanitaria, en el ámbito hospitalario, para la resolución de casos y elaboración de protocolos donde entran en juego conflictos de valores. Parecen convenientes, y a los organizadores de estas jornadas necesarios, en una medicina orientada al paciente reconocido como agente autónomo.
2. La legitimación de los comités viene dada por su *estructura interdisciplinar*; la *calidad de sus deliberaciones* en el análisis de casos y elaboración de protocolos y por su *disposición a ser evaluados por terceros competentes*.
3. Si bien es cierto que la ética es una ciencia especulativa (epistémé) que hace juicios de valor, deductivos y universales, no es menos cierto que los problemas morales se caracterizan por ser concretos y prácticos, ya que versan sobre lo que puede hacerse en situaciones particulares. Esto obliga a la ética práctica a poner en juego el uso de razón que Aristóteles llamó prudencia (phronésis) o «recta ratio agibilium»: conocer si algo «concreto» puede y debe hacerse.
4. El único «canon» (caña, vara de medir) universalmente aceptado es que el hombre es fin en sí mismo. Con este canon el análisis de casos concretos se enfrenta a diferentes racionalidades (aspectos de una única racionalidad humana) que son la científico-técnica, la ética y la jurídica. Los comités de ética asistencial deberán cumplir las condiciones de una fundamentación racional de sus decisiones, la aceptación del pluralismo, la capacidad crítica y operativa, evitando los absolutismos, el escepticismo y el relativismo.
5. La ley es insuficiente para tomar muchas de las decisiones que el profesional de la sanidad se ve obligado a tomar. Puede, sin embargo y debe existir para arbitrar conflictos en el ejercicio del derecho a la protección de la salud –aspecto del derecho a la igualdad y que complementa el derecho a la vida y a la integridad física, el reconocimiento de la dignidad y de la autonomía de la persona–.

---

No sustituye la necesaria autorregulación profesional cuando está orientada a afianzar el sentido de la responsabilidad profesional.

6. Es deseable que exista una normativa de acreditación de Comités de Ética Asistencial por parte del Departamento de Sanidad de la Autonomía correspondiente como posibilidad de evaluación externa de los mismos. Es necesario que los miembros del Comité de Ética Asistencial dediquen un tiempo a la formación ética, en caso de que no la hayan recibido con anterioridad a la pertenencia del comité.
7. Se ha propuesto como test, prueba o pulso del comité la evaluación al cabo de un tiempo de funcionamiento de la aplicación de una metodología que incluya los aspectos científicos (historia clínica correcta), las relacionales (atención humana al paciente), los cualitativos (atención integral) los sociales y culturales. Se ha acentuado la importancia de las actas y la necesidad de que los análisis sean razonables, es decir, no solamente racionales.
8. Los llamados principios bioéticos: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía se muestran instrumentos eficaces para la identificación de los conflictos éticos en la toma de decisiones en la clínica. Sin embargo, los conflictos frecuentes entre los principios de beneficencia y autonomía en las decisiones clínicas requieren deliberación ya que su jerarquización no es evidente.
9. Las decisiones de los comités de ética deben tomarse por consenso en la medida de lo posible. Puede no llegarse al *consenso* por falta de información suficiente a todos o alguno de sus miembros o por la percepción del caso desde posiciones éticas radicalmente (de raíz) diversas. La urgencia de la decisión puede forzar a un *acuerdo* pactado razonable.
10. Si la razón de ser de la ética es la humanización de las conductas, la búsqueda de una mayor humanización es el objetivo referencial de la ética cristiana y de las diferentes éticas civiles (no hay una sola ética civil). Es imprescindible en un estado democrático defender la libertad de los ciudadanos de ser servidos por diferentes planteamientos éticos orientados a la defensa de la persona en su dignidad. En este empeño es necesaria la colaboración y no la mutua descalificación de las éticas civiles y las éticas cristianas. Ninguna de ellas tienen porqué coincidir con la normativa jurídica positiva.

FRANCESC ABEL, s.j.

