

0/N.411

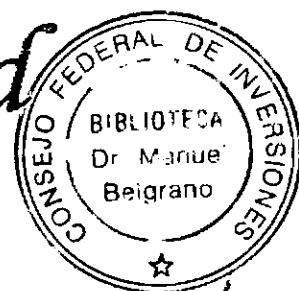
132p

BIOTÉTICA



*Una
guía
práctica
para
el
personal
de
salud*

Luis Justo



Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén

BIOÉTICA

*Una guía práctica para el
personal de salud*

Luis Justo

Corrección y casos: Andrea Macías

Colaboradores:

Cristina Ambort

Maria Dolores García Arnaldos

Diego Esandi

Teresa Kantolic

Esta publicación se hace en el marco del Proyecto:

**DESARROLLO DE LA BIOÉTICA EN LA
PROVINCIA DEL NEUQUÉN:**

**Una propuesta para mejorar la
calidad de atención.**

Neuquén, 2001

Parte I

Parte II

1 Introducción

2 Las grandes teorías éticas

2.1 Éticas teleológicas

2.1.1 Ética Aristotélica

2.1.2 Hedonismo

2.1.3 Utilitarismo

2.2 Éticas deontológicas

2.2.1 La ética Kantiana

2.2.2 La ética del discurso

2.3 Universalismo y comunitarismo

3 Teorías de la bioética

3.1 Teoría de los principios

3.2 Teoría de la virtud

3.3 Ética del cuidado

Las Aplicaciones Prácticas

4 Las reglas de la bioética

5 El concepto de persona

6 El principio de la vida

6.1 El aborto y la anticoncepción

6.2 Fecundación asistida

7 El fin de la vida



Parte I



No maleficencia y beneficencia

Para quienes trabajamos como agentes de salud (AS) éstos son los dos principios básicos de nuestro trabajo. Estamos comprometidos en ésta tarea para ayudar al prójimo que lo necesita. Esto tiene un requisito anterior e imprescindible y éste es que no le causemos daño, que no lo perjudiquemos. Quienes recurren a nosotros lo hacen confiando en que tendremos ésta actitud.

Debemos reconocer que éstos supuestos se han visto significativamente alterados en los últimos tiempos. Muchas veces la gente recurre a nosotros con temor y desconfianza, pensando que pondremos nuestros propios objetivos laborales por delante de sus preocupaciones o que los vamos a tratar mal. Y muchas veces ésta sensación es justificada, pues realmente hemos abusado del poder que nuestra situación nos otorga dentro de la estructura social. Podremos argumentar que quienes nos emplean nos explotan, con salarios o pagos bajos y requerimientos desmedidos, pero los pacientes que vienen a atenderse no son los responsables de ésta situación. Son, en todo caso, tan perjudicados como nosotros por una situación social injusta.

PARA PENSAR: ¿Conocemos ejemplos dentro de nuestro trabajo en los que no se cumpla con el deber de no maleficencia/beneficencia? ¿Nosotros, en lo personal, hemos cumplido SIEMPRE con éstos deberes? El autor reconoce que no.



1. Principio de no maleficencia

La regla básica de éste principio es no causar daño o mal a otro. Dentro de las situaciones que éste principio abarca se encuentran, entre otras, las de suspender o no iniciar tratamientos en ciertos pacientes en los que el posible beneficio es dudoso.

Por *daño* se entiende obstaculizar, dificultar o impedir que se cumplan los intereses de alguien. Otras definiciones incluyen aquellos actos que obstaculizan o alteran la reputación, la propiedad (incluyendo la del propio cuerpo), la intimidad o la libertad de otros.

Del principio de no maleficencia derivan muchas reglas morales específicas. Citaremos algunas:

- 1) No matarás;
- 2) No causarás dolor o harás sufrir a otro;
- 3) No incapacitarás a otro;
- 4) No ofenderás;
- 5) No privarás a los demás de los bienes de la vida.

W.D. Ross incluye algunas de las prohibiciones de los Diez Mandamientos tales como no matar, no robar, no cometer adulterio y no dar falso testimonio ni mentir.

En el campo de la atención de la salud surgen obligaciones específicas que hacen que la no maleficencia abarque un espectro más complejo que entre personas no involucradas en la atención. Así hay responsabilidad ante un acto que causó un daño cuando se dan las siguientes condiciones:

- 1) El AS contrajo una obligación con la parte afectada;
- 2) El AS incumplió ese deber;
- 3) La parte afectada sufrió algún daño;
- 4) El daño se debe al incumplimiento de la obligación.

Por lo tanto la omisión de un cuidado debido hacia un paciente por la causa que sea (descuido, ignorancia, etc), constituye una falta al deber de no maleficencia.

Existe, dentro del campo de la bioética, un concepto importante respecto a no iniciar o a suspender un tratamiento. En general, a quienes trabajamos en la atención de la salud nos resulta más difícil la suspensión de un tratamiento que su no iniciación. Sin embargo, desde el punto de vista ético no hay diferencia alguna. Si el tratamiento está indicado, o bien se debe comenzar, o bien se debe continuar con el mismo si ya estaba instaurado. Si es el caso contrario, es decir, no está indicado, es lo mismo suspenderlo que no comenzar. Lo que está en juego es el hecho de la indicación o no del tratamiento. Una vez aceptada la misma, o su ausencia, la consecuencia se sigue automáticamente: si está indicado, sí; si no lo está, no.

Un ejemplo práctico y cotidiano de violación a la no maleficencia ocurre cuando realizamos procedimientos y no tomamos todas las precauciones posibles para evitar el dolor físico o psíquico de las personas que atendemos. Otro ejemplo es cuando las hacemos esperar más de lo razonablemente necesario.

¿Está de acuerdo?



2. Principio de beneficencia

La gente viene a vernos porque se siente mal de una u otra manera. Y espera que la ayudemos a estar bien, a mejorar dentro de

lo posible. Y **por y para eso** somos agentes del sistema de salud. Si cumplimos con éste principio fundamental tenemos garantías éticas de que nuestra conducta es correcta. Hay otros principios básicos (autonomía, justicia, etc), pero ninguno está tan cerca de la raíz misma del pedido de atención a la salud como el de beneficencia.

La moralidad requiere no sólo que no dañemos a los demás, sino también que hagamos algo que les haga bien. A veces no hay diferencias muy claras entre no dañar y beneficiar, pero el principio de beneficencia requiere mayor compromiso que el de no maleficencia, ya que hay que hacer cosas positivas para ayudar a otros, y no únicamente evitar hacer cosas dañinas.

Una cosa es no perjudicar a otro (no maleficencia), y otra es hacer algo para ayudarlo (beneficencia).

La *beneficencia* consiste en hacer un bien (*bene*: bien y *facere*: hacer) a otro. El tipo de carácter o la virtud de quien está dispuesto a hacerlo se llama *benevolencia*. La beneficencia es justificable desde muchos puntos de vista¹, o sea que no pertenece como idea a una sola teoría ética. La beneficencia puede ser obligatoria a veces, pero en otras veces puede no serlo, por ejemplo cuando la acción de beneficencia para otro pone en riesgo al que la hace. En esas condiciones se considera *supererogatoria* y, por lo tanto, no se puede exigir moralmente.

Aclaremos: *supererogatoria* es una acción en la cual beneficiamos a otro sin tener obligación de hacerlo. Vamos más allá de nuestro deber estricto y, por lo tanto, nadie nos puede exigir que lo hagamos, aunque sea *bueno* que lo hagamos.

¹ Ver Grandes Teorías Éticas, Capítulo .

Algunas reglas morales de beneficencia obligatoria serían:

- 1) Proteger y defender los derechos de otros que no pueden defenderse solos;
- 2) Prevenir que suceda algún daño a otros;
- 3) Suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio a otros;
- 4) Ayudar a las personas con discapacidades;
- 5) Rescatar a las personas en peligro.

A éstas obligaciones cabe la aclaración anterior sobre los riesgos para el que las lleva a cabo.

Beneficencia general y específica: La beneficencia general se dirige *hacia todas las personas*, en tanto que la específica se dirige a *grupos determinados* como por ejemplo los niños, los amigos, los pacientes, etc. La beneficencia general es una idea muy exigente ya que requiere una disposición al sacrificio que es poco común en la realidad (ya que plantea que mientras haya en el mundo gente desgraciada debo hacerme cargo de ayudarla). Sin embargo se puede plantear la forma de suavizar ésta obligación: "Una persona tiene la obligación de prevenir o evitar el mal o el daño grave cuando puede hacerlo sin interferir gravemente con el propio modo o estilo de vida y sin causar perjuicios por comisión".²

Peter Singer sostiene que existe la obligación de ayudar económicamente a los que tienen menos, y establece un 10% de los ingresos de cada uno, cifra que, como dice, recuerda al antiguo diezmo que se daba a la iglesia, bajo cuyo cuidado estaban los pobres de la parroquia. P. Singer lo hace en su vida personal.

Para pensar: ¿estaríamos dispuestos a dar el diez por ciento de nuestros ingresos a los que tienen menos que nosotros? El autor reconoce que no lo hace habitualmente.

² Slote M. The Morality of Wealth, en ByC. Op. cit. Pág. 250.

Se pueden aplicar las siguientes normas para definir ~~estas~~ situaciones: tenemos una **obligación de beneficencia** hacia otra persona si se cumple que

- 1) Esa persona está expuesta a un *riesgo grave* (daño para su vida, salud, u otro daño grave):
- 2) Nuestra acción es *necesaria* para evitar éste daño;
- 3) Nuestra acción tiene una *alta probabilidad* de prevenir el daño;
- 4) Nuestra acción no tiene *riesgos graves* para nosotros;
- 5) El beneficio que la otra persona pueda obtener *supera cualquier perjuicio, costo o carga* que podamos tener por nuestra acción a favor de la otra persona.

Ejemplo de **obligación de beneficencia**:

- 1) Un chico de un año se cae al agua en una zona poco profunda pero lo suficiente como para que se ahogue;
- 2) Si no lo sacamos va a ahogarse y se va a morir y sólo nosotros estamos cerca y vimos lo que pasó;
- 3) Podemos sacarlo ya que el agua no es honda para un adulto y si lo sacamos evitamos que se ahogue;
- 4) Si lo sacamos nos vamos a mojar las piernas y la ropa pero nada más;
- 5) El beneficio de que el niño salve su vida supera claramente el perjuicio de secar y planchar nuestra ropa.

En cuanto a la beneficencia *específica*, la misma ~~esta~~ determinada por la relación existente entre las personas afectadas. Por ejemplo un padre o una madre tienen obligaciones morales específicas hacia sus hijos que son sustancialmente diferentes de las que puede tener un arquitecto con sus clientes. En el caso del agente de salud que es agente de salud el principio de beneficencia hacia los

pacientes es una obligación claramente expresada en los más antiguos códigos de ética profesional (está en los de los médicos y las enfermeras). Para algunos autores ésta obligación de los agentes de salud se debe a que se educaron gracias a la sociedad, y que hicieron sus prácticas como estudiantes con pacientes antes de tener la habilidad necesaria como para atenderlos. Y esto los obliga a devolverle a la sociedad una conducta que incluye a la beneficencia.

También tenemos que pensar en la responsabilidad que sale del hecho de tener un puesto definido como *agente de salud* en la sociedad. Así como un guardavidas debe, por su función, arriesgar su vida para rescatar a un bañista que se está ahogando, un agente de salud, por **su** función, debe atender las necesidades de los pacientes pese a los riesgos potenciales para su salud. Evidentemente éstas obligaciones estarán limitadas por la prudencia y el sentido común.

PARA PENSAR: ¿Estamos de acuerdo en que por ser agentes de salud nos corresponde tomar riesgos que para otro podrían ser considerados superogatorios? Y si así fuera: ¿hasta donde la sociedad recompensa adecuadamente nuestro riesgo y esfuerzo? *El autor reconoce haber pensado alguna vez: ¿vale la pena ponerme en contacto con un meningococo por lo que me pagan en ésta guardia? ¿Vale la pena estudiar diez o veinte años para cobrar X pesos una consulta, y con atraso? ¿Vale la pena todo este esfuerzo para que los pacientes encima me traten mal?*

PARA PENSAR: ¿todos los agentes de salud tenemos obligaciones de beneficencia?. Si somos técnicos de laboratorio o rayos, o choferes o mucamas: ¿también tenemos obligaciones de beneficencia hacia los pacientes por trabajar en el sistema de salud? ¿Hay algún código de ética que nos abarque a todos? *Muchas veces he escuchado el comentario: "¡Son todos tan buenos en el Hospital X: hasta el chofer te trata bien, te*

sentís tan bien!” Este asunto de que la gente se sienta bien: ¿formará parte del hecho de salud?

Para discutir en el equipo de salud

Laura tiene 22 años, tres hijos y una vida llena de problemas. Está embarazada de cinco meses, vive en casa de una amiga con sus hijos, en una pieza que le presta hasta que ella consiga trabajo y pueda alquilarse algo. Hace cuatro meses que logró separarse de su marido, cansada de que golpes, gritos e insultos hacia ella y sus hijos formaran parte de la rutina familiar.

El día que decide hacerse el primer control de embarazo, se levanta a las 4.30hs. para conseguir turno por la mañana, que es el momento del día en que su amiga puede cuidarle al más chico. Está un poco nerviosa; sabe que es probable que el médico la rete por no haber ido antes. Además, también sabe que puede tener problemas durante el parto. Sus tres partos anteriores fueron por cesárea y el médico le había dicho que no podía quedar embarazada nuevamente, ya que de tantas cesáreas el útero había quedado débil y corría peligro de romperse en otro parto.

Le dieron turno para la diez. Decide quedarse en el hospital hasta entonces. La atienden once menos cuarto, está un poco cansada, con hambre y preocupada por no llegar a tiempo para buscar las dos hijas más grandes por la escuela. Mientras la revisa escucha que el médico le dice algo parecido que en el embarazo anterior sobre el riesgo de un nuevo embarazo. Laura aprovecha y le dice que tiene mucho miedo de que, después del parto, le fallen las pastillas o el espiral como ya le pasó, quedar embarazada y morir. Agrega que en realidad lo que no la deja dormir, es pensar que sus hijos podrían quedar al cuidado de sus padres o de su ex marido. A continuación Laura relata los problemas de violencia con su anterior pareja y, más

lentamente, cómo su padre abusó de ella hasta los 10 u 11 años en que se animó a decírselo a su mamá, quién no le creyó, pero por lo menos sirvió para que su papá dejara de molestarla. (A esta altura del relato el médico la miraba sin escribir nada, lo que llamó la atención de Laura ya que, según su experiencia, los médicos nunca paran de escribir mientras los pacientes hablan). Finaliza pidiendo que el médico que la opere le ate las trompas. El médico le dice que no es necesario, que ella es muy joven, puede querer tener un hijo con otra pareja y si se liga las trompas nunca más va a poder quedar embarazada. Además, le informa que hay otros métodos muy buenos que no son definitivos. Laura le contesta que ya lo sabe, pero que esos métodos a veces fallan y que prefiere no poder tener más hijos a que le pase algo y sus hijos se queden sin madre. La consulta termina con el médico diciendo que el profesional que la opere es el que va a decidir si su vida corre el suficiente riesgo como para ligarle las trompas, pero que se están apresurando, que dejen el tema para más adelante.

¿Cuál es la situación de no maleficencia-beneficencia? ¿Cómo la resolvería?

¿Hay algún conflicto con la autonomía de Laura? ¿Cuál es?

¿Qué otros factores del caso le llaman la atención?

¿Si Laura se estuviera atendiendo "en privado", tendría las mismas dificultades para ligarse las trompas?

¿Qué opina de la experiencia de Laura de que "los médicos nunca paran de escribir mientras los pacientes hablan"?

Laura "está un poco nerviosa" pues "sabe que es probable que el médico la rete por no haber ido antes", ¿que le parece?

Una propuesta para discutir en el equipo de salud

Propuesta de marco ético común para todos los agentes sanitarios

DECLARACION DE PRINCIPIOS ETICOS COMUNES A QUIENES CONFIGURAN Y PRESTAN LA ASISTENCIA SANITARIA

Grupo Tavistock *

Preámbulo.

En los últimos 150 años, la sanidad ha pasado de ser un servicio social que prestaban sobre todo médicos particulares, la mayor parte de las veces a domicilio, para convertirse en un complejo sistema de prestaciones facilitadas por equipos profesionales, normalmente en instituciones cerradas y empleando tecnologías sofisticadas. Esta evolución ha generado una serie de problemas, entre los que destacan:

- * El aumento de la capacidad y de la demand incentiva un incremento del consumo de recursos por parte de proveedores y pacientes.
- * También han aumentado las presiones financieras sobre la sanidad, situando el coste de muchos tratamientos fuera del alcance de la mayoría. Por este motivo, la financiación de estos servicios se realiza principalmente a través de los seguros privados o públicos, o de la asistencia pública.
- * El hecho de que los recursos sean limitados exige adoptar decisiones sobre quién accederá a la asistencia y cuál será el alcance de la cobertura.
- * La complejidad y el coste de la asistencia pueden crear tensiones entre lo que es bueno para la sociedad en su conjunto y lo que es mejor para un paciente concreto.
- * Las carencias de los sistemas sanitarios se traducen en ocasiones en malos resultados o malas experiencias para las personas a las que sirven y para la población en general. De esta forma, quienes trabajan en el ámbito sanitario pueden encontrarse en situaciones en las que parece que el mejor curso de acción es manipular ese sistema imperfecto en beneficio de un paciente o segmento de población concretos, más que trabajar por mejorar el sistema en su conjunto. Tales manipulaciones producen nuevos defectos, que alimentan una espiral creciente.

A partir del reconocimiento de las tensiones éticas que estos cambios en la asistencia sanitaria crean o exacerban, hemos formulado un borrador de un conjunto de principios que pretenden servir como guía de la decisión ética en la sanidad. El objeto de esta declaración de principios éticos es reforzar la conciencia de la necesidad de unos principios que orienten a todo profesional implicado en la prestación sanitaria. Estos principios se centra en la sanidad al servicio de las personas y el bien de la sociedad en su conjunto y pueden servir de fundamento para una mayor cooperación entre todos los que la hacen posible.

¿Quién puede usar estos principios?

- * Quienes trabajan en centros sanitarios, para orientar las decisiones sobre situaciones específicas o en la interacción con los pacientes.
- * Las organizaciones sanitarias, para cumplir su misión de una manera coherente con su

responsabilidad ética, incluida la responsabilidad hacia el bien de la sociedad como conjunto.

* Las aseguradoras, empresarios y gobiernos, para asegurar que sus políticas apoyan -y se coordinan con- una prestación de asistencia efectiva y eficiente.

* Los usuarios, para entender cómo debe funcionar un sistema sanitario cuando en su seno surgen problemas y conflictos.

La cooperación en todos los niveles del sistema sanitario puede lograr resultados mejores para las pacientes y la sociedad. Tal cooperación exige un acuerdo entre las diferentes disciplinas, profesiones y organizaciones sobre los principios éticos fundamentales que deben guiar cualquier decisión en un sistema de asistencia sanitaria verdaderamente integrado.

Principios éticos

Los cinco principios fundamentales que deben regir los sistemas sanitarios son:

1. La asistencia sanitaria es un derecho humano.
2. La salud de la persona está en el centro de la asistencia sanitaria, pero debe ser contemplada y practicada dentro de un contexto global de trabajo continuo para generar los mayores beneficios sanitarios posibles para los grupos y los pueblos.
3. Entre las responsabilidades del sistema sanitario figura la prevención de la enfermedad y el alivio de la incapacidad.
4. Es un imperativo de quienes trabajan en el sistema de asistencia sanitaria la cooperación entre sí y con aquéllos a quienes sirven.
5. Todas las personas y grupos implicados en la asistencia sanitaria, ya proporcionen acceso o servicios, tienen la obligación permanente de contribuir a la mejora de su calidad.

1. La asistencia sanitaria es uno de los derechos humanos

-El fin de la asistencia sanitaria es mantener y mejorar la salud, aliviar la incapacidad, y facilitar el acceso a los servicios sanitarios apropiados a todas las personas, con independencia de su capacidad de costearla.

-Cuidar de los enfermos es una obligación social que va más allá del beneficio económico. Aunque no es ilícito el ostentar la propiedad de institución u otras organizaciones que prestan asistencia sanitaria, la asistencia en sí misma no puede ser objeto de propiedad y debe verse como un servicio que se presta y remunera al amparo de éstas en el sistema sanitario, más que como una mera venta a individuos y comunidades.

-La asistencia sanitaria la financian total o parcialmente los gobiernos, y la sociedad paga en buena parte el proceso por el que se adquiere la formación, el conocimiento y las técnicas médicas. Estas son razones importantes por las que la aplicación de los tratamientos médicos no puede pertenecer en exclusiva a ningún proveedor individual o colectivo.

-El dominio del conocimiento especializado de la medicina y la asistencia requiere su depuración y profundización a través la investigación, y su distribución mediante la docencia y colaboración con los colegas, con independencia de su afiliación organizacional.

-La administración del capital y los recursos materiales exige eficiencia en su uso, inversiones apropiadas para su renovación y su conservación en un estado seguro y funcionalmente

óptimo.

-Los datos clínicos individuales de los pacientes les pertenecen sólo a ellos y exigen el máximo grado de confidencialidad.

2. La salud de la persona está en el centro de la asistencia sanitaria, pero debe considerarse y practicarse dentro de un contexto global de trabajo continuo para generar los mayores beneficios sanitarios posibles para los grupos y la población.

-La experiencia personal de la enfermedad es, por lo general, la principal preocupación de cada paciente y, por tanto, el centro de los sistemas sanitarios deben ser los pacientes y sus familias o grupos de apoyo.

* Quienes prestan asistencia sanitaria a un paciente no son, en cuanto tales, responsables directos de la asistencia a la población general. Aunque el deber primario de cada trabajador sanitario es la salud de los pacientes a su cargo, deben ser conscientes que las interrelaciones inherentes al sistema hacen imposible separar las acciones adoptadas en relación con cada paciente del funcionamiento global del sistema y su impacto en la salud de la sociedad.

* Los médicos y otros clínicos deben defender a sus pacientes o las poblaciones a quienes sirven, pero deben abstenerse de manipular el sistema con el objeto de obtener beneficios para éstos en grave detrimento de otros.

3. Entre las responsabilidades del sistema sanitario figura la prevención de la enfermedad y el alivio de la incapacidad.

* Las ciencias biológicas, clínicas y sociales tienen el poder de prevenir la enfermedad y de curarla o aliviar el sufrimiento. El fin de la investigación debe ser, por tanto, prevenir la enfermedad y reducir la incapacidad de modo tal que la asistencia pueda, progresivamente, centrarse cada vez menos en curar o cuidar la enfermedad y centrarse cada vez más en mantener sanas a las personas.

4. Es un imperativo de quienes trabajan en el sistema de asistencia sanitaria la cooperación entre sí y con aquéllos a quienes sirven.

Sólo con cooperación pueden los sistemas sanitarios producir resultados óptimos y valor para los individuos y la sociedad.

*Entre las tareas esenciales del sistema de asistencia sanitaria que requieren cooperación figuran:

- Contribuir a construir comunidades más sanas y seguras.
- Crear un ambiente de trabajo sanitario seguro, limpio y disciplinado
- Asegurar que la gestión clínica emplea la mejor evidencia vertida por la investigación y minimiza las variaciones innecesarias e inapropiadas de la práctica médica.
- Integrar los diversos componentes de la enfermedad o las necesidades del paciente.
- Minimizar los errores.
- Mantener su orientación hacia la prevención.

*Todo grupo profesional implicado en la prestación de asistencia debe reconocer y asumir

principios y preceptos éticos y promover una cultura ética entre sus miembros. Todos los profesionales implicados en la prestación de asistencia deben colaborar entre sí en beneficio de sus pacientes y de la salud pública, respetando los principios éticos del profesionalismo y la asistencia.

*No se debe confundir mantener unos principios éticos con la rigidez o el sentido defensivo en el estatus profesional o los actos sanitarios adoptados. Al contrario, conocer y respetar los límites y la integridad de los principios permite al profesional sanitario moverse con comodidad entre diferentes grupos y actuar de modo eficaz, de acuerdo con las exigencias de los diferentes papeles que cada uno juega.

*Todos los implicados en el sistema sanitario deben comprometerse para desarrollar y aplicar los medios precisos para trabajar de modo creativo ante tensiones interpersonales y entre grupos.

*Junto con sus enfermedades, sus necesidades y sus cuerpos, los pacientes y sus familias introducen en el sistema sanitario su experiencia personal, capacidades, motivaciones y expectativas.

5. Todas las personas y grupos implicados en la asistencia sanitaria, ya provean el acceso o servicios relacionados con ella, tienen la obligación permanente de ayudar a mejorar su calidad.

*Las organizaciones sanitarias tienen la obligación de instaurar procesos que detecten las nuevas técnicas o descubrimientos que puedan mejorar el cuidado de los pacientes, y la obligación de minimizar el tiempo requerido para incorporar estos avances a sus sistemas.

*Los clínicos tienen la obligación de apoyar y participar en las mejoras que reducen costes y sugerir cómo el dinero y otros recursos así ahorrados se pueden reinvertir para lograr una mejor asistencia.

*Los clínicos no deben obstaculizar las mejoras en la asistencia del paciente porque las consecuencias financieras de estos avances puedan afectarles negativamente.

*Los clínicos tienen la obligación de modificar las prácticas que puedan servir a sus intereses pero que sean costosas para el sistema en su conjunto.

*Todo el que trabaja en el sistema sanitario tiene la obligación de compartir ideas sobre las "mejores prácticas" y la de aprender continuamente de los demás.

Estos principios:

- **¿Son aplicables y válidos para nuestra realidad?**
- **¿Habrá que poner otros? ¿Cuáles? Hagan su propuesta.**



La autonomía

Tengo hambre y sueño. Tengo muchas ganas de comer un buen guiso e irme a dormir. Pero no puedo. No puedo porque primero le tengo que dar de comer a mis dos chicos y hay poco. Así que primero les voy a dar a ellos, los acuesto y después como yo, si sobra algo y me da el cuero. Si no me voy a dormir nomás.

Tengo hambre y sueño. Me duelen los pies. Quisiera comer algo e irme a dormir. Pero tengo dos pacientes que están mal y los tengo que controlar de nuevo. Si están bien me como la pizza fría y me tiro un rato, aunque sea en el office.

Tengo un hambre bárbara y los muchachos están haciendo un chivito. Pero el doctor me dijo que no podía comer cosas pesadas ni tomar vino por la úlcera. Son de primera para decirte lo que tenes que hacer, pero después el que lo tiene que hacer sos vos.



Los seres humanos podemos actuar de muchas maneras. Frente a una situación dada podemos hacer lo que tenemos ganas, o lo que el cuerpo nos manda. Pero también, y eso es *porque somos seres humanos*, podemos *decidir hacer otra cosa*. Podemos hacer lo que debemos, y lo más interesante es que *nosotros podemos decidir que es lo que debemos hacer*. Darnos nuestra propia ley, elegir nuestro deber y actuar en consecuencia. No somos esclavos de nuestras pasiones, de nuestros deseos. Podemos dejar para después

una satisfacción hasta que sea apropiado que la logremos. De ésta manera, si tenemos hambre podemos comer o no comer, y podemos no hacerlo para cumplir con algún deber que consideramos más importante (dar de comer a nuestros hijos, atender a nuestros pacientes, cuidar nuestra salud).

Pero nuestra capacidad de decisión no es sólo decir ahora voy a hacer esto o esto otro. Podemos elegir nosotros de acuerdo a que pauta vamos a comportarnos, más allá de que sea una pauta externa (leyes, convenciones, etc). En una situación extrema de necesidad, más allá de la ley que dice que no se debe robar, podemos robar pan para nuestros hijos, y decidirlo racionalmente. En ese momento hemos razonado que la vida de nuestros hijos es más importante que la propiedad del panadero y que lo que dice la ley al respecto y hemos dictado nuestra propia ley: "cuando la vida de los hijos está en riesgo se puede romper el derecho de propiedad de otros para salvarlos". Podremos tener razón o no. Pero lo fundamental es que hemos decidido como seres humanos que razonan a que ley se ajustará nuestra conducta en ese momento. También podemos decidir ayudar a otro aunque no estemos legalmente obligados a hacerlo. Por ejemplo, si le prestamos dinero a un amigo que lo necesita (aunque tengamos poco), habremos razonado: "cuando alguien necesita algo y podemos ayudarlo, aunque signifique un sacrificio, debemos hacerlo".

Es decir: *los seres humanos decidimos como actuamos. Y tenemos derecho a hacerlo pues forma parte de nuestros atributos esenciales como seres humanos.*

Así como decidimos que hacemos respecto a otras personas, tenemos el derecho de decidir que hacemos con respecto a nosotros mismos. Que tipo de vida queremos vivir, y que estamos dispuestos a soportar o no para seguir viviendo. Y es en ese sentido que la autonomía se plantea como un hecho fundamental en la atención de la salud.

El AS nos dirá "Ud. debe hacer esto o lo otro", y *nosotros decidiremos si queremos o no hacerlo*. Es nuestro derecho, y es deber del personal de salud respetar nuestra decisión.

Pero hay ciertos requisitos para que esto funcione adecuadamente: 1) Información; 2) Intencionalidad; y 3) Ausencia de coacción.

1º) Tenemos que conocer bien las circunstancias y los hechos. Debemos estar **bien informados**. Esto quiere decir que cuando un agente de salud nos propone un tratamiento nos tiene que explicar muy bien cuales son sus ventajas y desventajas, y que significa para nuestra vida el cumplimiento o no del tratamiento propuesto. Ésta información debe ser **comprendida** por nosotros, y por lo tanto nos la deben dar en un lenguaje que podamos comprender, adecuado a nuestra situación y educación.

Por ejemplo: si alguien nos dice "Tenemos que hacerle una colecistectomía laparoscópica con neumoperitoneo y esto le puede producir omalgia" probablemente, a menos que seamos médicos, esto nos resultará incomprensible. En cambio si nos dicen "Le tenemos que sacar la vesícula a través de un tubo finito que se mete por un agujerito adentro de la panza", "para poder trabajar adentro de la panza hay que meter aire porque si no esta todo amontonado y no se ve nada", y "el aire adentro de la panza a veces da unos dolores como los de los gases (o pedos), que pueden aparecerle en el hombro", posiblemente entendamos mejor. Pese a todo, aún podemos tener dudas y necesitar que nos expliquen algo mejor, o con más detalle (por ejemplo ¿adonde se va el aire después?).

Decíamos que la información debe ser comprendida. Esto significa que no podemos dar la información sin tener en cuenta el nivel de capacidad de comprensión de la persona. No le vamos a informar de la misma forma a un chico de diez años que un adulto de cuarenta. Tendrán diferentes capacidades de comprensión, diferentes situaciones vitales, diferentes estabilidades afectivas, etc.

O sea: la información debe **individualizarse**. Entre otras cosas, porque puede haber distintos intereses. Para un docente el hecho de que una enfermedad le pueda producir una leve rigidez de sus dedos puede ser molesto, pero nada más. Para un pianista, o un guitarrista, la misma información es una catástrofe. Otro ejemplo: para cualquier persona la pérdida de la visión de un ojo es grave, pero puede compensarse. Para alguien que es conductor profesional (que maneja micros, camiones, etc) significa, además, perder su fuente de trabajo, pues no se puede renovar la licencia de conductor profesional sin visión de un ojo.

Todo esto quiere decir que **en el campo de la salud no hay una información estándar, fija, que le podamos dar a cualquiera sobre un tema determinado y se terminó el problema**. Tenemos que **conocer el contexto de cada persona para poder adecuar la información a sus necesidades e intereses, y dársela de una manera que sea comprendida por ella**.

Una forma de comprobar si la información fue comprendida es la **repregunta**. Al final de la entrevista podemos preguntarle al paciente: "Bueno, fulana o zutano, cuénteme que le dije, a ver si quedó todo claro".

Otra cosa a tener en cuenta son los **tiempos**. Cuando damos información importante, y el/la paciente debe decidir algo serio, debemos dar un tiempo de reflexión. Muchas veces es necesario que esa persona vuelva a casa, consulte, charle con su familia, y recién después llegue a una conclusión adecuada. También se aclararan dudas nuevas, que no habían surgido en la entrevista anterior.

Recordar que cuando damos un diagnóstico muchas veces la persona que lo recibe queda psicológicamente paralizada por un tiempo. Cuando le decimos a alguien: "su bebé está grave", o "usted

tiene cáncer", el shock que produce esa información bloquea toda capacidad de recibir otra información adicional y entenderla. Todo lo que digamos después, en esa entrevista, no será comprendido aunque la persona diga que sí. Por eso es necesario, muchas veces, trabajar ciertos diagnósticos a lo largo de varias entrevistas, y, si es posible, con el apoyo afectivo de alguien cercano al afectado.

Otras veces, y esto ocurre especialmente con las enfermedades crónicas, como la diabetes, la información significa un cambio tan radical en el modo de vida de la persona que no puede ser comprendido por nadie de una sola vez. Es imprescindible tomarnos tiempo para ir dando la información de forma paulatina y muchas veces repetitiva, hasta que se entienda adecuadamente.

2º) Tenemos que tomar decisiones con la intención de hacerlo. Cuando alguien elige algo (salir a caminar, casarse, etc) hace un plan determinado adecuado a un objetivo. Esto incluye la posibilidad de que ocurran otras cosas en forma adicional, que no estaban en el plan original. Por ejemplo, quien sale a caminar en un día nublado puede encontrarse con que empieza a llover, y mojarse. Si bien el hecho de mojarse no estaba en sus planes originales, es un efecto posible de la intención de salir a caminar en un día nublado. Por eso resulta importante distinguir hacia donde estaba orientada la intención original de cada persona cuando actúa.

Veamos: una mamá concurre con su hijo al hospital porque al nene le duele mucho la panza. Su intención, al llevarlo, es la de que le calmemos el dolor a su hijo. Ahora bien, si al revisar al niño resulta que tiene apendicitis y hay que operarlo, se debe producir un reajuste de su plan original. Se debe permitir que comprenda la nueva situación, haga el reajuste, y tenga la nueva intención de que su hijo sea operado. Esa es la forma, en éste caso, de respetar su autonomía.

Muchas veces escuchamos "fui al hospital para que me dieran un antibiótico y no me dieron nada, puros baños de vapor y antitérmicos". En un caso así no hubo reajuste. La persona fue con una intención y ésta se frustró, sin posibilidad de reflexión. (Ojo, a veces explicamos, damos tiempo, y el reajuste no se produce pues, por alguna razón la persona no puede hacerlo en ese momento. Lo importante es que demos el tiempo y entendamos la situación).

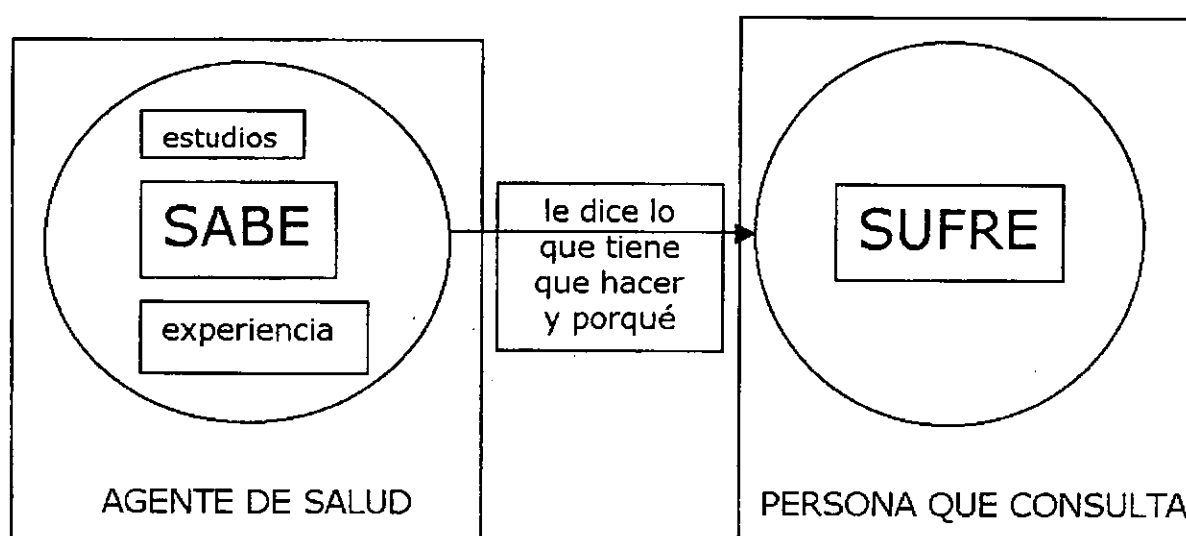
3º) Ausencia de coacción. Cuando decidimos algo debemos poder decidirlo libremente. Esto significa que podamos decidirlo por nosotros mismos, sin que venga alguien a decirnos: "usted tiene que hacer tal cosa porque yo se lo digo". Si alguien intenta hacer eso nos está coaccionando (obligando a hacer algo por **su** voluntad y no por la nuestra). Quiere decir que podemos *deliberar* internamente (charlar con nosotros mismos: "esto me conviene, lo hago ahora, lo dejo para después, si pasa tal cosa haré tal otra, si el lunes me pagan el martes me opero, si mi mamá me puede cuidar el nene tres días entonces me interno, no quiero usar pastillas anticonceptivas pues mi religión no lo permite, etc"), en base a un *plan de vida*, que todos tenemos (aspiramos a casarnos, tener hijos, trabajar en algo que nos gusta, viajar a algún lado, estudiar, etc). Un plan de vida se forma de acuerdo a *valores*. Todos tenemos valores. Puede ser mas valioso para alguien vivir menos tiempo pero mejor, que vivir mucho más tiempo pero en condiciones que no le resultan soportables. Una vez que deliberamos y vemos en que medida algo que se nos plantea se ajusta o no a nuestro plan de vida, podremos decidir libremente si lo hacemos. Si alguien se entromete en éste proceso por la fuerza, física o psicológica, estamos siendo coaccionados.

En el campo de la salud el tema de la libertad y de la coacción es un tema complejo y delicado. Recordemos que en el capítulo sobre no maleficencia y beneficencia dijimos que "la moralidad requiere no sólo que nos abstengamos de dañar a los demás, sino también que contribuyamos a su bienestar". Y acá está el problema.

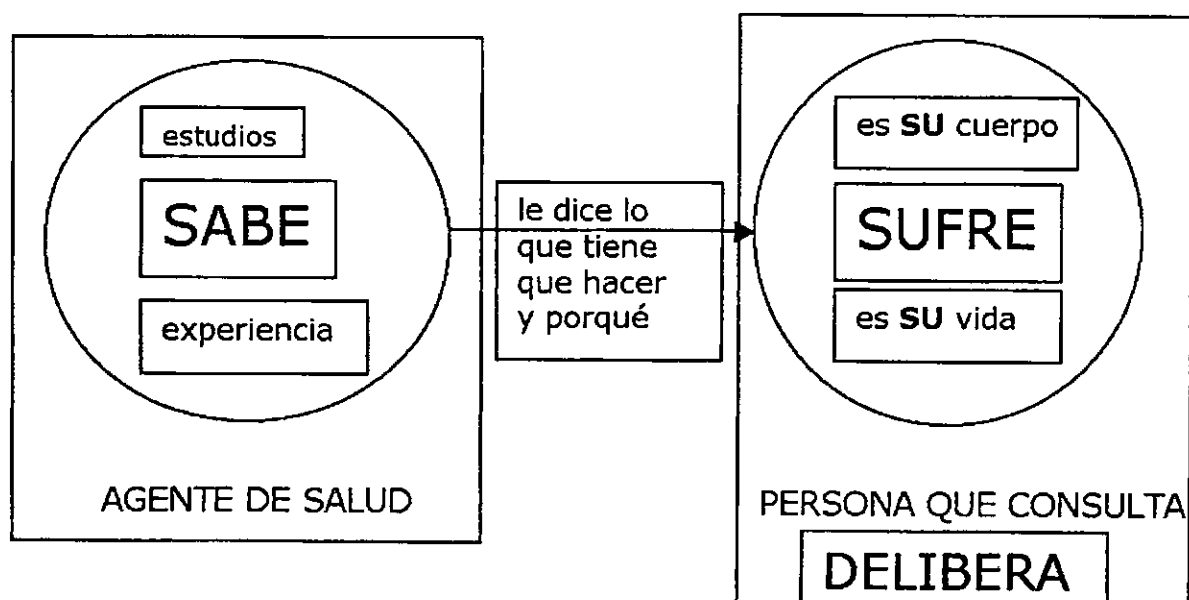
El problema es: ¿quien decide lo que es bueno para una persona determinada?

Se puede plantear, con cierta lógica, que en el campo de la salud es el agente de salud quien sabe qué es lo que es bueno para alguien que recurre a él. Y esto es parcialmente así. Quienes trabajamos en el campo de la salud hemos estudiado para saber como se evitan, curan o controlan las enfermedades.

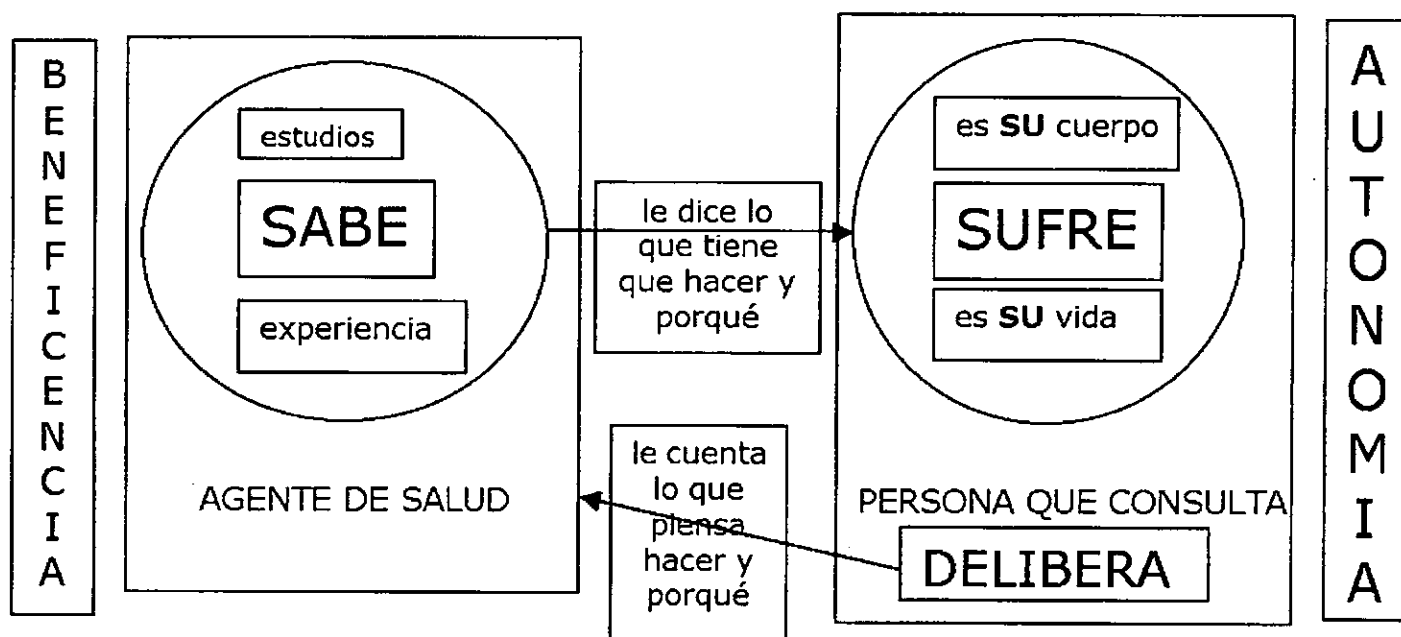
El esquema sería así:



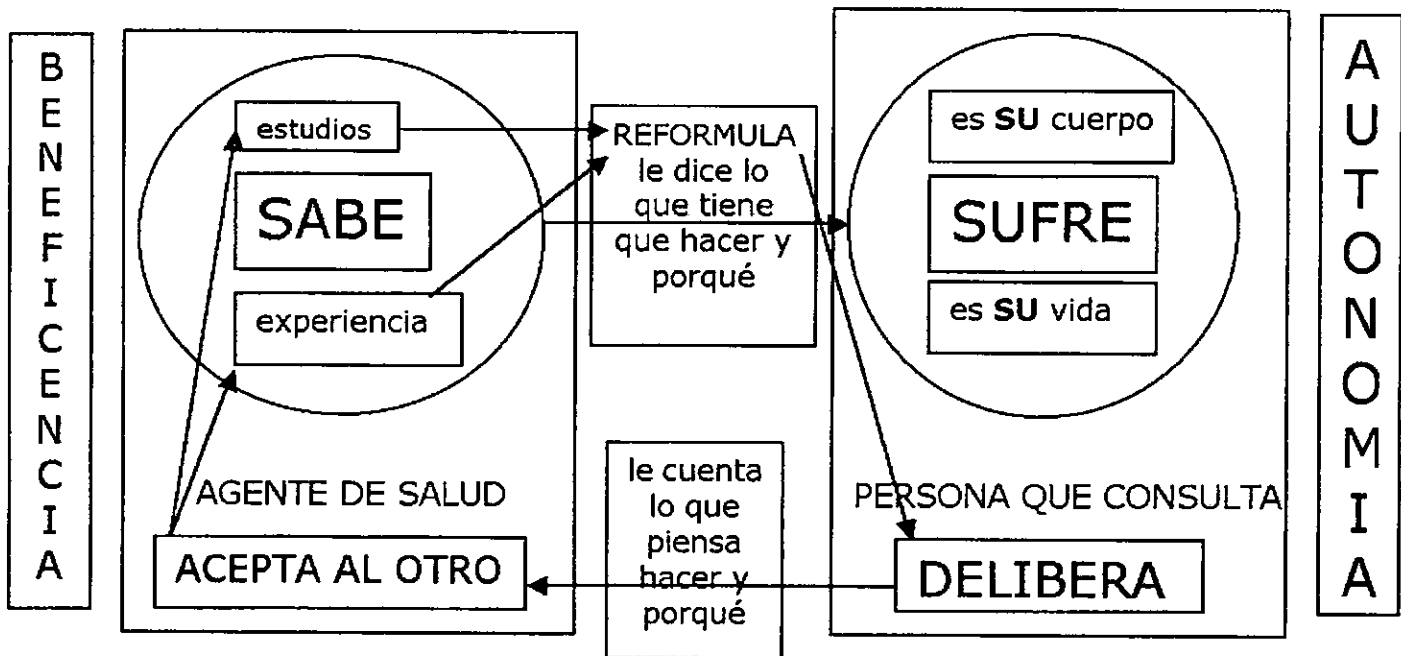
Pero resulta que éste esquema, por las razones que planteamos antes, es insuficiente. En realidad es así:



Y sigue así:



Y se completa así:



DECISIÓN COMPARTIDA

Si observamos atentamente los esquemas, veremos que se incorporan los elementos de los cuales habíamos hablado antes: la deliberación y la decisión corren por cuenta de la persona que consulta, con una adecuada formulación y reformulación de parte del agente de salud. El paciente está situado en su **autonomía** y el agente de salud actúa desde la **beneficencia**¹.

