Los retos éticos actuales de las profesiones sanitarias. Del campo de batalla al obrador

Alfredo Marcos

Universidad de Valladolid
amarcos@fyl.uva.es
www.fyl.uva.es/~wfilosof/webMarcos/

1. Introducción:

Bioética de los dilemas y bioética de la creatividad

Como es sabido, la bioética se ha desarrollado a partir, por un lado, de la antiquísima tradición de la deontología médica y, por otro, de la ética ambiental. Se consolidó y creció como disciplina autónoma desde los años setenta del siglo pasado. Son referencias señeras al respecto el Código de Nüremberg (1948), la Declaración de Helsinki (1964), el libro de Van Rensselaer Potter, *Bioethics: bridge to the future* (1971), la fundación del *Hasting Center* (1969) y del *Kennedy Institute of Ethics* (1971), así como el *Informe Belmont* (1978). En nuestro ámbito se ha ido consolidando la bioética, desde los ochenta, gracias a la labor de pioneros como Javier Gafo, Francesc Abel, Diego Gracia o Gonzalo Herranz y sus respectivas instituciones.

A partir de ahí, durante las últimas décadas del siglo pasado, la bioética se extendió de modo espectacular, impulsada por algunos debates ya clásicos. Estos debates, con mucha frecuencia, se han presentado o han sido percibidos en forma de dilemas. Pondré un ejemplo clásico, y después irán apareciendo más. El debate sobre la eutanasia a menudo se configura como un dilema: o bien aceptamos la eutanasia, es decir el hecho de que una persona dé muerte a otra en ciertas condiciones especiales y controladas, o bien aceptamos que el enfermo siga sufriendo a causa de su mal o incluso a causa de los tratamientos que recibe. La forma lógica es disyuntiva: A o B. La disyunción suele entenderse en términos excluyentes y exhaustivos. Es decir, A y B no pueden darse juntos, y, por otro lado, entre ambos cubren todo el espectro de los posibles cursos de acción.

Puestas así las cosas, es común adoptar una estrategia argumentativa negativa; es decir, para defender la opción A se ataca o niega la opción B. Por ejemplo, si demostramos que el sufrimiento del enfermo no es deseable, incluso que es moralmente inaceptable, entonces, dado que no hay más opciones que A y B, no tendremos más remedio que aceptar (tolerar, promover, legalizar...) la eutanasia. El esquema lógico y retórico se repite una y otra vez en numerosos debates bioéticos. El paisaje que comienza a aparecer ante nosotros es el de un campo de batalla, en el cual, al parecer, la misión principal de cada agente consiste en atacar con argumentos la posición contraria.

En principio, dichos argumentos son de carácter racional. Las armas con las que se contiene en este campo de batalla son habitualmente los llamados principios de la bioética.

Se dice que tal o cual posición viola el principio de autonomía, el de no maleficencia, el de beneficencia o el de justicia, y que es, por lo tanto, inaceptable; lo cual supuestamente nos obliga a echarnos en los brazos de la posición opuesta. Por ejemplo, se puede decir que la posición pro-eutanasia viola el principio de no maleficencia, o bien que la posición contraria viola el de autonomía. Por supuesto, las cosas nunca son tan sencillas y la resolución de conflictos éticos mediante la aplicación mecánica de principios es simplemente una quimera. Constituye un logro innegable de la bioética el consenso que existe en torno a los mencionados principios, pero, a la hora de fundamentarlos, de dar razón de los mismos, de precisar su contenido y finalmente de aplicarlos, la batalla se recrudece. Si A viola un principio, es posible que B viole otro. Y como el problema se nos ha convertido en un dilema, nos hemos quedado sin salida razonable. O bien habrá que empezar a discutir, ya en otro plano, cómo han de entenderse los principios en cuestión y cuál de los principios, ahora en conflicto, debe prevalecer. Si los defensores de la eutanasia pueden pensar que los principios de no maleficencia y de beneficencia han de ser aplicados en función de las preferencias del sujeto (reduciéndolos, así, en cierto modo, al de autonomía), por su lado, los que son contrarios a la eutanasia pueden argüir que la beneficencia y la no maleficencia tienen un contenido objetivo que no depende totalmente de las preferencias subjetivas. Por supuesto, estas ideas remiten a convicciones muy de fondo y a visiones del mundo. Ahora, los proponentes de cada una de las posiciones parecen verse obligados a atacar no solo la posición contraria en este tema particular, sino toda una cosmovisión.

Por añadidura, en cuanto los dilemas bioéticos tocan la arena política, mediática, académica o empresarial se tornan incluso más agrios y menos racionales. No se trata ya solo de desacreditar la posición contraria, e incluso toda una visión del mundo y de la vida, para establecer la propia, sino que se acude hasta a la argumentación *ad hominem*. La escalada belicosa va así: un problema lo formulamos como un dilema; la mejor defensa de la opción A consiste en desacreditar la opción B; para desacreditar la opción B resulta que tenemos que atacar a toda una cosmovisión; un atajo posible para desacreditar una cosmovisión en el debate mediático, político, académico y empresarial consiste en desacreditar directamente a las personas que la sustentan. Por supuesto, en dicha escalada hay quien no duda en emplear el recurso a la manipulación de sentimientos y emociones.

En suma, la bioética corre el riesgo de ser vista así como un campo de batalla, o mejor dicho, como el paisaje después de la batalla. Porque esta es la vía segura hacia el estancamiento intelectual, primero, la decadencia, después, y finalmente la completa irrelevancia social de la bioética. Es cierto que la bioética, tanto en la academia, como en los comités que están sobre el terreno, es muy rica, compleja y multiforme, pero también lo es que, como disciplina, no siempre ha logrado transmitir a la sociedad esta riqueza. Muchos de nuestros conciudadanos, incluidos nuestros alumnos y colegas, tienden a ver la bioética así, como el paisaje después de la batalla, como un campo poblado de cuestiones estancadas, de dilemas oxidados e irresueltos, de armamento argumental inoperante pero contaminador, de maquinaria (administrativa) pesada que solo sirve ya para entorpecer el tránsito. ¿Cómo remediarlo?