LH

JORNADAS NACIONALES

# COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

BARCELONA, 14-15 MARZO 1997

## IV. ACTO DE CLAUSURA



HOSPITAL  
Sant Joan de Déu  
BARCELONA

Hospital Universitari de la U.B.

# PALABRAS DEL HNO. MIGUEL MARTÍN RODRIGO



Hemos vivido un par de días de profunda reflexión, acompañados por auténticos profesionales de la filosofía y que, verdaderamente, nos han ayudado a plantear qué es lo que hoy significa el debate ético y cómo llevarlo a cabo en un mundo de la salud como el que nos toca vivir a cuantos aquí nos hallamos y que usted, Honorable Conseller, dirige en Catalunya.

Era para nosotros un reto, y también una ilusión el que, orientándonos ya a los veinticinco años de existencia de nuestro Comité de Ética Asistencial, pudiéramos poner nuestro granito de arena en el marco de la reflexión de lo que durante todo este tiempo ha sido nuestra tarea. Una tarea difícil en algunos de sus momentos pero siempre gratificante.

La Orden Hospitalaria tiene el reto, como todas las instituciones –y concretamente en nuestro caso, las instituciones de Iglesia–, de hacer las cosas y de hacerlas bien. Y, al mismo tiempo, en el concierto democrático y plural de nuestra sociedad, lanzar nuestra voz, que no pretendemos que sea la voz, sino una voz dentro del debate social en el que se analizan, critican, solidifican y se sedimentan los valores que, en nuestro caso, son la materia prima desde la que llevamos adelante nuestro planteamiento ético.

Eso es lo que hemos intentado hacer en estas Jornadas. Y da la impresión de que cuantos hemos participado en ellas, estamos satisfechos de haberlo hecho. Muchas gracias.

# AGRADECIMIENTO DEL HNO. PASCUAL PILES FERRANDO

Ha sido para mí un honor participar en la inauguración de estas Jornadas. Ahora, de nuevo, tengo la ocasión de dirigiros brevemente la palabra. He estado con vosotros en todas las ponencias que se han presentado y en el trabajo que se ha realizado. Comencé diciendo «gracias» y creo que tengo que terminar diciendo también «gracias».

Gracias a los ponentes. Han sido de gran altura y de gran ayuda en el trabajo que queremos realizar como miembros o posibles candidatos de los Comités de Ética Asistencial, o simplemente como personas que quieren llevar la reflexión ética al mundo asistencial. Creo que todas las ponencias han sido positivamente valoradas tanto en sus contenidos como en la precisión y brillantez de exposición, así como por la capacidad de comunicación que han tenido y que, en cierto modo, nos han hecho vibrar sobre los temas expuestos.

Si en la inauguración daba las gracias por lo que nos iban a transmitir, pienso que es mucho más justo volver a dar las gracias en este momento. No sé si algunos de ellos les «pitará el oído» pero, concretamente, a los ponentes que estáis aquí presentes os doy, en nombre de todos los participantes, las gracias más sinceras. Creo que nos habéis ayudado a llevar adelante nuestra tarea como ciudadanos, puesto que una reflexión de este tipo supone un rearme moral, una capacidad de reflexionar acerca de los problemas fundamentales de nuestra vida y supone, al mismo tiempo, como profesionales de la salud, una clarificación de contenidos y un haber hecho surgir en nosotros la inquietud para que en nuestro trabajo ordinario podamos llevarlo a la práctica.

Quiero agradecer también vuestra presencia aquí a todos los participantes. Me parece que hemos sido un grupo que ha dado un signo, un testimonio de tener una «ética de la participación». Muchas veces uno asiste a Jornadas o Congresos en los que con cierta facilidad «nos despistamos» —no digo que se despistan, sino nos despistamos— muchos de los participantes. En estas Jornadas, sin embargo, el hecho de estar en todo momento el aula abarrotada ha demostrado un interés patente por el tema. Ha habido por parte de los ponentes una capacidad transmitiéndonos esta inquietud que nos ha hecho estar en cada uno de los momentos; pero, al mismo tiempo, ha habido una «ética» por nuestra parte en la responsabilidad de la participación.