Ahora bien: supongamos que entre el agente de salud y el paciente no hay acuerdo. El agente de salud piensa que para Fulano sería lo mejor operarse, y Fulano cree que va a andar mejor sin hacerlo, o que la mejoría que se le propone no compensa la situación de operarse. O más aún: si Fulano no se hace un tratamiento determinado morirá, y el no quiere hacérselo. ¿Qué ocurre en ésta situación? ¿Tenemos derecho a hacerle el tratamiento igual a Fulano, aunque el no quiera? ¡Pero si no se lo hacemos se muere!

Aquí es donde entra a jugar la **prudencia**². La prudencia es la virtud que nos permite elegir los medios adecuados para fines a largo plazo. De acuerdo a las teorías bioéticas actuales en una situación en la que hay un conflicto entre la autonomía del paciente y la beneficencia del agente de salud, **siempre se debe respetar la primera**. La autonomía de una persona es su bien más importante y a ella se deben referir todas las decisiones. No tenemos derecho a coaccionar al paciente (ejercer violencia física o psicológica para que cambie su decisión).

Sin embargo, *tenemos todo el derecho y la obligación de argumentar con él en forma exhaustiva para intentar convencerlo*, especialmente si su vida está en riesgo. O la vida de un tercero, como sería en el caso de un hijo.

Cuando tomamos una decisión por el paciente, en su lugar, sin respetar su autonomía, se habla de **paternalismo**. Los padres muchas veces tomamos decisiones por nuestros hijos, para proteger sus intereses, más allá de su voluntad. Y no es legítimo que a una

persona mayor, competente (en el caso de una persona alterada en sus facultades mentales la situación cambia), le imponemos una forma de tratamiento que no quiere.

En situaciones de riesgo vital, una vez que hemos intentado persuadir con todos nuestros argumentos a una persona para que acepte un tratamiento que le salvará la vida, si se niega debemos respetar su decisión, aunque la misma signifique su muerte.

El derecho argentino respeta las decisiones de los pacientes competentes para elegir sus tratamientos o rechazarlos, aunque esté en riesgo su vida. Hay numerosas sentencias judiciales en ese sentido.

Un ejemplo típico de éstas situaciones es el de los Testigos de Jehová, cuya religión les prohíbe aceptar transfusiones.

En síntesis: el principio de autonomía nos dice que cada persona, por el hecho de serlo, está en condiciones de decidir sobre su vida. Como agentes de salud podemos proponerle medios diagnósticos o tratamientos, pero es la persona quien debe aceptarlos o no, y decidir en consecuencia.

¹ Ver No maleficencia y beneficencia.

² Ver Grandes Teorías Éticas.



La justicia

Tenemos muy poca plata y volvemos a casa del trabajo. Uno de nuestros hijos nos pidió (hace mucho) unas figuritas, y hoy nos repitió el pedido. El otro nos encargó papel glacé para hacer una ilustración para la escuela. Como no nos alcanza para las dos cosas deberemos optar por una de ellas. ¿Cuál compraremos?

Estamos trabajando en un centro de trasplante de órganos y nos avisan que hubo un accidente y va a haber un corazón disponible para trasplantar en las próximas horas. Revisamos nuestra lista de espera y encontramos dos posibles receptores. El que está primero por orden de llegada es un señor de 58 años, jubilado, con tres hijos y dos nietos que tiene una insuficiencia cardíaca terminal. El segundo es un muchacho de 24 años con una miocardiopatía, también terminal. ¿A quien le deberíamos trasplantar el corazón?

Estamos administrando el servicio de salud y tenemos una partida limitada de dinero. Nos llegan dos pedidos: uno para comprar vacunas y otro para realizar trasplantes de médula ósea en niños con leucemia. Si bien tenemos las dosis de vacuna, puede que no nos alcancen bien hasta que llegue el próximo envío. Sólo nos alcanza para una compra o pago. ¿Por qué gasto nos decidimos?

El problema de la justicia es, sin duda, una de las cuestiones centrales para Latinoamérica y nuestro país, como también para el resto de los países llamados "en vías de desarrollo"¹. Vastas zonas de Asia, África y América Latina sufren aun las devastadoras consecuencias del colonialismo, a menudo puestas en marcha por quienes, en cada

¹ Amable denominación que nos han puesto los países ricos, con el fin no tener que referirse a nosotros como países subdesarrollados, denominación anterior, pero más franca.

país, representan la ideología de los colonizadores. Nuestro país, que no es pobre en recursos naturales y humanos, se encuentra sin embargo en un proceso de polarización social que está generando un sector pequeño cada vez mas privilegiado y otro, el mayoritario, que tiene graves dificultades para sobrevivir, educarse y acceder a la salud. Si bien no es intención de éste texto profundizar el análisis de las circunstancias históricas y políticas que nos han conducido a ésta situación, no puede dejarse de destacarse que una de las condiciones básicas para que mejore el estado de salud de nuestra población es la corrección de la situación de injusticia social vigente y el acceso de la población a un nivel de vida digno.

Nuestro punto de partida fundamental es el de que la salud es uno de los principales derechos humanos. Como tal se halla consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que en su Art. 25, inciso 1 expresa:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, *la salud y el bienestar*, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la *asistencia médica* y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los *seguros* en caso de desempleo, *enfermedad*, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Aunque nos parezca evidente su vigencia, hay gente que discute la existencia de la salud como derecho, y la equipara a una mercancía más, que debe estar regida por las leyes del libre mercado. De esa forma, el estado no tiene obligación de garantizarla, y su única fuente

de financiamiento estaría dada por lo que cada uno quiera ~~gastar~~ en su salud. En el caso de los pobres, dependerían de la actitud generosa de aquellos que los compadezcan y decidan darles algo por tener un carácter filantrópico (Nozick², von Engelhardt³). Para éste punto de vista, el Estado tiene como única función garantizar la propiedad privada y la seguridad, y el cobro de impuestos para garantizar los servicios esenciales a la población constituye un despojo arbitrario a los bienes de los ciudadanos.

Desde otro punto de vista John Rawls⁴, uno de los principales filósofos políticos de nuestro tiempo, plantea que, ***en una sociedad justa el reparto de los bienes debe ser igualitario. Sólo se puede, y se debe, alterar éste principio para favorecer a los más desposeídos***. El exponente más elocuente de las teorías de Rawls, en el campo de la salud, es el filósofo Norman Daniels. En nuestro país la Dra. Graciela Vidiella es quien ha fundamentado en forma más consistente el Derecho a la Salud desde el punto de vista filosófico⁵.

En síntesis, Rawls nos plantea dos principios básicos:

1) **Principio de igualdad:** *los bienes deben estar repartidos entre todos por igual.*

Sólo se ve modificado por el

2) **Principio de diferencia:** *se debe alterar el reparto igual entre todos, pero sólo para favorecer a los que menos tienen.*

La aplicación de éstos dos principios configura lo que llamaremos

EQUIDAD

² Nozick R. Anarquía, Estado y Utopía. Bs. As., Fondo de Cultura Económica, 1991.

³ von Engelhardt T. The Foundations of Bioethics, N. York, Oxford University Press, 1986.

⁴ Rawls J. A Theory of Justice. Harvard University Press, 1999.

⁵ Ver Vidiella G. El Derecho a la Salud. Buenos Aires, Eudeba, 2000.

Principios materiales de justicia

Los principios que especifican las características importantes para un tratamiento igual son *materiales* porque identifican las propiedades concretas que vamos a tener en cuenta para la distribución. Por ejemplo: el principio de necesidad, que indica que la distribución basada en la necesidad es justa. Pero ¿qué necesidades? Supuestamente las necesidades básicas y fundamentales. Por lo tanto toda política que desee distribuir en base a las necesidades fundamentales deberá precisar justamente *cuales son esas necesidades fundamentales*.

Las necesidades fundamentales

Como resulta de esperar, un tema que ha producido grandes discusiones es justamente el de las necesidades fundamentales. Dada la gran cantidad de opiniones al respecto, sólo mencionaremos aquí la de Norman Daniels, que es la que compartimos.

Daniels considera que los seres humanos tenemos ciertas *necesidades* cuya falta de cobertura *pone en riesgo nuestra posibilidad de funcionar como seres humanos*. Estas *necesidades vitales* las tenemos *todos, toda la vida* (o en períodos de la vida por los que todos pasamos, como infancia, adolescencia, vejez, embarazo, etc). Es decir, ***no dependen de los gustos o preferencias que podamos tener, sino que son generales, para todos***. Cuando nos enfermamos tenemos dificultades para funcionar como seres humanos plenos y se reducen las oportunidades que tenemos, a partir de las cuales podríamos llevar adelante nuestra vida como deseamos. Como las personas que integramos una sociedad tenemos mucho interés en poder llevar adelante la vida como aspiramos, la organización social

deberá contemplar alguna forma, algún sistema para mantener esa posibilidad. **Ese sistema es el sistema de salud.** Por lo tanto, en la visión de Daniels, el sistema de salud deberá ocuparse de que podamos seguir funcionando como seres humanos plenos. Si tenemos algún problema (enfermedad) arreglarlo, y si no se puede arreglar, compensarlo de alguna forma (sillas de ruedas para paralíticos, insulina para los diabéticos) Esta idea resulta útil a la hora de definir la responsabilidad del Estado para dar servicios de salud.

Vidiella propone una lista de capacidades para proteger, que hemos modificado ligeramente:

- 1) Ser capaces de vivir hasta el fin de la vida lo mejor posible (no morir de joven o quedar disminuido);
- 2) Ser capaces de estar libre de enfermedades que se pueden evitar (por ejemplo con vacunas);
- 3) Ser capaces de tener lo que necesitamos para alimentarnos bien;
- 4) Ser capaces de tener una vivienda digna;
- 5) Ser capaces de usar los cinco sentidos (o de compensar su ausencia);
- 6) Ser capaces de imaginar, pensar y razonar, tener emociones y expresarlas;
- 7) Ser capaces de actuar en relación con otros y de establecer vínculos afectivos;
- 8) Ser capaces de tener una idea del bien, y hacer las cosas de acuerdo con ella;
- 9) Ser capaces de reconocer normas que compartimos entre las personas;
- 10) Ser capaces de arreglarnos nosotros mismos en la edad adulta;
- 11) Ser capaces de educarnos en nuestro propio ambiente, con nuestra gente;
- 12) Ser capaces de saber lo que pasa en el mundo.

Tanto Vidiella como Daniels coinciden en que el sistema de salud debería estar integrado por cuatro niveles, armados según la medida en la que una persona se vaya alejando de sus capacidades plenas:

1) Medicina preventiva; saneamiento ambiental; educación sanitaria y nutricional. Este nivel está destinado a mantener a cada persona en el pleno funcionamiento de sus capacidades.

2) Servicios curativos y de rehabilitación. Con el objeto de devolvernos las capacidades que tenemos cuando estamos sanos y que persemos al enfermarnos.

3) Servicios tendientes a compensar la pérdida de la capacidad en discapacidades físicas y psíquicas no demasiado severas, y en los pacientes crónicos no graves (sillas de ruedas para los parálíticos, insulina a los diabéticos, etc).

4) Cuidados especiales hacia todos aquellos cuyas capacidades no pueden curarse ni compensarse como ese el caso de los discapacitados mentales graves, los pacientes con patologías crónicas muy severas, y los enfermos terminales.

Pero lo mas importante de estas formas de pensar en la salud es que consideran que

La salud es un derecho de todos y en una sociedad democrática todos tienen que tener asegurada su posibilidad de estar sanos, y de ser atendidos por el sistema de salud y ser curados si se enferman. Las enfermedades que no pueden curarse tienen que recibir un apoyo especial (tratamiento y rehabilitación).

Como podemos ver, las funciones de un sistema de salud van mas allá de lo que estamos acostumbrados a plantearnos. Esto pasa porque la salud no depende solamente de la atención médica y sanitaria. La salud depende, en su mayor parte, del bienestar social y económico de

la gente. Poder ganarse la vida decentemente, tener una familia y amigos, poder descansar cuando lo necesitamos, vivir en lugares no contaminados, son todas cosas que hacen que la salud se mantenga. Podemos ver que hay cosas que nos están pasando a los argentinos como son la exclusión social (ser dejados de lado por la sociedad y el Estado) y el desempleo (no tener trabajo) son serias causas de enfermedad. La tristeza enferma, no tener trabajo enferma, no ser querido enferma, la falta de esperanzas enferma. El sistema de salud formado por los hospitales, las salitas, los agentes sanitarios, puede compensar solamente una pequeña parte de todo esto. **Lo demás sólo podrá mejorar cuando consigamos tener una sociedad justa en nuestro país.**

Para discutir en el equipo de salud

Olga vive en uno de los típicos barrios de plan de la ciudad de Neuquén. Se despierta a las diez de la mañana, sintiéndose relajada y tranquila. Hace diez días que para ella y Julián, su marido, finalizó el trabajo de cosecha en las chacras de los alrededores de Cipolletti llegando, al fin, el merecido descanso. Sin embargo no puede sacarse de encima esa sensación de pesadez y desgano. En un principio lo atribuyó al trabajo pero ahora no sabe qué pensar. Además, Julián también la nota algo rara, sobre todo en el color de la piel, medio grisáceo. Le insiste a su mujer que vaya al hospital y consulte con un médico.

Tres días más tarde Olga se decide. Se levanta a las cinco de la mañana para estar temprano en el hospital. Julián se levanta también para cebarle unos mates mientras ella se arregla; quisiera acompañarla pero debe quedarse cuidando a sus cuatro hijos. A las siete y media, ya en el hospital, la empleada de ventanilla le informa a Olga que no quedan más turnos, sugiriéndole que se quede hasta las nueve, que si alguien

falta la puede acomodar. A las diez le dicen que la va a atender el doctor Miguel Rojas.

Sigue el turno de Olga. Luego de hablar con ella y revisarla, a Miguel le parece que las menstruaciones muy largas y abundantes eran a causa del espiral que se hizo colocar después del último parto, y ello podría haberle provocado anemia. Le dice que lo vuelva a ver después de hacerse los análisis y la ecografía que le pidió.

Olga regresa tres meses después con todos los estudios. Miguel le explica que tiene una anemia severa debido a sus menstruaciones tan largas, que no tendría que haber demorado tanto en volver. Entonces Olga se anima a contarle que no fue culpa de ella sino que en el hospital solo le hacían los estudios si los traía valorizados por su obra social, pero para ello tenía que viajar hasta Cipolletti y no podía gastar tanto en pasaje (el dinero que le quedaba le tenía que durar hasta la próxima temporada de cosecha). Continuó explicando que a pesar de haber terminado el trabajo, la obra social tenía vigencia un tiempo más. Esperó que pasara ese tiempo para poder hacerse los estudios en el hospital. Mientras habla Olga le muestra a Miguel su último recibo de sueldo por apenas trescientos pesos, salario familiar incluido.

¿Hay alguna situación en éste caso donde esté planteado el principio de justicia?

¿Debe haber diferencias en el acceso a la salud entre quien tiene una obra social y quien no la tiene?

¿Es mejor la atención por obra social que en el sistema público y gratuito?

¿Puede haber quien, aunque tenga obra social, prefiera atenderse en el sistema público?

¿Es justo que la gente con muy bajos ingresos, pero que tiene obra social, deba pagar el mismo porcentaje de coseguro que el que está en la misma obra social y tiene altos ingresos? ¿Tendría que haber un sistema progresivo y que paguen más coseguro los que ganan más?

Para discutir en el equipo de salud

Miguel está con bronca. La última paciente fue una mujer de unos 75 años de nacionalidad chilena, que se encontraba en Neuquén visitando a sus familiares. Llegó a la consulta acompañada por su hija también chilena, residente en la provincia desde hacía más de 20 años. Traía una nota de su médico en Chile diciendo que había que hacerle un estudio para descartar un cáncer de estómago, pero que el seguro de la señora no lo cubría por lo que pedía realizarlo en Argentina. Su hija previendo esta clase de problemas, le había tramitado la radicación en Argentina un par de años atrás y por lo tanto la señora tenía documento argentino con domicilio en Neuquén. En Chile seguía vigente su documento chileno. Miguel no tuvo más remedio que hacerle la solicitud.

¿Es justo que una persona busque la mejor forma de atender su salud?

¿El sistema de salud de la provincia debe atender a extranjeros?

¿Qué solución propodrían para éste problema?





Introducción

La ética da respuestas acerca de lo que debemos hacer, dado el tipo de criaturas que somos, preocupándonos por las cosas que debemos cuando somos tan razonables como se puede ser, y viviendo en las circunstancias en las que vivimos. Esto no es tanto como podríamos querer, pero es mucho.

J. Rachels "Can ethics provide answers?" en Life Choices, p.19, Georgetown University Press, Washington, 2000.

Los seres humanos, en nuestra vida cotidiana, debemos decidir permanentemente qué hacer. Tomamos compromisos, hacemos promesas, ayudamos a otro o le pedimos ayuda, votamos a tal o a cual, en suma, hacemos elecciones basadas en ciertos criterios que nos parecen adecuados. Esos criterios han sido en parte recibidos, a través de la educación familiar y social, y en parte elaborados reflexivamente por nosotros a partir de lo recibido. Así, evaluamos las situaciones y decidimos nuestras acciones sobre la base de ciertas *normas de conducta*. De este modo, nos parece bueno ayudar al débil y malo agredir al indefenso, competimos de una cierta manera por nuestros fines, creemos que debemos cumplir nuestras promesas y no engañar a los demás, etc. En suma, nos regimos por una cierta **moral**. Si luego queremos reflexionar sobre este hecho, y preguntarnos si debemos aceptar la necesidad de una moral y cómo podemos fundamentar ésto, y revisar las teorías filosóficas que lo intentan,

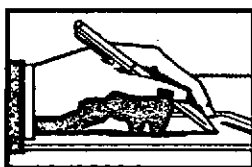
estaremos en otro nivel. Esta reflexión sobre la moral, sus contenidos, su lenguaje, su validez, recibe el nombre de **ética**. Aunque para muchos autores, y en el lenguaje cotidiano, ética y moral son prácticamente sinónimos, conservaremos esta diferencia, útil en el momento de plantearnos una serie de problemas.

Hemos elegido trabajar en salud.

Esto significa estar en contacto permanente con la necesidad de ayuda al prójimo. La elección presenta múltiples dilemas éticos y morales: al ayudar al otro, ¿debo hacerlo según mis ideas o según las de él? ¿A quién debo dar prioridad para un determinado tratamiento, a quien llegó primero a la lista de espera o a quien es más valioso para la sociedad?. ¿Si alguien me confía información sobre algo que puede ser peligroso para terceros, debo callar o es correcto que avise a los posibles afectados?

Como vemos, la atención de la salud es un oficio en el cual la duda moral y ética se nos plantea con frecuencia. Veremos el significado de los principales términos morales y éticos, qué tipo de normas se plantean en este campo, y haremos un breve repaso de las principales teorías éticas.





Introducción a la bioética

Porqué plantear la cuestión de la Bioética

El cuidado de la salud es una actividad sujeta a tensiones. La exigencia de una aptitud profesional basada en habilidades diagnósticas y terapéuticas cada vez más sofisticadas, la injusta situación sanitaria y social y la degradación de la situación profesional y económica del personal sanitario se conjugan para ofrecer un panorama complicado a quien recorre el camino de la atención de la salud. La relación **agente-paciente**, de por sí compleja, se complica aún más con la aparición en escena de un tercero (sea empresario de la salud o Estado empleador) que intenta determinar en función de costos desde cuantas veces puede consultar un paciente hasta el tiempo que le debe dedicar el médico cada vez. El paciente, por su lado, atendido por sistemas cada vez más despersonalizados, deja su confianza en casa y, estimulado por la proliferación tecnológica, llega a creer que los exámenes complementarios reemplazarán la relación diluída. El personal muchas veces hace lo mismo. La muerte, integrante natural de la vida, es pospuesta por aparatos que, en ocasiones, la transforman en un desenlace indigno y penoso. El escenario de la medicina se transforma a un ritmo que produce vértigo. No resulta difícil comprender que a los viejos dilemas de la medicina se agregan muchos otros nuevos en forma casi cotidiana. ¿Hasta donde debemos intervenir en la vida reproductiva de la especie, hasta que momento debemos impedir que una persona muera, hasta donde debemos respetar los deseos del paciente, aún en contra de lo que la "buena práctica" indica? Es alrededor de éstos temas y muchos otros similares que se instala el debate bioético. Intentaremos ir poniendo en claro los puntos en debate, y las distintas posiciones

que existen acerca de ellos. Pero debe quedar en claro desde el inicio que la Bioética no es el terreno de las respuestas sino de las preguntas. Juntos nos preguntaremos e intentaremos contestarnos, juntos nos acercaremos a las cuestiones cotidianas y a las de vida o muerte. Pero debemos saber que la conducta que cada uno de nosotros adopte en ese "momento de la verdad" que significa el cara a cara con el paciente dependerá de nuestra elección, racional, afectiva e histórica. Podremos plantear guías generales, consensuar criterios, examinar códigos de procedimiento, ejercitar nuestro razonamiento moral, pero no hallaremos respuestas más definitivas que las que vayamos extrayendo de nuestro ejercicio cotidiano. Pues entonces: ¿qué valor tiene el estudio de la Bioética? Nos proporciona un espejo. Nos plantea la exigencia de revisar nuestras respuestas. Nos inquieta. Nos hace explícita esa tensión profesional que se planteaba al comienzo. En la medida en que tengamos claras nuestras limitaciones se ampliarán nuestro horizontes. En la medida en que podamos balancear delicadamente nuestro saber profesional con nuestro saber cotidiano, que trabajemos sobre ese delgado hilo entre razón y afecto, intelecto y emoción, sabiendo que lo estamos haciendo, nos acercaremos a la posibilidad de estar practicando un oficio humano de manera realmente humana.

¿Qué le podemos pedir a la Bioética?

Por cierto NO le podemos pedir que nos diga que es lo que debemos hacer en cada situación concreta. Tampoco que nos diga que es lo que está bien o mal. Y menos aún como debemos comportarnos para tener la conciencia tranquila. Pero **entonces ¿para que nos sirve la bioética?** No sirve para poder, frente a un situación determinada:

- a – Sentirnos o no incómodos, inquietos, desazonados; y luego XXXXXXX Falta texto...ojolili

b- Revisar ésta situación y verificar si estamos o no frente a una cuestión ética;

c- Definir si se trata de un *problema* o de un *dilema* ético;

d- Frente a un problema ético sabremos cual es nuestro deber, pero el cumplimiento del mismo resultará pesado, aunque obligatorio, precisamente por esas consideraciones éticas.

e- Frente a un dilema ético, en cambio, estaremos en situación de perplejidad, sin saber que conducta tomar (esto ocurre cuando sabemos que hay buena fundamentación para cualquiera de la opciones posibles). En esta situación la práctica de la reflexión ética nos ayudará por varias razones:

1) nos agudiza en la percepción de las situaciones que presentan dificultades;

2) nos entrena en la evaluación de las distintas opciones de conducta;

3) muchas veces (la mayoría) el simple ejercicio de la reflexión ética nos aclarará el panorama y orientará nuestra conducta;

4) pero también tendremos la posibilidad honesta de reconocer que no encontramos una solución a la situación dilemática y podremos pedir consejo a colegas o, eventualmente, a un Comité de Ética clínica o de investigación según nuestra duda original.

En suma: podremos **identificar, evaluar y resolver** los dilemas con mayor solidez, teniendo además la clara noción de que no tenemos la obligación de tener las respuesta para todos los problemas éticos, y que **podemos y debemos consultar** ante situaciones que no podemos resolver solos.

Planteado el problema en sus líneas más generales, introduciremos la definición de **bioética**:

“es el estudio sistemático de las dimensiones morales incluyendo visión moral, decisiones, conducta y política- de las ciencias de la vida y de la atención de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario”.

(W.Reich, Encyclopedia of Bioethics, 1995).

Queda claro que la bioética es una interdisciplina bastante más extensa que la ética médica, pues abarca desde cuestiones planetarias (ecología) hasta la relación del personal de salud con el enfermo, siempre desde un punto de vista ético-moral. En esta instancia nos ocuparemos prioritariamente de la ética de los agentes sanitarios.

Sin embargo es necesario hacer una distinción adicional.

Todos vemos en los medios de comunicación títulos tales como: **“Opina Fulano de Tal, prestigioso bioeticista, sobre el genoma humano y la clonación de niños inteligentes”**, o **“¿El hijo de un clon implantado en el útero de su madre es su propio hermano?”**. Estas cuestiones, que derivan de las consecuencias del vertiginoso avance tecnológico y tienen poca conexión con la vida de todos los días, pertenecen a los que **Berlinguer** llama bioética **“de límites”**, **Garrafa** **“emergente”**, y **Luna** **“sexy”**, y es la bioética que considera los problemas que pueden derivar de los últimos avances que están en los límites emergentes del conocimiento científico, y consiguen muchos centímetros de publicidad en los medios (por eso lo de sexy).

En cambio hay otra bioética que se ocupa de la relación del enfermo con el sistema de salud, de la forma de actuar en los

problemas de todos los días: ésta es la bioética "**cotidiana**", "**de situaciones persistentes**", o "**aburrida**".

Es a ésta bioética "**aburrida, persistente y cotidiana**" a la que nos referiremos, esto es, a nuestra relación con las personas que acuden a la guardia, al consultorio, o que vemos en un recorrido de salud preventiva y ambiental. Creemos que es en ésta relación cotidiana, poco espectacular para los medios, donde se juega la relación sanitaria más importante. Esto no significa desconocer los otros debates, que son también significativos para el futuro, pero creemos que a la hora de trabajar debemos concentrarnos en la realidad que tenemos delante, y tenemos delante a nuestro prójimo de todos los días, nuestro paciente, nuestro vecino.

La ética comienza cuando entra en escena el otro.

U. Eco, Cinco Escritos Morales

A lo largo de este libro iremos planteando los temas que con más frecuencia nos conducen a dilemas morales, así como algunas guías y consensos que existen en este momento para intentar resolverlos. Pero ninguna guía, ninguna regla, nos dice que debemos hacer en todas y cada una de las situaciones que la realidad nos plantea. Debemos apelar a esa vieja virtud planteada por Aristóteles: la prudencia. La prudencia es esa guía de la filosofía práctica que nos permite "un saber hacer las cosas de tal modo que se consigan los fines propuestos por las vías más razonables" (F. Mora, 1994). *Ninguna guía, ninguna regla nos servirá de mucho si no cultivamos la virtud y el hábito de la prudencia.*



Parte II



Introducción

La ética da respuestas acerca de lo que debemos hacer, dado el tipo de criaturas que somos, preocupándonos por las cosas que debemos cuando somos tan razonables como se puede ser, y viviendo en las circunstancias en las que vivimos. Esto no es tanto como podríamos querer, pero es mucho.

J. Rachels "Can ethics provide answers?" en Life Choices, p.19, Georgetown University Press, Washington, 2000.

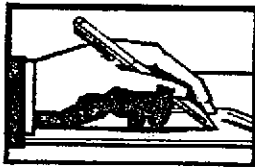
Los seres humanos, en nuestra vida cotidiana, debemos decidir permanentemente qué hacer. Tomamos compromisos, hacemos promesas, ayudamos a otro o le pedimos ayuda, votamos a tal o a cual, en suma, hacemos elecciones basadas en ciertos criterios que nos parecen adecuados. Esos criterios han sido en parte recibidos, a través de la educación familiar y social, y en parte elaborados reflexivamente por nosotros a partir de lo recibido. Así, evaluamos las situaciones y decidimos nuestras acciones sobre la base de ciertas *normas de conducta*. De este modo, nos parece bueno ayudar al débil y malo agredir al indefenso, competimos de una cierta manera por nuestros fines, creemos que debemos cumplir nuestras promesas y no engañar a los demás, etc. En suma, nos regimos por una cierta **moral**. Si luego queremos reflexionar sobre este hecho, y preguntarnos si debemos aceptar la necesidad de una moral y cómo podemos

fundamentar esto, y revisar las teorías filosóficas que lo intentan, estaremos en otro nivel. Esta reflexión sobre la moral, sus contenidos, su lenguaje, su validez, recibe el nombre de **ética**. Aunque para muchos autores, y en el lenguaje cotidiano, ética y moral son prácticamente sinónimos, conservaremos esta diferencia, útil en el momento de plantearnos una serie de problemas.

Hemos elegido trabajar en salud. Esto significa estar en contacto permanente con la necesidad de ayuda al prójimo. La elección presenta múltiples dilemas éticos y morales: al ayudar al otro, ¿debo hacerlo según mis ideas o según las de él? ¿A quién debo dar prioridad para un determinado tratamiento, a quien llegó primero a la lista de espera o a quien es más valioso para la sociedad?. ¿Si alguien me confía información sobre algo que puede ser peligroso para terceros, debo callar o es correcto que avise a los posibles afectados?

Como vemos, la atención de la salud es un oficio en el cual la duda moral y ética se nos plantea con frecuencia. Veremos el significado de los principales términos morales y éticos, qué tipo de normas se plantean en este campo, y haremos un breve repaso de las principales teorías éticas.





Introducción a la bioética

Porqué plantear la cuestión de la Bioética

El cuidado de la salud es una actividad sujeta a tensiones. La exigencia de una aptitud profesional basada en habilidades diagnósticas y terapéuticas cada vez más sofisticadas, la injusta situación sanitaria y social y la degradación de la situación profesional y económica del personal sanitario se conjugan para ofrecer un panorama complicado a quien recorre el camino de la atención de la salud. La relación agente-paciente, de por sí compleja, se complica aún más con la aparición en escena de un tercero (sea empresario de la salud o Estado empleador) que intenta determinar en función de costos desde cuantas veces puede consultar un paciente hasta el tiempo que le debe dedicar el médico cada vez. El paciente, por su lado, atendido por sistemas cada vez más despersonalizados, deja su confianza en casa y, estimulado por la proliferación tecnológica, llega a creer que los exámenes complementarios reemplazarán la relación diluída. El personal muchas veces hace lo mismo. La muerte, integrante natural de la vida, es pospuesta por aparatos que, en ocasiones, la transforman en un desenlace indigno y penoso. El escenario de la medicina se transforma a un ritmo que produce vértigo. No resulta difícil comprender que a los viejos dilemas de la medicina se agregan muchos otros nuevos en forma casi cotidiana. ¿Hasta donde debemos intervenir en la vida reproductiva de la especie, hasta que momento debemos impedir que una persona muera, hasta donde debemos respetar los deseos del paciente, aún en contra de lo que la "buena práctica" indica? Es alrededor de éstos temas y muchos otros similares que se instala el debate bioético. Intentaremos ir poniendo en claro los puntos en debate, y las

distintas posiciones que existen acerca de ellos. Pero debe quedar en claro desde el inicio que la Bioética no es el terreno de las respuestas sino de las preguntas. Juntos nos preguntaremos e intentaremos contestarnos, juntos nos acercaremos a las cuestiones cotidianas y a las de vida o muerte. Pero debemos saber que la conducta que cada uno de nosotros adopte en ese "momento de la verdad" que significa el cara a cara con el paciente dependerá de nuestra elección, racional, afectiva e histórica. Podremos plantear guías generales, consensuar criterios, examinar códigos de procedimiento, ejercitar nuestro razonamiento moral, pero no hallaremos respuestas más definitivas que las que vayamos extrayendo de nuestro ejercicio cotidiano. Pues entonces: ¿qué valor tiene el estudio de la Bioética? Nos proporciona un espejo. Nos plantea la exigencia de revisar nuestras respuestas. Nos inquieta. Nos hace explícita esa tensión profesional que se planteaba al comienzo. En la medida en que tengamos claras nuestras limitaciones se ampliarán nuestros horizontes. En la medida en que podamos balancear delicadamente nuestro saber profesional con nuestro saber cotidiano, que trabajemos sobre ese delgado hilo entre razón y afecto, intelecto y emoción, sabiendo que lo estamos haciendo, nos acercaremos a la posibilidad de estar practicando un oficio humano de manera realmente humana.

¿Qué le podemos pedir a la Bioética?

Por cierto NO le podemos pedir que nos diga que es lo que debemos hacer en cada situación concreta. Tampoco que nos diga que es lo que está bien o mal. Y menos aún como debemos comportarnos para tener la conciencia tranquila. Pero entonces ¿para que nos sirve la bioética? No sirve para poder, frente a un situación determinada:

a - Sentirnos o no incómodos, inquietos, desazonados; y luego

Planteado el problema en sus líneas más generales, introduciremos la definición de bioética:

“es el estudio sistemático de las dimensiones morales – incluyendo visión moral, decisiones, conducta y política- de las ciencias de la vida y de la atención de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario”. (W.Reich, Encyclopedia of Bioethics, 1995).

Queda claro que la bioética es una interdisciplina bastante más extensa que la ética médica, pues abarca desde cuestiones planetarias (ecología) hasta la relación del personal de salud con el enfermo, siempre desde un punto de vista ético-moral. En esta instancia nos ocuparemos prioritariamente de la ética de los agentes sanitarios.

Sin embargo es necesario hacer una distinción adicional. Todos vemos en los medios de comunicación títulos tales como “Opina Fulano de Tal, prestigioso bioeticista, sobre el genoma humano y la clonación de niños inteligentes”, o “¿El hijo de un clon implantado en el útero de su madre es su propio hermano?”. Éstas cuestiones, que derivan de las consecuencias del vertiginoso avance tecnológico y tienen poca conexión con la vida de todos los días, pertenecen a los que Berlinguer llama bioética “de límites”, Garrafa “emergente”, y Luna “sexy”, y es la bioética que considera los problemas que pueden derivar de los últimos avances que están en los límites emergentes del conocimiento científico, y consiguen muchos centímetros de publicidad en los medios (por eso lo de sexy). En cambio hay otra bioética que se ocupa de la relación del

2 Teorías éticas

Las teorías éticas son muy numerosas, por lo que hemos optado por mencionar muy brevemente a las más importantes en cuanto a su trascendencia en el campo de la bioética. A quien desee tener un panorama mas amplio y detallado le recomendamos el excelente libro "Ética" de Adela Cortina y Emilio Martínez .

Según Mainetti es importante señalar tres orientaciones fundamentales de la ética, según se subraye la importancia del agente, del acto o del efecto de la acción humana (Cuadro 1). Siendo así, considera las **teorías de la virtud** aquellas que ponen el acento en las cualidades del agente: una acción es moral o inmoral según exprese virtudes o vicios del sujeto. Las **teorías deontológicas o normativas** son aquellas que afirman que ciertas características intrínsecas o cualidades inherentes a los actos mismos, constituyen su corrección o incorrección, independientemente de los fines y consecuencias. En cuanto a los efectos de la acción, las **teorías consecuencialistas o teleológicas**, apuntan a privilegiar los buenos resultados de la acción medida en términos de eficacia y eficiencia. (Bioética sistemática La Plata, Quirón, 1991, p.35-36)

Es importante recordar entonces, que cuando investigamos los fundamentos de la moralidad en la acción humana, hablaremos de *virtud o vicio* en cuanto al **agente** del acto, *correcto o incorrecto* en cuanto al **acto** mismo y, *bueno o malo* referido al **efecto** de la acción.



2.1 Éticas teleológicas

La ética normativa en sus inicios, fue claramente teleológica (*télos*, fin); su objetivo principal era la determinación de ese *télos* o fin en cuanto a la bondad o maldad de las acciones que perseguía. Dentro de las éticas teleológicas que proponen como meta el bienestar o

2 Teorías éticas

Las teorías éticas son muy numerosas, por lo que hemos optado por mencionar muy brevemente a las más importantes en cuanto a su trascendencia en el campo de la bioética. A quien desee tener un panorama mas amplio y detallado le recomendamos el excelente libro "Ética" de Adela Cortina y Emilio Martínez .

Según Mainetti es importante señalar tres orientaciones fundamentales de la ética, según se subraye la importancia del *agente*, del *acto* o del *efecto* de la acción humana (Cuadro 1). Siendo así, considera las **teorías de la virtud** aquellas que ponen el acento en las cualidades del agente: una acción es moral o inmoral según exprese virtudes o vicios del sujeto. Las **teorías deontológicas o normativas** son aquellas que afirman que ciertas características intrínsecas o cualidades inherentes a los actos mismos, constituyen su corrección o incorrección, independientemente de los fines y consecuencias. En cuanto a los efectos de la acción, las **teorías consecuencialistas o teleológicas**, apuntan a privilegiar los buenos resultados de la acción medida en términos de eficacia y eficiencia. (Bioética sistemática La Plata, Quirón, 1991, p.35-36)

Es importante recordar entonces, que cuando investigamos los fundamentos de la moralidad en la acción humana, hablaremos de *virtud o vicio* en cuanto al **agente** del acto, *correcto o incorrecto* en cuanto al **acto** mismo y, *bueno o malo* referido al **efecto** de la acción.



2.1 Éticas teleológicas

La ética normativa en sus inicios, fue claramente **teleológica** (*télos*, fin); su objetivo principal era la determinación de ese *télos* o fin en cuanto a la bondad o maldad de las acciones que perseguía. Dentro de las éticas teleológicas que proponen como meta el bienestar o

2 Teorías éticas

Las teorías éticas son muy numerosas, por lo que hemos optado por mencionar muy brevemente a las más importantes en cuanto a su trascendencia en el campo de la bioética. A quien desee tener un panorama mas amplio y detallado le recomendamos el excelente libro "Ética" de Adela Cortina y Emilio Martínez .

Según Mainetti es importante señalar tres orientaciones fundamentales de la ética, según se subraye la importancia del *agente*, del *acto* o del *efecto* de la acción humana (Cuadro 1). Siendo así, considera las **teorías de la virtud** aquellas que ponen el acento en las cualidades del agente: una acción es moral o inmoral según exprese virtudes o vicios del sujeto. Las **teorías deontológicas o normativas** son aquellas que afirman que ciertas características intrínsecas o cualidades inherentes a los actos mismos, constituyen su corrección o incorrección, independientemente de los fines y consecuencias. En cuanto a los efectos de la acción, las **teorías consecuencialistas o teleológicas**, apuntan a privilegiar los buenos resultados de la acción medida en términos de eficacia y eficiencia. (Bioética sistemática La Plata, Quirón, 1991, p.35-36)

Es importante recordar entonces, que cuando investigamos los fundamentos de la moralidad en la acción humana, hablaremos de *virtud o vicio* en cuanto al **agente** del acto, *correcto o incorrecto* en cuanto al **acto** mismo y, *bueno o malo* referido al **efecto** de la acción.



2.1 Éticas teleológicas

La ética normativa en sus inicios, fue claramente teleológica (*télos*, fin); su objetivo principal era la determinación de ese *télos* o fin en cuanto a la bondad o maldad de las acciones que perseguía. Dentro de las éticas teleológicas que proponen como meta el bienestar o

2 Teorías éticas

Las teorías éticas son muy numerosas, por lo que hemos optado por mencionar muy brevemente a las más importantes en cuanto a su trascendencia en el campo de la bioética. A quien desee tener un panorama mas amplio y detallado le recomendamos el excelente libro "Ética" de Adela Cortina y Emilio Martínez .

Según Mainetti es importante señalar tres orientaciones fundamentales de la ética, según se subraye la importancia del *agente*, del *acto* o del *efecto* de la acción humana (Cuadro 1). Siendo así, considera las **teorías de la virtud** aquellas que ponen el acento en las cualidades del *agente*: una acción es moral o inmoral según exprese virtudes o vicios del sujeto. Las **teorías deontológicas o normativas** son aquellas que afirman que ciertas características intrínsecas o cualidades inherentes a los *actos* mismos, constituyen su corrección o incorrección, independientemente de los fines y consecuencias. En cuanto a los efectos de la acción, las **teorías consecuencialistas o teleológicas**, apuntan a privilegiar los buenos resultados de la acción medida en términos de eficacia y eficiencia. (*Bioética sistemática* La Plata, Quirón, 1991, p.35-36)

Es importante recordar entonces, que cuando investigamos los fundamentos de la moralidad en la acción humana, hablaremos de *virtud o vicio* en cuanto al **agente** del acto, *correcto o incorrecto* en cuanto al **acto** mismo y, *bueno o malo* referido al **efecto** de la acción.



2.1 Éticas teleológicas

La ética normativa en sus inicios, fue claramente teleológica (*télos*, fin); su objetivo principal era la determinación de ese *télos* o fin en cuanto a la bondad o maldad de las acciones que perseguía. Dentro de las éticas teleológicas que proponen como meta el bienestar o

2 Teorías éticas

Las teorías éticas son muy numerosas, por lo que hemos optado por mencionar muy brevemente a las más importantes en cuanto a su trascendencia en el campo de la bioética. A quien desee tener un panorama mas amplio y detallado le recomendamos el excelente libro "Ética" de Adela Cortina y Emilio Martínez .

Según Mainetti es importante señalar tres orientaciones fundamentales de la ética, según se subraye la importancia del *agente*, del *acto* o del *efecto* de la acción humana (Cuadro 1). Siendo así, considera las **teorías de la virtud** aquellas que ponen el acento en las cualidades del *agente*: una acción es moral o inmoral según exprese virtudes o vicios del sujeto. Las **teorías deontológicas o normativas** son aquellas que afirman que ciertas características intrínsecas o cualidades inherentes a los *actos* mismos, constituyen su corrección o incorrección, independientemente de los fines y consecuencias. En cuanto a los efectos de la acción, las **teorías consecuencialistas o teleológicas**, apuntan a privilegiar los buenos resultados de la acción medida en términos de eficacia y eficiencia. (*Bioética sistemática* La Plata, Quirón, 1991, p.35-36)

Es importante recordar entonces, que cuando investigamos los fundamentos de la moralidad en la acción humana, hablaremos de *virtud o vicio* en cuanto al **agente** del acto, *correcto o incorrecto* en cuanto al **acto** mismo y, *bueno o malo* referido al **efecto** de la acción.



2.1 Éticas teleológicas

La ética normativa en sus inicios, fue claramente teleológica (*télos*, fin); su objetivo principal era la determinación de ese *télos* o fin en cuanto a la bondad o maldad de las acciones que perseguía. Dentro de las éticas teleológicas que proponen como meta el bienestar o

2 Teorías éticas

Las teorías éticas son muy numerosas, por lo que hemos optado por mencionar muy brevemente a las más importantes en cuanto a su trascendencia en el campo de la bioética. A quien desee tener un panorama mas amplio y detallado le recomendamos el excelente libro "Ética" de Adela Cortina y Emilio Martínez .

Según Mainetti es importante señalar tres orientaciones fundamentales de la ética, según se subraye la importancia del *agente*, del *acto* o del *efecto* de la acción humana (Cuadro 1). Siendo así, considera las **teorías de la virtud** aquellas que ponen el acento en las cualidades del *agente*: una acción es moral o inmoral según exprese virtudes o vicios del sujeto. Las **teorías deontológicas o normativas** son aquellas que afirman que ciertas características intrínsecas o cualidades inherentes a los *actos* mismos, constituyen su corrección o incorrección, independientemente de los fines y consecuencias. En cuanto a los efectos de la acción, las **teorías consecuencialistas o teleológicas**, apuntan a privilegiar los buenos resultados de la acción medida en términos de eficacia y eficiencia. (Bioética sistemática La Plata, Quirón, 1991, p.35-36)

Es importante recordar entonces, que cuando investigamos los fundamentos de la moralidad en la acción humana, hablaremos de *virtud o vicio* en cuanto al **agente** del acto, *correcto o incorrecto* en cuanto al **acto** mismo y, *bueno o malo* referido al **efecto** de la acción.



2.1 Éticas teleológicas

La ética normativa en sus inicios, fue claramente teleológica (*télos*, fin); su objetivo principal era la determinación de ese *télos* o fin en cuanto a la bondad o maldad de las acciones que perseguía. Dentro de las éticas teleológicas que proponen como meta el bienestar o

2 Teorías éticas

Las teorías éticas son muy numerosas, por lo que hemos optado por mencionar muy brevemente a las más importantes en cuanto a su trascendencia en el campo de la bioética. A quien desee tener un panorama mas amplio y detallado le recomendamos el excelente libro "Ética" de Adela Cortina y Emilio Martínez .