En parte se trata de un problema de imagen, de percepción pública, que requiere, en consecuencia, un cambio de retórica y de metáforas. Si no nos place la imagen del *campo de batalla*, podríamos laborar en la construcción de una imagen diferente. Me gustaría que

considerásemos ahora la imagen de la bioética como un *obrador*, como un lugar para la cooperación, para el trabajo en común y, sobre todo, para la producción de algo nuevo y mejor. Pero el cambio de imágenes, de metáforas y de retóricas no sería ni sincero ni duradero si no naciese de un cambio en los planteamientos de fondo de la bioética. Si formulamos los problemas como dilemas, la acción propia de la bioética consiste en elegir. Mi propuesta es que formulemos los problemas bioéticos como retos a la creatividad y laboriosidad humana. Vistos así, la acción más propia de la bioética será la *producción*, en lugar de la *elección*. Del campo de batalla pasaremos así al obrador.

Antes de explorar las posibilidades de este planteamiento que acabo de sugerir, me gustaría decir todavía algo sobre los dilemas éticos, o más bien sobre nuestra resistencia a los mismos. Entre los más conocidos y estudiados dilemas éticos están los llamados dilemas del tranvía. Dichos dilemas han sido empleados profusamente por varios investigadores. Entre otros, los psicólogos morales Marc Hauser y John Mikhail los han usado en sus investigaciones sobre una posible gramática moral universal¹. Existen numerosas variantes de los dilemas del tranvía. Podemos tomar dos de ellas a modo de ilustración. Supongamos que alguien se encuentra a bordo de un tranvía que pierde los frenos. El tranvía puede seguir avanzando por la vía que actualmente transita o bien cambiar de vía. En el primer caso resultarán atropellados cinco operarios que trabajan en la vía unos metros más adelante, en el segundo caso resultará atropellado un viandante. La opción está en manos de alguno de los ocupantes del tranvía, que puede, simplemente pulsando un botón, desviar o no el tranvía. ¿Qué debe hacer? En otra versión alguien podría parar el tranvía que se dirige hacia los cinco operarios lanzando a la vía, desde un puente, a una persona que se encuentra sentada en el pretil del mismo. De nuevo, ¿qué debe hacer este sujeto que podría evitar cinco muertes produciendo una? Los investigadores expusieron estas y otras variantes del dilema en cuestión a numerosos sujetos de experimentación. A través de los test han llegado a identificar algunas normas morales que parecen ser universales, como por ejemplo que estimamos como moralmente más grave el mal producido por acción que el consentido por omisión, o que valoramos como más grave el mal que se comete mediante contacto directo con la persona dañada.

Pero mi objetivo ahora no tiene que ver con estos resultados, sino con la primera reacción de incomodidad con el dilema que muestra la mayor parte de los sujetos experimentales. De hecho es la misma reacción que probablemente habrán tenido muchos de ustedes [de los lectores] al oír [leer] los dilemas que hemos introducido como ejemplos. Se trata de lo que podríamos llamar una *resistencia al dilema*. Muchos comienzan a especular con soluciones alternativas que rompan el dilema (aquí bien podríamos hablar de terceras vías), hasta que el experimentador les recuerda cuáles son las condiciones estrictas del test: solo hay dos opciones. En la situación experimental esta restricción es necesaria, pero hay que recordar que no rige en la vida ordinaria. Es más, la resistencia a un dilema entre dos males incentiva la creatividad y laboriosidad de los seres humanos. Gracias a dicha resistencia –a veces intensificada incluso hasta la indignación– y a la actividad creativa que desencadena, cada uno de nosotros crece como persona, y la humanidad en su conjunto progresa moralmente. Desde

¹ Un extenso y riguroso informe sobre estos experimentos puede verse en M. Asla, *La gramática moral universal*, Universidad de Navarra, Pamplona, Tesis Doctoral, caps. 3y 4. Disponible en: https://www.academia.edu/9864159/La_Gram%C3%A1tica_Moral_Universal_Una_aproximaci%C3%B3n_cognitivista_a_la_ley_natural

el punto de vista histórico, hemos progresado cuando nos hemos negado a elegir entre la esclavitud y el colapso económico, entre el trabajo infantil y la pobreza de las familias, entre la guerra y la injusticia..., y, en lugar de elegir, hemos trabajado con ahínco en la creación de respuestas nuevas y mejores a los problemas.

Admito que en ciertas ocasiones, quizá en circunstancias de urgencia o de necesidad extrema, el dilema moral puede resultar inevitable, al menos a corto plazo. Y tal vez un dilema forzado pueda resultar también útil como experimento para el investigador. Pero lo que es absurdo es plantear el grueso de los problemas bioéticos, y proyectar el futuro de la disciplina, en términos de dilemas, olvidando nuestra pulsión de resistencia, nuestra capacidad de trabajo y el carácter creativo de la acción humana. Es más, creo que la bioética actual, precisamente, tiene que incrementar su resistencia a los dilemas, planteando sus problemas como retos a la creatividad y laboriosidad humana. La imagen de la bioética será así la de un obrador, antes que la de un campo de batalla.

Admito también que de un obrador pueden salir panes o pasteles. Y el verbo “pastelear” tiene en español connotaciones que nadie ignora. Quiero decir que la superación de los dilemas no debería plantearse como una especie de pasteleo, de simple negociación y consenso entre posiciones enfrentadas para hallar un punto equidistante. Hemos de esperar que de nuestro obrador bioético salgan no solo pasteles, sino principalmente panes auténticos y buenos, es decir genuinas soluciones más que simples apaños.

2. Algunos retos bioéticos actuales

Descendiendo ya al terreno de lo concreto, presentaré, aunque sea someramente, algunos problemas actuales de bioética formulados bajo este nuevo enfoque, no como dilemas, sino como retos para la creatividad y laboriosidad humanas. No pretendo, ni mucho menos, elaborar un listado exhaustivo ni una clasificación de los problemas bioéticos, sino presentar una modesta muestra significativa e ilustrativa de los retos actuales. La intención es que una vez captado el enfoque de retos, como sustituto del enfoque de dilemas, se pueda aplicar a los numerosos problemas éticos a los que se enfrentan las profesiones sanitarias, y a los que se enfrentarán en el futuro, y que nadie puede conocer mejor que los propios profesionales del sector. Empezaré por aquellos problemas bioéticos que están conectados indirectamente con el campo estrictamente sanitario, para acabar con los que pertenecen más propiamente al mismo.