Y quiero dar las gracias, además de los organizadores, a todos aquellos que, desde la trastienda, han posibilitado el que nosotros estemos aquí con todo el material a punto y ofreciéndonos todas las facilidades para poder trabajar en condiciones.

Creo que podemos mirar hacia el futuro con esperanza; y no es un tópico. Filosóficamente tenemos que estar siempre abiertos al futuro con esperanza porque él es la posibilidad, la oportunidad que tenemos para realizar aquello que hasta ahora no hemos podido llevar a cabo. Mientras estemos bien de salud —y no seamos casos clínicos como los que aquí se han analizado—, podremos intentar realizar lo todavía no realizado, así como mejorar muchas de nuestras actuaciones pasadas.

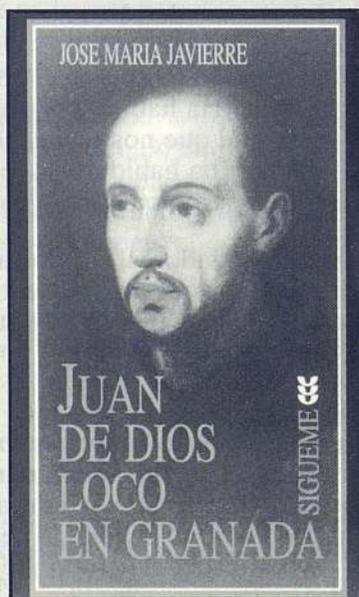
Puede ser que tengamos ya un buen bagaje de experiencia –el Hno. Miguel Martín hablaba en la inauguración de los casi veinticinco años de andadura del Comité de Ética Asistencial del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues–. Es una rica historia, ciertamente. Quizá aquí hay otras personas que puedan tenerla parecida, o menor. Eso es igual. El futuro nos ofrece a todos la posibilidad de hacer mejor las cosas que hemos venido haciendo hasta ahora. Y no cabe duda de que estas Jornadas Nacionales nos van a ayudar a todos en el desarrollo de la reflexión ética desde la cual queremos plantear la asistencia al enfermo.

Quiero terminar haciendo alusión a la figura de San Juan de Dios. Creo que fue una persona que en pleno siglo XVI llevó a cabo un proyecto de hospitalidad profundamente ético, acogiendo a todos los enfermos y necesitados, personas entonces poco dignificadas, y tratando de que todo hombre fuese realmente un fin en sí mismo.

Os deseo a todos, y me deseo a mí mismo que intentemos realizar en nuestra vida, en nuestra vida hospitalaria, el mismo proyecto que Juan de Dios hizo en aquel momento y que nosotros estamos llamados a realizar a las puertas del siglo XXI.

### Nueva biografía sobre san Juan de Dios

## JUAN DE DIOS, LOCO EN GRANADA



Acaba de publicarse la última biografía sobre el Fundador de la Orden Hospitalaria: **JUAN DE DIOS, LOCO EN GRANADA.**

Autor de la misma es el conocido sacerdote y periodista José María Javierre, de cuya pluma vieron también la luz biografías como las de insignes santos del Siglo de Oro como Teresa de Jesús y Juan de la Cruz.

Publicada por Ediciones Sigüeme (Salamanca), en un volumen de 821 páginas, puede adquirirse en las diferentes librerías religiosas, o solicitándola a nuestra revista:

#### **INFORMACIÓN Y NOTICIAS**

Curia Provincial

**Doctor Antoni Pujadas, 40**

**08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (Barcelona)**

# INTERVENCIÓN DEL CARDENAL RICARD M. CARLES

«EL HOMBRE NO SÓLO TIENE DIGNIDAD, ES DIGNIDAD»



El Hospital Sant Joan de Déu, como acaba de recordarnos el Hno. General de la Orden Hospitalaria, hace casi veinticinco años que cuenta con un Comité de Ética. Doy gracias a Dios porque en nuestra ciudad, concretamente en ese Hospital, naciera dicho Comité que, por cuanto yo sé, fue el primero de los creados en España.