Según Mainetti es importante señalar tres orientaciones fundamentales de la ética, según se subraye la importancia del *agente*, del *acto* o del *efecto* de la acción humana (Cuadro 1). Siendo así, considera las **teorías de la virtud** aquellas que ponen el acento en las cualidades del *agente*: una acción es moral o inmoral según exprese virtudes o vicios del sujeto. Las **teorías deontológicas o normativas** son aquellas que afirman que ciertas características intrínsecas o cualidades inherentes a los *actos* mismos, constituyen su corrección o incorrección, independientemente de los fines y consecuencias. En cuanto a los efectos de la acción, las **teorías consecuencialistas o teleológicas**, apuntan a privilegiar los buenos resultados de la acción medida en términos de eficacia y eficiencia. (Bioética sistemática La Plata, Quirón, 1991, p.35-36)

Es importante recordar entonces, que cuando investigamos los fundamentos de la moralidad en la acción humana, hablaremos de *virtud o vicio* en cuanto al **agente** del acto, *correcto o incorrecto* en cuanto al **acto** mismo y, *bueno o malo* referido al **efecto** de la acción.



2.1 Éticas teleológicas

La ética normativa en sus inicios, fue claramente teleológica (*télos*, fin); su objetivo principal era la determinación de ese *télos* o fin en cuanto a la bondad o maldad de las acciones que perseguía. Dentro de las éticas teleológicas que proponen como meta el bienestar o

2 Teorías éticas

Las teorías éticas son muy numerosas, por lo que hemos optado por mencionar muy brevemente a las más importantes en cuanto a su trascendencia en el campo de la bioética. A quien desee tener un panorama mas amplio y detallado le recomendamos el excelente libro "Ética" de Adela Cortina y Emilio Martínez .

Según Mainetti es importante señalar tres orientaciones fundamentales de la ética, según se subraye la importancia del agente, del acto o del efecto de la acción humana (Cuadro 1). Siendo así, considera las **teorías de la virtud** aquellas que ponen el acento en las cualidades del agente: una acción es moral o inmoral según exprese virtudes o vicios del sujeto. Las **teorías deontológicas o normativas** son aquellas que afirman que ciertas características intrínsecas o cualidades inherentes a los actos mismos, constituyen su corrección o incorrección, independientemente de los fines y consecuencias. En cuanto a los efectos de la acción, las **teorías consecuencialistas o teleológicas**, apuntan a privilegiar los buenos resultados de la acción medida en términos de eficacia y eficiencia. (Bioética sistemática La Plata, Quirón, 1991, p.35-36)

Es importante recordar entonces, que cuando investigamos los fundamentos de la moralidad en la acción humana, hablaremos de *virtud o vicio* en cuanto al **agente** del acto, *correcto o incorrecto* en cuanto al **acto** mismo y, *bueno o malo* referido al **efecto** de la acción.



2.1 Éticas teleológicas

La ética normativa en sus inicios, fue claramente teleológica (*télos*, fin); su objetivo principal era la determinación de ese *télos* o fin en cuanto a la bondad o maldad de las acciones que perseguía. Dentro de las éticas teleológicas que proponen como meta el bienestar o

2 Teorías éticas

Las teorías éticas son muy numerosas, por lo que hemos optado por mencionar muy brevemente a las más importantes en cuanto a su trascendencia en el campo de la bioética. A quien desee tener un panorama mas amplio y detallado le recomendamos el excelente libro "Ética" de Adela Cortina y Emilio Martínez .

Según Mainetti es importante señalar tres orientaciones fundamentales de la ética, según se subraye la importancia del *agente*, del *acto* o del *efecto* de la acción humana (Cuadro 1). Siendo así, considera las **teorías de la virtud** aquellas que ponen el acento en las cualidades del *agente*: una acción es moral o inmoral según exprese virtudes o vicios del sujeto. Las **teorías deontológicas o normativas** son aquellas que afirman que ciertas características intrínsecas o cualidades inherentes a los *actos* mismos, constituyen su corrección o incorrección, independientemente de los fines y consecuencias. En cuanto a los efectos de la acción, las **teorías consecuencialistas o teleológicas**, apuntan a privilegiar los buenos resultados de la acción medida en términos de eficacia y eficiencia. (Bioética sistemática La Plata, Quirón, 1991, p.35-36)

Es importante recordar entonces, que cuando investigamos los fundamentos de la moralidad en la acción humana, hablaremos de *virtud o vicio* en cuanto al **agente** del acto, *correcto o incorrecto* en cuanto al **acto** mismo y, *bueno o malo* referido al **efecto** de la acción.



2.1 Éticas teleológicas

La ética normativa en sus inicios, fue claramente teleológica (*télos*, fin); su objetivo principal era la determinación de ese *télos* o fin en cuanto a la bondad o maldad de las acciones que perseguía. Dentro de las éticas teleológicas que proponen como meta el bienestar o

2 Teorías éticas

Las teorías éticas son muy numerosas, por lo que hemos optado por mencionar muy brevemente a las más importantes en cuanto a su trascendencia en el campo de la bioética. A quien desee tener un panorama mas amplio y detallado le recomendamos el excelente libro "Ética" de Adela Cortina y Emilio Martínez .

Según Mainetti es importante señalar tres orientaciones fundamentales de la ética, según se subraye la importancia del agente, del acto o del efecto de la acción humana (Cuadro 1). Siendo así, considera las **teorías de la virtud** aquellas que ponen el acento en las cualidades del agente: una acción es moral o inmoral según exprese virtudes o vicios del sujeto. Las **teorías deontológicas o normativas** son aquellas que afirman que ciertas características intrínsecas o cualidades inherentes a los actos mismos, constituyen su corrección o incorrección, independientemente de los fines y consecuencias. En cuanto a los efectos de la acción, las **teorías consecuencialistas o teleológicas**, apuntan a privilegiar los buenos resultados de la acción medida en términos de eficacia y eficiencia. (Bioética sistemática La Plata, Quirón, 1991, p.35-36)

Es importante recordar entonces, que cuando investigamos los fundamentos de la moralidad en la acción humana, hablaremos de *virtud o vicio* en cuanto al **agente** del acto, *correcto o incorrecto* en cuanto al **acto** mismo y, *bueno o malo* referido al **efecto** de la acción.



2.1 Éticas teleológicas

La ética normativa en sus inicios, fue claramente teleológica (*télos*, fin); su objetivo principal era la determinación de ese *télos* o fin en cuanto a la bondad o maldad de las acciones que perseguía. Dentro de las éticas teleológicas que proponen como meta el bienestar o

felicidad, distinguimos las **eudemonistas** (*eudaimon*, buen espíritu) y que toman en consideración los placeres más o menos intelectuales o espirituales, y las **hedonistas** (*hedoné*, placer) las cuales sostienen que lo bueno en sí es el placer. (Cuadro 2)

2.1.1 Ética aristotélica: (*lo bueno es la felicidad*)

"Así como una golondrina no hace verano, un solo acto virtuoso no hace a un hombre virtuoso"

Quien dio status de disciplina filosófica a la ética fue Aristóteles (384 a. C.), distinguiéndola de otras disciplinas filosóficas teóricas (física, lógica, metafísica, matemática) que se ocupan del ser, y la considera parte de la filosofía práctica que se ocupa de las acciones humanas y sus productos.

Aristóteles, máximo representante de la ética *eudemonista*, parte en su ética del principio que **el fin último, la meta última de todos los seres humanos, es la felicidad**. Con esta afirmación, estarán de acuerdo seguramente todos los hombres, sea cual sea su credo o convicciones. El desacuerdo comienza al concretar *en qué consiste la felicidad*. Se trata de una dificultad seria para toda la teoría moral: ¿cómo determinar en qué consiste la felicidad?

*(¿Es siempre la felicidad un bien en sí mismo?. Entonces, ¿qué podemos decir del sádico que obtiene placer torturando a su víctima?. ¿Es el placer del que disfruta el sádico intrínsecamente bueno?. ¿Sólo los placeres y la felicidad son buenos por sí mismos o también la virtud y el conocimiento lo son? ¿Y la lealtad y la generosidad? ¿Hay algo en ellas que es más que un medio para un fin?)

felicidad, distinguimos las **eudemonistas** (*eudaimon*, buen espíritu) y que toman en consideración los placeres más o menos intelectuales o espirituales, y las **hedonistas** (*hedoné*, placer) las cuales sostienen que lo bueno en sí es el placer. (Cuadro 2)

2.1.1 Ética aristotélica: (*lo bueno es la felicidad*)

"Así como una golondrina no hace verano, un solo acto virtuoso no hace a un hombre virtuoso"

Quien dio status de disciplina filosófica a la ética fue Aristóteles (384 a. C.), distinguiéndola de otras disciplinas filosóficas teóricas (física, lógica, metafísica, matemática) que se ocupan del ser, y la considera parte de la filosofía práctica que se ocupa de las acciones humanas y sus productos.

Aristóteles, máximo representante de la ética *eudemonista*, parte en su ética del principio que **el fin último, la meta última de todos los seres humanos, es la felicidad**. Con esta afirmación, estarán de acuerdo seguramente todos los hombres, sea cual sea su credo o convicciones. El desacuerdo comienza al concretar *en qué consiste la felicidad*. Se trata de una dificultad seria para toda la teoría moral: ¿cómo determinar en qué consiste la felicidad?

*(¿Es siempre la felicidad un bien en sí mismo?. Entonces, ¿qué podemos decir del sádico que obtiene placer torturando a su víctima?. ¿Es el placer del que disfruta el sádico intrínsecamente bueno?. ¿Sólo los placeres y la felicidad son buenos por sí mismos o también la virtud y el conocimiento lo son? ¿Y la lealtad y la generosidad? ¿Hay algo en ellas que es más que un medio para un fin?)

felicidad, distinguimos las **eudemonistas** (*eudaimon*, buen espíritu) y que toman en consideración los placeres más o menos intelectuales o espirituales, y las **hedonistas** (*hedoné*, placer) las cuales sostienen que lo bueno en sí es el placer. (Cuadro 2)

2.1.1 Ética aristotélica: (*lo bueno es la felicidad*)

"Así como una golondrina no hace verano, un solo acto virtuoso no hace a un hombre virtuoso"

Quien dio status de disciplina filosófica a la ética fue Aristóteles (384 a. C.), distinguiéndola de otras disciplinas filosóficas teóricas (física, lógica, metafísica, matemática) que se ocupan del ser, y la considera parte de la filosofía práctica que se ocupa de las acciones humanas y sus productos.

Aristóteles, máximo representante de la ética *eudemonista*, parte en su ética del principio que **el fin último, la meta última de todos los seres humanos, es la felicidad**. Con esta afirmación, estarán de acuerdo seguramente todos los hombres, sea cual sea su credo o convicciones. El desacuerdo comienza al concretar *en qué consiste la felicidad*. Se trata de una dificultad seria para toda la teoría moral: ¿cómo determinar en qué consiste la felicidad?

*(¿Es siempre la felicidad un bien en sí mismo?. Entonces, ¿qué podemos decir del sádico que obtiene placer torturando a su víctima?. ¿Es el placer del que disfruta el sádico intrínsecamente bueno?. ¿Sólo los placeres y la felicidad son buenos por sí mismos o también la virtud y el conocimiento lo son? ¿Y la lealtad y la generosidad? ¿Hay algo en ellas que es más que un medio para un fin?)

felicidad, distinguimos las **eudemonistas** (*eudaimon*, buen espíritu) y que toman en consideración los placeres más o menos intelectuales o espirituales, y las **hedonistas** (*hedoné*, placer) las cuales sostienen que lo bueno en sí es el placer. (Cuadro 2)

2.1.1 Ética aristotélica: (*lo bueno es la felicidad*)

"Así como una golondrina no hace verano, un solo acto virtuoso no hace a un hombre virtuoso"

Quien dio status de disciplina filosófica a la ética fue Aristóteles (384 a. C.), distinguiéndola de otras disciplinas filosóficas teóricas (física, lógica, metafísica, matemática) que se ocupan del ser, y la considera parte de la filosofía práctica que se ocupa de las acciones humanas y sus productos.

Aristóteles, máximo representante de la ética *eudemonista*, parte en su ética del principio que **el fin último, la meta última de todos los seres humanos, es la felicidad**. Con esta afirmación, estarán de acuerdo seguramente todos los hombres, sea cual sea su credo o convicciones. El desacuerdo comienza al concretar *en qué consiste la felicidad*. Se trata de una dificultad seria para toda la teoría moral: ¿cómo determinar en qué consiste la felicidad?

*(¿Es siempre la felicidad un bien en sí mismo?. Entonces, ¿qué podemos decir del sádico que obtiene placer torturando a su víctima?. ¿Es el placer del que disfruta el sádico intrínsecamente bueno?. ¿Sólo los placeres y la felicidad son buenos por sí mismos o también la virtud y el conocimiento lo son? ¿Y la lealtad y la generosidad? ¿Hay algo en ellas que es más que un medio para un fin?)

felicidad, distinguimos las **eudemonistas** (*eudaimon*, buen espíritu) y que toman en consideración los placeres más o menos intelectuales o espirituales, y las **hedonistas** (*hedoné*, placer) las cuales sostienen que lo bueno en sí es el placer. (Cuadro 2)

2.1.1 Ética aristotélica: (*lo bueno es la felicidad*)

"Así como una golondrina no hace verano, un solo acto virtuoso no hace a un hombre virtuoso"

Quien dio status de disciplina filosófica a la ética fue Aristóteles (384 a. C.), distinguiéndola de otras disciplinas filosóficas teóricas (física, lógica, metafísica, matemática) que se ocupan del ser, y la considera parte de la filosofía práctica que se ocupa de las acciones humanas y sus productos.

Aristóteles, máximo representante de la ética *eudemonista*, parte en su ética del principio que **el fin último, la meta última de todos los seres humanos, es la felicidad**. Con esta afirmación, estarán de acuerdo seguramente todos los hombres, sea cual sea su credo o convicciones. El desacuerdo comienza al concretar *en qué consiste la felicidad*. Se trata de una dificultad seria para toda la teoría moral: ¿cómo determinar en qué consiste la felicidad?

*(¿Es siempre la felicidad un bien en sí mismo?. Entonces, ¿qué podemos decir del sádico que obtiene placer torturando a su víctima?. ¿Es el placer del que disfruta el sádico intrínsecamente bueno?. ¿Sólo los placeres y la felicidad son buenos por sí mismos o también la virtud y el conocimiento lo son? ¿Y la lealtad y la generosidad? ¿Hay algo en ellas que es más que un medio para un fin?)

felicidad, distinguimos las **eudemonistas** (*eudaimon*, buen espíritu) y que toman en consideración los placeres más o menos intelectuales o espirituales, y las **hedonistas** (*hedoné*, placer) las cuales sostienen que lo bueno en sí es el placer. (Cuadro 2)

2.1.1 Ética aristotélica: (*lo bueno es la felicidad*)

"Así como una golondrina no hace verano, un solo acto virtuoso no hace a un hombre virtuoso"

Quien dio status de disciplina filosófica a la ética fue Aristóteles (384 a. C.), distinguiéndola de otras disciplinas filosóficas teóricas (física, lógica, metafísica, matemática) que se ocupan del ser, y la considera parte de la filosofía práctica que se ocupa de las acciones humanas y sus productos.

Aristóteles, máximo representante de la ética *eudemonista*, parte en su ética del principio que **el fin último, la meta última de todos los seres humanos, es la felicidad**. Con esta afirmación, estarán de acuerdo seguramente todos los hombres, sea cual sea su credo o convicciones. El desacuerdo comienza al concretar *en qué consiste la felicidad*. Se trata de una dificultad seria para toda la teoría moral: ¿cómo determinar en qué consiste la felicidad?

*(¿Es siempre la felicidad un bien en sí mismo?. Entonces, ¿qué podemos decir del sádico que obtiene placer torturando a su víctima?. ¿Es el placer del que disfruta el sádico intrínsecamente bueno?. ¿Sólo los placeres y la felicidad son buenos por sí mismos o también la virtud y el conocimiento lo son? ¿Y la lealtad y la generosidad? ¿Hay algo en ellas que es más que un medio para un fin?)

felicidad, distinguimos las **eudemonistas** (*eudaimon*, buen espíritu) y que toman en consideración los placeres más o menos intelectuales o espirituales, y las **hedonistas** (*hedoné*, placer) las cuales sostienen que lo bueno en sí es el placer. (Cuadro 2)

2.1.1 Ética aristotélica: (*lo bueno es la felicidad*)

"Así como una golondrina no hace verano, un solo acto virtuoso no hace a un hombre virtuoso"

Quien dio status de disciplina filosófica a la ética fue Aristóteles (384 a. C.), distinguiéndola de otras disciplinas filosóficas teóricas (física, lógica, metafísica, matemática) que se ocupan del ser, y la considera parte de la filosofía práctica que se ocupa de las acciones humanas y sus productos.

Aristóteles, máximo representante de la ética *eudemonista*, parte en su ética del principio que **el fin último, la meta última de todos los seres humanos, es la felicidad**. Con esta afirmación, estarán de acuerdo seguramente todos los hombres, sea cual sea su credo o convicciones. El desacuerdo comienza al concretar *en qué consiste la felicidad*. Se trata de una dificultad seria para toda la teoría moral: ¿cómo determinar en qué consiste la felicidad?

*(¿Es siempre la felicidad un bien en sí mismo?. Entonces, ¿qué podemos decir del sádico que obtiene placer torturando a su víctima?. ¿Es el placer del que disfruta el sádico intrínsecamente bueno?. ¿Sólo los placeres y la felicidad son buenos por sí mismos o también la virtud y el conocimiento lo son? ¿Y la lealtad y la generosidad? ¿Hay algo en ellas que es más que un medio para un fin?)

felicidad, distinguimos las **eudemonistas** (*eudaimon*, buen espíritu) y que toman en consideración los placeres más o menos intelectuales o espirituales, y las **hedonistas** (*hedoné*, placer) las cuales sostienen que lo bueno en sí es el placer. (Cuadro 2)

2.1.1 Ética aristotélica: (*lo bueno es la felicidad*)

"Así como una golondrina no hace verano, un solo acto virtuoso no hace a un hombre virtuoso"

Quien dio status de disciplina filosófica a la ética fue Aristóteles (384 a. C.), distinguiéndola de otras disciplinas filosóficas teóricas (física, lógica, metafísica, matemática) que se ocupan del ser, y la considera parte de la filosofía práctica que se ocupa de las acciones humanas y sus productos.

Aristóteles, máximo representante de la ética *eudemonista*, parte en su ética del principio que **el fin último, la meta última de todos los seres humanos, es la felicidad**. Con esta afirmación, estarán de acuerdo seguramente todos los hombres, sea cual sea su credo o convicciones. El desacuerdo comienza al concretar *en qué consiste la felicidad*. Se trata de una dificultad seria para toda la teoría moral: ¿cómo determinar en qué consiste la felicidad?

*(¿Es siempre la felicidad un bien en sí mismo?. Entonces, ¿qué podemos decir del sádico que obtiene placer torturando a su víctima?. ¿Es el placer del que disfruta el sádico intrínsecamente bueno?. ¿Sólo los placeres y la felicidad son buenos por sí mismos o también la virtud y el conocimiento lo son? ¿Y la lealtad y la generosidad? ¿Hay algo en ellas que es más que un medio para un fin?)

felicidad, distinguimos las **eudemonistas** (*eudaimon*, buen espíritu) y que toman en consideración los placeres más o menos intelectuales o espirituales, y las **hedonistas** (*hedoné*, placer) las cuales sostienen que lo bueno en sí es el placer. (Cuadro 2)

2.1.1 Ética aristotélica: (*lo bueno es la felicidad*)

"Así como una golondrina no hace verano, un solo acto virtuoso no hace a un hombre virtuoso"

Quien dio status de disciplina filosófica a la ética fue Aristóteles (384 a. C.), distinguiéndola de otras disciplinas filosóficas teóricas (física, lógica, metafísica, matemática) que se ocupan del ser, y la considera parte de la filosofía práctica que se ocupa de las acciones humanas y sus productos.

Aristóteles, máximo representante de la ética *eudemonista*, parte en su ética del principio que **el fin último, la meta última de todos los seres humanos, es la felicidad**. Con esta afirmación, estarán de acuerdo seguramente todos los hombres, sea cual sea su credo o convicciones. El desacuerdo comienza al concretar *en qué consiste la felicidad*. Se trata de una dificultad seria para toda la teoría moral: ¿cómo determinar en qué consiste la felicidad?

*(¿Es siempre la felicidad un bien en sí mismo?. Entonces, ¿qué podemos decir del sádico que obtiene placer torturando a su víctima?. ¿Es el placer del que disfruta el sádico intrínsecamente bueno?. ¿Sólo los placeres y la felicidad son buenos por sí mismos o también la virtud y el conocimiento lo son? ¿Y la lealtad y la generosidad? ¿Hay algo en ellas que es más que un medio para un fin?)

felicidad, distinguimos las **eudemonistas** (*eudaimon*, buen espíritu) y que toman en consideración los placeres más o menos intelectuales o espirituales, y las **hedonistas** (*hedoné*, placer) las cuales sostienen que lo bueno en sí es el placer. (Cuadro 2)

2.1.1 Ética aristotélica: (*lo bueno es la felicidad*)

"Así como una golondrina no hace verano, un solo acto virtuoso no hace a un hombre virtuoso"

Quien dio status de disciplina filosófica a la ética fue Aristóteles (384 a. C.), distinguiéndola de otras disciplinas filosóficas teóricas (física, lógica, metafísica, matemática) que se ocupan del ser, y la considera parte de la filosofía práctica que se ocupa de las acciones humanas y sus productos.

Aristóteles, máximo representante de la ética *eudemonista*, parte en su ética del principio que **el fin último, la meta última de todos los seres humanos, es la felicidad**. Con esta afirmación, estarán de acuerdo seguramente todos los hombres, sea cual sea su credo o convicciones. El desacuerdo comienza al concretar *en qué consiste la felicidad*. Se trata de una dificultad seria para toda la teoría moral: ¿cómo determinar en qué consiste la felicidad?

*(¿Es siempre la felicidad un bien en sí mismo?. Entonces, ¿qué podemos decir del sádico que obtiene placer torturando a su víctima?. ¿Es el placer del que disfruta el sádico intrínsecamente bueno?. ¿Sólo los placeres y la felicidad son buenos por sí mismos o también la virtud y el conocimiento lo son? ¿Y la lealtad y la generosidad? ¿Hay algo en ellas que es más que un medio para un fin?)

Ante esta pregunta, caben básicamente dos actitudes. La primera consistiría en dejar que cada uno decida individualmente y a su arbitrio qué es lo que puede hacerle feliz: tal actitud *renuncia a la teoría moral*, es decir, renuncia a encontrar un modelo generalizable de felicidad, desentendiéndose de la pregunta sin intentar siquiera contestarla. Si, por el contrario, se adopta una actitud teórica, como hace Aristóteles, la pregunta solamente puede ser contestada analizando la naturaleza humana. Como Platón, como todos los filósofos griegos, Aristóteles se vuelve al *estudio de la naturaleza humana*, estableciendo un segundo principio: **cada ser es feliz realizando la actividad que le es propia y natural.**

Este principio, según el cual la felicidad consiste en el ejercicio de la actividad propia de cada ser, es una consecuencia que *se sigue lógicamente de la concepción teleológica de la naturaleza* en Aristóteles. Todos los actos humanos tienen un fin. Siempre que hacemos algo lo hacemos para llegar a una meta o un objetivo que es la que le da sentido a nuestro accionar. Por ejemplo, estudiamos para ser buenos profesionales, o para tener un buen empleo, etc. En efecto, si todo ser natural *tiende* a realizar determinadas actividades, el ejercicio de éstas traerá consigo la satisfacción de sus tendencias y, con ello, la perfección y la felicidad. Pero, es necesario que exista un fin que se quiera por sí mismo, porque de otro modo, la cadena de fines que es nuestra vida quedaría vacía de sentido. De otro modo, ¿para qué hacemos todo lo que hacemos?

Ahora bien, la actividad más propia y natural del hombre, aquella que corresponde más naturalmente a la naturaleza de éste, es *la actividad intelectual*. **La forma más perfecta de felicidad sería, por tanto, la actividad contemplativa.** La felicidad sólo es posible para aquel que vive guiándose por la razón, para aquel que no se deja llevar por las pasiones. La razón debe guiar, entonces, nuestras vidas.

Ante esta pregunta, caben básicamente dos actitudes. La primera consistiría en dejar que cada uno decida individualmente y a su arbitrio qué es lo que puede hacerle feliz: tal actitud *renuncia a la teoría moral*, es decir, renuncia a encontrar un modelo generalizable de felicidad, desentendiéndose de la pregunta sin intentar siquiera contestarla. Si, por el contrario, se adopta una actitud teórica, como hace Aristóteles, la pregunta solamente puede ser contestada analizando la naturaleza humana. Como Platón, como todos los filósofos griegos, Aristóteles se vuelve al *estudio de la naturaleza humana*, estableciendo un segundo principio: **cada ser es feliz realizando la actividad que le es propia y natural.**

Este principio, según el cual la felicidad consiste en el ejercicio de la actividad propia de cada ser, es una consecuencia que *se sigue lógicamente de la concepción teleológica de la naturaleza* en Aristóteles. Todos los actos humanos tienen un fin. Siempre que hacemos algo lo hacemos para llegar a una meta o un objetivo que es la que le da sentido a nuestro accionar. Por ejemplo, estudiamos para ser buenos profesionales, o para tener un buen empleo, etc. En efecto, si todo ser natural *tiende* a realizar determinadas actividades, el ejercicio de éstas traerá consigo la satisfacción de sus tendencias y, con ello, la perfección y la felicidad. Pero, es necesario que exista un fin que se quiera por sí mismo, porque de otro modo, la cadena de fines que es nuestra vida quedaría vacía de sentido. De otro modo, ¿para qué hacemos todo lo que hacemos?

Ahora bien, la actividad más propia y natural del hombre, aquella que corresponde más naturalmente a la naturaleza de éste, es *la actividad intelectual*. **La forma más perfecta de felicidad sería, por tanto, la actividad contemplativa.** La felicidad sólo es posible para aquel que vive guiándose por la razón, para aquel que no se deja llevar por las pasiones. La razón debe guiar, entonces, nuestras vidas.

Ante esta pregunta, caben básicamente dos actitudes. La primera consistiría en dejar que cada uno decida individualmente y a su arbitrio qué es lo que puede hacerle feliz: tal actitud *renuncia a la teoría moral*, es decir, renuncia a encontrar un modelo generalizable de felicidad, desentendiéndose de la pregunta sin intentar siquiera contestarla. Si, por el contrario, se adopta una actitud teórica, como hace Aristóteles, la pregunta solamente puede ser contestada analizando la naturaleza humana. Como Platón, como todos los filósofos griegos, Aristóteles se vuelve al *estudio de la naturaleza humana*, estableciendo un segundo principio: **cada ser es feliz realizando la actividad que le es propia y natural.**

Este principio, según el cual la felicidad consiste en el ejercicio de la actividad propia de cada ser, es una consecuencia que *se sigue lógicamente de la concepción teleológica de la naturaleza* en Aristóteles. Todos los actos humanos tienen un fin. Siempre que hacemos algo lo hacemos para llegar a una meta o un objetivo que es la que le da sentido a nuestro accionar. Por ejemplo, estudiamos para ser buenos profesionales, o para tener un buen empleo, etc. En efecto, si todo ser natural *tiende* a realizar determinadas actividades, el ejercicio de éstas traerá consigo la satisfacción de sus tendencias y, con ello, la perfección y la felicidad. Pero, es necesario que exista un fin que se quiera por sí mismo, porque de otro modo, la cadena de fines que es nuestra vida quedaría vacía de sentido. De otro modo, ¿para qué hacemos todo lo que hacemos?

Ahora bien, la actividad más propia y natural del hombre, aquella que corresponde más naturalmente a la naturaleza de éste, es *la actividad intelectual*. **La forma más perfecta de felicidad sería, por tanto, la actividad contemplativa.** La felicidad sólo es posible para aquel que vive guiándose por la razón, para aquel que no se deja llevar por las pasiones. La razón debe guiar, entonces, nuestras vidas.

Ante esta pregunta, caben básicamente dos actitudes. La primera consistiría en dejar que cada uno decida individualmente y a su arbitrio qué es lo que puede hacerle feliz: tal actitud *renuncia a la teoría moral*, es decir, renuncia a encontrar un modelo generalizable de felicidad, desentendiéndose de la pregunta sin intentar siquiera contestarla. Si, por el contrario, se adopta una actitud teórica, como hace Aristóteles, la pregunta solamente puede ser contestada analizando la naturaleza humana. Como Platón, como todos los filósofos griegos, Aristóteles se vuelve al *estudio de la naturaleza humana*, estableciendo un segundo principio: **cada ser es feliz realizando la actividad que le es propia y natural.**

Este principio, según el cual la felicidad consiste en el ejercicio de la actividad propia de cada ser, es una consecuencia que *se sigue lógicamente de la concepción teleológica de la naturaleza* en Aristóteles. Todos los actos humanos tienen un fin. Siempre que hacemos algo lo hacemos para llegar a una meta o un objetivo que es la que le da sentido a nuestro accionar. Por ejemplo, estudiamos para ser buenos profesionales, o para tener un buen empleo, etc. En efecto, si todo ser natural *tiende* a realizar determinadas actividades, el ejercicio de éstas traerá consigo la satisfacción de sus tendencias y, con ello, la perfección y la felicidad. Pero, es necesario que exista un fin que se quiera por sí mismo, porque de otro modo, la cadena de fines que es nuestra vida quedaría vacía de sentido. De otro modo, ¿para qué hacemos todo lo que hacemos?

Ahora bien, la actividad más propia y natural del hombre, aquella que corresponde más naturalmente a la naturaleza de éste, es *la actividad intelectual*. **La forma más perfecta de felicidad sería, por tanto, la actividad contemplativa.** La felicidad sólo es posible para aquel que vive guiándose por la razón, para aquel que no se deja llevar por las pasiones. La razón debe guiar, entonces, nuestras vidas.

Ante esta pregunta, caben básicamente dos actitudes. La primera consistiría en dejar que cada uno decida individualmente y a su arbitrio qué es lo que puede hacerle feliz: tal actitud *renuncia a la teoría moral*, es decir, renuncia a encontrar un modelo generalizable de felicidad, desentendiéndose de la pregunta sin intentar siquiera contestarla. Si, por el contrario, se adopta una actitud teórica, como hace Aristóteles, la pregunta solamente puede ser contestada analizando la naturaleza humana. Como Platón, como todos los filósofos griegos, Aristóteles se vuelve al *estudio de la naturaleza humana*, estableciendo un segundo principio: **cada ser es feliz realizando la actividad que le es propia y natural.**

Este principio, según el cual la felicidad consiste en el ejercicio de la actividad propia de cada ser, es una consecuencia que *se sigue lógicamente de la concepción teleológica de la naturaleza* en Aristóteles. Todos los actos humanos tienen un fin. Siempre que hacemos algo lo hacemos para llegar a una meta o un objetivo que es la que le da sentido a nuestro accionar. Por ejemplo, estudiamos para ser buenos profesionales, o para tener un buen empleo, etc. En efecto, si todo ser natural *tiende* a realizar determinadas actividades, el ejercicio de éstas traerá consigo la satisfacción de sus tendencias y, con ello, la perfección y la felicidad. Pero, es necesario que exista un fin que se quiera por sí mismo, porque de otro modo, la cadena de fines que es nuestra vida quedaría vacía de sentido. De otro modo, ¿para qué hacemos todo lo que hacemos?

Ahora bien, la actividad más propia y natural del hombre, aquella que corresponde más naturalmente a la naturaleza de éste, es *la actividad intelectual*. **La forma más perfecta de felicidad sería, por tanto, la actividad contemplativa.** La felicidad sólo es posible para aquel que vive guiándose por la razón, para aquel que no se deja llevar por las pasiones. La razón debe guiar, entonces, nuestras vidas.

Ante esta pregunta, caben básicamente dos actitudes. La primera consistiría en dejar que cada uno decida individualmente y a su arbitrio qué es lo que puede hacerle feliz: tal actitud *renuncia a la teoría moral*, es decir, renuncia a encontrar un modelo generalizable de felicidad, desentendiéndose de la pregunta sin intentar siquiera contestarla. Si, por el contrario, se adopta una actitud teórica, como hace Aristóteles, la pregunta solamente puede ser contestada analizando la naturaleza humana. Como Platón, como todos los filósofos griegos, Aristóteles se vuelve al *estudio de la naturaleza humana*, estableciendo un segundo principio: **cada ser es feliz realizando la actividad que le es propia y natural.**

Este principio, según el cual la felicidad consiste en el ejercicio de la actividad propia de cada ser, es una consecuencia que *se sigue lógicamente de la concepción teleológica de la naturaleza* en Aristóteles. Todos los actos humanos tienen un fin. Siempre que hacemos algo lo hacemos para llegar a una meta o un objetivo que es la que le da sentido a nuestro accionar. Por ejemplo, estudiamos para ser buenos profesionales, o para tener un buen empleo, etc. En efecto, si todo ser natural *tiende* a realizar determinadas actividades, el ejercicio de éstas traerá consigo la satisfacción de sus tendencias y, con ello, la perfección y la felicidad. Pero, es necesario que exista un fin que se quiera por sí mismo, porque de otro modo, la cadena de fines que es nuestra vida quedaría vacía de sentido. De otro modo, ¿para qué hacemos todo lo que hacemos?

Ahora bien, la actividad más propia y natural del hombre, aquella que corresponde más naturalmente a la naturaleza de éste, es *la actividad intelectual*. **La forma más perfecta de felicidad sería, por tanto, la actividad contemplativa.** La felicidad sólo es posible para aquel que vive guiándose por la razón, para aquel que no se deja llevar por las pasiones. La razón debe guiar, entonces, nuestras vidas.

Ante esta pregunta, caben básicamente dos actitudes. La primera consistiría en dejar que cada uno decida individualmente y a su arbitrio qué es lo que puede hacerle feliz: tal actitud *renuncia a la teoría moral*, es decir, renuncia a encontrar un modelo generalizable de felicidad, desentendiéndose de la pregunta sin intentar siquiera contestarla. Si, por el contrario, se adopta una actitud teórica, como hace Aristóteles, la pregunta solamente puede ser contestada analizando la naturaleza humana. Como Platón, como todos los filósofos griegos, Aristóteles se vuelve al *estudio de la naturaleza humana*, estableciendo un segundo principio: **cada ser es feliz realizando la actividad que le es propia y natural.**

Este principio, según el cual la felicidad consiste en el ejercicio de la actividad propia de cada ser, es una consecuencia que *se sigue lógicamente de la concepción teleológica de la naturaleza* en Aristóteles. Todos los actos humanos tienen un fin. Siempre que hacemos algo lo hacemos para llegar a una meta o un objetivo que es la que le da sentido a nuestro accionar. Por ejemplo, estudiamos para ser buenos profesionales, o para tener un buen empleo, etc. En efecto, si todo ser natural *tiende* a realizar determinadas actividades, el ejercicio de éstas traerá consigo la satisfacción de sus tendencias y, con ello, la perfección y la felicidad. Pero, es necesario que exista un fin que se quiera por sí mismo, porque de otro modo, la cadena de fines que es nuestra vida quedaría vacía de sentido. De otro modo, ¿para qué hacemos todo lo que hacemos?

Ahora bien, la actividad más propia y natural del hombre, aquella que corresponde más naturalmente a la naturaleza de éste, es *la actividad intelectual*. **La forma más perfecta de felicidad sería, por tanto, la actividad contemplativa.** La felicidad sólo es posible para aquel que vive guiándose por la razón, para aquel que no se deja llevar por las pasiones. La razón debe guiar, entonces, nuestras vidas.

Ante esta pregunta, caben básicamente dos actitudes. La primera consistiría en dejar que cada uno decida individualmente y a su arbitrio qué es lo que puede hacerle feliz: tal actitud *renuncia a la teoría moral*, es decir, renuncia a encontrar un modelo generalizable de felicidad, desentendiéndose de la pregunta sin intentar siquiera contestarla. Si, por el contrario, se adopta una actitud teórica, como hace Aristóteles, la pregunta solamente puede ser contestada analizando la naturaleza humana. Como Platón, como todos los filósofos griegos, Aristóteles se vuelve al *estudio de la naturaleza humana*, estableciendo un segundo principio: **cada ser es feliz realizando la actividad que le es propia y natural.**

Este principio, según el cual la felicidad consiste en el ejercicio de la actividad propia de cada ser, es una consecuencia que *se sigue lógicamente de la concepción teleológica de la naturaleza* en Aristóteles. Todos los actos humanos tienen un fin. Siempre que hacemos algo lo hacemos para llegar a una meta o un objetivo que es la que le da sentido a nuestro accionar. Por ejemplo, estudiamos para ser buenos profesionales, o para tener un buen empleo, etc. En efecto, si todo ser natural *tiende* a realizar determinadas actividades, el ejercicio de éstas traerá consigo la satisfacción de sus tendencias y, con ello, la perfección y la felicidad. Pero, es necesario que exista un fin que se quiera por sí mismo, porque de otro modo, la cadena de fines que es nuestra vida quedaría vacía de sentido. De otro modo, ¿para qué hacemos todo lo que hacemos?

Ahora bien, la actividad más propia y natural del hombre, aquella que corresponde más naturalmente a la naturaleza de éste, es *la actividad intelectual*. **La forma más perfecta de felicidad sería, por tanto, la actividad contemplativa.** La felicidad sólo es posible para aquel que vive guiándose por la razón, para aquel que no se deja llevar por las pasiones. La razón debe guiar, entonces, nuestras vidas.

Ante esta pregunta, caben básicamente dos actitudes. La primera consistiría en dejar que cada uno decida individualmente y a su arbitrio qué es lo que puede hacerle feliz: tal actitud *renuncia a la teoría moral*, es decir, renuncia a encontrar un modelo generalizable de felicidad, desentendiéndose de la pregunta sin intentar siquiera contestarla. Si, por el contrario, se adopta una actitud teórica, como hace Aristóteles, la pregunta solamente puede ser contestada analizando la naturaleza humana. Como Platón, como todos los filósofos griegos, Aristóteles se vuelve al *estudio de la naturaleza humana*, estableciendo un segundo principio: **cada ser es feliz realizando la actividad que le es propia y natural.**

Este principio, según el cual la felicidad consiste en el ejercicio de la actividad propia de cada ser, es una consecuencia que *se sigue lógicamente de la concepción teleológica de la naturaleza* en Aristóteles. Todos los actos humanos tienen un fin. Siempre que hacemos algo lo hacemos para llegar a una meta o un objetivo que es la que le da sentido a nuestro accionar. Por ejemplo, estudiamos para ser buenos profesionales, o para tener un buen empleo, etc. En efecto, si todo ser natural *tiende* a realizar determinadas actividades, el ejercicio de éstas traerá consigo la satisfacción de sus tendencias y, con ello, la perfección y la felicidad. Pero, es necesario que exista un fin que se quiera por sí mismo, porque de otro modo, la cadena de fines que es nuestra vida quedaría vacía de sentido. De otro modo, ¿para qué hacemos todo lo que hacemos?

Ahora bien, la actividad más propia y natural del hombre, aquella que corresponde más naturalmente a la naturaleza de éste, es *la actividad intelectual*. **La forma más perfecta de felicidad sería, por tanto, la actividad contemplativa.** La felicidad sólo es posible para aquel que vive guiándose por la razón, para aquel que no se deja llevar por las pasiones. La razón debe guiar, entonces, nuestras vidas.

Ante esta pregunta, caben básicamente dos actitudes. La primera consistiría en dejar que cada uno decida individualmente y a su arbitrio qué es lo que puede hacerle feliz: tal actitud *renuncia a la teoría moral*, es decir, renuncia a encontrar un modelo generalizable de felicidad, desentendiéndose de la pregunta sin intentar siquiera contestarla. Si, por el contrario, se adopta una actitud teórica, como hace Aristóteles, la pregunta solamente puede ser contestada analizando la naturaleza humana. Como Platón, como todos los filósofos griegos, Aristóteles se vuelve al *estudio de la naturaleza humana*, estableciendo un segundo principio: **cada ser es feliz realizando la actividad que le es propia y natural.**

Este principio, según el cual la felicidad consiste en el ejercicio de la actividad propia de cada ser, es una consecuencia que se *sigue lógicamente de la concepción teleológica de la naturaleza* en Aristóteles. Todos los actos humanos tienen un fin. Siempre que hacemos algo lo hacemos para llegar a una meta o un objetivo que es la que le da sentido a nuestro accionar. Por ejemplo, estudiamos para ser buenos profesionales, o para tener un buen empleo, etc. En efecto, si todo ser natural *tiende* a realizar determinadas actividades, el ejercicio de éstas traerá consigo la satisfacción de sus tendencias y, con ello, la perfección y la felicidad. Pero, es necesario que exista un fin que se quiera por sí mismo, porque de otro modo, la cadena de fines que es nuestra vida quedaría vacía de sentido. De otro modo, ¿para qué hacemos todo lo que hacemos?

Ahora bien, la actividad más propia y natural del hombre, aquella que corresponde más naturalmente a la naturaleza de éste, es *la actividad intelectual*. **La forma más perfecta de felicidad sería, por tanto, la actividad contemplativa.** La felicidad sólo es posible para aquel que vive guiándose por la razón, para aquel que no se deja llevar por las pasiones. La razón debe guiar, entonces, nuestras vidas.

Pero Aristóteles sabe que el hombre no es sólo razón, entendimiento. Una vida dedicada a la contemplación solamente sería posible si el hombre no tuviera necesidades corporales, problemas económicos, etc. Este ideal de felicidad y perfección es, pues, una aspiración fácticamente *irrealizable* para la inmensa mayoría de los hombres, y aún aquellos que puedan dedicarse a la contemplación, solamente pueden hacerlo durante escasos períodos de tiempo a lo largo de su vida. El hombre no puede, pues, alcanzar esta felicidad absoluta, sino que ha de contentarse con una felicidad *limitada*. La consecución de esta forma rebajada de felicidad exige la **posesión de las virtudes morales** para regular las tendencias propias y el trato con los demás, así como la posesión de ciertos **bienes corporales** (salud, etc.) y **exteriores** (medios económicos, etc.). La **virtud** es un hábito operativo bueno. Algunos relacionan los valores objetivos de los que hemos hablado, con las virtudes. Pero hay que tener en cuenta que si bien todas las virtudes son valores, no todos los valores son virtudes.

El hombre bueno es el hombre prudente, es el que busca el "término medio" entre los extremos. Para Aristóteles, la naturaleza de la virtud es el medio entre dos extremos. Por ejemplo, la paciencia es el medio entre un exceso que es la dureza de corazón o pasividad y un defecto que es la impaciencia. Hay que señalar, sin embargo, que de una virtud como la justicia (dar a cada uno lo suyo, lo que le es debido), no hay exceso.

El término medio no puede ser siempre el mismo sino que depende de las circunstancias y de la persona de la que se trate. El término medio es relativo. Por ejemplo, la valentía en una guerra no es igual que la valentía para hacer un examen en la Universidad. Sin embargo, nadie nace con la capacidad de distinguir el término medio sino que hay que adquirirla mediante la educación y la práctica.

Para concluir, es importante señalar que para Aristóteles, así como quien carece de los medios indispensables para sobrevivir o quien está enfermo NO puede ser enteramente feliz, tampoco se puede llegar

Pero Aristóteles sabe que el hombre no es sólo razón, entendimiento. Una vida dedicada a la contemplación solamente sería posible si el hombre no tuviera necesidades corporales, problemas económicos, etc. Este ideal de felicidad y perfección es, pues, una aspiración fácticamente *irrealizable* para la inmensa mayoría de los hombres, y aún aquellos que puedan dedicarse a la contemplación, solamente pueden hacerlo durante escasos períodos de tiempo a lo largo de su vida. El hombre no puede, pues, alcanzar esta felicidad absoluta, sino que ha de contentarse con una felicidad *limitada*. La consecución de esta forma rebajada de felicidad exige la **posesión de las virtudes morales** para regular las tendencias propias y el trato con los demás, así como la posesión de ciertos **bienes corporales** (salud, etc.) y **exteriores** (medios económicos, etc.). La **virtud** es un hábito operativo bueno. Algunos relacionan los valores objetivos de los que hemos hablado, con las virtudes. Pero hay que tener en cuenta que si bien todas las virtudes son valores, no todos los valores son virtudes.

El hombre bueno es el hombre prudente, es el que busca el "término medio" entre los extremos. Para Aristóteles, la naturaleza de la virtud es el medio entre dos extremos. Por ejemplo, la paciencia es el medio entre un exceso que es la dureza de corazón o pasividad y un defecto que es la impaciencia. Hay que señalar, sin embargo, que de una virtud como la justicia (dar a cada uno lo suyo, lo que le es debido), no hay exceso.

El término medio no puede ser siempre el mismo sino que depende de las circunstancias y de la persona de la que se trate. El término medio es relativo. Por ejemplo, la valentía en una guerra no es igual que la valentía para hacer un examen en la Universidad. Sin embargo, nadie nace con la capacidad de distinguir el término medio sino que hay que adquirirla mediante la educación y la práctica.

Para concluir, es importante señalar que para Aristóteles, así como quien carece de los medios indispensables para sobrevivir o quien está enfermo NO puede ser enteramente feliz, tampoco se puede llegar

Pero Aristóteles sabe que el hombre no es sólo razón, entendimiento. Una vida dedicada a la contemplación solamente sería posible si el hombre no tuviera necesidades corporales, problemas económicos, etc. Este ideal de felicidad y perfección es, pues, una aspiración fácticamente *irrealizable* para la inmensa mayoría de los hombres, y aún aquellos que puedan dedicarse a la contemplación, solamente pueden hacerlo durante escasos períodos de tiempo a lo largo de su vida. El hombre no puede, pues, alcanzar esta felicidad absoluta, sino que ha de contentarse con una felicidad *limitada*. La consecución de esta forma rebajada de felicidad exige la **posesión de las virtudes morales** para regular las tendencias propias y el trato con los demás, así como la posesión de ciertos **bienes corporales** (salud, etc.) y **exteriores** (medios económicos, etc.). La **virtud** es un hábito operativo bueno. Algunos relacionan los valores objetivos de los que hemos hablado, con las virtudes. Pero hay que tener en cuenta que si bien todas las virtudes son valores, no todos los valores son virtudes.