2.1. Desarrollo humano sostenible

Como hemos dicho, una de las bases históricas de la bioética es la ética ambiental o ecológica, lo que a veces se denomina macrobioética. Existen numerosos problemas ambientales con implicaciones éticas. Algunos autores han hablado incluso de la letanía de los problemas ambientales: contaminación, agotamiento de los recursos, riesgos para la biodiversidad, cambios climáticos, etc. Con frecuencia se plantean estos problemas en términos dilemáticos que podríamos recoger bajo esta formulación general: o sostenibilidad ambiental o desarrollo humano. En algún momento se pensó que el problema ético consistía precisamente en la elección entre uno de estos dos polos. Así, durante los años setenta y ochenta del siglo pasado se puso de moda la idea del crecimiento cero. Ya en los noventa parecía claro que la paralización del desarrollo humano no contribuiría positivamente a la sustentabilidad

ambiental, sino más bien al contrario. Además de generar miseria entre los humanos, provocaba graves daños ambientales y nos privaba, de paso, de los recursos económicos imprescindibles para hacer frente a dichos daños. Se puso entonces en circulación la idea de desarrollo sostenible, que rompe el dilema y propone una dirección de búsqueda creativa². El desarrollo sostenible trata de producir soluciones nuevas, más que de elegir entre desarrollo o sostenibilidad.

En nuestros días estamos dando pasos incluso hacia la superación de la idea de desarrollo sostenible. Se trabaja en la integración de la idea de desarrollo sostenible con la idea de desarrollo humano. Esta última procede de la teoría económica del premio Nobel Amartya Sen, inspirador del Índice de Desarrollo Humano que publica Naciones Unidas. Tenemos aquí un ejemplo claro del cambio de planteamiento que venimos propugnando para la bioética. Se ha dado en las cuatro últimas décadas un evidente progreso en la configuración de los problemas ambientales. Ya no los vemos como simples dilemas en los que se nos obliga a escoger entre la salud del medio ambiente y la prosperidad de las personas, entre sustentabilidad y desarrollo. Ahora vemos los problemas ambientales como retos para la creatividad humana. No se trata simplemente de elegir entre A y B, sino de construir caminos que antes no existían, como el del desarrollo humano sostenible³. Por supuesto, es más laborioso crear algo nuevo que elegir entre lo ya dado, por ello la creatividad ha de ir unida a la laboriosidad.

2.2. El valor de los animales

Los problemas éticos que se plantean en nuestra relación con los animales están ya más cerca de las profesiones sanitarias, en especial de la veterinaria y de la experimentación biomédica. Aquí hemos tendido a formular los problemas también en términos de dilemas. En general pensamos que o bien aceptamos el sufrimiento animal o bien renunciamos a las utilidades que los animales nos aportan en muy diversos terrenos, desde el productivo al médico.

Existe una salida constructiva al problema. En mi opinión se están dando los pasos en ese sentido desde varios frentes. Desde la filosofía, desde el derecho y desde la metodología de la experimentación están apareciendo líneas de pensamiento y de acción creativas que pueden cambiar la formulación del problema, de modo que pase de dilema a reto. En el terreno filosófico estamos trabajando en el reconocimiento de *valor inherente* a los seres vivos y, en especial, a los animales. Los animales carecen de la dignidad que sí tenemos las personas, pero no son meras herramientas o instrumentos a nuestro servicio y albur. Cada ser vivo, y en especial cada animal, posee un valor propio, independientemente del valor utilitario que pueda tener para nosotros, y en función del mismo hemos de regular el trato que merece⁴.

² La década de los setenta del siglo XX estuvo marcada por la *Conferencia de Estocolmo* (1972) y el *Informe del Club de Roma*, realizado por Denis Meadows y publicado por el MIT en 1972. Este informe, titulado *Los límites del crecimiento*, abogaba por la fórmula del "crecimiento cero". El crecimiento cero fue probablemente un objetivo desacertado. Significativamente, en 1992, aparece un nuevo *Informe Meadows* del Club de Roma, más ponderado, bajo el título de *Más allá de los límites del crecimiento*.

³ L. Valera y A. Marcos, Desarrollo humano sostenible: una visión aristotélica, *Isegoría*, N.º 51, julio-diciembre, 2014, 671-690.

⁴ A. Cortina, *Las fronteras de la persona. El valor de los animales, la dignidad de los humanos*, Taurus, Madrid, 2009; A. Marcos, Naturaleza humana y derechos de los animales, en A. Diéguez y J. M. Atencia

Desde el campo del derecho se vienen promoviendo desde hace años normativas que mejoran la protección y el bienestar de los animales, reduciendo considerablemente el sufrimiento de los mismos en la cría, transporte y sacrificio, así como en el caso de los animales de compañía y en los de uso experimental. En este último campo, el de la experimentación con animales, se está desarrollando la llamada *estrategia de las tres erres* (reemplazar, reducir, refinar), que concilia los legítimos intereses de la investigación biomédica con el reconocimiento del valor inherente de los vivientes⁵. Desde mi punto de vista, la legislación animal se fundamenta mejor en las ideas de protección y bienestar que en la idea de derechos de los animales. Esta última, a mi parecer, resulta enormemente problemática, como he sostenido en varios artículos⁶.

Por supuesto, los problemas están lejos aun de una perfecta resolución y, sobre todo, de una solución que contente a todos los agentes implicados, pero es un hecho que se está trabajando, más allá de los dilemas, en diversas líneas creativas.