Un Comité que, al actuar desde una actitud eminentemente humana y cristiana, alcanza o se transforma en algo que va más allá de la muerte de los pacientes en su ayuda. Recuerdo en este sentido que una vez me comentaba el Hno. Miguel Martín la asistencia psicológica y humana que se continuaba prestando desde otro ámbito —la Unidad de Cuidados Paliativos—, un año más tarde, a unos padres que habían perdido a su hijo. Es éste un servicio a subrayar y muy de agradecer. Todo ello indica que cuando alguien se propone tratar humanamente al enfermo, puede llegar a consecuencias y acciones que en un principio quizá no se había propuesto pero que, personalmente, considero son una maravilla de delicadeza en lo que supone el cuidado de tales aspectos.

Cuantos aquí os halláis tratáis de defender a la persona humana en toda ocasión, pero por vuestra profesión, os acercáis a ella, en vuestra acción bienhechora y justa, cuando más necesidad tiene de ser defendida, en situación de enfermedad.

Y todo ello, en un momento en el que el «homo faber» arrincona al «homo sapiens» porque es el propio sujeto quien no se reconoce como «sapiens» o no reconoce como

tal a su prójimo y actúa con él como «homo faber». Esto conlleva el riesgo de que sólo valga el «homo faber», en cuanto es tal y no por su condición de «homo sapiens», es decir, que no solamente tiene dignidad sino que es dignidad. Y esa admiración por el «homo faber» puede llevar al olvido, al menosprecio o a la menor atención del enfermo, tanto más si éste es un enfermo crónico o terminal; alguien que ya no tiene nada de «homo faber» pero que continúa siendo un «homo sapiens» con todo el respeto que ello supone.

Yo temería que nuestra cultura, siendo tan técnica como lo es —y es voluntad de Dios que así lo sea cuando desde el comienzo nos dijo «dominad la Tierra»—, de una cultura que ha producido desde las puntas de sílex de nuestros antepasados a los ordenadores actuales, olvidara los aspectos fundamentales del «homo sapiens». Desde una actividad técnica tan maravillosa no debe nunca olvidarse lo que hay en el fondo y en el trasfondo de la persona humana. Así lo hacéis vosotros, así lo respetáis por cuanto creéis que además de ser «homo sapiens», el hombre es «homo comunicans», es decir, aquel que se relaciona con Dios y con su prójimo.

Pienso en ese «fatebenefratelli» —«Haced el bien, hermanos»—, expresión por la que los Hermanos son conocidos en Italia. Antes el bien era, sin más y de forma directa, lo que era bueno para el prójimo; y había que hacerlo. Hoy realizáis ese mismo bien, pero os véis obligados a defender un bien más radical para poder hacer el bien inmediato: defender la dignidad de toda persona, defender que un ser creado por Dios tiene una vida que es sagrada. Que el hombre, porque está hecho a imagen de Dios, es misterio, es también portador de un misterio. Que si la vida ha de ser respetada, no puede admitir excepciones, y para que no las haya, ha de ser intangible, y para ser intangible, la hemos de considerar sagrada.

La Iglesia, aunque su lenguaje exprese una prudencia extrema —¿y qué persona responsable no lo comprendería cuando se trata de defender destinos humanos personales, familiares o colectivos?—, aunque sea un lenguaje de clara oposición ante caminos de inhumanidad, no se encierra, sin embargo, en el temor. Su fe en Dios le invita a tener confianza en el hombre; en el hombre que con libertad toma conciencia de todas las dimensiones de su ser y de su futuro.

Recuerdo aquella frase de Juan Pablo II en la que afirma que «nuestra cultura actual además de ser expresión de lo que somos, es cuna de lo que podemos llegar a ser». Y en ello estamos todos, muy especialmente las generaciones más jóvenes de nuestro tiempo. La Iglesia hace, sin cesar, una llamada a una confianza lúcida, que pueda ser participada por muchos en la sociedad presente; por todos aquellos que tengan, desde la ideología que cada cual tuviere, una conciencia y un deseo de humanizar nuestras actividades y, por lo tanto, de tratar al hombre y a la persona humana como ella se merece.