El hombre bueno es el hombre prudente, es el que busca el "término medio" entre los extremos. Para Aristóteles, la naturaleza de la virtud es el medio entre dos extremos. Por ejemplo, la paciencia es el medio entre un exceso que es la dureza de corazón o pasividad y un defecto que es la impaciencia. Hay que señalar, sin embargo, que de una virtud como la justicia (dar a cada uno lo suyo, lo que le es debido), no hay exceso.

El término medio no puede ser siempre el mismo sino que depende de las circunstancias y de la persona de la que se trate. El término medio es relativo. Por ejemplo, la valentía en una guerra no es igual que la valentía para hacer un examen en la Universidad. Sin embargo, nadie nace con la capacidad de distinguir el término medio sino que hay que adquirirla mediante la educación y la práctica.

Para concluir, es importante señalar que para Aristóteles, así como quien carece de los medios indispensables para sobrevivir o quien está enfermo NO puede ser enteramente feliz, tampoco se puede llegar

Pero Aristóteles sabe que el hombre no es sólo razón, entendimiento. Una vida dedicada a la contemplación solamente sería posible si el hombre no tuviera necesidades corporales, problemas económicos, etc. Este ideal de felicidad y perfección es, pues, una aspiración fácticamente *irrealizable* para la inmensa mayoría de los hombres, y aún aquellos que puedan dedicarse a la contemplación, solamente pueden hacerlo durante escasos períodos de tiempo a lo largo de su vida. El hombre no puede, pues, alcanzar esta felicidad absoluta, sino que ha de contentarse con una felicidad *limitada*. La consecución de esta forma rebajada de felicidad exige la **posesión de las virtudes morales** para regular las tendencias propias y el trato con los demás, así como la posesión de ciertos **bienes corporales** (salud, etc.) y **exteriores** (medios económicos, etc.). La **virtud** es un hábito operativo bueno. Algunos relacionan los valores objetivos de los que hemos hablado, con las virtudes. Pero hay que tener en cuenta que si bien todas las virtudes son valores, no todos los valores son virtudes.

El hombre bueno es el hombre prudente, es el que busca el "término medio" entre los extremos. Para Aristóteles, la naturaleza de la virtud es el medio entre dos extremos. Por ejemplo, la paciencia es el medio entre un exceso que es la dureza de corazón o pasividad y un defecto que es la impaciencia. Hay que señalar, sin embargo, que de una virtud como la justicia (dar a cada uno lo suyo, lo que le es debido), no hay exceso.

El término medio no puede ser siempre el mismo sino que depende de las circunstancias y de la persona de la que se trate. El término medio es relativo. Por ejemplo, la valentía en una guerra no es igual que la valentía para hacer un examen en la Universidad. Sin embargo, nadie nace con la capacidad de distinguir el término medio sino que hay que adquirirla mediante la educación y la práctica.

Para concluir, es importante señalar que para Aristóteles, así como quien carece de los medios indispensables para sobrevivir o quien está enfermo NO puede ser enteramente feliz, tampoco se puede llegar

Pero Aristóteles sabe que el hombre no es sólo razón, entendimiento. Una vida dedicada a la contemplación solamente sería posible si el hombre no tuviera necesidades corporales, problemas económicos, etc. Este ideal de felicidad y perfección es, pues, una aspiración fácticamente *irrealizable* para la inmensa mayoría de los hombres, y aún aquellos que puedan dedicarse a la contemplación, solamente pueden hacerlo durante escasos períodos de tiempo a lo largo de su vida. El hombre no puede, pues, alcanzar esta felicidad absoluta, sino que ha de contentarse con una felicidad *limitada*. La consecución de esta forma rebajada de felicidad exige la **posesión de las virtudes morales** para regular las tendencias propias y el trato con los demás, así como la posesión de ciertos **bienes corporales** (salud, etc.) y **exteriores** (medios económicos, etc.). La **virtud** es un hábito operativo bueno. Algunos relacionan los valores objetivos de los que hemos hablado, con las virtudes. Pero hay que tener en cuenta que si bien todas las virtudes son valores, no todos los valores son virtudes.

El hombre bueno es el hombre prudente, es el que busca el "término medio" entre los extremos. Para Aristóteles, la naturaleza de la virtud es el medio entre dos extremos. Por ejemplo, la paciencia es el medio entre un exceso que es la dureza de corazón o pasividad y un defecto que es la impaciencia. Hay que señalar, sin embargo, que de una virtud como la justicia (dar a cada uno lo suyo, lo que le es debido), no hay exceso.

El término medio no puede ser siempre el mismo sino que depende de las circunstancias y de la persona de la que se trate. El término medio es relativo. Por ejemplo, la valentía en una guerra no es igual que la valentía para hacer un examen en la Universidad. Sin embargo, nadie nace con la capacidad de distinguir el término medio sino que hay que adquirirla mediante la educación y la práctica.

Para concluir, es importante señalar que para Aristóteles, así como quien carece de los medios indispensables para sobrevivir o quien está enfermo NO puede ser enteramente feliz, tampoco se puede llegar

Pero Aristóteles sabe que el hombre no es sólo razón, entendimiento. Una vida dedicada a la contemplación solamente sería posible si el hombre no tuviera necesidades corporales, problemas económicos, etc. Este ideal de felicidad y perfección es, pues, una aspiración fácticamente *irrealizable* para la inmensa mayoría de los hombres, y aún aquellos que puedan dedicarse a la contemplación, solamente pueden hacerlo durante escasos períodos de tiempo a lo largo de su vida. El hombre no puede, pues, alcanzar esta felicidad absoluta, sino que ha de contentarse con una felicidad *limitada*. La consecución de esta forma rebajada de felicidad exige la **posesión de las virtudes morales** para regular las tendencias propias y el trato con los demás, así como la posesión de ciertos **bienes corporales** (salud, etc.) y **exteriores** (medios económicos, etc.). La **virtud** es un hábito operativo bueno. Algunos relacionan los valores objetivos de los que hemos hablado, con las virtudes. Pero hay que tener en cuenta que si bien todas las virtudes son valores, no todos los valores son virtudes.

El hombre bueno es el hombre prudente, es el que busca el "término medio" entre los extremos. Para Aristóteles, la naturaleza de la virtud es el medio entre dos extremos. Por ejemplo, la paciencia es el medio entre un exceso que es la dureza de corazón o pasividad y un defecto que es la impaciencia. Hay que señalar, sin embargo, que de una virtud como la justicia (dar a cada uno lo suyo, lo que le es debido), no hay exceso.

El término medio no puede ser siempre el mismo sino que depende de las circunstancias y de la persona de la que se trate. El término medio es relativo. Por ejemplo, la valentía en una guerra no es igual que la valentía para hacer un examen en la Universidad. Sin embargo, nadie nace con la capacidad de distinguir el término medio sino que hay que adquirirla mediante la educación y la práctica.

Para concluir, es importante señalar que para Aristóteles, así como quien carece de los medios indispensables para sobrevivir o quien está enfermo NO puede ser enteramente feliz, tampoco se puede llegar

Pero Aristóteles sabe que el hombre no es sólo razón, entendimiento. Una vida dedicada a la contemplación solamente sería posible si el hombre no tuviera necesidades corporales, problemas económicos, etc. Este ideal de felicidad y perfección es, pues, una aspiración fácticamente *irrealizable* para la inmensa mayoría de los hombres, y aún aquellos que puedan dedicarse a la contemplación, solamente pueden hacerlo durante escasos períodos de tiempo a lo largo de su vida. El hombre no puede, pues, alcanzar esta felicidad absoluta, sino que ha de contentarse con una felicidad *limitada*. La consecución de esta forma rebajada de felicidad exige la **posesión de las virtudes morales** para regular las tendencias propias y el trato con los demás, así como la posesión de ciertos **bienes corporales** (salud, etc.) y **exteriores** (medios económicos, etc.). La **virtud** es un hábito operativo bueno. Algunos relacionan los valores objetivos de los que hemos hablado, con las virtudes. Pero hay que tener en cuenta que si bien todas las virtudes son valores, no todos los valores son virtudes.

El hombre bueno es el hombre prudente, es el que busca el "término medio" entre los extremos. Para Aristóteles, la naturaleza de la virtud es el medio entre dos extremos. Por ejemplo, la paciencia es el medio entre un exceso que es la dureza de corazón o pasividad y un defecto que es la impaciencia. Hay que señalar, sin embargo, que de una virtud como la justicia (dar a cada uno lo suyo, lo que le es debido), no hay exceso.

El término medio no puede ser siempre el mismo sino que depende de las circunstancias y de la persona de la que se trate. El término medio es relativo. Por ejemplo, la valentía en una guerra no es igual que la valentía para hacer un examen en la Universidad. Sin embargo, nadie nace con la capacidad de distinguir el término medio sino que hay que adquirirla mediante la educación y la práctica.

Para concluir, es importante señalar que para Aristóteles, así como quien carece de los medios indispensables para sobrevivir o quien está enfermo NO puede ser enteramente feliz, tampoco se puede llegar

Pero Aristóteles sabe que el hombre no es sólo razón, entendimiento. Una vida dedicada a la contemplación solamente sería posible si el hombre no tuviera necesidades corporales, problemas económicos, etc. Este ideal de felicidad y perfección es, pues, una aspiración fácticamente *irrealizable* para la inmensa mayoría de los hombres, y aún aquellos que puedan dedicarse a la contemplación, solamente pueden hacerlo durante escasos períodos de tiempo a lo largo de su vida. El hombre no puede, pues, alcanzar esta felicidad absoluta, sino que ha de contentarse con una felicidad *limitada*. La consecución de esta forma rebajada de felicidad exige la **posesión de las virtudes morales** para regular las tendencias propias y el trato con los demás, así como la posesión de ciertos **bienes corporales** (salud, etc.) y **exteriores** (medios económicos, etc.). La **virtud** es un hábito operativo bueno. Algunos relacionan los valores objetivos de los que hemos hablado, con las virtudes. Pero hay que tener en cuenta que si bien todas las virtudes son valores, no todos los valores son virtudes.

El hombre bueno es el hombre prudente, es el que busca el "término medio" entre los extremos. Para Aristóteles, la naturaleza de la virtud es el medio entre dos extremos. Por ejemplo, la paciencia es el medio entre un exceso que es la dureza de corazón o pasividad y un defecto que es la impaciencia. Hay que señalar, sin embargo, que de una virtud como la justicia (dar a cada uno lo suyo, lo que le es debido), no hay exceso.

El término medio no puede ser siempre el mismo sino que depende de las circunstancias y de la persona de la que se trate. El término medio es relativo. Por ejemplo, la valentía en una guerra no es igual que la valentía para hacer un examen en la Universidad. Sin embargo, nadie nace con la capacidad de distinguir el término medio sino que hay que adquirirla mediante la educación y la práctica.

Para concluir, es importante señalar que para Aristóteles, así como quien carece de los medios indispensables para sobrevivir o quien está enfermo NO puede ser enteramente feliz, tampoco se puede llegar

Pero Aristóteles sabe que el hombre no es sólo razón, entendimiento. Una vida dedicada a la contemplación solamente sería posible si el hombre no tuviera necesidades corporales, problemas económicos, etc. Este ideal de felicidad y perfección es, pues, una aspiración fácticamente *irrealizable* para la inmensa mayoría de los hombres, y aún aquellos que puedan dedicarse a la contemplación, solamente pueden hacerlo durante escasos períodos de tiempo a lo largo de su vida. El hombre no puede, pues, alcanzar esta felicidad absoluta, sino que ha de contentarse con una felicidad *limitada*. La consecución de esta forma rebajada de felicidad exige la **posesión de las virtudes morales** para regular las tendencias propias y el trato con los demás, así como la posesión de ciertos **bienes corporales** (salud, etc.) y **exteriores** (medios económicos, etc.). La **virtud** es un hábito operativo bueno. Algunos relacionan los valores objetivos de los que hemos hablado, con las virtudes. Pero hay que tener en cuenta que si bien todas las virtudes son valores, no todos los valores son virtudes.

El hombre bueno es el hombre prudente, es el que busca el "término medio" entre los extremos. Para Aristóteles, la naturaleza de la virtud es el medio entre dos extremos. Por ejemplo, la paciencia es el medio entre un exceso que es la dureza de corazón o pasividad y un defecto que es la impaciencia. Hay que señalar, sin embargo, que de una virtud como la justicia (dar a cada uno lo suyo, lo que le es debido), no hay exceso.

El término medio no puede ser siempre el mismo sino que depende de las circunstancias y de la persona de la que se trate. El término medio es relativo. Por ejemplo, la valentía en una guerra no es igual que la valentía para hacer un examen en la Universidad. Sin embargo, nadie nace con la capacidad de distinguir el término medio sino que hay que adquirirla mediante la educación y la práctica.

Para concluir, es importante señalar que para Aristóteles, así como quien carece de los medios indispensables para sobrevivir o quien está enfermo NO puede ser enteramente feliz, tampoco se puede llegar

Pero Aristóteles sabe que el hombre no es sólo razón, entendimiento. Una vida dedicada a la contemplación solamente sería posible si el hombre no tuviera necesidades corporales, problemas económicos, etc. Este ideal de felicidad y perfección es, pues, una aspiración fácticamente *irrealizable* para la inmensa mayoría de los hombres, y aún aquellos que puedan dedicarse a la contemplación, solamente pueden hacerlo durante escasos períodos de tiempo a lo largo de su vida. El hombre no puede, pues, alcanzar esta felicidad absoluta, sino que ha de contentarse con una felicidad *limitada*. La consecución de esta forma rebajada de felicidad exige la **posesión de las virtudes morales** para regular las tendencias propias y el trato con los demás, así como la posesión de ciertos **bienes corporales** (salud, etc.) y **exteriores** (medios económicos, etc.). La **virtud** es un hábito operativo bueno. Algunos relacionan los valores objetivos de los que hemos hablado, con las virtudes. Pero hay que tener en cuenta que si bien todas las virtudes son valores, no todos los valores son virtudes.

El hombre bueno es el hombre prudente, es el que busca el "término medio" entre los extremos. Para Aristóteles, la naturaleza de la virtud es el medio entre dos extremos. Por ejemplo, la paciencia es el medio entre un exceso que es la dureza de corazón o pasividad y un defecto que es la impaciencia. Hay que señalar, sin embargo, que de una virtud como la justicia (dar a cada uno lo suyo, lo que le es debido), no hay exceso.

El término medio no puede ser siempre el mismo sino que depende de las circunstancias y de la persona de la que se trate. El término medio es relativo. Por ejemplo, la valentía en una guerra no es igual que la valentía para hacer un examen en la Universidad. Sin embargo, nadie nace con la capacidad de distinguir el término medio sino que hay que adquirirla mediante la educación y la práctica.

Para concluir, es importante señalar que para Aristóteles, así como quien carece de los medios indispensables para sobrevivir o quien está enfermo NO puede ser enteramente feliz, tampoco se puede llegar

a la felicidad en soledad. La felicidad debe obtenerse dentro de la sociedad en la que el hombre vive, ya que el hombre ante todo es un "animal político"

Algunas objeciones que se le han presentado a Aristóteles son que (i) la felicidad de los hombres libres se sustentaba en la inferioridad de una mayoría, los esclavos; (ii) el fomento y desarrollo de las virtudes requiere una serie de condiciones sociales concretas. Un analfabeto por ejemplo, no ha elegido ser analfabeto, se encuentra limitado por las condiciones impuestas por la sociedad.

2.1.2 Hedonismo

Frente al *eudemonismo* que Aristóteles postula, Epicuro y después J. Bentham abogarán por defender el **HEDONISMO MORAL**.

El hedonismo sostiene que lo bueno en sí es el placer, por lo que:

- una acción será correcta cuando sus consecuencias produzcan el mayor placer posible
- un agente debe hacer siempre la acción que, entre las acciones posibles que se le presenten, proporcione mayor placer.

*"Por eso decimos que el **placer es el principio y el fin del vivir felizmente**: éste es el bien primero y principal: de él provienen toda **elección y rechazo** y consideramos bienes, por regla general, a los que no producen perturbaciones. También por ser el placer el bien primero y principal no elegimos todos los goces, antes bien, dejamos de lado muchos cuando de ellos se han de seguir dolores y llegamos a preferir ciertos dolores cuando de ellos se ha de seguir un placer mayor."* (EPICURO Carta a Meneceo Madrid, Espasa-Calpe, 1969)

Hay que tener en cuenta que los placeres por muy refinados que sean, se determinan a través del eco afectivo. En este caso, Epicuro estaba más acertado cuando decía que también las virtudes se eligen por el placer que producen, como la medicina en función de la salud:

a la felicidad en soledad. La felicidad debe obtenerse dentro de la sociedad en la que el hombre vive, ya que el hombre ante todo es un "animal político"

Algunas objeciones que se le han presentado a Aristóteles son que (i) la felicidad de los hombres libres se sustentaba en la inferioridad de una mayoría, los esclavos; (ii) el fomento y desarrollo de las virtudes requiere una serie de condiciones sociales concretas. Un analfabeto por ejemplo, no ha elegido ser analfabeto, se encuentra limitado por las condiciones impuestas por la sociedad.

2.1.2 Hedonismo

Frente al *eudemonismo* que Aristóteles postula, Epicuro y después J. Bentham abogarán por defender el **HEDONISMO MORAL**.

El hedonismo sostiene que lo bueno en sí es el placer, por lo que:

- una acción será correcta cuando sus consecuencias produzcan el mayor placer posible
- un agente debe hacer siempre la acción que, entre las acciones posibles que se le presenten, proporcione mayor placer.

*"Por eso decimos que el **placer es el principio y el fin del vivir felizmente**: éste es el bien primero y principal: de él provienen toda **elección y rechazo** y consideramos bienes, por regla general, a los que no producen perturbaciones. También por ser el placer el bien primero y principal no elegimos todos los goces, antes bien, dejamos de lado muchos cuando de ellos se han de seguir dolores y llegamos a preferir ciertos dolores cuando de ellos se ha de seguir un placer mayor."* (EPICURO Carta a Meneceo Madrid, Espasa-Calpe, 1969)

Hay que tener en cuenta que los placeres por muy refinados que sean, se determinan a través del eco afectivo. En este caso, Epicuro estaba más acertado cuando decía que también las virtudes se eligen por el placer que producen, como la medicina en función de la salud:

a la felicidad en soledad. La felicidad debe obtenerse dentro de la sociedad en la que el hombre vive, ya que el hombre ante todo es un "animal político"

Algunas objeciones que se le han presentado a Aristóteles son que (i) la felicidad de los hombres libres se sustentaba en la inferioridad de una mayoría, los esclavos; (ii) el fomento y desarrollo de las virtudes requiere una serie de condiciones sociales concretas. Un analfabeto por ejemplo, no ha elegido ser analfabeto, se encuentra limitado por las condiciones impuestas por la sociedad.

2.1.2 Hedonismo

Frente al *eudemonismo* que Aristóteles postula, Epicuro y después J. Bentham abogarán por defender el **HEDONISMO MORAL**.

El hedonismo sostiene que lo bueno en sí es el placer, por lo que:

- una acción será correcta cuando sus consecuencias produzcan el mayor placer posible
- un agente debe hacer siempre la acción que, entre las acciones posibles que se le presenten, proporcione mayor placer.

*"Por eso decimos que el **placer es el principio y el fin del vivir felizmente**: éste es el bien primero y principal: de él provienen toda **elección y rechazo** y consideramos bienes, por regla general, a los que no producen perturbaciones. También por ser el placer el bien primero y principal no elegimos todos los goces, antes bien, dejamos de lado muchos cuando de ellos se han de seguir dolores y llegamos a preferir ciertos dolores cuando de ellos se ha de seguir un placer mayor."* (EPICURO Carta a Meneceo Madrid, Espasa-Calpe, 1969)

Hay que tener en cuenta que los placeres por muy refinados que sean, se determinan a través del eco afectivo. En este caso, Epicuro estaba más acertado cuando decía que también las virtudes se eligen por el placer que producen, como la medicina en función de la salud:

a la felicidad en soledad. La felicidad debe obtenerse dentro de la sociedad en la que el hombre vive, ya que el hombre ante todo es un "animal político"

Algunas objeciones que se le han presentado a Aristóteles son que (i) la felicidad de los hombres libres se sustentaba en la inferioridad de una mayoría, los esclavos; (ii) el fomento y desarrollo de las virtudes requiere una serie de condiciones sociales concretas. Un analfabeto por ejemplo, no ha elegido ser analfabeto, se encuentra limitado por las condiciones impuestas por la sociedad.

2.1.2 Hedonismo

Frente al *eudemonismo* que Aristóteles postula, Epicuro y después J. Bentham abogarán por defender el **HEDONISMO MORAL**.

El hedonismo sostiene que lo bueno en sí es el placer, por lo que:

- una acción será correcta cuando sus consecuencias produzcan el mayor placer posible
- un agente debe hacer siempre la acción que, entre las acciones posibles que se le presenten, proporcione mayor placer.

*"Por eso decimos que el **placer es el principio y el fin del vivir felizmente**: éste es el bien primero y principal: de él provienen toda **elección y rechazo** y consideramos bienes, por regla general, a los que no producen perturbaciones. También por ser el placer el bien primero y principal no elegimos todos los goces, antes bien, dejamos de lado muchos cuando de ellos se han de seguir dolores y llegamos a preferir ciertos dolores cuando de ellos se ha de seguir un placer mayor."* (EPICURO Carta a Menecio Madrid, Espasa-Calpe, 1969)

Hay que tener en cuenta que los placeres por muy refinados que sean, se determinan a través del eco afectivo. En este caso, Epicuro estaba más acertado cuando decía que también las virtudes se eligen por el placer que producen, como la medicina en función de la salud:

a la felicidad en soledad. La felicidad debe obtenerse dentro de la sociedad en la que el hombre vive, ya que el hombre ante todo es un "animal político"

Algunas objeciones que se le han presentado a Aristóteles son que (i) la felicidad de los hombres libres se sustentaba en la inferioridad de una mayoría, los esclavos; (ii) el fomento y desarrollo de las virtudes requiere una serie de condiciones sociales concretas. Un analfabeto por ejemplo, no ha elegido ser analfabeto, se encuentra limitado por las condiciones impuestas por la sociedad.

2.1.2 Hedonismo

Frente al *eudemonismo* que Aristóteles postula, Epicuro y después J. Bentham abogarán por defender el **HEDONISMO MORAL**.

El hedonismo sostiene que lo bueno en sí es el placer, por lo que:

- una acción será correcta cuando sus consecuencias produzcan el mayor placer posible
- un agente debe hacer siempre la acción que, entre las acciones posibles que se le presenten, proporcione mayor placer.

*"Por eso decimos que el **placer es el principio y el fin del vivir felizmente**: éste es el bien primero y principal: de él provienen toda **elección y rechazo** y consideramos bienes, por regla general, a los que no producen perturbaciones. También por ser el placer el bien primero y principal no elegimos todos los goces, antes bien, dejamos de lado muchos cuando de ellos se han de seguir dolores y llegamos a preferir ciertos dolores cuando de ellos se ha de seguir un placer mayor."* (EPICURO Carta a Menecio Madrid, Espasa-Calpe, 1969)

Hay que tener en cuenta que los placeres por muy refinados que sean, se determinan a través del eco afectivo. En este caso, Epicuro estaba más acertado cuando decía que también las virtudes se eligen por el placer que producen, como la medicina en función de la salud:

a la felicidad en soledad. La felicidad debe obtenerse dentro de la sociedad en la que el hombre vive, ya que el hombre ante todo es un "animal político"

Algunas objeciones que se le han presentado a Aristóteles son que (i) la felicidad de los hombres libres se sustentaba en la inferioridad de una mayoría, los esclavos; (ii) el fomento y desarrollo de las virtudes requiere una serie de condiciones sociales concretas. Un analfabeto por ejemplo, no ha elegido ser analfabeto, se encuentra limitado por las condiciones impuestas por la sociedad.

2.1.2 Hedonismo

Frente al *eudemonismo* que Aristóteles postula, Epicuro y después J. Bentham abogarán por defender el **HEDONISMO MORAL**.

El hedonismo sostiene que lo bueno en sí es el placer, por lo que:

- una acción será correcta cuando sus consecuencias produzcan el mayor placer posible
- un agente debe hacer siempre la acción que, entre las acciones posibles que se le presenten, proporcione mayor placer.

*"Por eso decimos que el **placer es el principio y el fin del vivir felizmente**: éste es el bien primero y principal: de él provienen toda **elección y rechazo** y consideramos bienes, por regla general, a los que no producen perturbaciones. También por ser el placer el bien primero y principal no elegimos todos los goces, antes bien, dejamos de lado muchos cuando de ellos se han de seguir dolores y llegamos a preferir ciertos dolores cuando de ellos se ha de seguir un placer mayor."* (EPICURO Carta a Meneceo Madrid, Espasa-Calpe, 1969)

Hay que tener en cuenta que los placeres por muy refinados que sean, se determinan a través del eco afectivo. En este caso, Epicuro estaba más acertado cuando decía que también las virtudes se eligen por el placer que producen, como la medicina en función de la salud:

a la felicidad en soledad. La felicidad debe obtenerse dentro de la sociedad en la que el hombre vive, ya que el hombre ante todo es un "animal político"

Algunas objeciones que se le han presentado a Aristóteles son que (i) la felicidad de los hombres libres se sustentaba en la inferioridad de una mayoría, los esclavos; (ii) el fomento y desarrollo de las virtudes requiere una serie de condiciones sociales concretas. Un analfabeto por ejemplo, no ha elegido ser analfabeto, se encuentra limitado por las condiciones impuestas por la sociedad.

2.1.2 Hedonismo

Frente al *eudemonismo* que Aristóteles postula, Epicuro y después J. Bentham abogarán por defender el **HEDONISMO MORAL**.

El hedonismo sostiene que lo bueno en sí es el placer, por lo que:

- una acción será correcta cuando sus consecuencias produzcan el mayor placer posible
- un agente debe hacer siempre la acción que, entre las acciones posibles que se le presenten, proporcione mayor placer.

*"Por eso decimos que el **placer es el principio y el fin del vivir felizmente**: éste es el bien primero y principal: de él provienen toda **elección y rechazo** y consideramos bienes, por regla general, a los que no producen perturbaciones. También por ser el placer el bien primero y principal no elegimos todos los goces, antes bien, dejamos de lado muchos cuando de ellos se han de seguir dolores y llegamos a preferir ciertos dolores cuando de ellos se ha de seguir un placer mayor."* (EPICURO Carta a Meneceo Madrid, Espasa-Calpe, 1969)

Hay que tener en cuenta que los placeres por muy refinados que sean, se determinan a través del eco afectivo. En este caso, Epicuro estaba más acertado cuando decía que también las virtudes se eligen por el placer que producen, como la medicina en función de la salud:

a la felicidad en soledad. La felicidad debe obtenerse dentro de la sociedad en la que el hombre vive, ya que el hombre ante todo es un "animal político"

Algunas objeciones que se le han presentado a Aristóteles son que (i) la felicidad de los hombres libres se sustentaba en la inferioridad de una mayoría, los esclavos; (ii) el fomento y desarrollo de las virtudes requiere una serie de condiciones sociales concretas. Un analfabeto por ejemplo, no ha elegido ser analfabeto, se encuentra limitado por las condiciones impuestas por la sociedad.

2.1.2 Hedonismo

Frente al *eudemonismo* que Aristóteles postula, Epicuro y después J. Bentham abogarán por defender el **HEDONISMO MORAL**.

El hedonismo sostiene que lo bueno en sí es el placer, por lo que:

- una acción será correcta cuando sus consecuencias produzcan el mayor placer posible
- un agente debe hacer siempre la acción que, entre las acciones posibles que se le presenten, proporcione mayor placer.

*"Por eso decimos que el **placer es el principio y el fin del vivir felizmente**: éste es el bien primero y principal: de él provienen toda **elección y rechazo** y consideramos bienes, por regla general, a los que no producen perturbaciones. También por ser el placer el bien primero y principal no elegimos todos los goces, antes bien, dejamos de lado muchos cuando de ellos se han de seguir dolores y llegamos a preferir ciertos dolores cuando de ellos se ha de seguir un placer mayor."* (EPICURO Carta a Meneceo Madrid, Espasa-Calpe, 1969)

Hay que tener en cuenta que los placeres por muy refinados que sean, se determinan a través del eco afectivo. En este caso, Epicuro estaba más acertado cuando decía que también las virtudes se eligen por el placer que producen, como la medicina en función de la salud:

a la felicidad en soledad. La felicidad debe obtenerse dentro de la sociedad en la que el hombre vive, ya que el hombre ante todo es un "animal político"

Algunas objeciones que se le han presentado a Aristóteles son que (i) la felicidad de los hombres libres se sustentaba en la inferioridad de una mayoría, los esclavos; (ii) el fomento y desarrollo de las virtudes requiere una serie de condiciones sociales concretas. Un analfabeto por ejemplo, no ha elegido ser analfabeto, se encuentra limitado por las condiciones impuestas por la sociedad.

2.1.2 Hedonismo

Frente al *eudemonismo* que Aristóteles postula, Epicuro y después J. Bentham abogarán por defender el **HEDONISMO MORAL**.

El hedonismo sostiene que lo bueno en sí es el placer, por lo que:

- una acción será correcta cuando sus consecuencias produzcan el mayor placer posible
- un agente debe hacer siempre la acción que, entre las acciones posibles que se le presenten, proporcione mayor placer.

*"Por eso decimos que el **placer es el principio y el fin del vivir felizmente**: éste es el bien primero y principal: de él provienen toda **elección y rechazo** y consideramos bienes, por regla general, a los que no producen perturbaciones. También por ser el placer el bien primero y principal no elegimos todos los goces, antes bien, dejamos de lado muchos cuando de ellos se han de seguir dolores y llegamos a preferir ciertos dolores cuando de ellos se ha de seguir un placer mayor."* (EPICURO Carta a Meneceo Madrid, Espasa-Calpe, 1969)

Hay que tener en cuenta que los placeres por muy refinados que sean, se determinan a través del eco afectivo. En este caso, Epicuro estaba más acertado cuando decía que también las virtudes se eligen por el placer que producen, como la medicina en función de la salud:

a la felicidad en soledad. La felicidad debe obtenerse dentro de la sociedad en la que el hombre vive, ya que el hombre ante todo es un "animal político"

Algunas objeciones que se le han presentado a Aristóteles son que (i) la felicidad de los hombres libres se sustentaba en la inferioridad de una mayoría, los esclavos; (ii) el fomento y desarrollo de las virtudes requiere una serie de condiciones sociales concretas. Un analfabeto por ejemplo, no ha elegido ser analfabeto, se encuentra limitado por las condiciones impuestas por la sociedad.

2.1.2 Hedonismo

Frente al *eudemonismo* que Aristóteles postula, Epicuro y después J. Bentham abogarán por defender el **HEDONISMO MORAL**.

El hedonismo sostiene que lo bueno en sí es el placer, por lo que:

- una acción será correcta cuando sus consecuencias produzcan el mayor placer posible
- un agente debe hacer siempre la acción que, entre las acciones posibles que se le presenten, proporcione mayor placer.

*"Por eso decimos que el **placer es el principio y el fin del vivir felizmente**: éste es el bien primero y principal: de él provienen toda **elección y rechazo** y consideramos bienes, por regla general, a los que no producen perturbaciones. También por ser el placer el bien primero y principal no elegimos todos los goces, antes bien, dejamos de lado muchos cuando de ellos se han de seguir dolores y llegamos a preferir ciertos dolores cuando de ellos se ha de seguir un placer mayor."* (EPICURO Carta a Meneceo Madrid, Espasa-Calpe, 1969)

Hay que tener en cuenta que los placeres por muy refinados que sean, se determinan a través del eco afectivo. En este caso, Epicuro estaba más acertado cuando decía que también las virtudes se eligen por el placer que producen, como la medicina en función de la salud:

*"Desecho lo bello moral y los que vanamente lo inspiran cuando no produce ningún placer". "Nadie puede vivir felizmente sin ser **prudente**, honesto y justo; y por el contrario, siendo prudente, honesto y justo, no podrá dejar de vivir felizmente pues la felicidad es inseparable de las virtudes."* (Epicuro, ídem)

Hay que tener presente que no es lo mismo *hedonismo moral* que *hedonismo psicológico*. Para el hedonismo moral, el placer es lo único bueno en sí (lo bueno como fin). Se expresa con una proposición normativa.

El *hedonismo psicológico* afirma que los hombres buscan el placer en todas las acciones que emprenden. Se expresa en proposiciones descriptivas.

Más tarde, como veremos, el **utilitarismo** sostendrá que el agente debe buscar lo bueno, pero no sólo para él, sino para todos o, al menos, para la mayoría. "La acción correcta (justa) es aquella que produce el mayor placer para el mayor número posible de personas".

2.1.3 Utilitarismo (lo bueno es lo útil)

"La acción es buena si promueve la felicidad" J. S. Mill

Se trata de la versión más importante de las teorías teleológicas o consecuencialistas, centrada en las consecuencias de las acciones. J. Bentham (1748-1832) le dio nombre y J.S. Mill (1806-1878) la desarrolló.

El utilitarismo plantea que el fin de la moral es el de alcanzar el mayor placer para el mayor número de seres vivos. Por lo tanto, ante cualquier elección obrará correctamente desde el punto de vista moral, quien opte por la acción que proporcione "la mayor felicidad para el mayor número".

El término "utilitarismo" designa la doctrina según la cual, el valor supremo es el de la utilidad, es decir, la doctrina según la cual la

proposición 'x es valioso' es considerada como sinónima de la proposición 'x es útil'.

J. Bentham formuló como primera ley de la ética, el llamado *principio de interés*, según el cual el hombre se rige siempre por sus propios intereses, los cuales se manifiestan en la búsqueda del placer y la evitación del dolor (a quienes llamó los "dos maestros soberanos" que la Naturaleza ha impuesto al ser humano). Como la búsqueda del placer individual puede entrar en conflicto con la misma actitud por parte de otros individuos, es necesario que el aumento de placer y la evitación del dolor no se confine al reino individual, sino que rijan en toda la sociedad. En este sentido sería un "hedonista social": se debe buscar el mayor placer para el mayor número de gente posible.

J. Bentham, que es el que inicia esta corriente, sostiene que tanto las acciones de las personas como las de los Estados deben guiarse por el principio de utilidad. Pero no debe confundirse "utilidad" con el valor instrumental de algo o con el provecho que puedo sacar, con su uso o para qué me sirve. La utilidad es entendida aquí por felicidad y esta última, por placer.

"Por principio de utilidad se entiende aquel principio que aprueba o desaprueba algo en cualquier acción, según la tendencia que ésta muestre tener a aumentar o disminuir la felicidad de la parte cuyo interés se halle en cuestión; o, lo que es lo mismo con otras palabras, a promover o impedir esa felicidad.

Por utilidad se entiende aquella propiedad de un objeto por la que tiende a producir beneficio, ventaja, placer, bien o felicidad, o a impedir que sobrevenga daño, dolor, mal o infelicidad a la parte cuyo interés se considera: si esa parte es la comunidad en general, entonces la felicidad de la comunidad; si es un individuo particular, la felicidad del individuo". (J. BENTHAM Introducción a los Principios de la Moral y la Legislación, Cap. I: II-VI)

Bentham identifica como la misma cosa al placer, el ~~bien~~ y la felicidad, en contraposición al dolor, el mal y la desdicha, e indica que debemos promover los primeros. Pero, ¿cómo podemos evaluar el placer que nos proporciona cada acción? Es con ese fin que se debe establecer un cálculo que los relacione, lo que se dio en llamar el **cálculo utilitarista**, porque consiste en medir el monto total de placer mediante un conjunto de factores, que son los que se enumeran a continuación:

1. por la intensidad del placer (en iguales circunstancias, elegir el placer más intenso)
2. por la duración del placer
3. por la probabilidad de que el placer ocurra como consecuencia de nuestra acción
4. por la cercanía o lejanía del placer en el tiempo
5. por la fecundidad de los placeres
6. por la pureza del placer

Y una más: 7. por su extensión, es decir, el número de personas que son afectadas por él.

Dado que en el cálculo de la acción entra la evaluación de sus resultados para que pueda ser definida moralmente como buena o mala, se denomina a ésta postura **consecuencialista**, al tener en cuenta las consecuencias del acto, y no las intenciones del actuante.

Frente a las numerosas objeciones que plantearon al cálculo utilitarista de Bentham, **John Stuart Mill** (1806-1873) hizo algunas correcciones; en principio, las acciones son correctas en la medida en que promuevan la felicidad general, ya que no hay felicidad propia sin la consideración de la felicidad de los otros. Es decir, la felicidad individual está subordinada a la felicidad general, ya que la felicidad general garantiza la individual.

De ahí que para el utilitarismo no se descarte el sacrificio de la felicidad personal a favor de una felicidad más amplia, sacrificio

entendido no como fin en sí mismo sino en cuanto que, renunciando a la felicidad personal aumenta la felicidad del mundo. No merecería honores en cambio, quien se retirase a vivir una vida sacrificada ya que un sacrificio que no tienda a aumentar la suma total de la felicidad sería un desperdicio.

Esto lleva consigo que, según este criterio, al aplicar preceptos morales como "mantener las promesas" o "no mentir" por ejemplo, tendrá que tenerse en cuenta en qué medida perjudican o benefician el bienestar general, es decir, no serán preceptos buenos de modo absoluto. ¿Qué se debe tener en cuenta entonces, para determinar si un acto es bueno o malo? En principio se deben medir las consecuencias concretas de dicho acto. No interesan los motivos del acto sino los resultados. Por ejemplo, si una persona dona un órgano porque alguien lo necesita con urgencia, ese acto es bueno aunque el donante lo haya hecho por cobrar una suma de dinero importante.

De este modo nos encontramos con actos que habitualmente se consideraban malos pero que en algunas ocasiones pueden ser buenos. Por ejemplo, romper una promesa con un fin beneficioso para nosotros o los demás, o mentir para salvar la propia vida o salvar de una desgracia o no dar noticias malas a una persona gravemente enferma; en algunos casos, la mentira puede producir más beneficios que daños. En ese caso, la mentira sería recomendable y no condenable. Como vemos, una valoración excesiva de las consecuencias hace relativo cualquier principio ético, e incluso aplicando el criterio de la felicidad general podrían llegar a justificarse, en algunos casos, actos de injusticia.

Pero, ¿siempre los actos se miden por sus consecuencias? ¿Existen actos que valgan por sí mismos? Se puede hablar de partes de la felicidad, donde cada parte es deseable por sí misma. Por ejemplo, la salud, es una parte de la felicidad; no es un medio para otro fin, sino un fin en sí misma. También ser una buena persona es parte de la felicidad; no buscamos ser buenos para lograr otra cosa ya que la

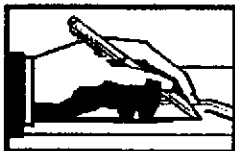
bondad de nuestra conducta nos proporciona placer. Por el ~~contrario~~, no actuamos mal porque nos genera dolor o insatisfacción.

Frente a esta postura, una de las críticas principales, como señala J. A. Mainetti (cfr. o.c.p.36 y ss.) "va contra el método de maximizar el bien de la mayoría sin tomar debidamente en cuenta a los individuos, el respeto a sus derechos y razones de justicia. (...) Por otra parte, segunda objeción antiutilitarista, el hedonismo se revela insuficiente para dar plena cuenta del bien, aquello a que los hombres tienden, pues entre éstos, muchos desestiman el placer para perseguir otras cosas tenidas por buenas o valiosas.

Los utilitaristas contemporáneos responden a ambas críticas modificando la teoría clásica sin abandonar su idea central, que las consecuencias son lo único a tener en cuenta moralmente. Nueva formulación es el llamado **utilitarismo de la regla**, por contraste con la versión original, ahora bautizada **utilitarismo del acto**. El punto crítico de este último, o utilitarismo clásico, es la evaluación de cada una de las acciones individuales con referencia a sus propias consecuencias particulares. Si en ocasiones, por ejemplo, mentir puede tener buenas consecuencias, en general ocurre lo contrario, son malas las derivaciones de la mentira... Por eso, en vez de evaluar cada acción individual siguiendo el principio de utilidad, deben establecerse reglas conforme a ese principio, para maximizar las buenas consecuencias, y las acciones individuales deben entonces juzgarse correctas o incorrectas por referencias a reglas. Así, una acción puede ser incorrecta, aún cuando produce más beneficio que daño, si viola una regla que en general y a la larga asegura los mejores resultados.

Otra reformulación del utilitarismo original es el **utilitarismo pluralista y preferencialista**, que admite la existencia de otros bienes además del placer, los cuales deben ser optimizados, entre ellos la autonomía y la satisfacción de preferencias e intereses personales. De tal manera se rechaza el hedonismo, la vieja y simple idea de que las cosas son buenas o malas según como nos hagan sentir, lo cual es más

bien al revés, el placer o la felicidad son la respuesta a la posesión de las cosas que reconocemos en sí mismas como buenas: las cosas no son buenas porque nos placen sino que nos placen porque son buenas".

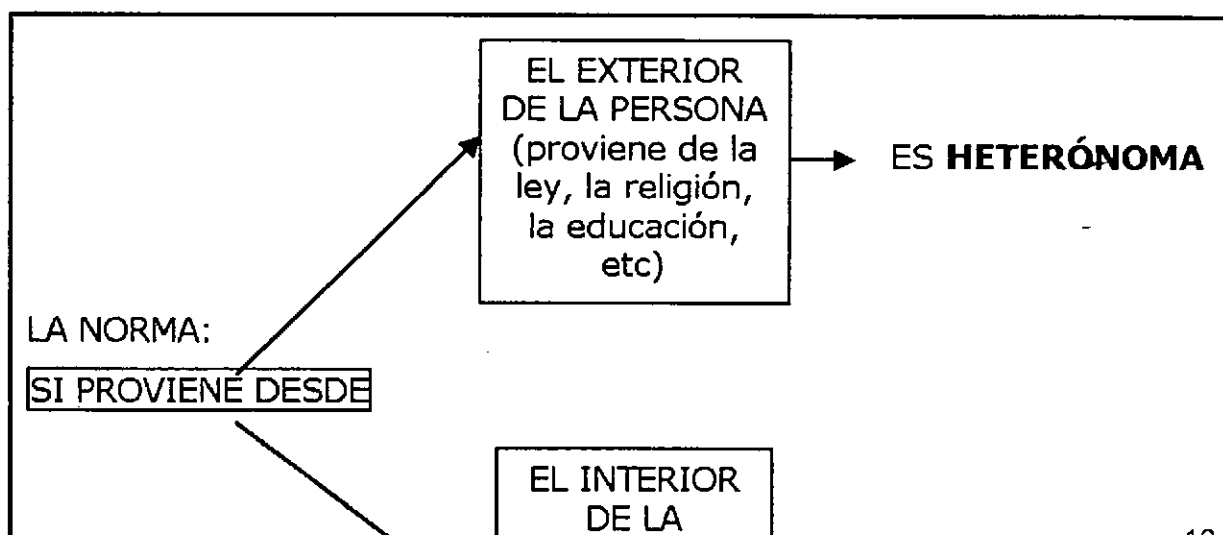


2.2 Éticas deontológicas (Cuadro 3)

2.2.1 Ética kantiana (lo bueno es lo que se hace por deber)

"Una acción es buena si la voluntad que la guía es buena"

Kant rechazó todas las éticas anteriores porque eran **heterónomas**, **materiales** y formulaban **imperativos** (mandatos) **hipotéticos**, es decir, porque derivaban las normas y los deberes morales desde campos ajenos a la propia dimensión moral y racional de las personas (*heterónomas*), porque atendían a la materia o los contenidos de los actos morales (*éticas materiales*) y porque formulaban los preceptos o las normas éticas en juicios condicionales o *hipotéticos* (por ejemplo, si quieres que te respeten, respeta tú a los demás).



→ ES AUTÓNOMA

IMPERATIVO

SI QUIERES
LOGRAR
ESTO
DEBES
HACER
TAL
o CUAL
COSA

↓
HIPOTÉTICO

(hay condiciones: si quieres)

DEBES HACER
TAL o CUAL
COSA, MÁS
ALLÁ DE LO
QUE QUIERAS
CONSEGUIR
O LOGRAR

↓
CATEGÓRICO

(no hay condiciones: debes)

Ejemplo: *si quieres* aprobar el examen *debes* estudiar (por lo tanto, *si no quieres* aprobar el examen, *no debes* estudiar) = HIPOTÉTICO

En cambio: **debes** cumplir con tus promesas (no tiene alternativa, ya que simplemente es lo que debes hacer pues no es concebible que no se cumpla con las promesas) = CATEGÓRICO

Estas éticas, como hemos visto hasta ahora, partían de la existencia de un fin último (que para unos consistía en la felicidad, para otros en el placer, para otros en la perfección,...) y, a partir de dicho fin, derivaban los contenidos morales, o sea, nos indicaban la conducta que debíamos seguir, lo que debíamos hacer y lo que debíamos evitar.

Para Kant, por ser racionales nos regimos por la ley moral. La ley moral está en nuestra razón y es la misma para todos los seres humanos, válida para todas las personas en todas las épocas y en cualquier situación. ¿Qué dice la ley moral?. Dice que cuando nos proponemos hacer algo, debemos asegurarnos de que desearíamos que todos los demás hicieran lo mismo si se encontraran en la misma situación. Es decir, lo que creo que vale para mí, debe valer también para todos los demás.

Por ejemplo, si me propongo salvar a alguien que se encuentra en peligro, puedo querer que todos hagan lo mismo si se encuentran en la misma situación. En cambio, si me propongo mentir, no puedo querer que todos mientan, porque si todos mintieran nadie creería en la palabra de los demás, con lo cual la palabra misma dejaría de tener sentido. "No debo mentir" es uno de aquellos principios morales que Kant denomina **máximas**. Las máximas constituyen el fundamento subjetivo de la acción, aquello por lo cual se realiza determinado acto. El imperativo categórico en cambio, no nos dice **qué** actos debemos realizar, sino **cómo** debemos realizar cualquier acto.