2.3. Experimentación con células troncales

Entremos ahora ya de lleno en el terreno de la biomedicina considerando los problemas éticos que suscita la investigación y uso médico de las células troncales (también llamadas células madre o *stem cells*). Como en casos anteriores hemos tendido en primera instancia a formular estos problemas en términos de dilemas. Más tarde, este tipo de formulación dilemática ha ido cediendo el paso a un planteamiento en términos de retos creativos. Como es sabido, las células troncales pueden ser obtenidas a partir de diversos tejidos del organismo humano. Algunas tienen más potencial que otras para la división indefinida y para la diferenciación. Una fuente posible de células troncales son los embriones humanos. Las células troncales embrionarias provienen del blastocisto preimplantatorio, tienen la capacidad de dividirse en cultivo indefinidamente, sin diferenciarse, y también la de diferenciarse hacia cualquiera de las tres capas germinales aun después de un prolongado periodo de cultivo. A partir de estas propiedades, se pensó que podrían ofrecer posibilidades terapéuticas prácticamente ilimitadas para la regeneración tisular. Sin embargo, el uso de embriones humanos como simple material experimental de laboratorio, con la consiguiente manipulación y destrucción de muchos de ellos, suscita problemas de carácter ético al menos a una buena parte de la población y de la comunidad científica. Es muy fácil plantear esta situación como un dilema, y, de hecho, así ha sido presentada en innumerables ocasiones por parte algunos científicos, políticos y medios de comunicación: o bien experimentamos con embriones humanos o bien consentimos el sufrimiento de tantos y tantos pacientes cuyas enfermedades no encontrarán cura.

Por suerte, otros científicos se han resistido al dilema y han trabajado en vías de investigación realmente creativas. Lo han hecho por diversos motivos, que van desde lo ético a lo puramente técnico. El uso de embriones humanos como material de laboratorio despierta, claro está, ciertas reservas éticas en mucha gente, pero, además, es que las células troncales

(eds.), *Naturaleza animal y humana*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2014, pp. 161-185; A. Marcos, *New Philosophical Basis for Animal Policy, Per la Filosofia*, Anno XXX N. 88/89, 2013/2-3, pp. 109-118.

⁵ National Centre for Replacement, Reduction and Refinement of Animals in Research, *What are the 3Rs?*, accesible en: <http://www.nc3rs.org.uk/the-3rs>.; L. F. Garcés y C. Giraldo, La experimentación científica con animales, *Revista Lasallista de Investigación*, vol. 9, núm. 1, 2012, pp. 159-166.

⁶ A. Marcos, Política animal, *Revista Latinoamericana de Bioética*, vol 7, edición 12, pp. 60-75. Bogotá, 2007.

de origen embrionario presentan dificultades de carácter técnico, por su tumorigenicidad, riesgo de contaminación con productos de origen animal y difícil compatibilidad genética con el receptor. Por supuesto, se puede emprender una especie de huida hacia adelante y tratar de solventar este último problema mediante técnicas de clonación humana. Pero en esta línea las dificultades éticas y técnicas no se reducen, sino que aumentan, como parece obvio (incluso sin necesidad de recordar el famoso escándalo de Woo-Suk Hwang).

En vista de todo ello, algunos científicos decidieron plantear la cuestión como un reto a la creatividad: se negaron a emplear embriones humanos en sus experimentos, pero al mismo tiempo buscaron vías alternativas para la obtención de células troncales con suficiente potencial terapéutico. Quizá el más destacado de estos científicos sea el japonés Shinya Yamanaka (1962-), que recibió en 2012 el premio Nobel en Fisiología y Medicina “por el descubrimiento de que células adultas pueden reprogramarse para ser convertidas en pluripotentes”⁷. Las investigaciones de Yamanaka han permitido la producción de células troncales pluripotentes inducidas (iPS) a partir de las cuales se han podido poner en marcha ya algunos ensayos clínicos. Con este tipo de células troncales se pueden superar las dificultades de compatibilidad genética. Además, con ellas se disipan las reservas éticas, pues evitan la instrumentalización de los embriones humanos⁸.

2.4. Terapia y mejora humana

La biomedicina actual está en disposición de traspasar el umbral de la terapia para entrar en el terreno de la supuesta mejora humana (*human enhancement*); en cierta medida, ya hay zonas de la medicina que están cerca del campo de la mejora, como, por ejemplo, la medicina estética o la deportiva, al menos en algunos de sus usos. Por otra parte, el propio concepto de terapia, que depende obviamente de los conceptos de salud y de enfermedad, tiene bordes difusos y posee cierta variabilidad histórica y cultural. Hechas estas salvedades, la cuestión a la que quiero referirme ahora no está precisamente en los bordes difusos de la terapia ni en su posible deslizamiento, sino en el proyecto consciente y ambicioso de cambiar drásticamente la propia naturaleza humana por medios biotecnológicos para llevar al ser humano más allá de lo humano. El problema bioético al que me refiero es el que han puesto sobre la mesa los pensadores transhumanistas.

Se entiende hoy día por *human enhancement*, o mejora humana, el intento de sobrepasar los límites naturales del ser humano mediante una serie de tecnociencias. Las referidas tecnociencias, en conjunto, abarcan cuatro grandes ámbitos: *nano*, *bio*, *info* y *cogni*. Con frecuencia este conglomerado se conoce mediante las correspondientes siglas NBIC, o bien como CT (*Converging Technologies*), o incluso como HET (*Human Enhancement Technologies*).

⁷ The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2012: “For the discovery that mature cells can be reprogrammed to become pluripotent”; accesible en:

http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2012/

⁸ S. Yamanaka, Induced pluripotent stem cells: past, present and future, *Cell Stem Cell*, 10 (6), 678-684, 2012; J. A. Gámez, *Investigación con células troncales: racionalidad científica y ética*, Tesis Doctoral, Universidad de Navarra, Pamplona, 2013.

Los aspectos en los que se busca la supuesta mejora del ser humano abarcan, desde las capacidades físicas e intelectuales, hasta las emociones, la longevidad y prolongación de la juventud o la mejora moral. Los procedimientos pueden ir, desde la modificación de la dieta, hasta la modificación de estructuras moleculares u orgánicas, modificaciones permanentes de bases genéticas, empleo de diversas sustancias químicas, desarrollo de prótesis motoras o sensoriales, externas o internas, en forma de *hardware* o de *software*, potenciación del crecimiento de la corteza cerebral... Se piensa, más allá de las posibilidades terapéuticas, en las aplicaciones militares, laborales, deportivas, estéticas, o en la potenciación de las capacidades intelectuales, como por ejemplo la memoria, en la gestión de los estados afectivos y de nuestra interacción con las máquinas.