Os felicito por estas Jornadas. He comprobado desde el momento de mi llegada que han sido de gran fruto, de gran altura intelectual, de un sano talante ético. Por todo ello, por cuanto sirvan para generar más bondad, más atención y mayor respeto a los enfermos, doy gracias a Dios y os felicito.

LH

IV-4

# INTERVENCIÓN DEL HBLE. EDUARD RIUS

CONSELLER DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL  
DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA



**E**minentíssim i Reverendíssim senyor arquebisbe de Barcelona, germà general de l'orde de Sant Joan de Déu, germà superior provincial de l'orde de Sant Joan de Déu, germà superior de l'orde de Sant Joan de Déu, professor Giménez, Dr. Abel, autoritats, senyores i senyors. Molt bon dia a tothom. Buenos días.

Permítanme, en primer lugar, agradecer al comité organizador de este congreso, y particularmente al Hno. Miguel Martín Rodrigo, su deferencia y amabilidad al invitarme a participar en este acto. Al mismo tiempo que quiero dar la bienvenida a Barcelona y a Catalunya a todos los asistentes a estas Jornadas Nacionales de Comités de Ética Asistencial, y desearles una feliz estancia entre nosotros.

En nombre del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya, deseo manifestar mi satisfacción por la celebración de estas Jornadas en Catalunya, y muy especialmente por el hecho de que se celebren bajo los auspicios de una institución de tanto prestigio como el Hospital de Sant Joan de Déu, que como todos ustedes saben es, además, un centro pionero en la creación de este tipo de comités a nivel del Estado español.

Considero que la iniciativa de organizar, en estos momentos, un encuentro de estas características constituye un gran acierto, ya que el fomento de la creación de comités de ética asistencial, que es uno de los objetivos –quizás el principal– de estas jornadas, ha de ser también una prioridad de las administraciones sanitarias.

El reconocimiento, a nivel constitucional, del derecho de todas las personas a la protección de la salud, y su posterior plasmación y desarrollo a nivel legal

---

y reglamentario, nos obliga a poner a disposición del usuario de los servicios sanitarios públicos, todas las herramientas que permitan hacer efectivos los principios que las normas recogen.

Es fácilmente constatable que, los clásicos esquemas que han venido marcando el efectivo desarrollo de las relaciones clínicas —de la relación entre médico y paciente— han quedado, en muchos aspectos, obsoletos y han de ser revisados. Revisión que no ha de hacerse de una manera forzada porque las leyes así lo prevén, sino porque la misma realidad social y asistencial así lo requiere y porque todos los ciudadanos queremos que el ámbito sanitario no sea una excepción en cuanto al reconocimiento de nuestros derechos, especialmente si están en juego los bienes más preciados: la vida, la integridad física y la dignidad de la persona.

En este sentido, la labor de los comités de ética es esencial, ya que la asistencia sanitaria plantea, cada vez con mayor frecuencia, controversias y problemas que trascienden de la perspectiva estrictamente médica, y que tampoco pueden resolverse únicamente desde el punto de vista ético, legal, económico o desde la práctica clínica habitual.

Así pues, se requieren respuestas que han de ser necesariamente el resultado de la reflexión conjunta de todos los profesionales implicados (médicos, personal de enfermería, éticos, juristas, economistas). Profesionales que, en definitiva, deben velar para que prevalezca el interés común de la sociedad en su conjunto y el de la persona individual, cuando haya que abordar cuestiones que le afecten directamente, y que en muchos casos afectan a la esfera más íntima de la personalidad de cada uno de nosotros.

Es innegable que, el inexorable avance de las ciencias y de las tecnologías al que estamos asistiendo permanentemente, hace necesario también que el progreso biomédico sea objeto de un análisis multidisciplinar, con el fin de conjugarlo adecuadamente con el debido respeto a los derechos humanos.

Lo cierto es que, hoy en día, constantemente ponemos a prueba nuestra capacidad de sorpresa ante situaciones que anteriormente nos habrían parecido inimaginables. El ejemplo más reciente es el de la posibilidad de clonar embriones humanos, con las repercusiones de toda índole que ello podría conllevar.