Kant defendió una ética **autónoma y formal**, basada en **imperativos categóricos**, según la cual, nuestros deberes no se nos imponen desde ningún fin real ni ideal, ni tampoco es posible derivarlos desde las costumbres, desde las prácticas cotidianas, ni desde cualquier otro contenido (*éticas materiales*), sino que tienen su origen en nuestra voluntad racional. A este respecto, sostiene que, desde el punto de vista moral **no existe nada bueno ni nada malo excepto una buena o una mala voluntad** o, dicho de otra manera, sólo las *intenciones* de las voluntades son buenas o malas, los contenidos y las consecuencias de nuestros actos no cuentan, sólo cuenta la intención de voluntad.

Por lo tanto, una voluntad es buena *cuando intenta cumplir el deber por puro respeto al deber* (por ejemplo, cuando me lleva a respetar a los demás por el sólo hecho de que debo respetar a los

demás, y no porque nos conviene). Por ejemplo, si mentimos, nuestra acción será *contra el deber*, y, por tanto, mala. Pero supongamos que intentamos manifestar la verdad, en este supuesto habrá que distinguir: así, si intentamos decir la verdad porque nos conviene, o porque nos resulte agradable, o porque nuestras creencias religiosas nos lo exigen. En estos casos, tal vez nuestro obrar coincida con el deber pero nuestra acción no será moral; pues nuestra acción sólo es moral (moralmente buena) cuando intentamos cumplir *el deber por el puro respeto al deber*, es decir, en el ejemplo propuesto, cuando decimos la verdad porque debemos decir la verdad, sin otro tipo de intenciones ni consideraciones.

Kant se opone a toda ética que valore los actos por sus fines. Lo que importa no es el desenlace de los actos ni los resultados concretos; lo único que importa es el querer, es decir, la intención del acto. Como vemos, sólo es buena la conducta que se realiza por deber: no importa la utilidad de esa conducta, sólo importa que el acto haya sido realizado con buenas intenciones. La razón no nos manda realizar ciertos actos para ser felices. La felicidad no es el fin de los actos morales.

Kant piensa que la felicidad que se obtiene al obrar como se debe, sólo se experimenta si se ha obrado únicamente por deber y no por el placer que se espera experimentar (*Metafísica de las costumbres*)

Obrar por deber es obrar por principios racionales, es decir, **universales** (válidos para todas las personas) y **absolutos** (que no varían con las circunstancias) o lo que es lo mismo, por principios **formales**; en todos los casos, *debemos decidirnos cómo se decidirá cualquier otra persona racional*. Actúa bien quien lo hace por obligación moral, sin tener en cuenta si esa acción le conviene o lo perjudica. Por ejemplo, una persona que en un juicio dice la verdad, aunque ha sido amenazada de muerte, dice la verdad porque sabe que ése es su deber aunque corra riesgo su vida.

A este respecto, Kant afirma: "***obra de tal manera que la máxima de tu conciencia pueda valer siempre como ley universal***" y "***procede de modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona, como en la de los demás, siempre con un fin en sí mismo y nunca como un medio***".

El ser humano es un fin en sí mismo, es persona porque es un fin en sí mismo. En su lugar no puede ponerse ningún otro fin para el que ellos deban servir como medios. Cuando hacemos una promesa falsa estamos usando al otro como medio para nuestros fines. El ser humano se halla por encima de todo precio, vale por sí mismo, tiene dignidad.

La ética kantiana, pues, no señala qué contenidos son buenos y qué contenidos son malos desde el punto de vista moral (por ejemplo, ayudar al prójimo es bueno, matarle es malo), qué metas o fines concretos debemos perseguir, sino que *se limita a indicarnos el modo o la forma de nuestras decisiones morales* (cómo debemos) y, para él, lo único que posee relevancia moral es la intención de la voluntad (debemos obrar con la intención de cumplir con nuestro deber, los otros motivos no cuentan). Kant considera que esa *buena voluntad* es el bien propio de la moral, es el elemento básico que nos dispone permanentemente a actuar obedeciendo imperativos categóricos. Una persona que actúa correctamente pero lo hace por conveniencia o interés, no puede juzgarse dicha acción como buena. Por ejemplo, una persona que ofrece información a un juez para cobrar una recompensa. No actúa porque sienta el deber de decir la verdad sino por interés en la recompensa. Su acción no es mala, ya que dice la verdad, pero tampoco es buena porque no actúa con conciencia del deber.

Por lo tanto:

- ¿De qué depende que un ser pueda ser moralmente bueno o malo?
 - Para que un ser pueda ser moralmente bueno debe tener una voluntad buena en sí misma.
- ¿De qué depende que un agente sea moralmente bueno o malo?

- De que obre siguiendo la autonomía de su voluntad, ~~se~~ realizará necesariamente una acción por respeto a la ley.
- *¿De qué depende que una acción sea moralmente buena o mala?*
 - Hay que fijarse en la máxima por la cual ha sido resuelta, es decir, su valor moral no está en el propósito que por medio de ella se quiere alcanzar, no depende de la realidad del objeto de la acción, sino sólo el principio del querer, según el cual ha sucedido la acción, prescindiendo de todos los objetos de la facultad del desear.
- *¿De qué depende que una presunta ley moral lo sea realmente?*
 - Tiene que mandar una acción como buena en sí misma, no tiene que estar condicionada, tiene que ser prescriptiva y tiene que ser un principio según el cual debe obrar un sujeto racional.
- *¿De qué depende que una acción sea conforme o contraria a la ley moral?*
 - Para que sea conforme a la ley moral debe llevarse a cabo siendo la propia ley moral el fundamento determinante de la voluntad y no el efecto esperado de la acción.
- *¿De qué depende que una ley moral obligue?*
 - Depende de que el fundamento de la obligación de la ley moral se busque en conceptos de la razón pura. No depende de la naturaleza del hombre o de las circunstancias del universo en el que está puesto.

En síntesis: **al estar en el mundo, como personas dotadas de buena voluntad, buscaremos entre los mandatos de la sociedad aquellos que podamos someter al examen de la razón para ver si son imperativos categóricos (deberes) y a ellos deberemos ajustar nuestra conducta más allá de cualquier resultado, o de**

que nos traigan o no la felicidad. El examen de la razón deberá tener en cuenta siempre que toda persona es un fin en sí misma y no un mero medio para otros fines.

Algunas objeciones: Para Kant, como hemos visto, sólo importa el *querer*, no importan los resultados. Sólo importa la intención del acto, no sus consecuencias. Pero, ¿se puede hablar de buenas intenciones sin tener en cuenta sus realizaciones?. La persona que actúa ¿sólo es responsable de sus intenciones o también lo es de los medios empleados y los resultados obtenidos?. Las acciones producen efectos en otras personas. Más allá de las intenciones de quien actúa existen consecuencias que afectan a otros. ¿No debemos tener en cuenta esos efectos al evaluar la bondad o maldad de un acto?. ¿No puede suceder que un acto realizado con buena intención produzca efectos malos o que un acto realizado sin tan buena intención produzca resultados tan buenos?. (¿De dónde vendrá el dicho que "el infierno está empedrado de buenas intenciones"?)

Analizar el siguiente texto:

"Hacer el bien, es decir, ayudar a otros hombres necesitados a ser felices, según las propias capacidades y sin esperar nada a cambio, es un deber de todo hombre.

Porque todo hombre que se encuentra necesitado, desea que los demás hombres lo ayuden. Pero si él manifestara su máxima de no querer, por el contrario partida, prestar ayuda a los demás en caso de necesidad ... todos le negarían igualmente su ayuda cuando él mismo estuviera necesitado o, al menos, tendrían derecho a negársela. Por tanto, la máxima del interés personal misma se contradice si se convierte en ley universal, es decir, es contraria al deber. Por consiguiente, la máxima del interés común, consistente en hacer el bien a los necesitados, es un deber universal de los hombres, y

precisamente porque ellos han de considerarse como semejantes, es decir, como seres racionales necesitados, unidos por la naturaleza en una morada para que se ayuden mutuamente”.

Kant, I. La Metafísica de las Costumbres

Barcelona, Altaya, 1996, pg. 323

2.2.2 La ética del discurso (una acción propuesta es correcta si todos los que participan pueden admitirla porque satisface intereses universalizables)

La ética kantiana trabaja sobre la conciencia individual. Cada uno determinará interiormente si la máxima de su acción es o no universalizable, más allá de los intereses que puedan tener otros en el tema. Su punto de partida es la conciencia del deber. Ahora bien, como personas argumentamos sobre normas y deseamos saber cuando son moralmente correctas y válidas. Pero no es cualquier discusión la que nos llevará a una conclusión adecuada. Para que esto ocurra se debe respetar cierta forma de llevar el discurso adelante. Debemos presuponer:

a) Que todos los que pueden comunicarse son interlocutores válidos (personas) y que, cuando se dialoga sobre normas que pueden afectar sus intereses ellos deben participar, o por lo menos, ser tenidos en cuenta sus intereses;

b) Que existen reglas del discurso que deben ser respetadas:

- Cualquier sujeto capaz de lenguaje y acción puede participar en el discurso
- Cualquiera puede discutir cualquier afirmación
- Cualquiera puede introducir en el discurso cualquier afirmación

- Cualquiera puede expresar sus posiciones, ~~deseos~~ y necesidades
- No se le puede impedir a ningún hablante hacer valer los anteriores derechos mediante coacción interna o externa.

Para comprobar si tras el discurso (diálogo) la norma es correcta habrá que respetar dos principios:

Principio de universalización: una norma será válida cuando todos los afectados por ella puedan aceptar libremente las consecuencias y efectos secundarios que produciría previsiblemente su cumplimiento general para la satisfacción de los intereses de cada uno.

Principio de la ética del discurso: sólo pueden pretender validez las normas que encuentran (o podrían encontrar) aceptación por parte de todos los afectados, como participantes de un discurso práctico.

La norma se declarará correcta cuando todos los afectados por ella estén de acuerdo en su consentimiento porque satisface, no los intereses de un individuo o grupo, sino intereses que se puedan universalizar. Éste último punto es el que diferencia los consensos dialógicos de los pactos estratégicos. En los pactos se acuerda sobre metas *adecuadas para los participantes* directos, en tanto que en los consensos dialógicos se busca satisfacer metas *universalizables*.

Esto significa, en síntesis, reconocer que todas las personas podemos (y debemos) participar activamente en las propuestas, pero no sólo buscando satisfacer nuestros objetivos particulares, sino los de todos, de modo que nadie se perjudique por lo resuelto, más allá de un

cierto grado de sacrificio común que pueda ser indispensable. Una acción o propuesta **es moral** cuando cumple con éstas condiciones.

Los principales filósofos que desarrollaron ésta teoría son K.O. Apel y J. Habermas y, en nuestro país, Osvaldo Guariglia.



2.3 Universalismo y comunitarismo

Cuando planteamos que algo está mal o bien, generalmente no pensamos con respecto a qué parámetros lo estamos haciendo. Damos por descontado que estamos hablando de nuestro ambiente, de nuestra cultura. Sin embargo, acciones que en nuestro ambiente cultural serían vistas con horror, pueden ser vistas como absolutamente normales por otra gente, en otro país, o en otra zona del nuestro, o incluso en nuestra misma zona geográfica por otro grupo de personas de distinta cultura. Por ejemplo: si pusiéramos a nuestro viejo abuelo de 96 años en medio de la meseta para que se congele, posiblemente iríamos presos. Entre los esquimales los ancianos que ya han cumplido su ciclo vital son dejados en el hielo. A todos los norteamericanos les parece espantosa la costumbre de algunas etnias afroasiáticas que circuncidan a sus hijas, considerándolo una mutilación genital (cosa que es), pero nadie pone el grito en el cielo por la circuncisión masculina, muy practicada en EEUU entre judíos y no judíos, que también es una mutilación genital ritual.

Las teorías éticas vistas hasta ahora, principalmente utilitarismo y deontologismo kantiano son éticas que plantean un principio universal, esto es, que es válido para todas las personas, más allá del tiempo y las circunstancias culturales. Éstas posiciones son *universalistas*.

(68)

Existe otra postura, que plantea críticas al universalismo ~~liberal~~, argumentando que la moral tiene una raíz comunitaria, y que por lo tanto no se pueden postular principios universales, que no tienen ese hecho en cuenta. La tradición comunitaria es realmente lo que debe tener valor para la persona, pues en su seno se desarrolla. Ésta posición es llamada *comunitarismo*, y tiene su origen en la fuerte crítica al modelo liberal de la sociedad, centrado en el individuo como si el mismo no tuviera lazos de origen, tradiciones, etc. Los principales representantes de ésta corriente son M. Walzer, C. Taylor, A. MacIntyre, etc.

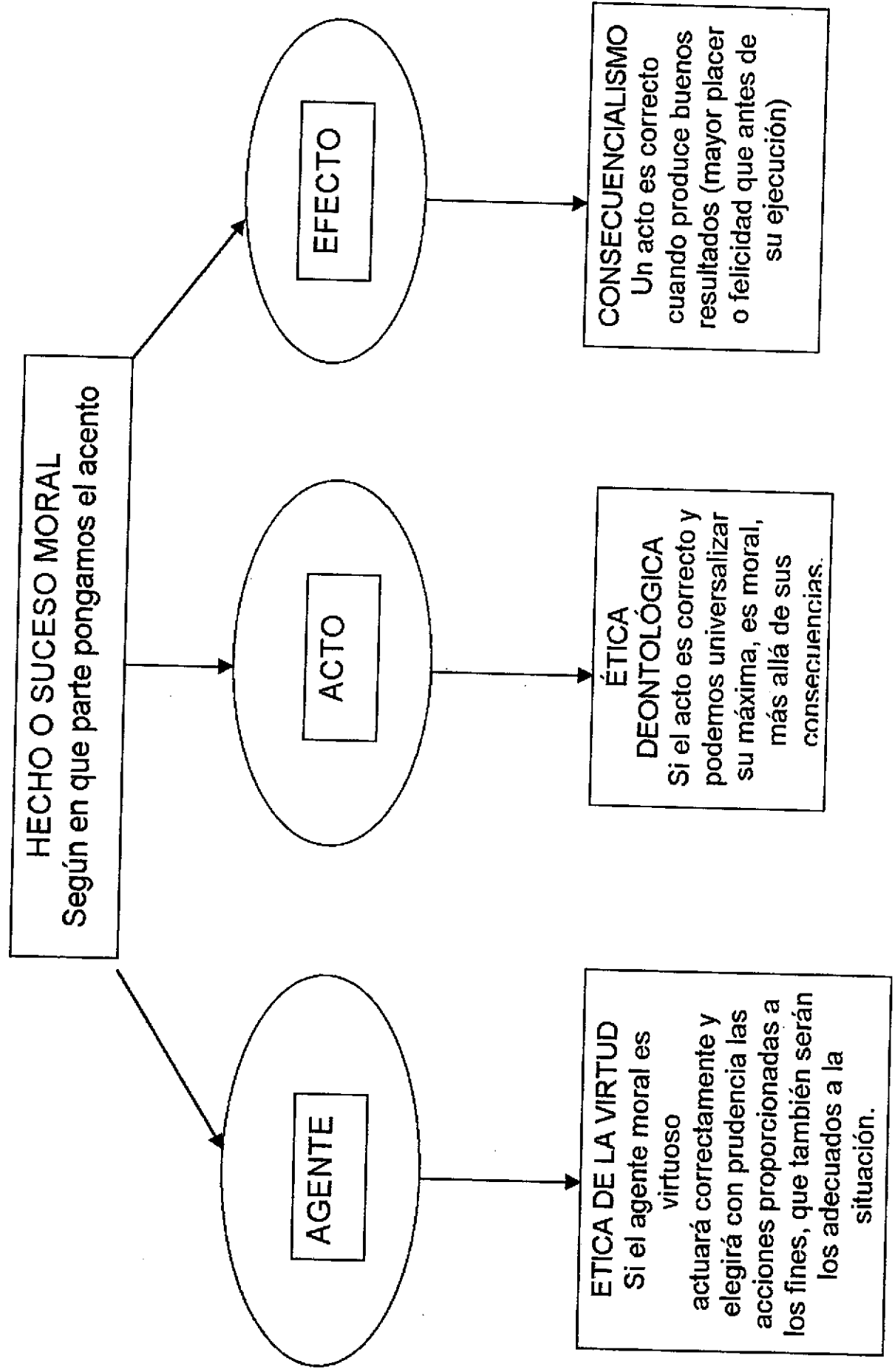
Ésta corriente tiene puntos de contacto con el *relativismo*, cuyo planteo es el de que no existen pautas universales, pues no hay forma lógica ni adecuada de demostrar, precisamente, su universalidad absoluta. Cada ser humano o grupo posee sus pautas éticas y morales que no son comparables entre sí, ni puede demostrarse desde el interior de una cultura que las pautas de otra son incorrectas, constituyendo paradigmas inconmensurables.



BIBLIOGRAFÍA

- ARISTÓTELES *Ética a Nicómaco*, Madrid, Gredos
- KANT, I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid, Calpe
- MILL, J. S. *El Utilitarismo* Madrid, Alianza, 1984
- HOSPERS, J. *Introducción al análisis filosófico*, Madrid, Alianza
- L. ARANGUREN, J.L. *Ética*, Madrid, Alianza, 1995
- CORTINA, A. *Ética*, Madrid, Akal, 1998
- MACINTYRE, A. *Historia de la Ética*, Buenos Aires, Paidós
- MALIANDI, R. *Ética: concepto y problemas* Buenos Aires, Biblos, 1991
- CORTINA, A. *Ética Aplicada y Democracia Radical*, Madrid, Tecnos, 1997.

LAS GRANDES TEORÍAS ÉTICAS



ÉTICAS TELEOLÓGICAS

ÉTICAS TELEOLÓGICAS
(de telos: fin, meta, objetivo)

HEDONISMO
El fin es el placer. Una acción
será correcta cuando
proporcione el mayor placer
posible (Ej. Epicuro)

UTILITARISMO
Hedonismo social: una acción ser
correcta cuando la suma del
placer que produce sea mayor qu
el que existía antes (Ej. Bentham
Mill) Hay placeres superiores
(espirituales, intelectuales,
artísticos), e inferiores (las
pasiones del cuerpo)

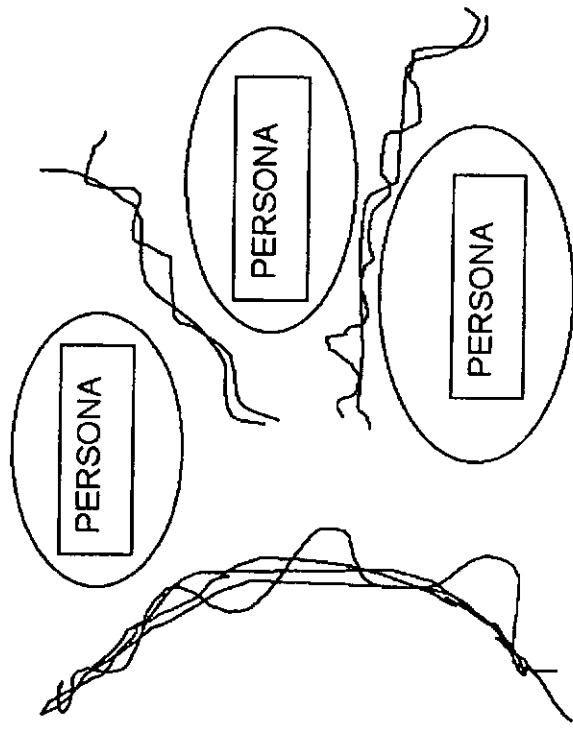
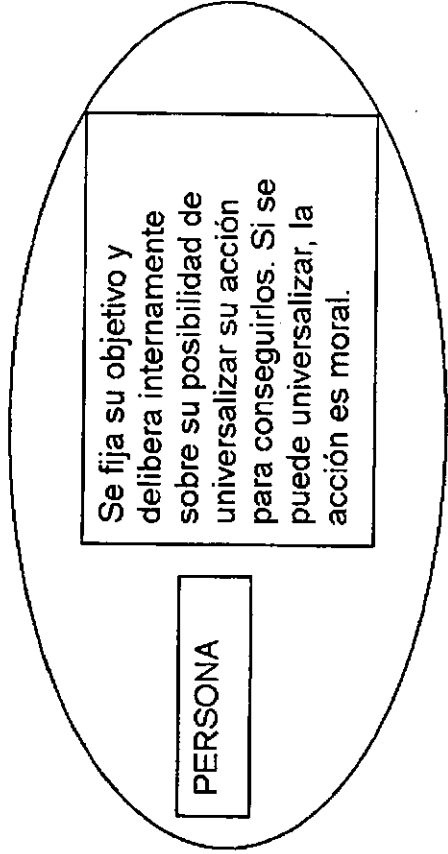
EUDEMONISMO
Una acción será correcta cuando nos
acerque a la felicidad, entendida como
un objetivo general de nuestra vida. De
tal manera, una acción que nos resulta
penosa o displace a tendrá sentido,
si a la larga nos acerca a ese objetivo
(fin o meta) general.
La forma de acercarnos a la felicidad es
el hábito de la virtud, la vida virtuosa.
(Ej. Aristóteles)

Cuadro 2

DEONTOLOGISMO

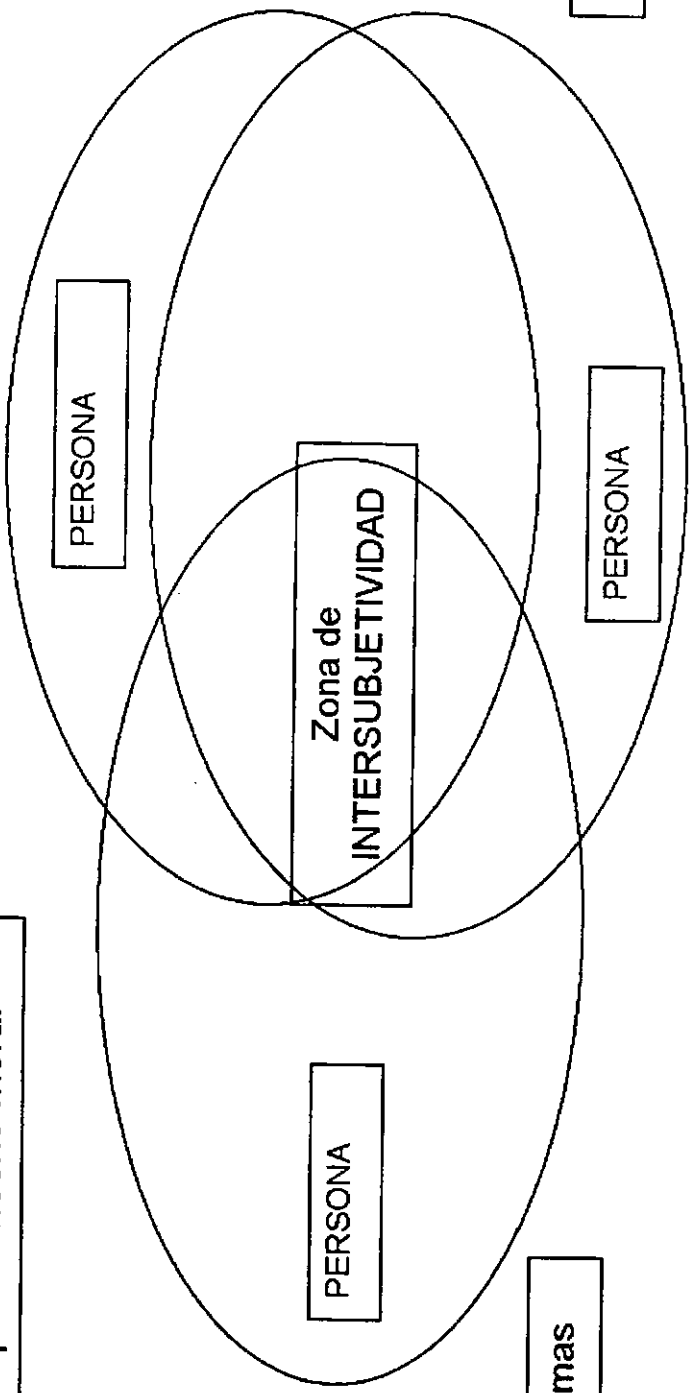
Primera etapa del hecho moral

Kant



Segunda etapa del hecho moral

Apel, Habermas



Cuadro 3

APUNTES Y GLOSARIO

GRADOS DEL SABER MORAL

En el análisis ético podemos señalar distintos grados o niveles:

- *Ética Descriptiva*. Ciencia positiva de los hechos morales (hechos individuales o colectivos)

Esta ciencia presupone la determinación del concepto de "hecho moral" (para saber qué conducta es moral y cuál no lo es). Supuesto este concepto, toda ética descriptiva enumera cuál es el comportamiento moral de un individuo o un grupo, o bien los valores morales vigentes en una colectividad o grupo humano cualquiera (esto hace la "sociología moral").

Los juicios de la ética descriptiva se forman con proposiciones referidas siempre a hechos. Los hechos constituyen *lo que pasa*, son fácticos y son siempre descriptivos y no prescriptivos. Su conocimiento se obtiene de la experiencia.

- *Ética Normativa*. Es un repertorio fundado y sistemático de juicios normativos, es decir, prescriptivos y no descriptivos como la anterior.

Los juicios normativos expresan cómo *deben* los hombres obrar. Expresan, por tanto, normas y juicios de valor. Ambos hablan ~~de~~^{de} cómo se debe vivir. Algunos ejemplos:

- "No es lícito provocar el aborto de un ser humano engendrado a la fuerza"
- "Es mejor una sociedad que integra a los disminuídos físicos que otra que los margina"
- "Nadie debe ser obligado a obrar contra su conciencia"

Estos enunciados expresan obligaciones o juicios de valor que aspiran a estar racionalmente justificados. De ahí que se pretenda crear con ellos un sistema o una norma suprema de la que los demás se puedan inferir.

En toda ética normativa se trata, en fin, de un código ético que pretende hacerse valer por la mera evidencia de su verdad.

- *Ética Filosófica o Filosofía Moral*, se entiende por filosofía moral el examen más radical que le sea posible al hombre de todos los supuestos de cualquier ética normativa.

Es un saber que nace de la pretensión de descubrir todo lo que tendría ser verdad *para que un sistema de normas morales sea verdadero*.

Las condiciones de verdad de las proposiciones normativas que estudia la filosofía moral, se expresan en proposiciones filosóficas:

- "La calidad ética de una acción no depende del motivo por el cual se hace" (J. S. Mill)
- "La calidad ética de una acción depende del motivo por el cual se hace" (Kant)
- "El fin justifica los medios" (Moore)
- "El fin no justifica los medios"
- "Todo imperativo moral es incondicionado" (Kant)
- "Ningún imperativo moral es categórico" (Schlick)

- "Nadie puede estar obligado moralmente a hacer algo si ~~no~~ es libre para hacerlo"
- "Todo lo moralmente bueno es moralmente debido" (Kant)

Por tanto, una ética filosófica *presupone una ética normativa* y está en un plano meta-normativo (metaética). "Tales fundamentos constituyen las condiciones de posibilidad de un sistema de normas válido" (Kant).

Vida moral y Saber moral

- La relación entre la vida moral y saber moral no debe tomarse de forma opuesta, sino que hay que aclarar que la vida moral es mucho más abarcativa que el saber moral, y éste sería tan sólo algo así como un elemento constitutivo de aquella.
- **Vida moral:** se toma el término "vida" en sentido biográfico y no en sentido biológico; es decir, como un conjunto de acontecimientos que tienen lugar entre el nacimiento y la muerte de un sujeto. En este sentido, la vida moral es una realidad esencialmente temporal a la que se le contagian todas las características propias del tiempo.

¿Qué es lo que llena el tiempo de esta vida moral? Un conjunto de hechos relacionados con el sujeto como un efecto con su causa eficiente o productiva. Este conjunto no constituye lo que nos pasa, sino lo que nosotros hacemos pasar. Somos "agentes" y no "pacientes"; lo obrado por ese sujeto es práctico, y elaborado, como diría Kant, gracias a la libertad.

Esos acontecimientos ¿qué son?. Son, ante todo, actos humanos y actitudes adoptadas por el hombre ante estados de cosas pertenecientes al mundo exterior o a nuestro estado interior.

Esas actitudes no forman parte de la vida moral sino en la medida en que tienen relación con la misma cuestión o aspecto moral (moralmente bueno o malo; aceptable o rechazable, etc.) La moralidad de nuestra vida no es sino el parecido o la forma como sería deseable que fuera. Es frecuente mirar las actitudes de los hombres, de esta forma como justas o injustas. Todo esto nos lleva a observar que en toda vida moral hay ya un saber moral entroncado con ella.

- En casi todos los casos vemos que debemos hacer tal o cual cosa, pero casi nunca sabemos por qué hemos de hacer esa cosa. Es esto precisamente, lo que nos obliga a ir de ese saber moral precientífico al saber moral basado en una fundamentación filosófica de la ética (la ciencia moral).

A este problema se le suele dar una respuesta fácil: ***"la vida moral y el saber moral son dos cosas distintas y separadas, y cuya puesta en relación no debe hacer otra cosa que subordinar la vida moral al saber moral sobre lo que nuestra vida debe ser"***.

Pero esta respuesta no es válida por tres tesis:

- 1) La vida moral implica un conocimiento concomitante de esas cualidades morales que constituye el saber moral. Una persona no podría cumplir una promesa determinada si no conociese previamente en qué consiste exactamente una promesa. Toda vida moral implica, pues, un cierto sentido concomitante de saber, pero aún así, todavía no se le puede llamar saber moral.
- 2) Los problemas teóricos o prácticos suscitados en la vida moral son los que llevan a teorizar sobre el fundamento teórico del saber moral, llevan al hombre a buscar un principio teórico:

Dificultades teóricas:

- las dificultades pueden venir por contradicciones o incompatibilidades entre creencias de la vida moral,
- las dificultades pueden venir también porque el sujeto ve que es incompatible su pensamiento del pasado sobre una cosa con el pensamiento que tiene en el presente,
- las dificultades pueden estar en que el conocimiento sobre estas cuestiones pueden contradecir principios científicos que pasan por ser válidamente aceptados,
- puede ocurrir que la verdad que yo hallo inquebrantable sea algo distinta a lo que otros sujetos ven.

Dificultades prácticas:

- que lo que parece que se debe hacer, choque con lo que nos apetezca hacer en un momento concreto,
- puede también chocar con las exigencias pragmáticas que se dan en la sociedad: ("Decir la verdad cuesta amigos" - refrán alemán-). Colisión con las expectativas que los otros esperan que hagamos en una situación determinada (todos esperan de mí y yo espero de los demás sus papeles previstos).

3) Toda teoría ética que contradiga los datos fundamentales que ofrece aquel saber moral implícito, se revela por ello como inaceptable. Cualquier teoría ética, por bien fundamentada que esté, si contradice esos datos, será inaceptable.

¿Es todo nuestro conocimiento moral espontáneo el que ha de juzgar la teoría ética?

No, pues si así fuera todo ese conocimiento espontáneo sería considerado suficiente y de esta forma nos negaríamos a teorizar sobre estas cuestiones. Pero es un hecho que teorizamos, y al hacerlo, vemos de antemano que este conocimiento no es tan suficiente como parece.

- ¿Nada de nuestro conocimiento moral espontáneo ha de juzgar la teoría ética?

No, pues si así fuera no habría teoría ética alguna que pudiera mostrarse inaceptable; sin embargo, sí hay teorías éticas que son de entrada inaceptables, y de eso deducimos que la teoría no debe ir siempre por delante y ser considerada aceptable siempre.

- ¿Qué partes de nuestro conocimiento moral espontáneo nos sirven de criterio para juzgar el valor de una teoría ética?

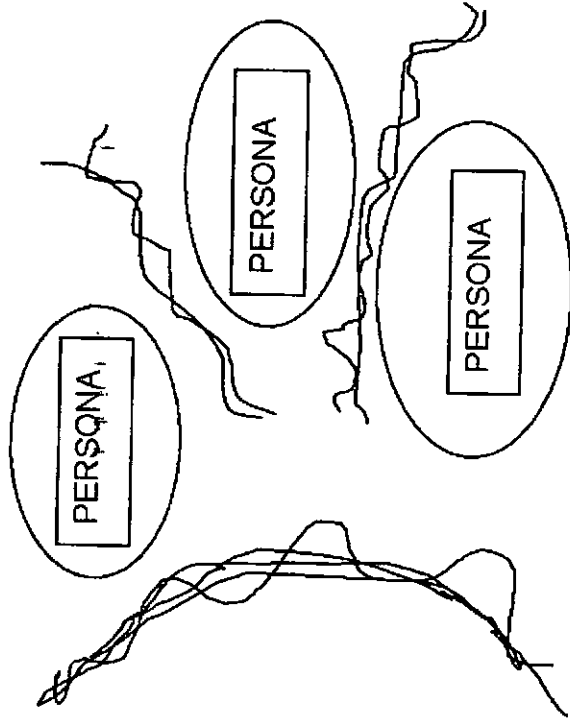
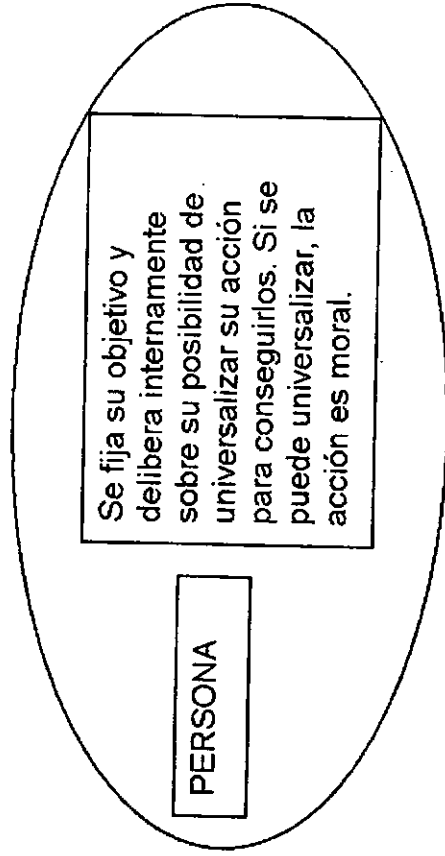
Es preciso eliminar de ese conocimiento todo lo que suponga una incongruencia lógica de sus elementos, para lo cual podemos servirnos de la lógica formal en uso. El problema puede ir más allá de la incongruencia formal y plantearnos el valor material de una regla moral una vez depurada lógicamente. Debemos rechazar tanto los que afirman que en el conocimiento espontáneo está todo, como los que piensan que no hay ética válida alguna.



DEONTOLOGISMO

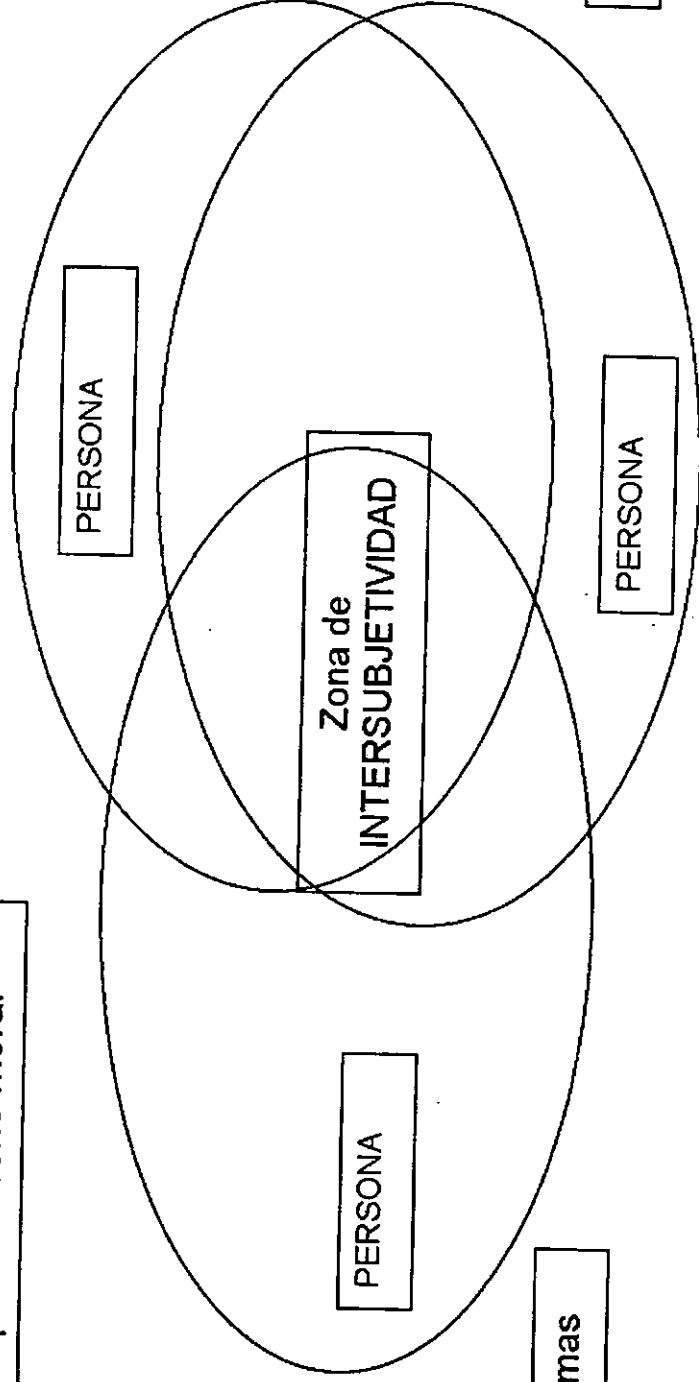
Primera etapa del hecho moral

Kant



Segunda etapa del hecho moral

Apel, Habermas



Cuadro 1

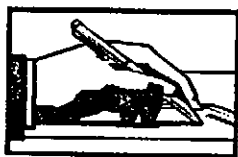
BIOÉTICA

3 Teorías y Principios de la Bioética



Teorías bioéticas

Al igual que lo hemos hecho en nuestra aproximación a la ética en nuestra introducción a la bioética veremos los grandes lineamientos del pensamiento bioético y dejaremos, a sabiendas, a muchos autores y teorías afuera de nuestro panorama. Mencionaremos en ésta ficha sólo a tres corrientes dentro del campo bioético: 1) La teoría de la moral común basada en principios (Beauchamp y Childress); 2) La teoría de las virtudes o ética del carácter; y 3) La ética del cuidado. Cada una de ellas, como veremos, pone el acento en puntos distintos del entramado de relación agente-enfermo (englobamos aquí los términos relación médico-paciente, enfermera-paciente, etc). A quien desee profundizar en éste tema le sugerimos muy especialmente la lectura de los Capítulos 1, 2 y 8 del libro Principios de Ética Biomédica, de Beauchamp y Childress.



3.1-. Teoría de la moral común basada en principios

Esta teoría se basa en dos pilares: 1) La moral común con raíz en la moral compartida por los miembros de una sociedad, es decir, del

sentido común no filosófico y de la tradición"¹, y 2) Varios principios no absolutos (*prima facie*).

Debemos aclarar algunos términos. Por moral común Beauchamp y Childress se refieren a "creencias habituales compartidas" por los miembros de una sociedad y postulan que los criterios en la moral común proporcionan una "base que permite evaluar y criticar los actos en países cuyos puntos de vista morales habituales no permitan establecer principios básicos" y que por lo tanto "los principios de la moral común, al igual que los derechos humanos básicos, son criterios universales". Éste planteo ha sido y es fuertemente discutido por muchos autores, pero tiene el indiscutible mérito de ser el primer marco sistemático de la bioética, cuya importancia es indiscutible.

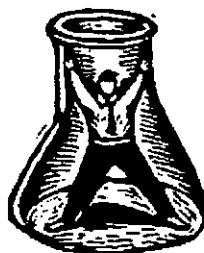
En cuanto a los principios ésta teoría es *pluralista* (no depende de un solo principio absoluto, como la teoría kantiana o el utilitarismo). Ross introdujo la distinción entre principios básicos e irreductibles que expresan obligaciones "prima facie", y obligaciones reales. Los principios *prima facie* tienen siempre vigencia pero, en una situación de conflicto entre ellos se debe ponderar cual es que tiene mayor importancia en esa situación específica, para determinar el tipo de obligación real. Por ejemplo, si hemos prometido llevar a nuestra esposa al cine y al ir a buscarla nos encontramos con una persona accidentada nos vemos frente a dos obligaciones divergentes. Por un lado debemos cumplir nuestras promesas (*prima facie*) y por el otro debemos auxiliar a quien lo necesita (*prima facie*). En la deliberación pesa más la obligación de beneficencia, pues se debe auxiliar a quien lo necesita, que se transforma, por lo tanto, en obligación real. Sin embargo la otra obligación, que ha sido dejada de lado en la ocasión, no desaparece, sino que deja lo que Nozick llama "rastros morales". El considerar que los principios obligan *prima facie* permite la deliberación sobre su correspondencia real en una situación dada, y evita que un

¹ Beauchamp T., Childress J. Principios de Ética Biomédica, 1994 (PEB). Masson, Barcelona, 1999, p.94.

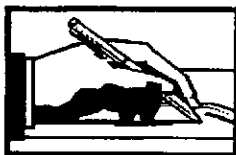
principio absoluto no dé ningún margen de acción a la persona, como en el caso del asesino inquisidor de Kant².

Como hemos visto en el ejemplo precedente, en determinados casos se debe infringir una norma *prima facie*, pero para hacerlo se debería cumplir con ciertos requisitos:

- 1) Las razones que justifiquen la norma a aplicar deben ser mejores que las que justifiquen la norma infringida (en nuestro caso, es mas importante la ayuda al prójimo en desgracia que el mantenimiento de la promesa de ir al cine),
- 2) Existen posibilidades realistas de alcanzar el objetivo moral que justifica la infracción;
- 3) No existen acciones alternativas moralmente preferibles;
- 4) La infracción seleccionada es la más leve posible, proporcional al objetivo principal del acto;
- 5) El agente intenta minimizar los efectos negativos de la infracción (le lleva un ramo de flores a la esposa, por lo menos).



² En el célebre caso del asesino inquisidor Kant plantea la situación de una persona que tiene un amigo al cual busca un asesino. El amigo se ha ocultado en la casa de ésta persona para evitar que el asesino lo mate. Sin embargo el asesino llega y le pregunta a ésta donde se encuentra su amigo. En ésta situación Kant no admite la mentira piadosa que supondría decirle que no sabe, o que no está ahí, pues plantea que no se puede establecer una máxima que diga que se puede mentir según la ocasión, pues la falta a la veracidad haría imposible la vida social. Ésta extrema rigidez ha sido criticada por no permitir conductas alternativas viables a los agentes morales.



3.2 – Teoría de la virtud o ética del carácter

Virtud

La virtud es un *rasgo de carácter* que dispone *habitualmente* a su poseedor a la *excelencia* en el *propósito* y la *realización* del *telos* específico de una actividad humana.

Dado que *curar* es la actividad específica de la medicina los rasgos que otorguen la capacidad de hacerlo serán las *virtudes* médicas y su posesión definirá al buen médico.

Esta teoría pone el acento sobre el carácter del agente que realiza los actos más que sobre los principios y normas morales. La pregunta que se plantea es "¿qué tipo de persona debo ser?" más que "¿qué debo hacer?" La respuesta es simple (en apariencia), debo ser una persona virtuosa. Alguien así sólo actuará en función de los valores más elevados y su conducta estará libre de reproches. Ahora bien: ¿qué es la virtud? Ofreceremos algunas aproximaciones.

"La virtud es un hábito, una cualidad que depende de nuestra voluntad, consistiendo en este medio que hace relación a nosotros y que está regulado por la razón en la forma en que lo regularía el verdadero sabio. La virtud es el medio entre dos vicios que pecan, uno por exceso, otro por defecto." Aristóteles, *Ética Nicomaquea*, II,6. Y agrega: "No es, pues, de poca importancia contraer desde la infancia y los más pronto posible tales hábitos... por mejor decir, es el todo". Debemos aclarar que el justo medio a que se refiere Aristóteles es el equilibrio entre el exceso y el defecto, por ejemplo la fortaleza o coraje será el término medio entre la cobardía y la temeridad, la generosidad lo será entre el derroche y la mezquindad, etc.

Arleen Salles plantea, ante la pregunta ¿qué es una virtud?: "es un rasgo de carácter valioso que contribuye al bien de la persona y de los demás".³

Para Beauchamp y Childress una virtud es un rasgo del carácter *socialmente* valorado, y una virtud moral es un rasgo *moralmente* valorado. La virtud está íntimamente ligada a los motivos de una acción. Una persona puede ajustar su conducta a las reglas que marcan como obligatorio ayudar a otros pero puede hacerlo con desagrado pues no le interesa la necesidad ajena. Simplemente cumple. Las personas que se comportan meramente de acuerdo a las reglas pero sin desear hacerlo, sin tener una motivación adecuada, no se comportan moralmente, aunque la observación externa no pueda diferenciar entre ambas actitudes.

Los autores que sostienen ésta teoría indican que una persona virtuosa podrá discernir sobre la aplicación correcta de principios en conflicto. La existencia de profusas reglamentaciones y códigos médicos no pueden reemplazar el carácter virtuoso del médico. Pence considera que las cuestiones morales de la medicina... deberían ser estudiadas dentro del marco de las virtudes, ya que cualquier profesional sanitario puede evadir con éxito los sistemas de reglas. Cree que deberíamos crear un clima en el que los profesionales de la salud "deseen no abusar de sus sujetos, lo cual nos remite a nuestra definición de buena persona: aquella que tiene el tipo correcto de deseos".⁴

"Una persona moralmente buena, con la adecuada configuración de deseos y motivaciones, tiene más posibilidades de entender lo que debe hacer, de realizar los actos necesarios y de crear y actuar según los ideales morales. Una persona de confianza es aquella que tiene motivaciones y deseos profundamente arraigados de realizar actos correctos. Por tanto, recomendaremos, admiraremos, alabaremos y

³ Luna F., Salles A. Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica. Sudamericana, Buenos Aires, 1995.