Uno de los problemas básicos que se ha presentado en este tipo de proyectos de investigación consiste precisamente en definir qué es un ser humano y qué podría contar como una mejora del mismo. Ambas cuestiones están muy relacionadas, y en la medida en que modifiquemos drásticamente la naturaleza humana mediante la intervención técnica, difícilmente podremos saber ya qué es mejor y qué es peor. En las prácticas de terapia no se prescinde del concepto de naturaleza humana. De hecho, se apoyan en él. El médico no quiere “mejorar” la temperatura de los seres humanos, sino devolver la de su paciente a los 36 o 37 grados que son normales para un ser humano sano. Una práctica tecnológica que pretende ir más allá de la naturaleza humana destruye de paso los criterios de valoración. En consecuencia, difícilmente se puede llamar mejora. Se trataría más bien de un cambio sin componente axiológico. Y, en realidad, de un cambio a peor, pues la pérdida del componente axiológico, de la posibilidad misma de valorar, supone ya una pérdida de valor, pues, en palabras de Hans Jonas, la mera posibilidad de valor es ya un valor⁹. Parafraseando a Jonas podríamos decir ahora que el tránsito hacia la imposibilidad de valor es ya un disvalor.

El caso del deporte nos sirve aquí de excelente ejemplo ilustrativo. Hasta el momento, los valores del deporte residían en la naturaleza de los atletas y en su capacidad de entrenamiento, de colaboración en equipo y de esfuerzo. Si las condiciones se modifican mediante cualquier forma de *doping*, transfusiones de sangre, y no digamos intervenciones genéticas, selección eugenésica o implantes mecánicos o informáticos, entonces toda la actividad deportiva se desvirtúa, carece de mérito y queda vacía de valores. Dicho de otra forma, se habría hecho imposible el deporte como tal. Por eso las federaciones sancionan determinadas prácticas como fraudulentas. No sólo para custodiar la igualdad de condiciones en una competición leal, sino para preservar el mismo sentido y existencia de la actividad. Por eso en el deporte paralímpico sí se aceptan ciertos tipos de prótesis, como las sillas de ruedas en baloncesto, porque palían una deficiencia estimada respecto de la normalidad humana. Pero sin este criterio, el *human enhancement* aplicado al deporte sencillamente acaba con el sentido y los valores de esta actividad, y en última instancia con la actividad misma. La deconstruye.

La crítica a los proyectos de supuesta mejora humana ha venido desde varios frentes¹⁰, pero la defensa ante las críticas se ha presentado casi siempre de modo dilemático, como un

⁹ H. Jonas, *El principio de responsabilidad*, Herder, Barcelona, 1995, pp. 95-96.

¹⁰ Véase, por ejemplo, J. Habermas, *El futuro de la naturaleza humana*, Paidós, Barcelona, 2002; F. Fukuyama, *El fin del hombre: consecuencias de la revolución biotecnológica*, Ediciones B, Barcelona,

juego de todo o nada: o bien aceptamos cualquier antropotecnia o bien renunciamos a la mejora humana¹¹. Hasta tal punto este dilema ha cobrado importancia, que la última sociología sostiene que la política en un futuro próximo se estructurará en función de la actitud de cada cual hacia la biotecnología y el transhumanismo. Los ejes tradicionales, izquierda-derecha, o conservadores-liberales, quedarán obsoletos y serán sustituidos por el eje precaucionistas-proaccionistas (*precautionaries-proactionaries*), valgan los neologismos. Los unos defenderán un uso restringido o nulo de las antropotecnias, mientras que los otros abogarán por la implantación irrestricta de las mismas¹².

Frente a esta nueva dicotomía, se puede pensar en innumerables vías para mejorar la vida humana sin necesidad de perder la naturaleza humana que nos orienta y sirve de guía normativa. La línea de resistencia al dilema se sitúa aquí en el umbral de la naturaleza humana. Ahora bien, las reservas frente a una operación de cambio profundo de la naturaleza humana no son en absoluto reservas frente a todas las aplicaciones biotecnológicas. Hemos de descartar como excesivamente simplistas dos actitudes ante las mismas, la actitud tecnologista y la actitud neoludita. El tecnologismo resulta acrítico y es una amenaza para la naturaleza humana. Mientras que el rechazo de la técnica es antropológicamente insostenible.

Así pues, las aplicaciones biotecnológicas sobre el ser humano han de ser juzgadas no en bloque, sino una a una. Y, este juicio, que nos permite, por ejemplo, valorar como positivo el implante de una prótesis biónica en una persona mutilada y como negativo el intento de producir humanos por clonación, requiere como criterio orientador el de la naturaleza propia del ser humano. Aquí la clave consiste en obviar la supuesta mejora del ser humano y adoptar en cambio como labor y reto *la mejora de la vida de los seres humanos*. Ahora bien, proponer aplicaciones, discernir entre las mismas y desarrollar solo las que de veras mejoren la vida de las personas, requiere más creatividad y trabajo que la simple aceptación o negación global de las nuevas antropotecnias.

2.5. Cuidados paliativos

En pocos debates como en el de la eutanasia se aprecia tan bien la esterilidad de un enfoque dilemático. No entraré aquí a debatir todas las distinciones técnicas, por otra parte sobradamente conocidas, entre las diversas modalidades de la eutanasia y de la asistencia al suicidio. Voy al núcleo de la cuestión. Cuando lo planteamos como un dilema nos vemos obligados a elegir entre dos cauces de acción igualmente decepcionantes: o bien consentimos el sufrimiento del enfermo terminal, o bien regulamos la posibilidad de que una persona dé muerte a otra. Todos pensamos que el sufrimiento del enfermo es un mal. Y tal sufrimiento puede proceder de las enfermedades que padece o incluso de un sobre-tratamiento de las mismas. Pero también pensamos muchos que el principio general de que una persona no debe dar muerte a otra debería estar sometido a las mínimas excepciones posibles. Así, la eliminación de excepciones tradicionales, como la de la pena de muerte, nos parece a muchos

2002; A. Marcos, Filosofía de la naturaleza humana, *Eikasía. Revista de Filosofía*, año VI, 35 (noviembre 2010) pp. 181-208; accesible en <http://revistadefilosofia.com/35-10.pdf>.