Ésta y otras muchas cuestiones no pueden ser consideradas solamente desde la perspectiva científica, sino que han de reflexionarse pausada e inteligente con el conjunto de la sociedad, que en definitiva es la destinataria de todos estos avances, así como, de forma especial, por parte de los comités de ética asistencial.

En Catalunya, conscientes de esta situación, hemos procurado ser sensibles a las demandas sociales y, por este motivo, hemos considerado oportuno el impulso de la creación de comités de ética asistencial y de comités éticos de investigación clínica, mediante la promulgación, por parte del Gobierno de la Generalitat de diferentes normas que regulan esta cuestión, la primera de las cuales apareció hace ya cinco años.

Por lo que se refiere a los comités de ética asistencial, en estos momentos existen nueve centros sanitarios —entre ellos el Hospital de Sant Joan de Déu— que cuentan con dichos comités debidamente acreditados y además nos consta que en diversos hospitales también están funcionando, o van a constituirse, órganos de similares características.

Estamos convencidos de que es imprescindible la implantación de estos órganos para contribuir a aumentar la calidad asistencial a todos los niveles, tanto en la atención primaria como en la atención especializada y, de forma muy especial, en los centros cuyos pacientes son niños, disminuidos psíquicos o personas de la tercera edad, ya que estos colectivos conllevan problemáticas muy específicas que, con frecuencia, plantean dilemas éticos que deben de resolverse satisfactoriamente.

Estos comités, de composición multidisciplinar, a pesar de tener un carácter consultivo, es necesario que gocen de una vocación de servicio tanto para los profesionales sanitarios como para los usuarios, con el objeto de solucionar las controversias que puedan plantearse en el devenir de la actividad sanitaria de cada centro, y procurar que se respeten los derechos de todas las personas implicadas. En este sentido, es conveniente que dichos comités no sólo propongan criterios de resolución sino que intervengan además en la elaboración de protocolos clínicos que orienten la actuación de los profesionales.

Hace un año, se constituyó la Comisión Asesora de Bioética del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, que cuenta con la inestimable presencia del doctor Abel y de personas que han trabajado en este campo. La propia orden de creación de esta Comisión establece como uno de sus objetivos impulsar la constitución de comités de ética en los centros sanitarios, y en ese empeño estamos trabajando, tal y como lo han hecho también ustedes estos dos días.

Como se ha comentado, me consta que las jornadas que ahora clausuramos han sido muy provechosas, y que en el marco de los diversos grupos de trabajo que han venido funcionando se ha llegado a interesantes conclusiones, que sin duda alguna nos van a permitir a todos trasladar a la práctica, tanto desde la gestión sanitaria como desde la práctica clínica diaria. Criterios que nos han de permitir proporcionar a todos los ciudadanos, mediante la contribución de los comités de ética, una sanidad justa, equitativa, de calidad y, en definitiva, más beneficiosa para todos.

Finalmente agradecerles su atención y darle las gracias, Germà Piles, en nombre de los pacientes y de las personas que sufren.

Declaro clausuradas las Jornadas Nacionales de los Comités de Ética Asistencial.  
Muchas gracias.

## Novedad bibliográfica

## LA SUBLIME HUMILDAD

Juan José Laborde



“...uno de los más profundos conocedores de la vida y obra de San Juan de Dios el que nos lo presenta: Agustín Laborde Vallverdú, quien ha ejercido durante decenios su profesión de médico en el hospital que fundase el Santo nacido en Montemor o Novo, y que ha dedicado gran parte de su vida intelectual a la investigación y al conocimiento de este Santo vinculado para siempre a la propia ciudad de Granada”

José Gabriel Díaz, alcalde de Granada

“Este breve trabajo nos aproxima al santo, y sobre todo, al hombre. Agustín Laborde ofrece una peculiar visión, lejana de la erudición investigadora innecesaria para un texto de esta naturaleza. Este libro puede contribuir a identificar mucho más a los granadinos con un hombre como Juan y con unos hechos que desde la distancia del tiempo refuerzan la admiración por el personaje”

Julio Rodríguez,  
presidente de la Caja General de Ahorros de Granada