⁴ Pence G. Ethical Options in Medicine. En Beauchamp y Childress, op.cit. p. 61.

mostraremos como modelo moral a toda persona dispuesta por su carácter a ser generosa, cuidadosa, compasiva, piadosa, justa, y no a las personas que siguen estrictamente las reglas".⁵

¿Cuáles son las principales virtudes a que se refieren los autores que hablan de ellas? Justicia, benevolencia, compasión, respetuosidad, sinceridad, confidencialidad, preocupación, coraje, generosidad, etc. Pero hay una virtud coordinadora y reguladora del conjunto que es la **prudencia**. Caracterizada como la directora de las demás por Santo Tomás de Aquino, la prudencia incluye la sensatez y razonabilidad del juicio, así como la previsión. También se la ha denominado *sabiduría práctica*, aquella que permite reflexionar y optar por lo más conveniente para el hombre pero no acerca de algo en particular sino en lo que conduce a la vida buena y feliz en general.⁶

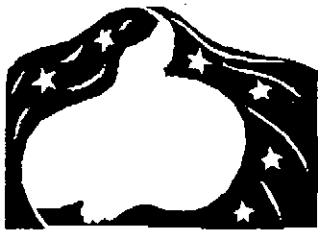
Conjunto de Virtudes del Médico (Pellegrino, 1999)

- ❖ **Fidelidad: a la confianza y a la promesa**
- ❖ **Benevolencia: se propone el bien del paciente**
- ❖ **Desinterés: se pone el interés del paciente primero**
- ❖ **Compasión y cuidado**
- ❖ **Honestidad intelectual**
- ❖ **Justicia: es una justicia hacia la necesidad del paciente, no social**
- ❖ **Prudencia: sabiduría práctica para hallar el camino**

En síntesis, para los que sostienen la teoría de la virtud o del carácter lo más importante es *la persona* que ejerce la medicina. Si la misma es de hábito virtuoso sus acciones serán las adecuadas.

⁵ Op. cit. p. 61.

⁶ Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía. Ariel, Barcelona, 1999, p. 2944.



3.3. Ética del cuidado

Ética del cuidado

- **Jerarquiza la responsabilidad hacia otros y la preservación de los vínculos**
- **Considera el contexto de cada situación**
- **Admite la parcialidad hacia los grupos especiales: familia, amigos, pacientes, etc.**
- **Importa sentir con la otra persona**
- **Rescata la emoción del desván del racionalismo**
- **Los agentes morales deben tener en cuenta los sentimientos de las personas con que se relacionan.**

Existe actualmente un punto de vista que difiere radicalmente de las aproximaciones tradicionales y es el de la ética del cuidado. Desde esta postura no se jerarquizan los principios y las reglas sino la *responsabilidad* que tenemos hacia las otras personas y la *atención al contexto* de cada situación determinada.

Se propone que utilicemos la "confianza adecuada" como nexo de unión. Los modelos tradicionales de teoría ética no consideran la gran importancia que tienen, en una relación padre-hijo o profesional-paciente, las responsabilidades asumidas por los primeros de cuidar, amar y atender a las necesidades de los segundos.

La ética del cuidado se desarrolló frente a la observación de que las niñas tenían un desarrollo moral deficiente (según Kohlberg, que era varón) si se las comparaba con los varones. Carol Gilligan demostró que en realidad lo que tienen es otro enfoque del problema moral. La estructura moral con predominio del cuidado se desarrolla sobre todo en las mujeres, que no necesitan de la separación de la madre para su crecimiento. En cambio los varones necesitan autonomizarse cortando los vínculos que los unen a su madre. Esto hace que la *conectividad* y el *vínculo*, desde éste punto de vista, sean los elementos primordiales en la construcción de la moralidad.

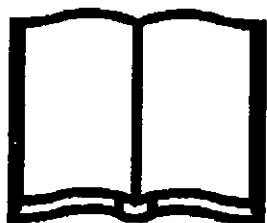
El liberalismo no es capaz de considerar la moral en toda su amplitud pues se centra demasiado en la justicia imparcial. El punto de vista liberal sirve para algunas relaciones morales que se plantean cuando las personas *actúan como iguales en un contexto público de justicia impersonal*. Pero en la medida que ese contexto se aleja de esa situación y se acerca a lo personal, la imparcialidad requerida pasa a ser menos importante, cobrando relevancia, por el contrario, la parcialidad que puede significar la lealtad hacia los grupos, la familia, la comunidad, etc. Nuestra relaciones, en la realidad, se mueven más en un ámbito de contactos y afectos humanos que en uno judicial, frío e impersonal.

Desde el punto de vista de la ética del cuidado los principios universales y abstractos son considerados irrelevantes, improductivos, inefectivos o constrictivos para la vida moral.⁷ La experiencia moral parece demostrar que nuestra actitud se basa en las emociones, la compasión, el sentimiento de amistad y el conocimiento de como se comportan las personas cuidadosas. La ética del cuidado establece que muchas de las relaciones humanas afectan a personas vulnerables, dependientes, enfermas y frágiles, de forma tal que la respuesta moral deseable consiste en atender a sus necesidades más que respetar sus derechos. *Sentir con la otra persona* e identificarse con ella es imprescindible en la relación moral.

La ética del cuidado rescata a la emoción del papel de obstáculo en el que el racionalismo la había ubicado al considerar que las emociones, los sentimientos, las pasiones y las inclinaciones dificultan y distraen el juicio moral, que debería depender únicamente de la razón (sin embargo sería difícil confiar en una persona que se moviese exclusivamente por las reglas racionales, sin los sentimientos adecuados). Los agentes morales deben tener en cuenta los sentimientos de las personas con las que mantienen las relaciones

morales. Pero el hecho de que la dimensión emocional sea fundamental no implica que la respuesta moral sea simplemente una respuesta emocional. Lo cognitivo y racional también tiene un lugar pues comprender las necesidades de los demás lo requiere, así como planificar como dar respuesta a esas necesidades.

En síntesis, la ética del cuidado pone su atención sobre el lado del fenómeno moral negado por el racionalismo cognitivista y se centra sobre las relaciones interpersonales y sus aspectos emocionales. Es más importante la respuesta que damos a la necesidad de otro de ser cuidado que las posibles reglas que se planteen al respecto.



Los principios de la bioética

Como hemos visto en 3.1 la teoría de la moral común basada en principios, si bien ha recibido numerosas críticas en los últimos años, es la sistematización generalmente admitida en el campo de la bioética, y la referencia a ella es por lo tanto inevitable. Ésta teoría plantea el trabajo con cuatro principios *prima facie* : beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Si bien algunos autores engloban beneficencia / no maleficencia en uno, Beauchamp y Childress prefieren trabajar con ambos por separado. W. Frankena establece un orden jerárquico entre obligaciones:

- 1) Se debe no infligir mal o daño (principio de no maleficencia)
- 2) Se debe prevenir el mal o daño.
- 3) Se debe remover, evitar o rechazar el daño o el mal.

⁷ Beauchamp y Childress, op.cit. p.83.

4) Se debe hacer o promover el bien.

Se acepta en general que es primordial la obligación de no maleficencia (no hacer daño) y que las obligaciones 2 a 4 se engloban dentro de la beneficencia. Es importante destacar que para algunos autores éstas obligaciones son, en realidad, *supererogatorias*. Esto significa que, aunque son moralmente deseables y valiosas, no se le puede exigir al agente moral su cumplimiento.

Un concepto importante a tener en cuenta es que los principios guardan entre sí una relación no exenta de tensiones, de forma tal que la aplicación de uno de ellos puede entrar en contradicción con otro. Por ejemplo, la aplicación del criterio de beneficencia médica puede entrar en conflicto con el de autonomía cuando el paciente no acepta el tratamiento que el médico propone pese a que el mismo está dentro de las normas de la "buena práctica médica". La definición de principios prima facie y deber real permite superar ésta tensión, como ya se explicó.



1. Principio de no maleficencia

La regla básica de éste principio es no causar daño o mal a otro. Dentro de las situaciones que éste principio abarca se encuentran, entre otras, las de suspender o no iniciar tratamientos en ciertos pacientes en los que el posible beneficio es dudoso.

Por *daño* Beauchamp y Childress entienden obstaculizar, dificultar o impedir que se cumplan los intereses de alguien. Otras definiciones incluyen aquellos actos que obstaculizan o alteran la reputación, la propiedad (incluyendo la del propio cuerpo), la intimidad o la libertad de otros.

Del principio de no maleficencia derivan muchas reglas morales específicas. Citaremos algunas:

- 1) No matarás;
- 2) No causarás dolor o harás sufrir a otro;
- 3) No incapacitarás a otro;
- 4) No ofenderás;
- 5) No privarás a los demás de los bienes de la vida.

W.D. Ross, el eticista que planteó las obligaciones *prima facie*, incluye algunas de las prohibiciones de los Diez Mandamientos tales como no matar, no robar, no cometer adulterio y no dar falso testimonio ni mentir.

En el campo de la atención de la salud surgen obligaciones específicas que hacen que la no maleficencia abarque un espectro más complejo que entre personas no involucradas en la atención. Así hay responsabilidad ante un acto que causó un daño cuando se dan las siguientes condiciones:

- 1) El profesional contrajo una obligación con la parte afectada;
- 2) El profesional incumplió ese deber;
- 3) La parte afectada sufrió algún daño;
- 4) El daño se debe al incumplimiento de la obligación.

Por lo tanto la omisión de un cuidado debido hacia un paciente, por la causa que sea (descuido, ignorancia, etc), constituye una falta al deber de no maleficencia.

Existe, dentro del campo de la bioética, un concepto importante respecto a no iniciar o a suspender un tratamiento. En general, a quienes trabajamos en la atención de la salud nos resulta más difícil la suspensión de un tratamiento que su no iniciación. Sin embargo, desde el punto de vista ético no hay diferencia alguna. Si el tratamiento está indicado, o bien se debe comenzar, o bien se debe continuar con el mismo si ya estaba instaurado. Si es el caso contrario, es decir, no está indicado, es lo mismo suspenderlo que no comenzarlo. Lo que está en juego es el hecho de la indicación o no del tratamiento. Una vez aceptada la misma, o su ausencia, la consecuencia se sigue automáticamente: si está indicado, sí; si no lo está, no.



2. Principio de beneficencia

La moralidad requiere no sólo que nos abstengamos de dañar a los demás, sino también que contribuyamos a su bienestar. Si bien no existen rupturas claras en el *continuum* entre no infligir daño y ofrecer un beneficio, el principio de beneficencia requiere potencialmente mayor compromiso que el de no maleficencia, ya que se deberán dar pasos positivos para ayudar a otros, y no únicamente abstenerse de realizar actos perjudiciales.

La *beneficencia* consiste en hacer un bien (*bene*: bien y *facere*: hacer) a otro. El rasgo de carácter o la virtud de quien está dispuesto a hacerlo se llama *benevolencia*. La beneficencia es justificable desde puntos de vista consecuencialistas y también deontologistas, o sea que no pertenece como concepto a una sola teoría ética. La beneficencia puede ser obligatoria en ciertos casos, pero en otros puede no serlo, por ejemplo cuando la acción benéfica para otro pone en riesgo al propio agente moral. En esas condiciones se considera *supererogatoria* y, por lo tanto, no exigible moralmente. Algunas reglas morales de beneficencia obligatoria serían:

- 1) Proteger y defender los derechos de otros;
- 2) Prevenir que suceda algún daño a otros;
- 3) Suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio a otros;
- 4) Ayudar a las personas con discapacidades;
- 5) Rescatar a las personas en peligro.

A éstas obligaciones cabe la aclaración anterior sobre los riesgos para el agente que las lleva a cabo. Como puede observarse, esta enumeración incluye acciones de no maleficencia.

Puede hacerse una diferenciación entre beneficencia *general* y *específica*. La beneficencia general se dirige *hacia todas las personas*, en tanto que la específica se dirige a grupos determinados como por ejemplo los niños, los amigos, los pacientes, etc. La beneficencia general es una idea sumamente exigente ya que requiere del agente moral una disposición al sacrificio que es poco común en la realidad (en tanto exista en el mundo gente desgraciada debo hacerme cargo de ayudarla). Sin embargo hay formulaciones como la de M. Slote que permiten suavizar ésta obligación: "Una persona tiene la obligación de prevenir o evitar el mal o el daño grave cuando puede hacerlo sin interferir gravemente con el propio modo o estilo de vida y sin causar perjuicios por comisión".⁸ Peter Singer (ver material bibliográfico: Ricos y pobres, en Singer P. *Ética Práctica*, Cambridge University Press, 1995), sostiene que existe la obligación de ayudar, y establece como parámetro un 10% de los ingresos de cada uno, cifra que, como dice, recuerda al antiguo diezmo que se daba a la iglesia, bajo cuyo cuidado estaban los pobres de la parroquia. En algunas circunstancias la beneficencia general (hacia quienes no conocemos) se convierte en específica por la situación misma. Se pueden aplicar las siguientes normas para definir éstas situaciones: la acción de X es una obligación de beneficencia hacia Y si se cumple que

- 1) Y está expuesto a riesgo *grave* (perjuicio para su vida, salud, u otro perjuicio grave):
- 2) La acción de X es *necesaria* para evitar éste perjuicio;
- 3) La acción de X tiene una *alta probabilidad* de prevenirlo;
- 4) La acción de X no representará *riesgos graves* para X;

⁸ Slote M. The Morality of Wealth, en ByC. Op. cit. Pág. 250.

- 5) El beneficio que Y pueda obtener *supera cualquier perjuicio*, costo o carga en que pueda incurrir X por su acción a favor de Y.

En cuanto a la beneficencia específica, la misma² estará determinada por el tipo de relación existente entre las personas afectadas. Por ejemplo un padre o una madre tienen obligaciones morales hacia sus hijos que son sustancialmente diferentes de las que puede tener un arquitecto con sus clientes. En el caso del médico el principio de beneficencia hacia los pacientes es una obligación explícita, que figura desde los más antiguos códigos de ética profesional (lo mismo ocurre entre los de enfermería). Para algunos autores ésta obligación está basada en la reciprocidad, pues quien llega a desempeñar una profesión para la cual ha hecho uso de recursos educativos provistos por la sociedad, y ha hecho sus prácticas estudiantiles con pacientes aún antes de tener la habilidad necesaria como para atenderlos está obligado a una conducta de reciprocidad que incluye a la beneficencia. Asimismo debemos considerar la responsabilidad que emana del "puesto y los deberes" del médico en el siguiente sentido: así como un guardavidas debe, por su función, arriesgar su vida para rescatar a un bañista que se está ahogando, un médico, por **su** función, debe atender las necesidades de los pacientes pese a los riesgos potenciales para su salud. Evidentemente éstas obligaciones están limitadas por la prudencia y el sentido común.



3. Principio de autonomía

En término autonomía deriva del griego *autos*: propio, y *nomos*: regla, autoridad o ley. Significa la capacidad de la persona para darse su propia ley, para elegir, para ser dueña de sí misma. Implica la regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que

pretendan controlar, y sin limitaciones personales, como por ejemplo, una comprensión inadecuada, que impidan hacer una elección. Una persona autónoma actúa libremente en base al plan de vida que ha elegido.

Las elecciones autónomas tiene tres condiciones básicas: la *intencionalidad*, el *conocimiento* y la *ausencia de influencia externa*. La intencionalidad no es graduable: existe intención o no existe. En cambio las otras dos condiciones pueden estar presentes en grado variable. El conocimiento, vinculado a la comprensión, puede diferir en grado, por ejemplo, en los ancianos y los niños.

El principio de respeto a la autonomía puede ser derivado tanto de la posición de Kant como de la de Mill. En el primer caso el respeto a la autonomía surge del reconocimiento de que toda persona tiene un valor incondicional y la capacidad de determinar su propio destino. No respetar la autonomía significa tratarlo como a un simple medio sin tener en cuenta sus objetivos sino los objetivos de otro, lo cual constituye una violación moral básica. Mill se centra más en la autonomía - individualidad - como determinante de la vida de las personas. Todo ciudadano debe poder desarrollarse según sus preferencias y convicciones siempre que éstas *no interfieran* con la libertad del resto; si está equivocado o tiene ideas falsas debemos intentar persuadirle.

Del principio de autonomía derivan una serie de reglas que serán vistas en el próximo tema, tales como veracidad, confidencialidad, consentimiento informado, etc.



4. Principio de justicia

Pocas ideas han sido tan discutidas en la historia de la humanidad como la de justicia. El concepto incluye el trato igual, equitativo y apropiado a la luz de lo que se les debe a las personas o es propiedad de ellas. Una situación de justicia se presenta siempre que las personas son acreedoras de beneficios o cargas a causa de sus cualidades o circunstancias particulares, tales como causar daño o haber sido dañados por los actos de otra persona. Quien tiene una exigencia válida basada en la justicia tiene un derecho y, por lo tanto, se le debe algo. Así pues, una injusticia implica un acto erróneo u omisión que niega a las personas beneficios a los que tienen derecho o que falla en una distribución justa de las cargas. En la breve fórmula romana la justicia es "dar a cada uno lo suyo". Una persona es tratada con justicia cuando recibe lo debido, sea lo merecido premio o castigo, beneficio o perjuicio.

La justicia en materia sanitaria se refiere principalmente a la justicia distributiva y comparativa, relacionada con la asignación de recursos escasos y a la competencia entre distintos reclamos que es necesario balancear. De aquí el concepto de equidad como principio formal: "los iguales deben ser tratados igualmente y los desiguales desigualmente". Los principios materiales, conflictivos entre sí, identifican una propiedad relevante que debe ser tomada en cuenta para la distribución de cargas y beneficios:

- 1) A cada uno igual parte;
- 2) A cada uno según su necesidad;
- 3) A cada uno según su esfuerzo;
- 4) A cada uno según su contribución social;

5) A cada uno según su mérito.

6) A cada uno según los intercambios del libre mercado.

"En la historia del pensamiento occidental han cobrado vigencia sucesivamente cuatro principales concepciones de la justicia social:

1) La justicia como proporcionalidad natural;

2) La justicia como libertad contractual;

3) La justicia como igualdad social;

4) La justicia como bienestar colectivo.

En el debate contemporáneo sobre la justicia compiten teorías *igualitarias*, que enfatizan igual acceso a los bienes primarios, *libertarias*, que enfatizan los derechos a la libertad social y económica, y *utilitaristas*, que proponen un uso mixto de tales criterios a fin de maximizar la utilidad pública y privada".⁹

Según Beauchamp y Childress (op.cit.):

Justicia: trato igual, equitativo y apropiado a la luz de lo que se debe a las personas o es propiedad de ellas. Ergo injusticia: acto erróneo u omisión que niega a las personas beneficios a los que tienen derecho o que falla en la distribución justa de las cargas.

Justicia *distributiva*: distribución igual, equitativa y apropiada de beneficios y cargas en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social. Otros tipos de justicia son la *penal*, que se refiere a la aplicación de castigos a quienes han transgredido normas legales, y la *rectificadora*, que se refiere a la compensación por problemas transaccionales.

⁹ Mainetti J.A. Bioética Sistemática. Quirón, La Plata, 1991, pág.48.

Principio de justicia formal

Tradicionalmente atribuido a Aristóteles: los iguales deben ser ~~tratados~~ tratados igualmente y los desiguales deben ser tratados desigualmente. Pero: como se establece la desigualdad? En base a que criterio?

Principios materiales de justicia

Los principios que especifican las características relevantes para un tratamiento igual son *materiales* porque identifican las propiedades sustantivas para la distribución. Por ejemplo: el principio de necesidad, que indica que la distribución basada en la necesidad es justa. Pero qué necesidades? Supuestamente las necesidades básicas y fundamentales. Decir que alguien tiene una necesidad básica y fundamental de algo significa que resultará dañada en un modio fundamental si esa necesidad no queda satisfecha. Pero, por ejemplo, una persona puede ser dañada por la desnutrición y la enfermedad, pero también por la falta de información crítica. Por lo tanto toda política que desee distribuir en base a las necesidades fundamentales deberá precisar justamente *cuales son esas necesidades fundamentales*.

Los problemas típicos de justicia en bioética se refieren al derecho a la atención sanitaria, a la asignación de recursos escasos (órganos para trasplante, etc), y otros del mismo tipo. Dada la gran importancia de los mismos (para algunos autores el principal problema bioético latinoamericano) serán tratados en un capítulo aparte.



GLOSARIO

Teoría de los Principios

Se basa en la moral compartida por los miembros de una sociedad, basada en el sentido común y la tradición.

- 1) Pluralista: hay varios principios no absolutos, sino *prima facie*.
- 2) Las normas *prima facie* se pueden infringir sólo con justificación adecuada: a) Mejores razones; b) Objetivo posible; c) No hay alternativas satisfactorias moralmente; d) la infracción seleccionada es la más leve posible; e) el agente intenta minimizar el efecto negativo.

Principios de la bioética

- 1) Principio de **no maleficencia**
- 2) Principio de **beneficencia**
- 3) Principio de **autonomía**
- 4) Principio de **justicia**

PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA

- No se debe causar daño o mal
- Nos obliga a no causar daño intencionadamente
- Bajo este principio entran las situaciones de suspensión o no iniciación de tratamiento (retiro de respirador mecánico, suspensión de nutrición enteral y parenteral, etc)

BENEFICENCIA

- Obligación moral de actuar en beneficio de otros. Implica una acción positiva y no un mero abstenerse.
- Pregunta clave: ¿cómo se determina lo que es en beneficio de otro?
 - Conflicto potencial con el principio de autonomía.
 - Beneficencia general: se dirige a todos.
 - Beneficencia específica: hacia grupos especiales (niños, amigos, parientes)

BENEFICENCIA OBLIGATORIA

Una persona X tiene un deber de beneficencia hacia una persona Y si y solo si se cumple que:

- Y está expuesto a una pérdida o perjuicio significativo para su vida o su salud

- La acción de X es necesaria para evitar esto
- La acción de X tiene una alta probabilidad de prevenir o evitar el perjuicio
- La acción no representará riesgos, costos o cargas significativos para X
- El beneficio que Y puede esperar superará cualquier costo o perjuicio posible para X

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Autonomía: capacidad de un ser humano para darse su propia ley

Supone respetar la capacidad de cada persona para elegir libremente lo que conviene a su plan de vida

Implica que la persona es racional, competente y no está coercionada

PRINCIPIO DE JUSTICIA

La justicia supone, en sentido amplio, adoptar el curso de acción correcto.

En sentido restringido (el habitual en bioética) implica justicia distributiva, dar a cada cual lo que le corresponde

Teorías de la justicia

Teoría igualitaria: John Rawls

Teoría libertaria: Robert Nozick

Teoría marxista: Carlos Marx

Teoría de la virtud

-¿cómo debo ser?/¿qué debo hacer?

- Un agente virtuoso actuará bien

- Virtud: hábito voluntario de observar el justo medio ~~entre~~ dos vicios que pecan, uno por exceso y otro por defecto. Rasgo social y moralmente valorado que contribuye al bien de la persona y de los demás. Justicia, benevolencia, compasión, generosidad, etc.

¿Qué le podemos pedir a la Bioética?

Por cierto NO le podemos pedir que nos diga que es lo que ~~debemos~~ hacer en cada situación concreta. Tampoco que nos diga que ~~es~~ lo que está bien o mal. Y menos aún como debemos comportarnos para tener la conciencia tranquila. Pero entonces ¿para que nos sirve la bioética?

No sirve para poder, frente a un situación determinada:

- a - Sentirnos o no incómodos, inquietos, desazonados; y luego
- b - Revisar ésta situación y verificar si estamos o no frente a una cuestión ética;
- c - Definir si se trata de un *problema* o de un *dilema* ético;

Frente a un *problema* ético *sabremos cual es nuestro deber*, pero el cumplimiento del mismo resultará pesado, aunque obligatorio, precisamente por esas consideraciones éticas.

Frente a un *dilema* ético, en cambio, *estaremos en situación de perplejidad, sin saber que conducta tomar* (esto ocurre cuando sabemos que hay buena fundamentación para cualquiera de la opciones posibles). La práctica de la reflexión ética nos ayuda por varias razones:

- 1) nos agudiza en la percepción de las situaciones que presentan dificultades;

- 2) nos entrena en la evaluación de las distintas opciones de conducta;

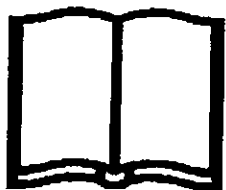
- 3) muchas veces (la mayoría) el simple ejercicio de la reflexión ética nos aclarará el panorama y orientará nuestra conducta;

- 4) pero también tendremos la posibilidad honesta de reconocer que no encontramos una solución a la situación dilemática y podremos pedir consejo a colegas o, eventualmente, a un Comité de Ética clínica o de investigación según nuestra duda original.

En suma: podremos **identificar, evaluar y resolver** los dilemas con mayor solidez, teniendo además la clara noción de que no tenemos la obligación de tener las respuesta para todos los problemas éticos, y que **podemos y debemos consultar** ante situaciones que no podemos resolver solos.






BIOÉTICA

4 Las Reglas de la Bioética



Las Reglas de la Bioética

Cuando nos referimos a reglas de la bioética estamos hablando de temas que resultan más acotados que los principios ya mencionados de beneficencia, justicia, etc (ver Capítulo 3). Las reglas contemplan situaciones limitadas de forma tal que proporcionan una cierta guía general sobre las posibilidades adecuadas de acción. Las reglas que consideraremos aquí son las siguientes, bajo un premisas general de respeto por la dignidad de la persona:

-  Premisa General: Respeto por la Dignidad
-  Fidelidad
-  Veracidad
-  Confidencialidad
-  Consentimiento informado



1) Respeto por la dignidad de la persona

*Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la **dignidad intrínseca** y de los **derechos iguales** e inalienables de **todos los miembros** de la familia humana...*

Preámbulo, Declaración Universal de los Derechos Humanos

Cada uno de nosotros es un ser único e irrepetible, que no puede ser reemplazado por otro en forma indiferente. Esta calificación de la persona se basa en el argumento de que, al ser la persona humana la única capaz de darse su propia ley universalizable (autonomía en el sentido filosófico) es distinta del resto de las criaturas de éste mundo. Esa capacidad de darse su propia ley, más allá del impulso de las pasiones, distingue a la persona, y la hace portadora de *dignidad*, y no de *precio*. En efecto: precio tienen las mercancías intercambiables entre sí pues son idénticas unas a otras. Las personas, en cambio, al poder deliberar para darse su propia ley, no pueden ser idénticas, pues *el único que podría deliberar de cierta forma* sobre un tema determinado es el afectado. El reconocimiento recíproco de ésta autonomía entre dos personas permite incorporar la idea de intersubjetividad, esto es, la capacidad que tenemos de entablar un diálogo con otra persona que nos permita comprobar si nuestra norma es universalmente válida, al contrastarla con la de los otros individuos. El carácter moral está dado precisamente por la aceptación de ésta exigencia de intersubjetividad. Nuestra propuesta debe poder ser aceptada por todos los posibles afectados, *sin* que

tengamos pretensión de imponérsela a la fuerza, coercitivamente. (Cuadro 1). Esa es su condición de moralidad.

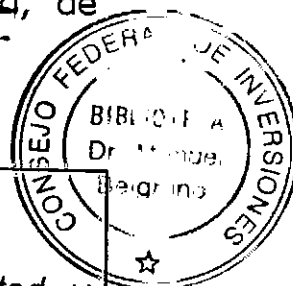
Quienes pueden participar del diálogo que conduce a formar un plano de intersubjetividad poseen algo que es precioso y específicamente humano, no compartido con ningún objeto, y esto es la *dignidad*. No hay equivalente posible para esta característica de la persona. Es por eso que se plantea el respeto a la dignidad de la persona como una regla ética insoslayable. Significa que le estamos reconociendo *al otro* su humanidad, su ser persona. Por lo tanto en todas nuestras relaciones con él, con el otro, debe primar el máximo respeto que le debemos como integrante único de nuestra comunidad. No importa su grado de instrucción, riqueza, clase social, color de piel o religión a la que pertenezca. Por el solo hecho de *ser una persona* merece todo nuestro respeto, y en nuestro trato cotidiano debemos reflejar ese hecho. Tratar con amabilidad y cortesía al otro no es hacerle un favor, sino que es reconocer en él a un integrante único y no reemplazable de nuestra sociedad, de nuestra comunidad.

Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Declaración Universal de los Derechos Humanos

Un punto importante del respeto a la dignidad de la persona lo constituye el respeto al pudor y a la intimidad. En general, en nuestra cultura estamos acostumbrados a no mostrar a otros ciertas partes del cuerpo y, hasta un cierto punto, a no mostrar nuestra vida íntima. Las circunstancias propias de los padecimientos de salud hacen que



muchas veces debamos mostrar nuestro cuerpo a quienes nos revisarán o nos realizarán prácticas diagnósticas o terapéuticas. Esto es más aceptable, pero así y todo hay quienes padecen mucho debido a la necesidad de mostrar parte de su cuerpo o de someterse a exploraciones que producen vergüenza. Por lo tanto debemos hacer todo lo que esté dentro de nuestras posibilidades para reducir al mínimo éstas exposiciones y llevarlas a cabo con el máximo respeto por la dignidad de la persona afectada.

Otro tema recurrente dentro de nuestro ámbito es el de la espera a que se somete a quien recurre a las instituciones de salud. Algunas veces, el tiempo entre la necesidad de la persona y la prestación de un servicio (p.ej. cirugía programada), es inevitable, si bien es necesario esforzarse para que sea lo más reducido posible, pues sabemos, entre otras cosas, que la perspectiva de una cirugía produce miedo e intranquilidad en quien debe padecerla. Otras veces las personas soportan largas demoras para tomar un turno y ser atendidas. Esto significa que no tomamos el tiempo de los demás como importante y lo sometemos a la incomodidad de tener que ir a la institución de salud mucho antes de ser atendido, y a largas y tediosas esperas. Ésta irritante falta de respeto puede solucionarse, por ejemplo, dando turnos telefónicos, y/o ampliando los horarios de los consultorios.

El caso mas horrendo de falta de respeto por la dignidad de la persona es el de la participación de personal de salud en las torturas a detenidos. El ejemplo del que derivaron los Juicios de Nuremberg y la Declaración Universal de los Derechos Humanos lo constituyó la conducta de los médicos alemanes durante la segunda guerra mundial, quienes participaron activamente de las torturas, y malos tratos a los judíos, gitanos, y otros grupos. Ésta participación se vió, en algunos casos, llevada a cabo bajo el pretexto de la investigación científica. En nuestro país durante la época de la dictadura militar (autodenominada "Proceso de Reorganización Nacional") hubo

personal de salud, específicamente médicos y enfermeras que participaron en torturas, apropiaciones ilegales de recién nacidos, y otros hechos semejantes. Éste tipo de conductas no tiene ningún lugar posible para quienes se han comprometido con la ayuda al prójimo en sus problemas de salud, y está prohibido por los códigos de ética médica en forma universal. Muchos médicos y enfermeras se negaron a participar en éstos hechos aberrantes, poniendo en riesgo y en ciertos casos perdiendo sus vidas.

El respeto por la dignidad de la persona se refleja en el trato respetuoso y amable con todos (pues todos son **dignos** del mismo), y en la observación de otras reglas y normas que derivan de esto y lo complementan, y que veremos a continuación.



2) Fidelidad

Fe: confianza, buen concepto que se tiene de una persona o cosa. Creencia que se da a las cosas por la autoridad del que las dice o por la fama pública. Palabra que se da o promesa que se hace a uno con cierta solemnidad o publicidad.

Fidelidad: lealtad, observancia de la fe que uno debe a otro.

Profesar: ejercer una cosa con inclinación voluntaria y continuidad en ella.

Diccionario de la Lengua Española, 21ª. ed., Madrid, 1992.

El fundamento de la relación entre el profesional y el paciente (en adelante RPP) es la confianza, y la fidelidad (~~fidelitas~~ **fides** en latín, mantener la fe, **fides**, la confianza) consiste justamente en no defraudar ésta confianza.

Entre un profesional que se ha preparado especialmente para brindar asistencia, y que ha profesado esto, y un paciente, quien está afectado por una dolencia o malestar, se establece, como fundamento básico un *pacto de confianza*. En éste pacto se entiende que el profesional hará todo lo que deba y sea posible hacer por el paciente, y también que el paciente cumplirá con las indicaciones del profesional. La fidelidad consiste, precisamente, en cumplir con ese pacto de confianza, extremando los cuidados para lograr que el paciente recupere la salud perdida o pueda sobrellevar lo mejor posible su enfermedad. Como podemos observar, parece un pacto simple, entre dos personas autónomas, y sin mayores complicaciones que las surgidas de su cumplimiento. Sin embargo en la actualidad, la RPP está sometida a numerosas exigencias, tensiones y modificaciones, que surgen de la estructura contemporánea de los sistemas de atención de la salud.

Si bien el rol del profesional siempre se supone, en principio, que es el de velar por la salud del paciente, el hecho de que los costos de la atención aumenten sin cesar y los recursos sean escasos para atender a todos los pacientes, que el profesional tenga una legítima expectativa de lucro con su trabajo, que las organizaciones de prestación sean empresas con fines de lucro comercial y que buena parte de la atención se desenvuelva dentro de instituciones agrega una complejidad indudable al compromiso descripto.

A menudo ocurre que la institución intenta racionalizar sus recursos fijando normas o parámetros de atención que chocan con el criterio profesional. También pasa que en ciertas organizaciones el profesional comparte, en cierta medida, las ganancias comerciales de la institución para la que trabaja. En todos los casos se pueden

producir conflictos entre la obligación para con el paciente en sí mismo, y la obligación de cumplir con las reglas institucionales. Si bien en general se considera que debe primar la obligación del profesional hacia el paciente, también es cierto que debe haber un uso racional de los recursos, como aplicación del principio de justicia, con independencia del tipo de organización a la que se pertenezca ver Declaración del Tavistock Group).



2) Veracidad

Como lo hemos expuesto toda persona, por el sólo hecho de serlo, es autónoma y tiene derecho a que respetemos su dignidad. Al ser autónoma tiene derecho a decidir sobre sí misma, sobre lo que desea y lo que no, y sobre las conductas o acciones que adoptará para llevar a cabo su plan de vida. Para poder elegir sus conductas y acciones una persona debe, necesita, contar con la información adecuada sobre sus circunstancias. *No es posible decidir razonablemente sin saber que es lo que pasa.* Esto significa, en el campo de la salud, que cada persona puede decidir que opción de tratamiento desea, pero para poder hacerlo debe contar con la información correcta sobre su estado de salud o enfermedad y como es cada una de las opciones posibles. La persona, con esos elementos de juicio, los considerará a la luz de su propia, particular situación (familiar, de edad, económica, etc), y decidirá que hace. Si no tiene la información correcta posiblemente su decisión no sea la más adecuada.

La regla de veracidad plantea justamente esto: se debe decir y explicar la verdad a cada persona sobre los problemas de salud que la afectan.

Para ésta regla existe una justificación adicional, desde el punto de vista utilitarista. Para poder tratar eficazmente a nuestros pacientes necesitamos su confianza: el pacto entre paciente y agente de salud es un pacto de confianza. No podemos esperar que aquel a quien engañamos o le escamoteamos la verdad nos tenga confianza, por lo que el decir la verdad es un requisito indispensable de la relación que tenemos con nuestros pacientes.

El predominio histórico de los países anglosajones en el desarrollo de la bioética ha hecho que la autonomía individualista cobre una importancia desmesurada en todos sus planteos. Sin embargo, en nuestros países latinoamericanos tenemos un bagaje cultural diferente, con rasgos paternalistas mucho más acentuados, y que incluyen la negación de la enfermedad como mecanismo de uso habitual. Es interesante mencionar que entre los chinos se considera una falta de consideración hacia el paciente que sufre, por ejemplo, de cáncer, el comunicarle el diagnóstico sin previa consulta con la familia, que es quien se hará cargo del manejo de la enfermedad y su tratamiento, desde el punto de vista del sostén no médico. La explicación es que los chinos consideran que el enfermo ya está bastante perjudicado por el hecho de estarlo, como para que además deba preocuparse por su pronóstico. Además, la familia se hará cargo de ayudarlo, así como el paciente, en caso de estar sano, debería hacerse cargo de ayudar a quien estuviera enfermo en el seno de la familia. Los bioeticistas chinos explican que la autonomía individual, con prescindencia del grupo familiar, no forma parte del "estar en el mundo" (cosmovisión) del pueblo chino.

Consecuentemente con nuestra tradición cultural, muchas veces no comunicamos al paciente el verdadero diagnóstico pues consideramos que sería perjudicial para él que lo hagamos. ¿Estamos

incumpliendo nuestra obligación de ser veraces? Como todas las reglas y principios de la bioética, la veracidad es una obligación *prima facie*. Esto significa que no es una regla absoluta, y que, en caso de que colisione con lo aconsejado por otra, deberemos deliberar con prudencia para determinar cual seguiremos. Por ejemplo, si consideramos que la veracidad nos obliga a dar un diagnóstico, pero que la no maleficencia hace necesario reservarlo, deberemos evaluar que acción es menos perjudicial para el paciente y actuar en consecuencia. *Pero, en principio, nuestra obligación es la de decir la verdad, y solo podemos escapar a ésta regla con una muy buena justificación moral, que debe buscarse en cada caso.*

Ahora bien: ¿qué significa decir la verdad? Por ejemplo: debe informarse a un paciente de TODOS los efectos colaterales de determinado tratamiento, o solo de los más importantes? ¿Cuales son los criterios aceptables para esto? Existen varias propuestas posibles.

a) El standard profesional: propone que se informe al paciente según lo que determinan las prácticas médicas habituales en ese lugar y tiempo. Presupone la beneficencia del médico, y la competencia de los expertos para decidir que es lo que el paciente debe conocer, y no tiene en cuenta la autonomía del paciente. Según Beauchamp y Childress "es cuestionable la competencia del médico para conocer los mejores intereses del paciente. La asunción de que tienen dicha capacidad es totalmente empírica y no ha sido demostrada satisfactoriamente";

b) El standard de la persona razonable: la información que se debe dar es la que requeriría una hipotética persona razonable. El problema con éste criterio es que, si bien desplaza el eje de la información hacia el paciente, respetando la autonomía, es muy difícil saber lo que desearía saber una hipotética persona razonable, pues no ha sido definido por ningún grupo con evidencia suficiente (si es que es posible hacerlo sin introducir elementos subjetivos);

c) El standard subjetivo: la información se evalúa como adecuada según las necesidades específicas de información de cada paciente, en cada caso determinado. Las personas pueden diferir en su necesidad de información por tener determinadas creencias, problemas de salud extraordinarios, historias familiares disímiles, o diferentes trabajos. Por ejemplo, un conductor de máquinas viales requerirá cierta información sobre los efectos que produce un antihistamínico (somnolencia), que para un cartero serán menos relevantes; un pianista tendrá a causa de una artritis mínima que afecte sus manos un problema que no tendrá un futbolista; un colesterol elevado tendrá un significado especial para alguien cuyos padres han muerto por infarto en la juventud, etc. Sin embargo, fuera del contexto de una larga y adecuada relación con el paciente, es difícil poder determinar cual es la necesidad subjetiva de información de alguien.

Por lo tanto podemos decir finalmente dos cosas con respecto a éste tema: 1) Dada la voluntad de informar adecuada y verazmente, la *prudencia* nos dará la medida de la información relevante, dentro de lo razonable; y 2) la *buena relación* entre el agente de salud y el enfermo es la base más sólida que tenemos para poder evaluar éstas cuestiones.

Como regla general se acepta que es apropiado informar sobre *los efectos indeseables o colaterales más frecuentes* y sobre aquellos que, *aún siendo infrecuentes, son graves*.



3) Confidencialidad

*Confiar: depositar en alguien, **sin más seguridad que la buena fe** y la opinión que de él se tiene, la hacienda, **el secreto** o cualquier otra cosa. Diccionario de la Lengua Española, 21ª. ed., Madrid, 1992.*

Confidencial: que se hace en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas. Ibidem.

Cada persona autónoma tiene una zona dentro de su conciencia en la que transcurren pensamientos, afectos, fantasías y sueños. Sentimos que ésta zona posee una dimensión corporal y una extensión física en un perímetro cercano a nuestro cuerpo, delimitada por nuestra capacidad de actuar. Según la cultura a la que pertenezcamos, ésta zona puede configurarse de distintas maneras. Dentro de la cultura dominante y tradicional en nuestro país se incluye un ámbito de pudor y privacidad respecto a nuestros pensamientos, afectos y a la visión de nuestro cuerpo más o menos desnudo. Decimos habitualmente que las cosas que ocurren dentro de éste ámbito pertenecen a nuestra *intimidad*. Dado que vivimos en un mundo de relaciones humanas hacemos extensiones de ésta intimidad a otras personas -familiares, amigos- con quienes compartimos su contenido (hacemos confidencias, confiamos sueños, mostramos nuestro cuerpo). Cuando entramos en relación con el sistema de atención de la salud es, habitualmente, porque se ha producido una alteración en nosotros, en nuestro mundo íntimo, sentimos dolor, opresión, angustia, incertidumbre. Para mitigarlos

debemos permitir, de una u otra manera, que otro penetre dentro de ésta área reservada, debemos contarle, mostrarle, permitir que palpe, que revise, que investigue. En éste proceso llegará eventualmente a conocer datos nuestros que, a veces, ni nosotros mismos conocíamos. Accederá a nuestra intimidad. Como personas autónomas habremos, voluntariamente, ampliado el círculo de nuestra esfera íntima para permitir a otro que entre, y lo hemos hecho para recibir ayuda. No es otro el objetivo, y no debe desviarse de esto. Todo aquello que conozca el otro en éste contexto nos pertenece, se lo hemos entregado con el sólo fin de que nos ayude, y por lo tanto, sólo a nosotros nos concierne, no debe ser divulgado a otros, a quienes no se lo hemos entregado.

Los roles institucionales implican ciertos rasgos de conducta que debe respetar quien los desempeña. En el rol del prestador de salud se incluye la confidencialidad, que le atribuye el derecho de esperar confianza por parte de quien acude a él, para poder ayudarlo. Es por esa razón que quien acude deposita en el prestador su confianza **antes de conocerlo** a fondo. Como contrapartida lógica de ésta confianza depositada *a priori* es su deber guardar reserva sobre aquello que se le ha confiado, pues **solo a él se le ha confiado**. En menor medida, al acudir a una institución de salud, también se deposita confianza en la misma, y se sobreentiende que habrá un manejo adecuado de la información que el paciente brinde en éste entorno institucional por parte de todos sus integrantes.

En la práctica cotidiana son múltiples los problemas que presenta la confidencialidad. Desde la exigencia de que figuren los diagnósticos en las solicitudes de estudios complementarios, hasta la rotulación imprudente de historias clínicas, pasando por las conversaciones en pasillos, ascensores y comedores, el riesgo de que se divulgue indebidamente información confidencial es constante.

Dado que la enfermedad es vista a menudo como castigo por alguna conducta indebida y el enfermo rotulado subliminalmente

como culpable hasta por él mismo (¿qué habré hecho para merecer esto?), la diseminación de información confidencial es extremadamente peligrosa y perjudicial. Sin embargo, fuera de la asistencia individual en los consultorios, existen numerosas circunstancias en las que la atención de la salud hacen que forzosamente se deba extender el ámbito de la confidencia original. El ingreso de un paciente a quirófano, el pase de guardia entre equipos entrantes y salientes, etc, son solo ejemplos de la variedad de circunstancias que hacen que, en el trabajo hospitalario, el ámbito original de la confidencia se vea necesariamente ampliado para permitir una atención adecuada. De todas maneras, fuera de estas situaciones específicas en las que la información **debe ser obligatoriamente compartida**, el criterio a aplicar es el de respeto absoluto por la intimidad del paciente y su derivación lógica, la confidencialidad.

Como toda regla, ésta tiene situaciones especiales en las que debe meditarse sobre su aplicación estricta. Cuando de la información disponible surge la posibilidad de que exista daño a terceras personas, y este daño sea de magnitud e inminente, se considera que es lícito plantearse alguna conducta que pueda significar una brecha en la confidencialidad. Sin embargo, antes de adoptar medidas apresuradas, es conveniente consultar con colegas con más experiencia, y extremar las medidas para solicitarle al paciente que nos releve del deber de confidencialidad, explicándole adecuada y repetidamente las razones. Si en última instancia no se pudiera llegar a una resolución adecuada se debe consultar al comité hospitalario de ética, ámbito natural para el tratamiento de éstos temas.

En situaciones de acceso a información sobre hechos delictivos (abuso infantil) o intenciones de delinquir (intención de cometer asesinato) se considera que lo que existe no es ya la posibilidad de informar, sino la obligación de hacerlo, para evitar que se consume o se siga consumando el hecho.

Puede ocurrir que una persona consulte para ser evaluado en un examen prelaboral, o para renovar una licencia de conducir. En éste caso debe quedar claro que existe una obligación de no autorizar una conducta riesgosa como podría ser que una persona con visión monocular conduzca transportes colectivos, por lo que se le informará al posible empleador sobre la aptitud laboral de la persona, pero no sobre los problemas o enfermedades que presente, pues no era ese el objeto de la consulta. En ambos casos, se informará el resultado (apto-no apto), sin entrar en detalles sobre las razones de la evaluación médica.

Dado que los casos que se pueden presentar admiten numerosísimas variantes recomendamos la lectura del Capítulo 7 de Principios de Ética Biomédica de Beauchamp y Childress (ver bibliografía), donde existe una exhaustiva revisión sobre el tema, dentro de las posibilidades actuales, ya que se siguen y seguirán presentando nuevas situaciones.