¹¹ Véase, por ejemplo, J. Savulescu, y N. Bostrom (eds.), *Human Enhancement*, OUP, Oxford, 2009.

¹² Véase S. Fuller y V. Lipinska. *The proactionary imperative. A foundation for transhumanism*, Palgrave Macmillan, New York, 2014.

un genuino progreso de la humanidad. Mientras que la incorporación de nuevas excepciones supondría, en todo caso, el reconocimiento de un fracaso¹³.

Por suerte, no hay por qué transitar obligatoriamente por uno de los dos caminos señalados, o resignación ante el sufrimiento o resignación ante la eutanasia. En este tema la vía creativa que nos saca de un mal dilema se viene desarrollando ya desde hace años gracias al trabajo de muchos profesionales. Vamos a denominarla, de un modo genérico, vía de los *cuidados paliativos*¹⁴. En ella se incluyen también ideas y prácticas como las del *testamento vital*, *limitación del esfuerzo terapéutico*, *órdenes de no reanimación*, *prevención del suicidio*, *sedación paliativa y terminal*... Esta nueva línea de acción ante el sufrimiento ha de ser entendida en un sentido integral, que incorpora todas las medidas de cuidado, confort y acompañamiento de la persona en todas sus dimensiones. Es cierto que el desarrollo de los cuidados paliativos supone un reto para nuestra creatividad y laboriosidad, y requiere además ciertas inversiones, mientras que la resignación al sufrimiento o a la eutanasia resultan cauces ya trillados, más baratos y acomodaticios.

Si preguntamos por los retos éticos actuales de las profesiones sanitarias, aquí tenemos uno de los más evidentes, urgentes y apasionantes: el desarrollo integral de los cuidados paliativos. Como sucede en general con los retos éticos, resulta ser al mismo tiempo un reto científico, técnico y profesional, pues todos estos aspectos van de la mano y resultan inseparables en la actividad sanitaria.

2.6. Maternidad libre

Desde hace más de una década, en España, el número de abortos intencionados, o dicho en lenguaje oficial, de embarazos interrumpidos voluntariamente, se mantiene en torno a los cien mil anuales. En números redondos se han producido un millón de abortos en los últimos diez años. La reducción de dicho número constituye un reto ético importante no solo para los profesionales de la sanidad, sino también para la sociedad en general. Es más, en mi opinión, la disminución del número de abortos en los países en los que dicha práctica está legalizada, debería contar como un dato positivo a la hora de calcular el correspondiente Índice de Desarrollo Humano (IDH). Y algo análogo se podría decir respecto de las comunidades autónomas. Sería deseable respaldar el esfuerzo comparativo de las mismas en la reducción del número de abortos¹⁵.

¹³ Así lo ha entendido el Parlamento Británico en su reciente rechazo del suicidio asistido. Se produjo en sesión de 11 de septiembre de 2015, por 330 votos frente a 118. Muchos parlamentarios entendieron que la aceptación del suicidio asistido podría funcionar como sutil mecanismo de presión precisamente sobre las personas más vulnerables.

¹⁴ V. Espinar, Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida, *Cuadernos de Bioética*, nº 77, vol. XXIII, 2012, pp. 169-176.

¹⁵ Por poner un ejemplo, la tasa de abortos provocados por cada mil mujeres en edad fértil es prácticamente el doble en Asturias que en La Rioja, con datos de 2013. Ello parece indicar que en la primera de estas comunidades hay todavía mucho margen de mejora en este terreno. Pueden consultarse los datos actualizados en la página web del Ministerio de Sanidad: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm

Para ser claro, diré que suscribo en este tema el pensamiento de dos intelectuales vallisoletanos ilustres, como son Miguel Delibes y Julián Marías¹⁶. Junto a ellos, creo que lo idóneo sería el respeto hacia toda vida humana en cualquiera de sus fases. Pero el argumento que quiero exponer aquí entiendo que podrá ser compartido por otros muchos que están lejos de considerar la vida humana como un valor sagrado. Se trata de un argumento que busca la practicidad y el consenso, pues creo que la mayor parte de mis conciudadanos estará de acuerdo en que en principio es bueno reducir el número de abortos provocados, dado que detrás de cada uno de ellos hay siempre sufrimiento para la embarazada y para el no nacido.

Hace ya más de medio siglo que la cuestión del aborto está socialmente bloqueada por un planteamiento dilemático del problema. De hecho, una de las posiciones clásicas se suele denominar *pro-choice*. Al hablar aquí de *choice* (elección) parece que ya estamos construyendo el problema como un dilema, en lugar de pensarlo como un reto. Esta terminología parece suponer que la mujer embarazada tiene ante sí dos opciones entre las que ha de elegir. Por decirlo de modo muy simple, habría de elegir entre sus legítimos intereses y la vida que lleva en su seno. Pero, ¿es que una salida creativa, que respete ambos valores, no es, en muchos casos, ni siquiera pensable? Creo que sí, y por eso yo preferiría hablar de una posición *pro-libertad*, más que pro-elección. Ahora bien, desde mi punto de vista, si aumentase realmente la libertad de las mujeres, el número de abortos descendería considerablemente. El altísimo número en que se vienen produciendo indica, en mi modesta opinión, que muchos de ellos no son realmente voluntarios, por más que el lenguaje oficial se empeñe en llamarles así. Dicho de otro modo, creo que quien elige con libertad habitualmente elige a favor de la vida y no en contra. Es decir, la posición pro-libertad y la posición pro-vida en realidad no se oponen, sino que se complementan, o bien podrían llegar a complementarse si tomásemos este problema como un reto a la creatividad y laboriosidad, y no como un mero dilema de elección.

Veamos con más detalle los números que nos sirve el Ministerio de Sanidad. Podemos dejar a un lado los abortos producidos por riesgos para la vida o salud de la embarazada y los que se producen por riesgo de anomalías fetales, que en su conjunto no llegan al 10%. Vamos, pues, al centro de la cuestión, donde están más del 90% de los casos, donde de hecho se podría reducir drásticamente el número de abortos¹⁷. Estos son los que se producen a petición de la embarazada, y tras los que podemos suponer que hay en el fondo motivos de tipo socioeconómico. No es difícil conjeturar que un número significativo de estos abortos podría evitarse si la mujer dispusiese de información clara y de apoyos eficaces. A falta de tales apoyos e información, se puede entender que la decisión no se produce realmente en condiciones de libertad.