4) El consentimiento informado

Consentir: permitir una cosa o condescender en que se haga.

Consentimiento: acción y efecto de consentir.

Diccionario de la Lengua Española, 21ª. ed., Madrid, 1992.

El consentimiento informado es un proceso de toma de decisiones por parte del paciente, que implica capacidad para comprender la información y, en uso de la voluntad libre y racional, optar por una alternativa de tratamiento. Su expresión formal se traduce en un formulario impreso, en el que el paciente acepta, delante de testigos, que se le someta a determinado tratamiento o procedimiento.

El proceso a que hacemos referencia es complejo, y se relaciona con la autonomía, la beneficencia, la veracidad y el respeto por la dignidad de la persona. Asimismo presupone una serie de condiciones entre las cuales se incluyen la competencia, la información y recomendación adecuadas, su comprensión, y la ausencia de coacción sobre la voluntad del paciente.

a) **Competencia:** el término competencia en castellano significa *aptitud, idoneidad*. Ambos vocablos se refieren a la capacidad de algo o alguien para hacer alguna cosa. El mismo significado tiene en inglés, según Beauchamp y Childress: *capacidad, habilidad* para hacer una tarea. Pero debemos distinguir entre la competencia en general, y la necesaria para llevar adelante una tarea en particular. Si bien puede haber casos de incompetencia global o general (paciente en coma), la mayor parte de las veces el problema se refiere a incompetencia para tomar una decisión en particular (por

ejemplo, el grado de lucidez o no de un paciente determinado para decidir acerca de un tratamiento). La incompetencia también puede ser intermitente (paciente que tiene periódicamente episodios confusionales) o permanente (paciente con demencia progresiva e irreversible). Además tiene grado variable, es decir, un paciente al que se considera incompetente para tomar decisiones de gran trascendencia puede serlo, sin embargo, para tomar otras en las que no se pone en juego su vida. Un niño, por ejemplo, es competente para tomar ciertas decisiones sobre su cuidado, en tanto que no se le permitiría decidir sobre una intervención quirúrgica de la cual puede depender su vida futura por el hecho de que el niño no perciba su necesidad actual (por ejemplo, la cirugía de una cardiopatía congénita asintomática al momento de la decisión).

Existen diversos standards y métodos para evaluar la competencia, que no trataremos aquí. Es suficiente con plantear que: cuanto mayor sea la magnitud y consecuencia de una intervención dada, tanto más competente deberá ser el paciente para negarse a ella.

En líneas generales se pueden decir dos cosas de la competencia:

- 1) En caso de duda, a menos que se demuestre lo contrario, se debe presumir que **todo individuo autónomo es competente**.
- 2) Cuanta mayor gravedad y trascendencia tenga la decisión por tomarse, mayor será la necesidad de competencia.

La determinación de la competencia, mas allá de la que resulta elemental y evidente para cualquiera de nosotros, es un tema complejo, en el que juegan gran cantidad de elementos subjetivos, y no existe una escala universalmente satisfactoria para su medición en términos absolutos.

b) **Información:** no nos referimos solo a la enumeración cuidadosa y prolija de las posibilidades de éxito, fracaso, complicaciones y tratamientos alternativos que tiene un paciente en una situación dada, pese a que todo ello es imprescindible. Incluimos acá la recomendación del médico y su compromiso activo con la promoción de la que crea mejor opción terapéutica. El profesional no puede limitarse a ser un proveedor de descripción y estadística sobre tasas de éxito, fracaso y complicaciones de determinadas opciones terapéuticas sino que *debe ser un agente comprometido con el paciente* en su totalidad, y *debe ofrecer su consejo favorable a alguna de las opciones* que tiene el paciente. El exagerado y mecánico respeto por la autonomía puede inducir a que se adopte una actitud prescindente, ofreciendo la información como si se tratara de una elección entre corbatas, en la que la opinión del profesional queda reservada para no influir sobre el paciente. Este "autonomismo", que sin duda ya ha aparecido en los EEUU, ha llevado a los clínicos criteriosos a formular el reparo ya planteado sobre ésta exageración.

c) **Comprensión:** la Real Academia la define como la "facultad, capacidad o perspicacia para entender y penetrar las cosas". Según Beauchamp y Childress uno ha comprendido algo si "ha adquirido información pertinente y tiene convicciones justificadas y relevantes sobre la naturaleza y consecuencias de una acción". Con respecto a este tema tienen importancia crucial tanto los aspectos culturales, el estado emocional, los prejuicios y las experiencias previas del paciente, como la comunicación a través de códigos lingüísticos adecuados. Así, decirle a un paciente "debe someterse a un procedimiento de cirugía con circulación extracorpórea con el fin de remover el obstáculo hemodinámico que produce la sobrecarga de su ventrículo izquierdo" puede ser un mensaje incomprensible para la mayoría de nosotros (y además es una agresión médica). Con el fin de asegurarnos de que hemos dado las explicaciones en forma

adecuada es necesario efectuar un cuidadoso reinterrogatorio que nos permita apreciar si la información fue efectivamente comprendida. El hecho de que la enfermedad altera a la persona que la padece, produciendo en ella a menudo angustia, depresión e incertidumbre con respecto al futuro, hace que la misma, aunque la información haya sido dada con los datos correctos y el lenguaje adecuado, pueda no comprender su magnitud por estar sometida a un stress emocional muy grande. Éste factor también debe ser tomado en cuenta, pues a menudo es necesario repetir la información varias veces hasta que su real significado es captado por el paciente.

d) **Ausencia de coacción:** la decisión debe ser tomada sin que intervengan factores e influencias ajenos a la persona misma. A menudo se habla de libertad de influencias externas e internas, dando a entender que no debe haber factores mas allá de los que plantea la situación misma, como por ejemplo temor exagerado, angustia, etc. En realidad es difícil concebir que alguien deba tomar una decisión sin estar sujeto a influencias internas y externas, como si fuera una voluntad pura suspendida afuera del espacio-tiempo y de la red de afectos de todo ser humano. Entendemos más bien que la persona debe estar en condiciones de adoptar una decisión que sea congruente con sus valores esenciales y su plan de vida, sin presiones que la alejen groseramente de la misma. En realidad, la ausencia de coacción a la que se refiere la literatura norteamericana se refiere más bien a la no coacción por parte del profesional, o por parte de familiares interesados. Es indudable que cuando transmitimos información y delineamos opciones alternativas de tratamiento ejercemos influencia. Ahora bien: ¿cuándo es esa influencia indebida? ¿hasta que punto debemos llegar en nuestro intento de persuasión? La respuesta parecería estar en que, conociendo y respetando al paciente, su escala de valores y plan de vida, iremos adecuando nuestra propuesta a esos parámetros, sin intentar que el paciente los modifique en función de los nuestros. Un proceso de toma de

decisiones compartido, donde el paciente entre en diálogo con el profesional, estableciendo pautas intersubjetivas y consensuadas para la elección entre alternativas, así como la dinámica para que la misma se vaya modificando a lo largo del tiempo, así como su permanente retroalimentación, dará tanto al paciente como al profesional la mejor experiencia posible. En nuestro medio la familia es un integrante de pleno derecho de éste diálogo, y no debe ser excluida del mismo en aras de autonomismos exagerados. Si bien quien debe decidir es, en primera y última instancia, el paciente, es irreal y arbitrario separar su situación del entorno familiar, y es incluso necesario que el profesional pueda ser un factor que estimule la comprensión y el diálogo intrafamiliar. Como resulta evidente, la importancia de una RPP en la que exista el tiempo necesario para hablar, ofrecer y recibir argumentos, palpar y captar el tono emocional de los afectados (y el propio) parece imprescindible para el éxito de ésta propuesta. La severa limitación de tiempo y sobrecarga de tareas a que están habitualmente sometidos los profesionales de la salud conspira en contra de esta posibilidad de diálogo interpersonal y fructífero.

Desde otro punto de vista, la influencia de factores ajenos a la persona en sí misma y a su entorno familiar puede darse a través de múltiples mecanismos: presión laboral, presión de grupos religiosos de pertenencia, etc.

En nuestro país y en estos tiempos es ilusorio pensar que alguien esté exento de, por ejemplo, presiones y preocupaciones por motivos de trabajo. Una persona que debe recibir un tratamiento puede posponerlo y demorarlo con el consiguiente perjuicio, por el temor a perder un trabajo, o a no tener ganancias durante un período de tiempo determinado. También puede ocurrir que quien presenta un problema de salud de origen laboral no esté en condiciones de cambiar de tarea.

Como puede verse el tema de las influencias coactivas es extremadamente complejo. Desde nuestra posición como profesionales de la salud podemos intervenir:

a) Dedicando el máximo tiempo disponible al paciente de forma tal de intentar alcanzar los parámetros de relación ya mencionados, de manera tal de tratar de garantizar que la decisión del paciente no se aparte sustancialmente de sus valores y de su plan de vida;

b) Dando nuestro apoyo tanto al paciente como a su grupo familiar para aclarar, deliberar y compartir los afectos y las decisiones en juego.

Todo esto se traduce en idoneidad técnica, empatía y, sobre todo, voluntad de dedicar tiempo a la escucha. La gente, y más aún si está enferma, necesita ser escuchada. El solo hecho de brindar esa escucha resulta muchas veces terapéutico.

Debe decirse, finalmente, que el consentimiento informado debe ser un requisito obligatoriamente exigible y que los sistemas de salud deben brindar a cada paciente las posibilidades e instancias necesarias para que se pueda dar el proceso de consentimiento en forma adecuada, quedando la debida constancia escrita en la historia clínica y en todo otro lugar donde legalmente pudiera corresponder.



BIOÉTICA

5 El Concepto de Persona



EL CONCEPTO DE PERSONA A LO LARGO DEL CICLO VITAL

En los encuentros anteriores se han introducido los contenidos de la ética y las particularidades de la bioética, "rama cada vez más frondosa de la ética aplicada, dedicada a plantear y eventualmente solventar las **dudas morales** suscitadas por las alarmantes posibilidades del desarrollo médico, genético, etc." En algún caso, los actores involucrados podrán consultar a un Comité de Ética, cuyos dictámenes quedarán "irremediablemente abiertos a posteriores revisiones [reconociendo que] lo que se contrapone en último término es la **decisión individual** frente a la conciencia social y legalmente establecida"¹

Quien enfrente el dilema puede ser el médico: actuar o no actuar de acuerdo con los requerimientos de su cliente, dar o no determinada información, continuar o no un tratamiento que considera fútil... Puede tratarse del paciente o de su familia: donar o no un órgano, interrumpir o continuar con un embarazo... En cualquier caso, cada sujeto moral es único, su itinerario ético es particular y, en última instancia, deberá comunicarse, sopesar las alternativas, interrogar a su conciencia y decidir. Y, todo esto, inmerso en su realidad social, familiar, económica...

Siendo este el escenario para la toma de decisiones y sus actores, por tanto, agentes morales, ¿es válido decir que todos los

seres humanos somos iguales, que estamos en igualdad de condiciones para decidir ante los dilemas éticos? Para responder esta pregunta, es necesario acordar que se requiere **algo más** que lo meramente biológico para ser sujeto capaz de decidir, agente moral.

Los seres humanos compartimos ciertas características biológicas que nos definen taxonómicamente como especie dentro del reino animal. Pero, para tener dudas morales y decidir, hace falta "algo más". La dimensión biológica no nos basta para hablar de nosotros mismos. De ahí el uso diferente que comenzaremos a darle a la palabra **persona**, para poder incorporar ese "algo más" cuando nos refiramos al ser humano como agente moral.

Los usos de las palabras varían según el contexto y el comunicador. De ahí que el asunto merezca mayor explicación. L. Lomaski¹¹ presenta tres posibles definiciones que conviven para la palabra persona:

- a. La biológica, en la que persona se identifica como miembro de la especie *Homo sapiens sapiens*.
- b. Aquella para la cual persona es quien posee derechos (¿y quién define quién tiene derecho, por ejemplo, entre quienes no tienen cómo expresarse ni defenderse?)
- c. Aquella en la cual la persona es quien es capaz de realizar acciones que requieren de un aparato conceptual de un orden relativamente alto (con lo cual, por ejemplo, la diferencia de categoría entre un feto y un recién nacido no puede definirse)

Richard Werner² distingue entre *ser humano* como miembro biológico de la especie, y *persona* como miembro completo de la comunidad humana.

Engelhardt¹¹¹ nos presenta a la persona como aquel ser humano que tiene conciencia de sí, es racional, libre de elegir y posee un sentido de preocupación moral. Lo sintetiza en tres características:

autorreflexión, racionalidad y sentido moral. Se haga cargo o no de esta posibilidad, la persona tiene el poder actual de elegir. (*)

El acuerdo acerca de qué es ser persona es relevante: las personas son (somos) quienes deciden (decidimos) acerca de las acciones llevadas a cabo sobre aquellos o por aquellos que no tienen el poder actual de elegir y decidir, ni de otorgar su autorización.

Si pensamos en esta gama de seres humanos: adultos competentes, fetos, adolescentes, ancianos dementes, jóvenes en estado vegetativo permanente, lactantes, retrasados mentales leves, cuadripléjicos con el intelecto indemne que dependen de un respirador para continuar vivos. ¿Quiénes de entre ellos son personas en el sentido estricto de ser agentes morales y donantes de autorización?

Volvamos a las características de la persona:

Autorreflexión

Racionalidad

Sentido moral

Observemos la gente que nos rodea y enumeremos cuantas de éstas características posee. Realicemos esta tarea de modo reflexivo; observémonos mientras clasificamos a los seres humanos; permitámonos dudar, disentir... La tarea puede resultar molesta. Notaremos que muchos seres a los que cuidamos y queremos no son personas estrictamente hablando si nos restringimos a la definición expuesta. Sobre todo, es preciso que nos demos cuenta de que los que sí reunimos las condiciones, clasificamos a los otros.

(*) Al respecto, es interesante citar a Luis Moreno Ocampo: "La idea de la propia falta de poder no es inocente, y tiene sus ventajas; reafirmar nuestra propia debilidad nos libera de las responsabilidades, nos permite descargar el problema en otros – el gobierno, los jueces, los empresarios – a quienes atribuimos poder y podemos criticar." (En defensa propia. Ed. Sudamericana, Bs As, 1993)

Sólo las personas, agentes morales, donantes de autorización, optamos, hacemos las cosas bien o mal, somos pasibles de ser aprobados por nuestros actos, o castigados. Tenemos deberes y responsabilidades que cumplir y derechos plenos, a los que incluso podemos renunciar si así lo queremos. Sólo las personas actuamos correcta o incorrectamente de acuerdo con la convención social, la ley, la religión o la propia conciencia. ¿Es que los demás no poseen derechos? En la práctica no es así: ellos poseen los derechos que **las personas** les **concedemos** y no poseen obligaciones ni responsabilidades.

Pensemos si no en un recién nacido: ¿de dónde provienen sus derechos?, ¿qué deberes tiene? ¿Y en el caso de un anciano con enfermedad de Alzheimer, completamente demente?

Un bebé, para este razonamiento que estamos llevando, no es una persona (agente moral). Sin embargo, las personas de nuestra sociedad, más allá del *valor y significado* que le den sus propios padres, quienes pueden tanto cuidar como no cuidar de él, lo protegemos.

La mayor parte de las sociedades posee un **sentido social de persona** que se asigna al ser humano al nacer o en un momento posterior al nacimiento, aún sin saber en qué tipo de individuo se convertirá. En el caso del anciano demente, él ha sido persona alguna vez en el pasado. Las sociedades, en atención y respeto a lo que han sido, también suelen cuidarlos y protegerlos.

La categoría de los embriones y fetos es aún más compleja. Por ejemplo, el Comité Nacional Consultor de Ética (París, 1987)^{iv} consideró al feto y al embrión humanos como **persona humana potencial**. Engelhardt³ entre otros, no acuerda con esto, ya que potencialidad es diferente de actualidad y prefiere hablar de *probabilidad de ser persona*, mientras que del lado católico se considera más exacto hablar de **persona humana actual con**

potencial. Volveremos más adelante sobre el tema de la potencialidad.

Siguiendo a Engelhardt, entonces, hay **personas en sentido estricto como agentes morales, y personas en sentido social**, ya sea porque pueden llegar a serlo (un bebé, por ejemplo), porque lo fueron alguna vez en el pasado (el anciano demente) o porque nunca lo fueron ni lo serán (un retrasado mental profundo)

Sólo los agentes morales tienen derechos plenos y responsabilidades.

Los demás, no son pasibles de ser culpados, no poseen responsabilidades y tienen los derechos que la sociedad les concede.

Es evidente que entre este concepto de persona como agente moral y donante de autorización, con todos los derechos y todas las obligaciones, y lo que cada uno conoce a través de la fe, sea cual sea la religión que profese o la ideología a la que adhiera, existe tensión. También es evidente que el inicio y el fin de la vida humana biológica no son simultáneos ni evolucionan de manera sincrónica con el inicio y el fin de la vida humana personal tal como la hemos definido. ¿Cuándo comienzan, cuándo acaban una y otra?

Les propongo el ejercicio de pensar en cualquier vida humana como biografía. Vean si es posible señalar en ella el transcurrir de la vida humana biológica y el de la personal.

Una síntesis, una reflexión y algunas preguntas:

Hemos visto que se considera a la persona como el eje de la moralidad. En este sentido estricto, no todos los seres humanos son personas como agentes morales donantes de autorización, para lo que se requiere capacidad de auto reflexión y racionalidad. Algunos seres humanos son personas en sentido social o miembros completos de la comunidad humana, ya sea porque en el futuro llegarán a ser personas, o lo han sido en el pasado. Otros nunca fueron ni serán personas.

Las personas poseen derechos plenos y responsabilidades. Las personas en sentido social poseen derechos creados (o concedidos) por las comunidades a las que pertenecen y no poseen responsabilidades.

Fácil o difícil de aceptar, lo que surge de esta exposición es que, de todos los seres humanos que pueblan el mundo, incluyendo a los por nacer, sólo una parte tiene la capacidad de decidir por sí mismo y por los que no la tienen. Llamemos como llamemos a estos últimos, dependen de nosotros.

Piensen en las derivaciones de lo que acabo de decirles. Siguiendo los conceptos anteriores, ¿cómo podríamos afirmar que es moralmente objetable...

...el aborto?

...el infanticidio?

...la procuración indolora de la muerte de un anciano demente?

...utilizar para trasplante los órganos de un recién nacido anencefálico?

Más allá de lo expuesto, conviven entre nosotros diferentes visiones de lo que es ser persona, poseedora de derechos plenos, particularmente de derecho a la vida. ¿Cómo obligar a alguien a

adoptar uno u otro concepto? Tal vez, las palabras de Martín Farrel² sean las que mejor ilustran la situación: "Dime cómo los tratas y te diré si los consideras personas."

¹ Fernando Savater. El contenido de la felicidad. Ed. Taurus, Madrid, 1996.

² Martín D. Farrel. La ética del aborto y la eutanasia. Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1993.

³ Jean Descols. Una moral para la vida. San Pablo, Colombia, 1994.

⁴ T. Engelhardt. Fundamentos de Bioética, Paidós, Buenos Aires, 1995.



BIOÉTICA

6 Dilemas Éticos del Inicio de la Vida



LOS DILEMAS ÉTICOS DEL INICIO DE LA VIDA

A través de los medios de comunicación, en las conversaciones con colegas, amigos, pacientes, prestemos o no atención, los dilemas éticos del inicio de la vida se instalan en nuestra cotidianidad. Las tecnologías disponibles han extendido el campo de lo posible más allá del control de la concepción y la continuidad o no de la gestación. Es posible ahora manipular el proceso mismo de la fecundación e incluso ya no es necesario contar con la presencia de dos sexos para dar origen a un nuevo ser. Por poco que se esté dispuesto a reflexionar, tratar estos temas significa preguntarse por el valor y el significado que se le da a la vida humana y, más aún, a qué vida humana, desde qué momento.

Trataremos aquí aquellos planteos éticos que pueden presentarse en relación con la fecundación, la anticoncepción y el aborto, intentando mostrar las visiones preponderantes y las fundamentaciones propuestas para las mismas, reconociendo que de ningún modo se agota la discusión. Aquellos asuntos que tienen que ver con las inmensas posibilidades de la genética serán tratados más adelante.

El inicio de la vida humana no es el inicio de la vida de la persona como agente moral en sentido estricto. Como resultado de esto, las decisiones acerca de la fecundación, la anticoncepción y la continuación de la gestación, recaen sobre quienes sí son personas actuales. En general, la anticoncepción tiene aceptación, considerándosela inocua moralmente. El infanticidio es por lo común muy grave desde el punto de vista moral para prácticamente todas las comunidades. El aborto no está tan claramente definido y la fecundación asistida, como técnica relativamente reciente que implica un nuevo modo de concebir a la especie humana acarrea cuestionamientos también novedosos.

Es posible recurrir al marco legal y acatar las reglas (por ejemplo, en la Argentina el aborto está penalizado con muy claras excepciones, dependiendo en estos casos de la autorización de un juez.) Es posible adherir completamente a una fe religiosa con las restricciones que ésta imponga. En última instancia, se podrá hacer uso de la libertad y elegir según la propia y honesta convicción más allá de las consideraciones y consecuencias legales, religiosas y sociales. Opciones que para la mayoría de nosotros serían consideradas deshonestas son también posibles.

No hay un significado común a todos en lo que respecta a estos temas. Sentimientos, emociones, mandatos, presiones internas y externas de diferente peso confluyen sobre cada individuo y suelen primar en las decisiones de quienes se ven en la posición de tener que optar. La mujer es casi siempre la más afectada ya sea por recaer sobre ella el mayor peso de la decisión, porque los procesos ocurren en parte o totalmente en su cuerpo, porque es víctima o victimaria según se lo vea.

SOBRE EL VALOR DE LA VIDA HUMANA

El valor de la vida humana se analiza clásicamente desde dos perspectivas:

Un **enfoque "fundamentalista" (vitalista o conservador)** sostiene que toda vida humana debe ser respetada sin restricción, siendo este el principio ético más decisivo y el único fundamental. Con este enfoque, todos los seres humanos son iguales, y no en razón de su utilidad, valor relativo y rendimiento, siendo la vida inviolable porque proviene de Dios. La vida es sagrada. Aún cuando esta postura es admitida como generalmente proveniente del ámbito religioso, es defendida también desde lo secular. Como ejemplo, Donald Marquis (tomado de¹) fundamenta la profunda inmoralidad del aborto colocándolo en la misma categoría que el asesinato de un inocente, aunque admite excepciones.

El **enfoque liberal** jerarquiza el hecho de ser persona, dándole más importancia a este hecho que al de simplemente estar vivo, de modo que la discusión acerca de quién es considerada persona se hace fundamental. El aborto es una alternativa moral legítima y privada. En su expresión moderada, incorpora en la discusión la jerarquización de los valores tanto en lo colectivo (y, con ello, las variables culturales, étnicas, geográficas, ambientales, antecedentes históricos y políticos, intereses sectoriales) como en lo individual. Más comúnmente considera a las circunstancias y la etapa del embarazo muy importantes para la discusión en el caso particular del aborto.

Cuando se reconoce la complejidad de la trama en que se desenvuelve la vida de las personas y lo subjetivo del concepto de calidad de vida, la delimitación entre lo que está bien y lo que está mal no tienen una tan tajante delimitación. Las interacciones y la

interdependencia de los grupos humanos contribuyen a la complejidad.

Los dilemas éticos del inicio de la vida suelen generar incertidumbre, a veces parece imposible controlar su evolución ("no depende de mí que se continúe investigando con embriones humanos..."), se disputan valores y, así, lo que se pone en juego suele ser muy elevado. En más de una oportunidad, las decisiones parecen ser urgentes y el sujeto se siente insuficientemente preparado para asumirlas. Como corolario, no existe una respuesta única.

EL ABORTO PARA LA VISIÓN CONSERVADORA.

Como esbozamos arriba, el enfoque vitalista, es el de la Iglesia Católica. Para la Iglesia Católica, el **aborto directo** es ilícito y tanto quienes lo practican como quienes lo favorecen, homicidas. Se fundamenta en la prohibición de matar. Sostiene que el momento de la concepción es el inicio de la vida humana tanto biológica como moral. Quienes apoyan este enfoque de manera absoluta, aún practicado para salvar la vida de la madre, el aborto es un homicidio. Una visión menos extrema, aceptada por la Iglesia, admite el aborto en el embarazo ectópico y en el llamado **aborto indirecto**. Este último es el caso del aborto practicado no con la intención de matar al ser en gestación sino para salvar una vida cuando las dos (madre e hijo) se perderían de continuar con el embarazo. El principio al que se recurre como justificación del acto es el llamado **principio del doble efecto**, el cual se aplicaría siempre que provocamos un daño para evitar un daño mayor. La excepción no puede considerarse nunca un bien sino un mal menor.

El principio del doble efecto señala que, puesto que un acto humano es a veces portador tanto de bien como de mal, deberá discernirse según los siguientes elementos:

1. El **acto** del cual resulta el mal es en sí bueno o indiferente, no es moralmente malo.
2. La **intención** del agente es recta, es decir, que el efecto malo es sinceramente no deseado.
3. El **efecto** malo no es un medio de obtener el efecto bueno.
4. Debe haber un **motivo** potencialmente grave para dejar que el mal se produzca.

¿Puede pensar un ejemplo de la práctica médica en el cual se aplique este principio?

El principio del doble efecto cuenta con partidarios y detractores. En parte, se le cuestiona la dificultad de demarcar el límite entre los actos y sus consecuencias, y también la gran carga que pone en la intención, elemento no transferible de una subjetividad a otra. Aún siendo un argumento prácticamente oficial de la Iglesia católica, moralistas católicos como Jean Descols son capaces de cuestionarlo: "El sujeto se funde con el acto y su intención ya que la moral se vive en situación. Es difícil disociar la intención subjetiva de la acción objetiva. O separar los medios del fin. Cada gesto tiene ya significado en sí mismo y contiene un resultado definido."⁴

La circunstancia referida como aborto indirecto es el motivo por el que con menos frecuencia se interrumpe voluntariamente la gestación. La lista de motivos puede incluir, sin limitarse a ellos, los siguientes: embarazo producto de una violación; embarazo no buscado ni deseado que, de progresar, interferiría con los proyectos personales; vergüenza; presiones sociales o familiares; imposibilidad

económica de sostener al futuro hijo; riesgo para la vida de la madre; conocimiento de que el futuro hijo padecerá alguna enfermedad penosa... En ninguna de estas circunstancias el aborto es aceptado como opción para la visión vitalista.

Sin hacer consideraciones religiosas, Donald Marquis (tomado de¹¹) también sostiene la inmoralidad del aborto por tratarse de la muerte de un inocente. Afirma que lo incorrecto de matar reside en privar a la víctima de su futuro (actividades, experiencias, placeres, valiosos para cada uno.) Matar priva de más cosas que cualquier otro crimen. Afirma que fundamentar la incorrección de matar en la privación del valor del futuro tiene las ventajas de las teorías basadas en la santidad de la vida y de aquellas basadas en el concepto de persona sin sus desventajas, ya que la categoría moral central del análisis es la de tener un futuro valioso y no qué valor se le da a la persona o a la vida humana.

EL ABORTO PARA LA VISION LIBERAL

Aquí lo que prima es el concepto de persona como sujeto moral. Considera al aborto como una decisión absolutamente individual y privada de la mujer.

Escribe Mary Ann Warren ("Sobre el status moral y legal del aborto", tomado de ¹¹):

"[...] el derecho de la mujer a proteger su salud, su felicidad, su libertad, y aún su vida, terminando con un embarazo indeseado, siempre supera cualquier derecho a la vida que pueda otorgarse a un feto, aun a uno desarrollado completamente. Y así, en ausencia de una necesidad social abrumadora de todo niño posible; las leyes que restringen el derecho al aborto, o limitan el período del embarazo durante el cual puede practicarse, son una violación injustificada de los derechos morales más básicos y constitucionales de la mujer."

Las visiones moderadas toman en consideración al producto de la gestación: la etapa del embarazo, las interacciones con la mujer gestante, las circunstancias en que se produjo.

Los debates y opiniones se centran en:

1. Valores: ¿Qué importancia tiene la vida de embriones y fetos en la comunidad secular?
2. ¿Desde qué momento se considera al feto como persona (en el sentido de miembro completo de la comunidad humana o persona en sentido social)? ¿Qué derecho a la vida tiene?
3. ¿Qué rol le corresponde al Estado en la regulación del aborto?

Analicemos las dos primeras preguntas.

Hemos presentado antes la discusión acerca del concepto de persona. Aún reconociendo que con el aborto se priva al ser en gestación de su futuro, este individuo aún no existe como persona en sentido de ser agente moral y su futuro es algo por completo desconocido. Quienes le otorgan importancia, le dan significado y poseen expectativas sobre él, son las personas, particularmente sus padres, ya sean estas expectativas positivas o negativas. Eventualmente tienen importancia para el gobierno de un Estado (piensen si no en las políticas de incentivo de la natalidad)*. Y la importancia que tienen para sí mismos no pasa de lo especulativo, por absolutamente desconocido.

De cómo se categorice ontológicamente al feto, se deriva el derecho a la vida al que es acreedor o no. Farrel ⁴ expone cuatro puntos de

* “¿De dónde saca que la reproducción tiene que ver con la política? Lo describen claramente los historiadores: el infanticidio debió ser prohibido en la Alta y Baja Edad Media porque los padres se deshacían de los hijos que no podían cuidar. Y los mariscales y funcionarios europeos de alrededores de 1800 pedían a las mujeres que multiplicaran el número de hijos “por la patria” porque hacía falta fundar nuevos estados.” Eva Giberti. *Tiempos de Mujer*. Sudamericana, Bs As, 1998.

vista acerca del status moral del feto, de los cuales se deriva el derecho o no a la vida:

- a) Es igual al del ser humano adulto.
- b) Es en muchos aspectos, si no en todos, como el de un mechón de pelo, un tejido o un órgano.
- c) Es como el de un animal.
- d) Está en una categoría diferente, cercana pero no igual a la del adulto.

¿Recuerdan al colega médico que se sintió impresionado por el "sufrimiento" del feto durante una cirugía intraútero? No es el único. Si bien el sufrimiento requiere un componente cualitativo que es subjetivo y, por lo tanto, implica conciencia, la capacidad de sentir dolor o experimentar goce es utilizada como argumentación para otorgarle valor intrínseco a un ente (Warnock, tomado de²). Muchos autores se centran en el desarrollo del sistema nervioso para intentar delimitar el momento o etapa en que el ser en gestación adquiere dicha capacidad, y así concluyen que antes de las 18 o 20 semanas, al no haber sistema nervioso desarrollado, no existe un valor intrínseco, el cual se adquiere más adelante, en el curso del segundo trimestre, siendo entonces pasible de alguna consideración moral. Al no poder establecerse un momento preciso en el cual se adquiere la sensibilidad, ya que la gestación es un proceso y, como tal, es dinámica y gradual, algunos limitan la legitimidad de la práctica del aborto a las primeras 12 semanas de gestación (primer trimestre). Un aborto temprano, (dice W. Sumner, tomado de²) tendría el mismo status moral que la anticoncepción (y para la Iglesia católica lo tiene) y un aborto tardío, que el infanticidio. Sumner define a un ser sensible como aquel con capacidad de sentir placer y dolor y que, por lo tanto, es capaz de disfrutar y de sufrir. Agrega: "...el hecho de

que un ser tenga un interés a ser tomado en cuenta es necesario y suficiente para que tenga categoría moral.. Mientras la noción de interés o de bienestar dista mucho de ser clara, su núcleo irreductible parece ser la capacidad de disfrutar y de sufrir: todos los seres y solo los seres con esa capacidad tienen un interés o un bienestar que el punto de vista moral requiere que respetemos. Pero, entonces, de ello se deriva fácilmente que la capacidad de sentir es necesaria y suficiente para tener categoría moral.”

“Un feto adquiere categoría moral cuando adquiere la capacidad de sentir, es decir en alguna etapa del segundo trimestre de embarazo. Antes de ese umbral, cuando el feto carece de categoría moral, la decisión de practicar el aborto es moralmente equivalente a la decisión de usar anticonceptivos. Luego del umbral, cuando el feto tiene categoría moral, la decisión es moralmente equivalente al infanticidio; el efecto en ambos casos es el de dar fin a la existencia de un ser con categoría moral.”

El otro punto a debatir es si los fetos son la clase de seres que pueden tener derechos. En alguna medida hemos analizado el asunto junto con el concepto de persona. Para quienes consideran al ser en gestación como una persona con potencial, y por lo tanto no actual, los derechos también son potenciales y no actuales. Para expresarlo de manera sencilla: hablar de **potencialidad** nos remite al valor asignado a la persona que existirá en el futuro, que no conocemos, que no sabemos siquiera si existirá ni cómo será. Se trata de un ente sin deseos ni preferencias, sin un proyecto de vida, y, por lo tanto, el valor que se le pueda asignar a ese futuro depende siempre de otro. Por esto, el argumento católico resalta la realidad, no la potencialidad, de tener alma, y se refiere al ser en gestación como persona **actual con potencialidad**.

¿Le corresponde al gobierno de un Estado regular el aborto?

De hecho, el gobierno de un Estado aplica códigos penales y derecho a asistencia sanitaria y social a sus miembros. Tratándose de una sociedad pluralista, pacífica y democrática, ¿cuál puede ser su autoridad moral para regular la práctica del aborto, siendo como los son irreconciliables los conocimientos obtenidos por las personas a través de la fe con los razonamientos morales pretendidamente más objetivos? ¿No debería estar garantizada la libertad de elegir así como de abstenerse del aborto? Una respuesta afirmativa a esta pregunta es la que exponen los autores de los dos primeros extractos:

"En políticas públicas no se puede afirmar que el acto X es moralmente correcto o incorrecto y deducirse por tanto que la ley o norma Y es moralmente correcta o incorrecta ya que obliga a/o favorece (o prohíbe) el acto X. Juzgar un acto moralmente incorrecto no implica que el gobierno deba prohibirlo o negarse a subvencionarlo. Por ejemplo, podemos argumentar convincentemente que la esterilización o el aborto son moralmente incorrectos, sin por ello suponer que la ley deba prohibirlos o negar fondos públicos a las personas que de otro modo no pueden permitirse recurrir a dichos procedimientos [...] La relación entre las guías morales y los juicios sobre las normas, las leyes y su cumplimiento es compleja y [...] juzgar la moralidad de un acto no implica establecer un juicio concreto sobre la ley de los estados."(Childress y Beauchamps")

"¿Posee el Estado una autoridad de la que carecen los individuos? Si la autoridad del estado proviene directamente del fundamento de la ley moral, no tendrá ninguna autoridad más allá de la que posee

cualquier individuo o grupo de individuos. Se puede definir, al menos en parte, la autoridad moral de cualquier reglamentación moral intentando encontrar su origen en los tres principios de la moralidad secular [esto es: permiso, beneficencia, propiedad*] Si la reglamentación no demuestra proceder de esos principios, será prudente acatar la regla, pero no moralmente obligatorio.

"La autoridad moral secular limitada del estado convierte, en sentido general, la utilización de la fuerza para determinar las opciones abortivas de la mujer en algo incorrecto. [los cigotos, embriones y fetos] son propiedad de cada uno hasta que tomen posesión de sí mismos como entidad conciente, hasta que les otorguemos una categoría específica en la comunidad, hasta que transfiramos nuestros derechos sobre ellos o hasta que se conviertan en personas. Se tiene así libertad de hacer lo que otros considerarían incorrecto." (Engelhardt³)

¿Acaso le corresponde algún lugar a los principios religiosos en la ley de los Estados? ¿cómo se puede consensuar en un tema con visiones tan contrapuestas? Martín Farrel dice:

"Si para arribar a una decisión acerca del aborto debiéramos únicamente recurrir a principios morales, ya el problema en sí resultaría grandemente complicado. Pero es aún mucho más complejo, porque hay quienes pretenden también involucrar en el debate principios religiosos. [...] Me parece inadmisibile que esos principios religiosos puedan influir en el ordenamiento jurídico.

"Los principios religiosos son de tipo metafísico, insusceptibles de prueba, dogmáticos, autoritarios y, en buena medida, inmunes al razonamiento [...] El orden jurídico, por su parte, está dirigido a todos, creyentes y no creyentes."

* Dice el autor a propósito del principio de propiedad: "Los niños y los meros organismos biológicos humanos son propiedad de las personas que los producen. No solo el principio de beneficencia sino la

W. Sumner propone una legislación que considere la categoría moral del feto:

“Una política moderada frente al aborto contendrá los siguientes ingredientes: un límite de tiempo que divida los abortos tempranos de los tardíos, una política permisiva para los abortos tempranos, y una política para los abortos tardíos, determinando qué se considera un alto riesgo para la vida o la salud de la madre, y qué se considera una anomalía seria del feto.”

Hasta aquí, hemos presentado visiones muy disímiles e incluso contrapuestas, todas presentes en la sociedad. Además, existe un código penal que señala qué no se debe hacer y cómo se pena a quienes no acatan la ley. Existe por sobre todo la realidad, lo que verdaderamente ocurre, independientemente o a pesar de esta legislación.

Veamos ahora en qué casos está aceptado el aborto en la Argentina y las fundamentaciones propuestas.

La ley argentina acepta el aborto en caso de violación sólo cuando se trata de una mujer idiota o demente. ¿Cómo podemos fundamentar esta aceptación o negarla como válida?

Para la visión vitalista, el status ontológico del ser en gestación (persona actual con potencialidad, cuya vida es inviolable) niega la posibilidad de recurrir al aborto.

Desde otro punto de vista, cabe preguntarse si el derecho a la vida del feto sobrepasa el derecho de la mujer de decidir sobre su propio cuerpo cuando el embarazo es el producto de una violación. Farrel²

circunstancia de que el niño se convertirá en una persona, limitan los derechos de propiedad.”

considera que llevar a término la gestación excede el deber, es un acto supererogatorio: la mujer se encuentra en una posición que no buscó, ni planeó, ni aceptó; no dio su permiso, y nunca le fue pedido. Llevar a término la gestación, entonces, será su decisión personal y excederá sus obligaciones.

Un acto supererogatorio reúne las siguientes características:

1. No es obligatorio ni prohibido.
2. Su omisión no es incorrecta y no merece sanción ni crítica.
3. Es virtuoso tanto por sus consecuencias como por su valor intrínseco (más allá del deber)
4. Es voluntario y realizado por el bien de otro y, así, es meritorio.

Farrel concluye que el orden jurídico no se diseña para santos ni para héroes, sino para el ser humano corriente.

Davis (citado por Farrel) opina que el conflicto planteado no tiene que ver con un acto supererogatorio, sino que se trata de una responsabilidad especial que recae sobre alguien que no ha hecho nada para asumirla, explícita ni implícitamente. No es permisible imponer sobre alguien que no causó el perjuicio (el inocente, en este caso, es el ser en gestación) cargas que de otro modo sería impermisible imponer sobre él.

En el caso de la mujer idiota o demente, la decisión del aborto recae sobre su responsable legal, según nuestra legislación. Aquí estamos tratando con dos vidas, ninguna de las cuales tiene derechos plenos ni es donante de autorización, y lo que se plantea es el derecho a la vida de uno de ellos. ¿Son capaces de discutir este punto?

La ley argentina también acepta el aborto terapéutico, cuando la vida de la mujer gestante corre peligro si continúa con el embarazo hasta

la viabilidad del feto. ¿Cómo fundamentar argumentos a favor o en contra?

Las posiciones extremas afirman que no hay razones que justifiquen el aborto (la vida es inviolable) por un lado, y que el derecho de una mujer de poner fin al embarazo desplaza el derecho del feto de ser mantenido con vida, por el otro.

Farrel se pregunta: ¿abstenerse de infligir un daño al otro (aún siendo el otro un inocente) es más estricto deber que impedir que otro nos cause un daño?

Es común alegar la legítima defensa como justificación para el aborto en estos casos.

También es posible argumentar en contra. Nancy Davis (citada por Farrel) dice que la legítima defensa existe sólo si:

- ⊢ hay un agresor o un asaltante
- ⊢ la respuesta de la víctima es espontánea sin deliberación previa o bajo presión.
- ⊢ no es premeditada
- ⊢ no compromete a otro en el acto.

Las argumentaciones de Nancy Davis se dirigen así a demostrar que la legítima defensa no puede ser utilizada como fundamentación para la legitimidad del aborto en el caso de riesgo para la vida de la madre, ya que el feto no es un agresor voluntario, la decisión es meditada y requiere de otros para que el acto pueda ser llevado a cabo.

En todos los demás casos la ley argentina penaliza el aborto.

Lo incuestionable, por lo menos hasta el día de hoy, es que el feto depende estrictamente de la mujer para seguir viviendo. Por eso no hay alternativa con la opción abortiva: es la muerte del feto. De qué

status moral se le conceda, o de la supremacía que se le otorgue a los derechos de la madre por sobre el derecho a la vida del feto, dependerán las diferentes opiniones y decisiones. Y es claro que no todos pensamos igual. Se requiere de madurez de conciencia para sostener y ser coherente con la posición que se adopte.

Todavía podemos analizar las intervenciones sobre la gestación desde otra perspectiva: ¿la procreación consciente y llevada a término del embarazo de un niño deficiente (o que no podrá ser mantenido económicamente, o que pone en riesgo la vida de la madre) es un acto negligente y/o moralmente incorrecto?

Todos los niños se producen por motivos que les son ajenos, que son de "Otro", no han dado su consentimiento aún cuando en el futuro esos motivos puedan convertirse en propios. Podrán tener que cargar con una enfermedad, pertenecerán a un medio social y económico que no eligieron con las ventajas y desventajas que esto implique. No parece posible fundamentar el deber específico de beneficencia para con los individuos futuros de un modo general y común a todos, como no sea desde una particular fe o ideología. Se elige por ellos, no se puede pedir permiso a una persona futura.

¿Qué pasa cuando se utiliza a una persona futura a sabiendas de que se le provocará un daño, un efecto que va en contra de lo que pudiera desear en el futuro? ¿Y cuando se utiliza a esa futura persona futura de un modo que se opone a los deseos de quienes lo han producido? Engelhardt argumenta que en estos casos se viola el principio de permiso y el de no maleficencia. Al menos en teoría, y siguiendo su razonamiento, podría llegar a justificarse la fuerza estatal para proteger la salud futura del producto en gestación, si y sólo si las acciones perjudiciales de la mujer: a) son malintencionadas, y b) el estado de la futura persona es tan

desventajoso que sea verosímil que el niño no desee vivir en tales circunstancias.

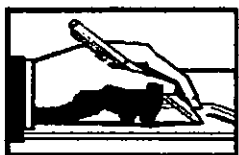
En síntesis:

El debate acerca del aborto está polarizado fundamentalmente entre dos tradiciones morales: una conservadora, vitalista, basada en el respeto e inviolabilidad de la vida, y otra basada en el respeto por la autonomía y el bienestar de la persona actual. Entre ambas, hay visiones moderadas que consideran las circunstancias o la etapa del embarazo y los valores en juego.

Las posturas extremas son simples. Derivan sus conclusiones del status moral y los derechos que se le atribuyen al feto.

Las posturas moderadas plantean análisis más complejos y toman en cuenta la importancia moral de la etapa del embarazo (status moral según la etapa de desarrollo fetal) y la relevancia moral de la razón por la que se realiza el aborto; el contexto y el valor del futuro son también tenidos en cuenta.

Por lo pronto, el aborto no debería ser un método de control de la natalidad, y la entrega en adopción del producto de la gestación no deseada no es un mecanismo que en la actualidad provea de soluciones concretas y rápidamente accesibles. No existen políticas efectivas (como no sean aquellas encaradas por ONG, generalmente feministas) que faciliten la continuidad de un embarazo cuando la madre tiene serios problemas económicos. A mi entender, y más allá de los debates acerca de la legitimidad moral del aborto, sin debatir serias cuestiones sociales y culturales no se podrá arribar a una política coherente con la realidad.



ANTICONCEPCIÓN

Para la mayor parte de las comunidades, la anticoncepción es moralmente inocua, su práctica es aceptada y a lo sumo se habla poco de ella más como consecuencia del prejuicio que existe acerca del hablar sobre cualquier tema relacionado con el sexo que por la anticoncepción en sí misma.

Sin embargo, existen formas de pensar particulares dentro de la sociedad que responden a determinadas creencias religiosas. Aún dentro de la misma fe, hay posturas más rígidas y más flexibles. La Iglesia Católica señala la prohibición del uso de métodos artificiales que no se usen a título terapéutico sino para impedir la concepción. Se basa en el concepto de que el acto sexual es un acto unitivo – procreativo, o un acto de amor abierto a la procreación cuyos dos componentes no deben desarticularse ni manipularse (esto incluye, por tanto, a las técnicas de fecundación asistida.) Los únicos métodos lícitos, cuando existan razones fundadas para recurrir a ellos, son los métodos naturales por cuanto no interfieren con el dinamismo natural del acto sexual. Por otro lado, la misma Iglesia reclama la paternidad responsable, tarea ardua en el marco que propone. Existen corrientes más aperturistas o de benignidad pastoral, lideradas por el P. Haring, y otras conservadoras o de intransigencia radicalizada, que lidera C. Caparra. Por último, la Iglesia reconoce la libertad (honesta) de conciencia: un acto objetivamente ilícito perdería su naturaleza pecaminosa cuando una conciencia libre y honestamente opta por él.¹¹¹

Para quien no sienta como ilícito recurrir a la anticoncepción, las alternativas son muchas, así como también lo es el conocimiento, el alcance y la accesibilidad de las mismas. De ahí, así como fue expuesto en el caso del aborto, para que exista un verdadero espacio de libertad, debe haber comprensión de la información y disponibilidad de métodos. Esta es la tendencia que se pretende reflejar en leyes tales como la Ley 2222, de Promoción y Garantía a la Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres y Hombres (Neuquén) En su reglamentación dice:

“Las acciones a que de lugar la presente ley deberán ser lo suficientemente amplias como para abarcar la diversidad cultural y religiosa de la comunidad.