Al señalar la falta de libertad que puede estar afectando a muchas mujeres que abortan, no hablo ya del aborto coercitivo practicado en algunos países, ni del aborto

¹⁶ Para una exposición clara y breve de las ideas de estos dos intelectuales, pueden verse sendos artículos en prensa: M. Delibes, Aborto libre y progresismo, *ABC*, 20/12/2007; J. Marías, La cuestión del aborto, *ABC*, 10/04/1994.

¹⁷ Añadamos a esto el dato de que el 80% de los abortos provocados se dan en mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 40 años. Es decir, en la gran mayoría de los casos no se trata de adolescentes ni de mujeres en edades extremas de su fertilidad.

selectivo, inducido por ejemplo por las políticas chinas de hijo único¹⁸. Hablo de la falta de apoyo económico en nuestra propia sociedad, de las dificultades laborales (desempleo, inestabilidad, discriminación, salarios bajos...); hablo de las dificultades para la conciliación de la vida familiar y laboral, de las dificultades con la vivienda, la sanidad o la escolarización, de la presión social o familiar o de pareja ejercida sobre la mujer, de la desinformación (por ejemplo debida a la dificultad para acceder a ecografías realistas); hablo de las deficientes políticas de apoyo a la familia¹⁹, así como de las leyes obsoletas de adopción y acogimiento... Revirtiendo estas tendencias el número de abortos provocados podría disminuir. Dichas tendencias se pueden revertir mediante campañas de comunicación y de rechazo del estigma social que se cierne, por ejemplo, sobre quien deja sus hijos en adopción, mediante apoyos efectivos a la maternidad en el plano económico, laboral, sanitario y escolar, mediante la protección de la mujer frente a toda presión y violencia del entorno, mediante la información adecuada, mediante nuevas leyes de adopción y acogimiento más ágiles y flexibles, con fórmulas más abiertas... Parece, en efecto, que planteadas así las cosas tenemos ante nosotros auténticos retos a nuestra creatividad y laboriosidad.

2.7. El diálogo médico paciente

Otro reto ético que nadie puede obviar entre los profesionales de la salud es el que plantea la llamada relación médico paciente, entendida esta en un sentido muy genérico. En este terreno, las sociedades occidentales contemporáneas han ido evolucionando desde una medicina paternalista, en la que primaba el principio de beneficencia, hacia una atención sanitaria en la que cobra protagonismo el principio de autonomía. A primera vista esto no supone un problema, sino un progreso, siempre que los principios se equilibren y no pasemos del paternalismo extremo a la medicina defensiva o a la medicina a la carta; siempre que el paciente no pase a ser simplemente un cliente o usuario y el médico o el sistema de salud su proveedor de servicios sanitarios. Desde el punto de vista filosófico, que es el que me resulta más familiar, parece preocupante que los principios de autonomía y beneficencia acaben por confundirse completamente, de modo que se entienda el segundo en términos por entero subjetivos. Así, el bien del paciente quedaría reducido simplemente a la preferencia del cliente o usuario. Incluso la interpretación subjetivista podría llegar a afectar al principio de no maleficencia, de modo que no sería malo algo para un paciente a menos que él lo considerase como tal, hasta el punto de que el proveedor de servicios sanitarios se vería compelido a actuar contra las buenas prácticas médicas si así lo pidiese un usuario.

Parece claro que no deberíamos vernos obligados a elegir entre un paternalismo extremo y una forma de medicina defensiva, a la carta o totalmente subjetivista. Lo inadecuado de uno de estos dos polos no hace mejor al otro. Ahora bien, para salir del dilema,

¹⁸ Frente a estos tipos de aborto, la comunidad internacional ha permanecido en general bastante inactiva. Solo recientemente hace unos años, en 2007, se produjo en el Senado norteamericano un voto contrario al aborto coercitivo. Sobre aborto selectivo por razón de sexo puede verse: https://es.wikipedia.org/wiki/Aborto_selectivo_porsexo.

¹⁹ Según el último *Informe sobre la protección social de la familia en España*, publicado en 2015 por el Instituto de Política Familiar, nuestro país es gravemente deficitario en este terreno en relación con los demás países de su entorno; de hecho, nuestro país tiene una de las prestaciones por hijo a cargo más bajas de Europa, 24 euros, frente a una media europea de 91 (informe disponible en: <http://ipfe.org/España/Documento/92>).

una vez más, se requiere poner en marcha nuestra creatividad y laboriosidad. Gran parte del esfuerzo creativo en este punto ha ido dirigido al establecimiento y regulación del consentimiento informado. Creo que la dirección es acertada, pero con ciertos matices. El consentimiento informado y la tutela adecuada son, en efecto, las líneas más prometedoras para la reconversión de este dilema en reto, pero, en mi opinión, no se puede fiar todo a la regulación exhaustiva. En las relaciones médico paciente siempre quedarán aspectos que hemos de confiar a la prudencia de las partes. La tendencia actual parece apuntar a una proliferación, quizá excesiva, de los documentos de consentimiento informado, aplicables cada vez a más prácticas médicas. Los comités éticos tienen sobre su mesa cada día más documentos de este tipo para examinar e informar. Además, muchos de ellos se están volviendo prolijos y minuciosos, como si se pretendiese lograr a través de los mismos la regulación completa de la relación médico paciente y la seguridad jurídica plena.

Aquí resulta muy oportuno recordar la advertencia que nos hace Hans Jonas: el requisito del consentimiento informado puede quedar en un simple trámite administrativo si la investigación y la asistencia no se producen en términos generales en un contexto ético adecuado. Según afirma Jonas, "el consentimiento [...] aún no significa la total solución del problema [...] los controles pueden atenuar el problema, pero no superarlo"²⁰. Jonas se refiere a que hace falta algo más que controles formales. Con ser muy importante, ni siquiera es suficiente con el reconocimiento de *valores*, como la libertad o la dignidad de las personas. Hace falta además la presencia de *virtudes* en los miembros de la sociedad, en los médicos e investigadores, en el resto del personal sanitario, en los gestores, en los pacientes... "La sociedad -afirma Jonas- no puede permitirse la falta de *virtud* en mitad de sí misma"²¹. Así pues, según Jonas, existen condiciones para el correcto funcionamiento de un sistema sanitario que son imprescindibles pero que no son formalmente exigibles y tal vez ni siquiera susceptibles de regulación. Se trata de las virtudes y del carácter propio de los agentes.

El ambiente en el que se desenvuelven los pacientes y los profesionales de la salud ha de ser un ambiente informado por determinadas virtudes, que van desde la sinceridad y lealtad hasta la amabilidad, respeto y dedicación, y que culminan en la prudencia. Cada uno de los que actúan en el sistema, desde la dirección política y técnica, hasta los profesionales y los pacientes, ha de desarrollar las virtudes propias de su función o posición, de lo contrario el sistema funcionará mal, por más regulación y normativa que se ponga en circulación. Sin embargo, dichas virtudes que han de informar el carácter de los agentes, no son exigibles formalmente. Dicho de otro modo, siempre se pueden salvar las exigencias formales como trámites carentes de contenido real. Siempre, claro está, que los agentes implicados estén dispuestos a ello. Por ejemplo, el consentimiento informado con demasiada frecuencia se toma como un simple papel que ha de aparecer firmado para la seguridad jurídica de las partes. Visto así, el documento puede resultar un trámite vacío de contenido real. Todo ello nos habla de la importancia de la *práctica del consentimiento informado*, más que del papel en el cual queda finalmente plasmado. La práctica solo será correcta, solo servirá para salir de un mal dilema, el que se da entre paternalismo extremo y medicina defensiva, si los sujetos han

²⁰ H. Jonas, *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad*, Paidós, Barcelona, p. 90.

²¹ H. Jonas, *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad*, Paidós, Barcelona, p. 85. Cursiva en el original.

desarrollado las virtudes necesarias. La creatividad y laboriosidad en este caso han de ir orientadas al fomento y desarrollo de esas virtudes y, con ello, a la excelencia de las prácticas.

3. Conclusiones

Hemos hecho una somera revisión de algunos de los problemas éticos con los que actualmente nos enfrentamos y que de modo directo o indirecto afectan a las profesiones sanitarias. Algunos de ellos son ya tradicionales, pero al parecer no hemos conseguido encauzarlos a satisfacción de todos. Entre estos se cuenta el problema del aborto, el de la eutanasia y el de las relaciones médico paciente. También nos hemos referido a otros de más reciente aparición en el panorama de la bioética y que están a medio camino entre la ética médica y la ética ambiental, como los que tienen que ver con el desarrollo humano sostenible y con el trato debido a los animales. Por último, hemos repasado algunos problemas que han emergido recientemente, que están en la vanguardia de la discusión bioética y que probablemente marcarán su futuro, como las cuestiones de las células troncales y de la mejora humana.

No es, por supuesto, un relato exhaustivo de las cuestiones bioéticas, ni mucho menos, pero sí creo que resulta significativo en un cierto sentido. Hemos aprendido que todos estos problemas pueden ser planteados como dilemas de elección entre dos posiciones dadas. En ese caso, la bioética se convierte en una especie de campo de batalla en el que la mejor táctica consiste en buscar los flancos débiles del adversario. Sabemos, gracias a la experiencia cotidiana y a las pruebas empíricas llevadas a cabo por la psicología moral, que es muy frecuente entre nosotros una cierta resistencia al dilema cuando ambos lados del mismo nos resultan ingratos. Esta resistencia a veces se prolonga en trabajo creativo encaminado a producir una posición nueva y mejor que las dos previamente dadas. Cuando la bioética asume este tipo de trabajo, se transforma de campo de batalla en obrador. Bajo la inspiración de esta imagen hemos reconstruido los problemas, no ya como dilemas, sino como retos para la creatividad y laboriosidad humanas.

Así, el dilema que nos obligaba a elegir entre desarrollo humano o sustentabilidad ambiental se transforma en el reto de lograr un desarrollo humano sostenible, en la línea indicada por autores como Amartya Sen. El dilema que nos urgía a elegir entre el sufrimiento de los animales o la renuncia a sus utilidades médicas, se puede transformar en reto mediante la orientación hacia el bienestar animal y la llamada estrategia de las tres erres. En el caso de la investigación con células troncales también podemos salir del dilema que nos obligaba a elegir entre la destrucción de embriones humanos y la paralización de la investigación en medicina regenerativa. El caso es que se puede seguir investigando con células troncales de pluripotencialidad inducida, que, además, reducen los problemas de rechazo inmunológico, como ha mostrado Shinya Yamanaka. En el terreno de la supuesta mejora humana se han planteado las cosas en términos de oposición entre *precaucionistas* y *proaccionistas*. Los primeros parecen renunciar a la mejora de la vida humana, mientras que los segundos parece que están dispuestos a poner en riesgo la naturaleza humana. Aquí las vías abiertas a la creatividad son múltiples, siempre que tiendan a mejorar biotecnológicamente la vida humana pero sin alterar gravemente la naturaleza humana. Cuando hablamos de los extremos de la vida humana, de su génesis y terminación, se plantean problemas bioéticos clásicos. Con frecuencia se presente cada uno de ellos como un dilema: elijamos, o sufrimiento del enfermo terminal o eutanasia. La línea creativa de resistencia al dilema tiene aquí un nombre claro:

cuidados paliativos. En el caso del aborto, esta línea creativa tiene que ver con la información y el apoyo social decidido a las familias y a las mujeres embarazadas para que puedan, en efecto, tomar decisiones libres, lo cual conducirá, en mi opinión, a la reducción del número de abortos provocados. Por último, hemos presentado bajo el mismo esquema la cuestión de las relaciones médico paciente. En términos de dilema habría que elegir aquí entre el craso paternalismo y la medicina defensiva. El problema se puede reformular en términos de reto. Y aquí el reto consiste en el desarrollo de unas prácticas de excelencia, como puede ser la del consentimiento informado cuando se realiza en un ambiente ético propicio.

Quizá estos ejemplos puedan servir como guía para encauzar otros muchos problemas éticos de las profesiones sanitarias como retos a la creatividad antes que como simples dilemas de elección.