“La libertad de elegir y el protagonismo de las personas que explícitamente se pretende asegurar, garantizarán el acceso a la información y que nadie esté obligado a regular su fecundidad si no lo desea por cualquier causa personal, o en formas que el credo que profesa no se lo permita.”

Contempla el asesoramiento e información gratuitos, prestaciones públicas y educación sexual y reproductiva.



FECUNDACIÓN ASISTIDA

La otra cara de la moneda: por un lado evitar la concepción; por el otro procurarla a quien no puede tener hijos del modo habitual. En este punto, no es posible hablar exactamente de consenso en la sociedad, ya que: las técnicas de fecundación asistida son variadas y en general de acceso limitado por razones económicas; no sólo aumentan la probabilidad de tener un hijo propio sino que permiten elegir determinadas características de este o estos hijos; pueden involucrar a terceros por fuera de la pareja (donantes de esperma, madres subrogadas); dejan abierta la posibilidad de investigación con material genéticamente humano; puede llegar a obviar la necesidad de dos progenitores; pueden producir más embriones de los que efectivamente serán implantados. También existe la preocupación de que estas técnicas sean una forma más de victimización de la mujer. Hay posturas que rechazan el uso de la fecundación asistida de modo general o la cuestionan, también globalmente, por algún motivo en particular. Veamos esto primero. Luego nos detendremos a analizar cada técnica en particular con las objeciones que pueden surgir en cada caso.

Rechazo a las técnicas de fecundación asistida.

Por los motivos expuestos en el apartado referido a anticoncepción, la Iglesia Católica rechaza toda manipulación de la fecundación. Las reflexiones de algunos religiosos, vertidas poco después del nacimiento del primer "bebé de probeta" (Louise Brown,

1978, Inglaterra), reflejan una postura que pretende ser crítica del conservadurismo absoluto:

"Pareciera que siempre que la Iglesia juzgó a una forma de pensar como negativa para el hombre lo hizo desde sentimientos ambivalentes: la compasión para evitar un daño o su temor a lo nuevo.

[...]

"Las mismas ambivalencias pueden registrarse en la posición de la Iglesia frente a las innovaciones de la biomedicina. En el caso de los tratamientos de fecundación asistida, la Iglesia comprende el sufrimiento de quien intenta superar la esterilidad, pero en principio emite un no rotundo a uno de los caminos que la medicina propone para solucionar este problema. Frente a los tratamientos de fecundación in vitro con el congelamiento de embriones consecuente, el magisterio oficial dice que son inadecuados porque ponen en riesgo la dignidad de la vida humana en sus primeros estadios y ahora propone favorecer la adopción de embriones.

[...]

"Cualquier pareja que decida afrontar un tratamiento de fecundación asistida, debe saber que en el largo plazo deberá asumir las consecuencias inevitables."

La psicóloga D. Biágosch Speroni^{iv}, especialista en violencia familiar, presenta a las técnicas de fecundación asistida como manifestación de violencia no solo hacia la mujer (que busca procrear a cualquier costo para responder al mandato cultural de una sociedad que no la reconoce como mujer "completa" si no es madre), sino a todos los involucrados:

- Hacia el ser humano que manufactura, producido de modo vejatorio, sujeto a intermediación, sometido a pruebas eliminatorias, expuesto a estímulos inadecuados como el congelamiento.
- Hacia el hombre y la mujer estériles, a quienes les impone servicios ajenos.
- Hacia el hombre y la mujer fecundos, que han de recurrir a otro.
- Hacia el hombre donante, reducido a semental.
- Hacia la madre subrogada, como bien de uso, útero ambulante.
- Hacia la sociedad, con la posibilidad de discriminación del niño manufacturado y de eugenesia descubierta o solapada, por atentar contra la adopción, por disociar las funciones familiares, sustraer esfuerzos científicos, destruir seres humanos y legitimar el sometimiento conyugal.

Desde el punto de vista feminista, varios filósofos han analizado estas técnicas en un contexto histórico y social para evaluarlas. Susan Sherwin (Ética feminista y fecundación in vitro, tomado de¹¹), expone que “no podemos tratar el tema de la FIV per se, sin considerar como contribuye a los patrones generales de opresión a las mujeres. [...] La FIV es una práctica que parece reforzar los supuestos sexistas, clasistas y a menudo racistas de nuestra cultura; por lo tanto, en nuestra concepción correctiva de libertad, la contribución de esta tecnología a la autonomía general de las mujeres es muy negativa [...], en especial por la tecnología, que siempre incluirá el compromiso activo de especialistas designados y nunca será un tema privado de la pareja o de las mujeres implicadas.”

¿Qué técnicas se incluyen bajo el nombre de fecundación asistida?

- **Inseminación artificial**, la cual se puede realizar con espermatozoides de la pareja (IA) o con espermatozoides de donante (IAD)

Objeciones: no es natural, selección del donante, posibilidad de fines eugenésicos, información que se le dará en el futuro al niño, posibilidad de embarazos múltiples.

- **Fecundación in vitro (FIV)**, la fecundación se realiza en un tubo de ensayo en un laboratorio.

Problemas: sobreproducción y criopreservación de embriones con la destrucción de muchos de ellos (considerado un asesinato para la visión vitalista); no es natural; fines eugenésicos, e investigación con embriones. Opresión de la mujer.

- **Transferencia intratubaria de gametas (GIFT)**

Objeciones: no es natural.

- **Maternidad sustituta**: es un nuevo tipo de contrato social, ya que la mujer que lleva adelante el embarazo no será luego la madre social del niño, pudiendo gestar un niño producto de las gametas de los padres que la contratan o aportar su propio material genético.

Objeciones: implica una transacción económica (el bebé como mercancía, trata a los niños como medios y no como fines en sí mismos), es un modo de explotar a mujeres de escasos recursos, posible abuso de la técnica por razones egoístas o eugenésicas.

A favor: es sólo una más de las nuevas formas de arreglos familiares (familias mixtas, por ejemplo), los niños siempre se

producen por motivos que no son de él, es un tipo de contrato social que en esencia no se diferencia de las adopciones.

- **Diagnóstico genético preimplantación:** procedimiento que se aplica para descartar los embriones genéticamente defectuosos antes de que tengan chance de desarrollarse.

Objeciones: es considerado un asesinato por quienes consideran al embrión un ser humano completo con derecho a la vida; es muy costoso (4500 a 7000 dólares en USA y Canadá); se descartan embriones que podrían no desarrollar la enfermedad (varios alelos tienen un factor de penetrancia); algunas enfermedades genéticas sólo se desarrollan en la edad madura y, para entonces, puede que una cura sea ya posible; el procedimiento puede ser el comienzo de una cuesta resbaladiza (ver después)

Ventajas propuestas: se anticipa en el diagnóstico a la amnioscentesis (que se hace a las 12 -16 semanas) momento en el cual se recurriría al aborto, considerado un dilema moral mayor; permite tener hijos a los portadores de enfermedades genéticas; la incidencia de muchas enfermedades y el costo que implica su tratamiento disminuiría sensiblemente.

Las posturas a favor y en contra en esencia se fundamentan en una o más de las siguientes convicciones:

1. Existe o no un derecho a procrear.
2. El embrión posee (o no posee) derecho a la vida.
3. Las implicancias sociales de la manipulación de la fecundación, para la mujer, para el futuro niño, para la madre subrogada, para el donante de esperma..., son positivas, negativas o neutras.

El derecho a procrear.

La legalidad del derecho a procrear no es discutible. Hasta el momento, es parte de la condición biológica humana. Lo que se discute es si este derecho es absoluto. Por ejemplo, aún en personas fértiles, es discutido si es legítimo para quien se sabe portador de una enfermedad genética penosa (como la corea de Huntington) o para una persona afectada de SIDA hacer uso de ese derecho. (Este punto fue discutido en el capítulo destinado al aborto.)

El *valor* negativo que se le da a la infertilidad (se la ve como enfermedad, como problema) es un elemento que motiva a muchas parejas infértiles a recurrir a estas técnicas. El contexto social y cultural es un factor de mucho peso en la toma de decisiones, y esto es destacado particularmente desde el feminismo.

"El mundo en que vivimos ahora ha limitado de tal manera las opciones y la autoestima de la mujer, que es legítimo cuestionar la libertad de la mujer para solicitar estas tecnologías, porque bien puede, en gran medida, reflejar perspectivas sociales que la oprimen." (Susan Sherwin, tomado de ¹¹)

El derecho a la vida.

Este tema fue discutido antes.

El argumento de la cuesta resbaladiza.

Es indudable que la concepción que los seres humanos tenemos de nosotros mismos, parafraseando a Thomas Morris, ha cambiado de manera bastante rápida. Era impensable para la mayoría de la gente de una generación atrás todo lo que ahora es posible. El temor fundamental radica en que, al hacerse cada vez más cotidianas las diferentes tecnologías, comenzando por la anticoncepción y

arribando, últimamente, a la selección de embriones de acuerdo con su material genético, haya un verdadero riesgo para las personas, un cambio radical en la posesión del poder, una manipulación y control cada vez más poderoso sobre los individuos. Las visiones catastróficas no son sólo textos de ciencia-ficción. Fundamentalmente existe preocupación, más allá de los argumentos religiosos, acerca del futuro de la especie humana y el tipo de sociedades que se construirán en el futuro.

Una reflexión final.

Hemos recorrido argumentaciones religiosas, intuitivas, racionales, de derecho, algunas más pretendidamente objetivas que otras. Justificaciones y fundamentaciones de diversa índole, condenando, aceptando o tolerando las diversas posiciones frente a la anticoncepción, al aborto y a la fecundación asistida. Yo quiero terminar esta exposición con una reflexión que puede aplicarse tanto a estos como a cualquier otro problema moral que se presente en nuestras vidas. En parte, es una versión libre del texto de Eugenio Fíozotti citado en la bibliografía general.

Es tan peligroso excusarse en la ley como en un fundamentalismo religioso o ideológico, sobre todo si con esta postura se juzga a los demás. La ética va más allá del temor y la coacción. La actitud falsa frente a la norma lanza al hombre a actuar... por el castigo que debe ser evitado.

En cualquiera de las situaciones que hemos tratado las motivaciones del individuo suelen ser más negativas que positivas: temor al castigo, temor a la discriminación, temor al fracaso, temor a caer en la ruina, temor a ser juzgado, temor a no ser aceptado socialmente,

temor al castigo interno (remordimiento, culpa) En la moral del castigo, son las penas sociales, legales e internas las que deciden por uno.

¿Qué sería para el sujeto decidir autónomamente frente a las opciones de fecundación, anticoncepción, aborto? ¿Qué serían la paternidad y maternidad responsables?

Podemos decir lo que no sería: no sería decidir sobre la base de eludir la penalización social, legal o interna. No sería decidir por temor al castigo o al fracaso.

La verdadera libertad no se somete nunca plenamente a formulaciones estáticas, a generalizaciones y objetivaciones. Implica también responsabilidad sobre cada uno de los actos que se realizan.

¹ Florencia Luna y A. Salles. Decisiones de vida y muerte. Eutanasia, aborto y otros temas de ética médica. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1995.

² Childress y Baeuchamps.

³ Luis Barazzutti. Situaciones éticas conflictivas. San Pablo, Buenos Aires, 2000.

⁴ D. Biágosch Speroni. ¿Procreación asistida o victimización? Lumen, Buenos Aires, 1993.

BIOÉTICA

7 Fin de la vida



Los dilemas éticos del fin de la vida

El Diccionario de la Real Academia, siempre presto a auxiliarnos, define la muerte como la *cesación o término de la vida*. Agrega luego algunas aclaraciones. Por ejemplo, muerte: *separación del cuerpo y el alma*; buena muerte: *la contrita y cristiana*; estar muerto por algo: *desearlo mucho*; estar muerto: *estar muy cansado*, etc. Más allá de los múltiples giros del lenguaje que se acompañan del término, en general su aparición significa algo ominoso, lúgubre, aterrador. Alrededor de la muerte se habla en voz baja, se le escamotea el tema a los niños, incluso se les cuentan versiones religiosas; "se fue al cielo", "ahora está con los angelitos"; yendo más allá de su significado religioso. En realidad, la muerte es inconcebible, en especial la nuestra. Es el gran límite del ser humano, donde todos terminaremos nuestros días.

No es de extrañar que alrededor de la muerte se hayan construido tabúes, y que cada cultura tenga elementos de uno u otro tipo para mediar con ella. La muerte, la enfermedad y lo mágico están presentes en nuestras supuestamente civilizadas vidas más de

lo que solemos admitir. "Yo no creo en las brujas, pero que las hay, las hay".

Alrededor de la muerte ronda la ciencia, sin poder tocar su esencia, pero intentando definirla funcionalmente. Así, de la vieja muerte que padecíamos cuando dejábamos de respirar y nuestro corazón de latir, hemos venido a morir cuando se comprueba el cese irreversible de la función cortical del encéfalo. El viejo y simple paro cardiorrespiratorio, que precedía al cerrar los ojos del muerto y tapar su cara con la sábana, se ha transformado en el heraldo detonador de un frenético trabajo del equipo de reanimación, que intuba, masajea, busca vía, inyecta, paletea y, gran cantidad de veces, logra que el corazón vuelva a latir y los pulmones a respirar. Sin ironía, se lo puede llamar un triunfo de la ciencia. Éste triunfo, sumado a la asistencia respiratoria mecánica, los trasplantes de órganos y de tejidos, la alimentación enteral prolongada, etc., plantea y planteará una innumerable cantidad de dudas, inquietudes y desafíos. Mientras intentamos resolverlos, millones de seres humanos seguirán muriendo en la forma tradicional, de hambre, malaria, neumonía y tuberculosis.

Ahora bien, si aceptamos la definición de la Real Academia como "cesación o término de la vida", lógicamente tendremos necesidad de preguntarnos: ¿cuándo termina la vida? Y aquí es donde el debate se vuelve difícil. Pues una cosa es la vida como hecho biológico, otra como existencia de la persona, otra como transcurso religioso por éste mundo, otra como hecho simbólico y cultural, y tantas otras... Y entonces ¿quién está muerto? Según el criterio que adoptemos admitiremos, por ejemplo, que se extraigan órganos para ser trasplantados, que se dé sepultura, que se desconecte un respirador, etc. Las diferencias son grandes.



Criterios de muerte

Que criterios exigiremos para considerar que alguien está muerto? Podemos utilizar el viejo criterio del paro cardiorrespiratorio del que el paciente no se recupera espontáneamente. Alguien a quien no le late el corazón, no respira, y pasa algún tiempo en ese estado, tradicionalmente en nuestro ámbito, ha muerto. Sin embargo: ¿ha cesado la vida biológica en ese cuerpo? Aún no, aún hay células que se dividen y siguen todas las etapas del ciclo vital celular (por ejemplo, crecen las uñas y el pelo) Según la religión budista se deben esperar tres días para que el cuerpo está realmente muerto y el alma pueda abandonarlo con posibilidad de éxito en su reencarnación.

Si se toma a la conciencia como ente unificador de nuestra humanidad personal, al desaparecer ésta en forma irreversible, ¿desaparece la persona? Sin embargo pueden mantenerse algunas funciones vitales, por ejemplo las cardiorrespiratorias, y haber aún respiración, latido cardíaco y mantenerse la temperatura corporal.

Como se ve, el definir exactamente cuando alguien está muerto es complejo y no depende sólo de "hechos científicos", sino también de un gran cantidad de presupuestos históricos, culturales y religiosos. Por lo tanto, y sin entrar en la discusión exhaustiva de la fisiología de la muerte, mencionaremos los distintos criterios de muerte existentes en éste momento, aunque sepamos que son revisados en forma permanente por filósofos, religiosos, juristas, neurofisiólogos, etc.

Muerte: se considera que un individuo está muerto si presenta:

A - Suspensión irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria;

B - Suspensión irreversible de todas las funciones de todo el cerebro, incluyendo el tronco cerebral.

Como se puede observar, éste criterio incluye el tronco cerebral, que es el que mantiene la vida vegetativa en curso (latidos, temperatura, respiración, etc) y exige que el mismo no funcione, para considerar a un individuo muerto. Pero se discute otro criterio mas:

Criterio de muerte cortical o cerebral superior: considera que un individuo está muerto cuando no presenta, en forma irreversible, función de su corteza cerebral, aunque su tronco cerebral esté en funcionamiento y conserve las funciones circulatoria y respiratoria.

Éste criterio, menos restrictivo que el anterior, permite considerar muerto a quien está en coma irreversible por lesión de la corteza cerebral, aunque conserve el latido cardíaco y la respiración. Desde el punto de vista legal se exigen una serie de pruebas para cumplir con los criterios sin lugar a dudas.

En nuestro país el tema está regulado por la Ley 24.193, de 1993, que establece que la muerte se manifiesta por "la cesación total e irreversible de las funciones encefálicas cuando hubiese asistencia (respiratoria) mecánica". Se deben verificar los siguientes puntos: a) ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de la conciencia; b) ausencia de reflejos cefálicos y

constatación de pupilas fijas no reactivas; c) inactividad encefálica corroborada por medios técnicos o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, siendo innecesario éste último signo en caso de paro cardiorrespiratorio total e irreversible. La constatación de tales signos debe repetirse a las seis horas de ser verificados por primera vez.

Las precisiones técnicas son muchas más, incluyendo temas tales como medicaciones o tratamientos previos, intoxicaciones, etc, que pueden alterar potencialmente las pruebas mencionadas.

O sea que el criterio existente en nuestro país no exige el cese de la función cardíaca pero sí de la respiratoria, además del criterio de muerte encefálica (que incluye en tronco cerebral). Sin embargo, el paro cardiorrespiratorio irreversible, por sí solo, es diagnóstico de muerte, no siendo exigible, en ese caso, la evaluación de la función encefálica.

Ésta ley regula la definición de muerte legal, concepto de suma importancia, pues es a partir de su pronunciamiento que comienzan a regir términos legales de sucesión, extinción del matrimonio, patria potestad, posibilidad de ablación para trasplante, etc.



La eutanasia

Eutanasia: 1) Muerte sin sufrimiento físico; 2) Acortamiento voluntario de la vida de quien sufre una enfermedad incurable, para poner fin a sus sufrimientos.

Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española, Madrid, 1992.

Eutanasia: acto deliberado realizado por una persona *con la intención de causar la muerte* de otra persona para aliviarla de su sufrimiento, siendo dicho acto eficaz a tal efecto.

Martín Farrell, distinguido jurista y eticista argentino, al referirse a la eutanasia lo hace como al "privar de su vida sin sufrimiento físico a otra persona, *a su requerimiento y en su interés*". De ésta forma excluye a toda posibilidad de eutanasia involuntaria, que es la que se realiza sin el requerimiento de la persona, o con su sólo *consentimiento*, pero a propuesta de otro. Queda así planteada para Farrell la eutanasia, como ***eutanasia voluntaria***.

Eutanasia activa: acto **positivo destinado a procurar** la muerte de la persona afectada por el dolor o enfermedad (administrar una droga, por ejemplo).

Eutanasia pasiva: **omitir** un acto que podría prolongar la vida de la persona afectada **con el objeto** de procurar su muerte (drogas de reanimación, por ejemplo).

Habiendo enumerado las definiciones necesarias planteemos el problema. Los interrogantes que se presentan son de dos órdenes:

- 1) ¿Puede una persona terminar con la vida de otra?
- 2) ¿Puede el médico, cuyo fin es el bien del paciente, dar fin a su vida, aunque éste lo haya solicitado?

Con respecto al primer punto existen respuestas contradictorias. Quienes se pronuncian por la negativa pueden fundamentarlo en que dado que la vida es un don divino no puede ser tomada por otro que no sea el mismo Dios, en lo que constituiría una fundamentación teológica. Puede fundamentarse moralmente manifestando que no debe suprimirse una vida autónoma, infinitamente valiosa como fin en sí misma, y que además no se debe causar daño a terceros aunque éstos lo soliciten, o que no se puede tomar la vida ajena pues ello presupondría que los otros pueden tomar la de uno. También se pueden aducir razones sociales, diciendo que si se permite que una persona tome la vida de otra por equis razón, todos los demás se verán autorizados a hacerlo y las consecuencias sociales serían imprevisibles, o catastróficas (teoría de la pendiente resbaladiza). Quienes lo hacen por la afirmativa pueden sostener que no se debe, en principio, tomar la vida de otro, excepto en determinadas circunstancias (el otro está por matarnos a nosotros o a un ser querido, o el otro nos solicita que lo matemos para terminar con su sufrimiento).

Con respecto al segundo punto las posiciones van desde la afirmativa, que expresa que el médico, si considera que el paciente le expresa claramente que para él sería un bien mayor terminar su vida

que proseguirla en las presentes circunstancias, no dejaría de actuar en bien del paciente, hasta quienes consideran éste punto inadmisibles dado que no se puede considerar en ningún caso el perder la vida como un bien mayor a conservarla, más allá de las circunstancias actuales del paciente.

Más allá del alcance de esta discusión, por cierto vigente, en nuestro país la eutanasia está prohibida y penada por el Código Penal.

En otros países del mundo, como Holanda, la eutanasia está permitida, como así el suicidio asistido por el médico. Lo previsible es que de continuar la ola autonomista que prevalece en la actualidad la eutanasia se vaya permitiendo progresivamente cada vez en más países.

Un hecho relevante, puesto al descubierto pero poco mencionado, es que la eutanasia se practica, por cierto, en nuestro país, así como en muchos otros donde también está prohibida. Como consecuencia de esto se practica muchas veces en la forma involuntaria, o sea sin el requerimiento del paciente o sus familiares. Si bien esto no es moralmente admisible existen en la atención de pacientes sin posibilidades de recuperación muchas zonas grises donde éstas conductas se deslizan con cierta facilidad.

Suicidio asistido: acto intencional de quitarse la vida con la asistencia de otra persona que provee deliberadamente el conocimiento para hacerlo, los medios, o ambos. Si el que provee es un médico se llama suicidio asistido por médico. En la Argentina es un delito severamente penado por la ley.

Existe una situación clínica en la que hay una fina línea divisoria entre conductas lícitas y no lícitas. Se trata de la suspensión de tratamiento de soporte vital.

Suspensión de tratamiento de soporte vital: suspender a un paciente las medidas de asistencia respiratoria, alimentación parenteral, etc, que lo mantienen artificialmente con vida. Si bien se discute si la hidratación y alimentación artificiales son "tratamiento médico" o "alimento y agua". Se tiende mundialmente a considerar que son parte del tratamiento indicado por el médico.

La diferencia entre la suspensión de tratamiento y la eutanasia muchas veces no se ve claramente. Es necesario diferenciar entre tratamiento efectivo e inefectivo (o inútil), lo que no es una diferenciación sencilla. En principio parece claro: un tratamiento que no da los resultados esperados o deseados es inútil, y en principio podría retirar sin dificultad. Pero el concepto es más amplio, y se refiere a *inútil para los fines generales de esa persona*, lo cual quiere decir que, aunque esté siendo efectivo en su resultado inmediato, no tiene sentido prologarlo dentro de los fines que puede tener la persona que lo recibe en cuanto a su vida en general. Por ejemplo: mantener a un paciente con sostén inotrópico puede no ser inútil en cuanto a que su frecuencia cardíaca se mantiene, pero si la persona está en estado de muerte encefálica carece de sentido, pues ya no tiene ningún objeto posible para su vida vista como proceso global. Ahora bien, si se le suspende el tratamiento a un paciente pues es inútil en el sentido del que hablábamos recién, se considera una suspensión lícita, pues no tiene **por objeto** causar la muerte del paciente. Si, en cambio, retiramos un tratamiento **para causar la**

muerte estamos cometiendo el acto ilícito definido como eutanasia. Como toda ésta línea de diferenciación pasa por la intención del agente, resulta una aplicación de la regla o principio del doble efecto.

Principio del doble efecto: si un acto tiene dos efectos, uno de los cuales es deseado y el otro no, dicho acto no es reprochable si tiene las siguientes características:

- 1) El acto es **bueno o indiferente**; no es intrínsecamente malo;
- 2) La **intención** del agente es obtener el efecto bueno, siendo **el efecto malo no deseado**;
- 3) El efecto malo **no es el medio** para obtener el efecto bueno;
- 4) Debe haber **un motivo potencialmente grave** para permitir que el mal se produzca.

Ejemplo: si se le aumenta la dosis de narcóticos a un paciente que no se puede recuperar con el objeto de disminuir o suprimir el dolor, y ese aumento de la dosis le produce la muerte, no se considera reprochable dicho aumento, si se considera como aplicación del principio del doble efecto. Efectivamente, la **intención** del médico ha sido la de disminuir o suprimir el dolor, y no la de producir la muerte.

Para algunos autores el doble efecto es un planteo hipócrita pues el médico **sabe** que el paciente se va a morir, y no lo encuentran moralmente diferente que inyectarle una solución con potasio. El planteo sería: si el profesional -médico o no- hace algo que sabe que le va a causar la muerte al paciente (como por cierto es su obligación saberlo) le está causando la muerte tanto como si le inyecta una solución letal. Pretender que lo hizo con otra intención es

falso y falaz, pues a otro paciente, con posibilidades de supervivencia, no le hubiera indicado esa misma dosis.



Algunas definiciones sobre temas relacionados

Medios de tratamiento proporcionados y desproporcionados (proporcionalidad terapéutica): noción básicamente utilitarista. Un medio es proporcionado cuando provee de mayor beneficio que perjuicio. Un medio con más perjuicios que beneficios es desproporcionado y, por lo tanto, no exigible moralmente. Por ejemplo: colocar en asistencia respiratoria mecánica a un paciente que no puede recuperarse por tener un grave daño a un sistema vital, constituye un medio desproporcionado.

Medios de tratamiento ordinarios y extraordinarios: concepto relativo. Para algunos autores un medio es extraordinario cuando no se corresponde con los planes vitales del paciente y por lo tanto no es moralmente requerido. Por ejemplo: si un paciente presenta una enfermedad terminal y ha expresado su deseo de morir en paz sin más tratamientos, una transfusión o el uso de un expansor plasmático pueden considerarse medios extraordinarios, aún cuando para otro paciente claramente no lo serían.

Orden de no reanimar, código azul, rojo, etc.: indicación de que si un paciente sufre un paro cardiorrespiratorio no debe ser reanimado (en inglés DNR: do not resuscitate), colocada en su historia clínica u hoja de enfermería. De uso habitual en algunos países, entre nosotros no se usa con claridad. Se considera que debe

haber un consentimiento informado del paciente o sus representantes. Es muy importante saber que en países donde se ha estudiado el problema se comprobó que se utilizan en forma discriminatoria (son más frecuentemente asignadas a negros, alcohólicos, personas muy pobres, ancianos, etc., obviamente sin su consentimiento ni el de sus familias).

Directivas anticipadas, testamento vital: se trata de indicaciones por escrito hechas en vida por un individuo, indicando que tipo de procedimientos desea o no que se efectúen en su persona en caso de enfermedad e incapacidad para manifestar su voluntad fehacientemente. En nuestro país son, por ahora, de uso muy poco frecuente.



En síntesis

Los problemas vinculados al fin de la vida son tan arduos como aquellos vinculados a su comienzo. Juegan un rol relevante diversas creencias, prejuicios y convicciones que todos tenemos al respecto. Además hay un rechazo al debate abierto y público de estos temas, lo que dificulta mas aún su aclaración y la formación de consensos.

Es necesario que en el seno de las instituciones de salud estos problemas sean debatidos abiertamente y con franqueza, de forma de ir construyendo acuerdos que faciliten la toma de decisiones compartida e impidan la adopción de medidas autoritarias, así como la aceptación genuina del eventual disenso moral y la objeción de conciencia que puede resultar del mismo.



Aclaración: no hemos hablado de lo que se suele llamar *futilidad médica*. Esto es debido a que el término *futile* en inglés significa *inútil* pues no tiene posibilidad de éxito, en tanto que en nuestro idioma *fútil* quiere decir *de poca importancia o aprecio*, careciendo por lo tanto de significado en cuanto a su utilidad o falta de ella.

Recomendamos la lectura del trabajo "*Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico*", del Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, incluido en el anexo, así como del Dr. Martín Farrell, publicado en *Perspectivas Bioéticas*, No. 1, Vol. 1, 1996.

ANEXO 1

Pautas y Recomendaciones para la Abstención y/o Retiro de los Métodos de Soporte Vital en el paciente Crítico.

Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva*

La existencia de límites en la atención médica constituye una realidad en la práctica de la medicina que ya fue bien reconocida desde la época hipocrática en relación al principio de no maleficencia ("primum non nocere") y a no provocar un sufrimiento mayor al paciente que el eventual beneficio que pueda derivarse del tratamiento. Sin embargo y aun después de tantos siglos, en este tiempo existen tres circunstancias por las que el análisis de los límites de la atención en medicina crítica adquiere una importancia especial.

- *La aplicación ilimitada de todos los tratamientos posibles*, incluyendo entre ellos a los diferentes métodos de soporte vital, puede conducir a una prolongación indefinida de la agonía del paciente y demorar la llegada inevitable de la muerte con la posible generación de cuadros de *encarnizamiento terapéutico*.
- *La vigencia del principio de autonomía* que atiende a las preferencias del paciente, a su calidad de vida y a la valoración exclusiva del significado del "bien" para cada uno.
- *La creciente dificultad y complejidad para establecer la efectividad de un tratamiento* en cada paciente a pesar de los permanentes intentos

* Gherardi, Carlos R. (Director); Biancolini, Cesar; Butera, Juan; Calvillo, Lidia; Canteli, Maria; Cardonnet, Luis; Maglio, Francisco; Montrul, Mauricio; Pacin, Juan.

derivados de una medicina basada en la evidencia (metaanálisis, scores pronósticos, medición de la efectividad, de la eficacia y de la eficiencia).

La aceptación de plantear un *concepto amplio de futilidad* podrá ayudar a la comprensión del problema del límite en la atención al considerar que una acción médica puede ser fútil en una circunstancia y no en otra, porque esta cualidad reside más en el análisis del objetivo del tratamiento que en las características de su propia naturaleza. De este modo, si la determinación de los objetivos finales de un tratamiento están reservados exclusivamente al paciente será a él a quien corresponda calificar de fútil una acción médica, teniendo en cuenta no sólo su respuesta fisiológica inmediata (la determinación de la futilidad fisiológica le corresponde con exclusividad al médico) sino el probable resultado final sobre el conjunto del organismo.

Si bien el concepto de limitación en el esfuerzo terapéutico es similar en toda la medicina las dificultades operativas existentes para su aplicación en Terapia Intensiva surgen de la característica del *paciente crítico* y de la naturaleza intrínseca de los métodos de *soporte vital*, lo que establece una clara diferencia entre la toma de decisión en estas salas respecto de las otras modalidades de atención médica.

El *paciente crítico* se define por la existencia actual o probable de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte resulta siempre una alternativa posible y eventualmente próxima. La naturaleza crítica de un padecimiento puede sobrevenir al comienzo, durante el transcurso o al final de cualquier enfermedad.

El *soporte vital* es toda técnica o tratamiento que aplicado al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Comprende actualmente y por extensión desde la ventilación mecánica y el sostén hemodinámico hasta la oxigenoterapia, nutrición e hidratación parenteral.

Resulta indispensable comprender que *las decisiones sobre los métodos de soporte vital tienen una influencia decisiva y generalmente cercana en la determinación de la muerte del paciente crítico. Cada uno de estos métodos pueden no ser aplicados en cada paciente o suspendidos luego del comienzo de su indicación.*

En la práctica médica existe una diferencia operacional y de responsabilidad moral individual entre "actuar" y "dejar de actuar". En todas las encuestas efectuadas a los trabajadores de la salud se ha constatado que resulta mucho más difícil suspender un método de soporte vital que no aplicarlo y a su vez ésta actitud abstencionista resulta mucho más fácil en un medio asistencial de autocuidado o de cuidado paliativo que en el área de Terapia Intensiva. Esta diferenciación claramente percibida en la práctica resulta cierta más allá del principio de equivalencia moral por el que no existiría diferencia entre ambas acciones.

Finalmente, toda esta problemática que simplemente se ha enunciado y que transcurre en el escenario médico, forma parte de un complejo entramado cuyo debate se inserta en el marco interdisciplinario de la Bioética dentro de la cual los conflictos y las tensiones que se suscitan en el fin de la vida ocupan un espacio muy importante.

Las profundas implicancias médicas, morales, sociales y jurídicas que tienen las acciones que son objeto de este comentario han llevado al Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva a proponer un conjunto de recomendaciones que puedan ayudar a guiar la conducta de los colegas frente a las habituales y crecientes dificultades que se plantean en la práctica cotidiana de esta especialidad. Estas pautas y recomendaciones resultan de la compilación de un conjunto de ideas destinadas a facilitar la actuación del grupo médico frente a diversas circunstancias.

1. La fuente de autorización primaria de la decisión de tratar o no tratar emana del paciente. Este derecho para autorizar el tratamiento es independiente de la naturaleza de la enfermedad y de su estado evolutivo.
2. La existencia de un testamento vital o directiva anticipada del paciente, convenientemente verificado en su existencia y actualidad, deberá constituir una prioridad para ser respetado con independencia de la opinión del médico (equipo asistencial) y de la familia.
3. La comunicación con el paciente deberá ser reemplazada por la familia sólo en caso de incompetencia del primero. A este respecto en medicina crítica deberá recordarse que el concepto de competencia implica la consideración cuidadosa de la existencia de plena lucidez mental, comprensión de la información suministrada y libertad para la toma de una decisión voluntaria.
4. La comunicación con el paciente o en su defecto con la familia debe ser diaria y establecida de modo permanente con miembros del equipo

médico de planta. De este modo se facilitará un diálogo transversal y continuo que atienda a los objetivos del tratamiento y no solamente a los eventos ocurridos cada día. La información transferida diariamente sólo por los médicos de guardia (siempre distintos cada día), que también frecuentemente es necesaria, tiende a comunicar los hechos del día sin considerar exhaustivamente la valoración general del cuadro clínico y la idea directriz general del tratamiento. A este respecto también debe valorizarse la experiencia mayor de los médicos de planta en el difícil y complejo tema de la comunicación. En el caso particular de la comunicación con la familia siempre debería mantenerse en lo posible con las mismas personas para favorecer la comprensión de los hechos y facilitar sus propias decisiones. El análisis permanente de la situación evolutiva y sus alternativas permitirá asimismo la eventual reconsideración de los acuerdos sobre el tratamiento.

5. La toma de decisión sobre la abstención o retiro de los métodos de soporte vital en un medio asistencial como Terapia Intensiva son en general dependientes de la iniciativa médica, salvo en los casos en que exista una directiva anticipada.

6. Es aconsejable que las decisiones en Terapia Intensiva, respecto a la abstención o retiro de métodos de soporte vital, sean discutidas y compartidas por todo el equipo asistencial que incluye a médicos, enfermeros, kinesiólogos, trabajadores sociales, psicólogos, etc. En este debate, si existiera disenso y se lo considerara conveniente, puede darse intervención al Comité de Ética de la Institución antes de tomar la decisión correspondiente.

7. Resultará conveniente que las decisiones acerca de la actitud a tomar frente a los métodos de soporte vital comiencen activamente antes del ingreso del paciente al área de Terapia Intensiva. La admisión

inadecuada de un paciente puede ser el comienzo de un sucesivo y habitual conjunto de acciones médicas de difícil contención. También el equipo médico puede consensuar con el paciente o la familia, previamente a su ingreso, en qué situaciones se decidiría la externación del paciente para que éste no se exponga a ser sometido a determinados procedimientos difíciles de prever o limitar en la misma área.

8. Habitualmente el equipo médico planteará la posible abstención o el retiro del soporte vital frente a alguna de las siguientes circunstancias:

8.1. Cuando no existan evidencias de haber obtenido la efectividad buscada (ausencia de respuesta en la sustitución del órgano o la función), o existan eventos que permitieren presumir que tampoco se obtendrán en el futuro.

8.2. Cuando solo se trate de mantener y prolongar un cuadro de inconciencia permanente e irreversible (p.ej. estado vegetativo persistente).

8.3. Cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico esperado.

8.4. Cuando se conozca fehacientemente el pensamiento del paciente sobre la eventualidad de una circunstancia como la actual, en el caso de una enfermedad crónica preexistente (informe personal, del médico de cabecera si existiere o del familiar).

8.5. Cuando la presencia de irreversibilidad manifiesta del cuadro clínico, por la sucesiva claudicación de órganos vitales, induzca a estimar que la utilización de más y mayores procedimientos no atenderán a los mejores intereses del paciente.

9. La propuesta de abstención o retiro de un método de soporte vital deberá ser efectuada, si fuera posible, al paciente, y si éste no es competente, deberá ser comunicada y explicada detenidamente al familiar, cuyo acuerdo resulta, en principio, indispensable.

10. En medicina crítica existen especiales circunstancias en que, por la agudeza de la situación clínica (detención cardiocirculatoria, shock, insuficiencia respiratoria), por la urgencia en la toma de decisión (reanimación cardiopulmonar, intubación y colocación de un respirador mecánico, implante de un marcapaso transitorio), o por la valoración inmediata del resultado (futilidad fisiológica), la decisión debe ser tomada tanto en el sentido de la abstención como del retiro por el médico responsable sin consulta o comunicación previas.

11. En ningún caso la abstención o el retiro de un método de soporte vital significará privar al paciente de todas las medidas que atiendan a su confort físico, psíquico y espiritual así como la posibilidad de su traslado al área de cuidados paliativos si correspondiere. La aplicación de una ética del cuidado, que alivie el sufrimiento y mejore la calidad de vida remanente, estará siempre presente en todas las situaciones.

12. Las dificultades en arribar a un acuerdo con los familiares del paciente generalmente se vinculan a una primaria incomprensión y desconocimiento real de la situación planteada, por lo que deberán extremarse todas las habilidades y el esfuerzo en transmitir la racionalidad de las medidas propuestas por el equipo médico. En la relación interpersonal establecida deberá tomarse especial resguardo en visualizar que la opinión del familiar trata de expresar fielmente los verdaderos intereses del paciente.

13. Si a pesar de todo no existe acuerdo de la familia con la propuesta médica resultan posibles las siguientes alternativas:

13.1. Consultar a un médico elegido por la familia o por consenso para lograr una mayor comprensión entre las partes.

13.2. Consultar con el Comité de Ética de la institución.

13.3. Si existe desacuerdo entre los diversos miembros de la propia familia deberá intentarse de todas formas la obtención del consenso, incluso también a través de la intervención del Comité de Ética. Si no obstante esto no fuera posible convendría priorizar la opinión del familiar que resulte con mayor compromiso afectivo con el paciente por su convivencia habitual.

14. Si no se obtiene el acuerdo a pesar de lo anterior existen las siguientes posibilidades:

14.1. Considerar la factibilidad del traslado del paciente a otra institución donde el equipo médico coincida con la opinión de la familia.

14.2. Cuando lo anterior no fuera posible y se trate de la aplicación de un procedimiento que exija un equipo mecánico o electrónico (respirador, marcapaso), cuyo número es siempre limitado, el equipo médico podrá dejar constancia que el mismo podrá ser retirado si lo requiriera otro paciente conceptuado como recuperable según el juicio del equipo médico.

14.3. Siempre queda abierta para el equipo médico la solicitud de intervención judicial.

15. Todo paciente competente tiene derecho a rechazar todo tratamiento que le fuera indicado por el equipo médico aunque sean aquellos que puedan salvarle la vida. Esta afirmación incluye también a la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital. En esta circunstancia el médico o algún integrante del equipo asistencial puede plantear una objeción de conciencia que deberá ser respetada.

16. En todas las circunstancias posibles que se han mencionado, *todos los hechos, opiniones, consultas y posiciones diversas ante cada una de los eventos ocurridos deberán constar con toda precisión en la Historia Clínica correspondiente.*

Referencias Bibliográficas

1. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine: "Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill", *Crit. Care Med.*, 1990; 18, 1435-1439.
2. American Thoracic Society: "Withholding and withdrawing life-sustaining therapy", *Annals of Internal medicine*, 1991;115, 478-485.
3. The Society of Critical Care Medicine. Ethic. Committee: "Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatments", *Crit. Care Med.*, 1992; 20,320-326.
4. Council on ethical and judicial affairs. American Medical Association: "Decisions near the end of life", *JAMA*, 1992; 267, 2229-32.

5. Report of the Council on Ethical and judicial affairs. American Medical Association: "Medical futility in End of life Care", *JAMA*, 1999; 281, 937-94.

[Comités de Bioética]

Tema: Desconexión de respirador. Autorización para muerte de niños.
Comité de Ética Asistencial del Área de Bioética del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José Penna" de Bahía Blanca (Provincia de Buenos Aires, Rep. Argentina), septiembre 29 de 1991.

- **Caso.**

Paciente niña de 109 días de edad (que llega de una localidad próxima, situada a 120 Km. de Bahía Blanca), hija de madre soltera de 17 años de edad, oligofrénica; parto séptico domiciliario; edad gestacional: 32 semanas; peso al nacer: 1.450 gr. Distrés respiratorio inmediato. Ingresa a la Institución a las 4 hs. de vida, en grave estado general, incluyendo sufrimiento por frío. Padece membrana hialina severa, requiriendo asistencia respiratoria mecánica por tiempo prolongado, que la llevó a padecer displasia broncopulmonar, lo que a su vez obligó a mantener la asistencia respiratoria. Durante la internación padeció varias extubaciones accidentales, y en una de ellas se produjo una severa encefalitis Hipóxica-isquémica que la llevó al coma. Continúa con asistencia respiratoria mecánica. El informe EEG y de potencial evocado reiterado informa escasa actividad cerebral, y el diagnóstico neurológico es de coma profundo arreactivo, siendo pésimo el pronóstico.

Ante estas condiciones, los profesionales tratantes se plantean si deben seguir con asistencia respiratoria mecánica, más cuando éste recurso es escaso y esencial para otros casos.

- **Conflictos**

a. Santidad vs. calidad de vida. es muy improbable la sobrevivencia, pero si esto sucediera una vez retirado el respirador, existe una altísima probabilidad que permanezca en estado vegetativo.

b. Asignación de recursos escasos con criterio de justicia.

c. Se debe tratar el tema para evitar decisiones apresuradas, poco meditadas en situaciones de emergencia (profesionales de guardia que no conocen el caso).

Decisión. Ante el aparente estado de abandono familiar, se recomienda que se trate de entrar en contacto con la familia para plantear la elección que se debe tomar, pensando en los mejores intereses de la niña, y utilizando la habilidad comunicativa necesaria y el respeto por el nivel cultural, para la mejor comprensión del problema. Dados los hechos médicos y éticos, se considera recomendar la desconexión del medio artificial de mantenimiento de vida, con el correspondiente halo protector.

Consideraciones. a. *Los hechos médicos:* En la descripción del caso se establecen con claridad los hechos médicos y se adjunta la Historia Clínica. De la misma surge que no existen posibilidades terapéuticas, y solamente se está manteniendo a la paciente con vida, de modo que el respirador, que al comienzo del tratamiento constituyó una práctica habitual, se ha transformado en un medio extraordinario en este caso.

Todos los miembros del Comité aceptan no tener dudas sobre el estado de la paciente que desde el punto de vista neurológico y de secuelas tiene un pésimo pronóstico, ya que los resultados obtenidos de las acciones terapéuticas realizadas, son pobres.

Sin embargo, con la estrategia de evaluación continua tratando de actuar a favor de la vida, se debe plantear si continuar con ella tiene algún valor para este ser, situación difícil dado la subjetividad de la interpretación, a la que se suma el concepto de recurso escaso, y los problemas de costos económicos.

b. *La autonomía de la niña:* Por la edad de la paciente, la autonomía pasa a su familia o a sus representantes legales. Aparentemente la niña está abandonada, dado que la abuela, que concurrió una sola vez, durante los primeros días de la internación, no ha vuelto a interesarse por ella, y una profesional de la ciudad natal ha informado que la madre se halla internada aún. Los profesionales no han realizado las acciones tendientes a la localización de los familiares, dado que suponen que los mismos aceptarán lo que ellos le sugieran realizar.

Ante la pregunta, ¿quién se debe hacer cargo de la vida y de la muerte de este bebé?, el Comité considera que se debe tratar de encontrar a los familiares, puesto que la decisión, en primer lugar, es de ellos. En caso de resultar manifiestamente imposible hallarlos o comunicarse con ellos, se deberá recurrir a la Justicia para que se haga cargo de la decisión o nombre un representante legal.

El Comité desea dejar en claro que de ningún modo la decisión debe ser tomada por los profesionales, sin haber dado los pasos señalados.

c. *Factores externos:* En la paciente se está utilizando un elemento que en este momento puede ser considerado como extraordinario. Además, por ser un recurso escaso en el Servicio, y dado que se han derivado ya otros pacientes pasibles de ser tratados con él a otros servicios de la Ciudad, se señala como importante tener esta situación presente en el debate.

El Comité señala que si bien estos factores deben ser tenidos en cuenta, no deben ser decisivos para la toma de decisión. Pero si debemos tomarla en base al recurso escaso, es deseable no comparar el valor de cada una de las vidas, sino, simplemente, cómo mejor utilizar un recurso escaso.

- **Recomendaciones.**

a. Tratar de entrar en contacto con la familia de la paciente, ponerla en conocimiento de todos los hechos y solicitar una decisión, que puede ser razonablemente compartida por los profesionales. La decisión familiar debe ser escrita y firmada en un formulario de consentimiento informado, o en su defecto, en la Historia Clínica.

b. Si fuera imposible hallar a la familia, se debe recurrir a la Justicia.

c. Cubiertas las instancias mencionadas, se recomienda el retiro del respirador.

d. Se sugiere que el Servicio, de ahora en más, implemente las medidas necesarias para evitar la falta de contacto con familiares de los pacientes.

e. Este Comité está disponible para acompañar al Servicio en el logro de las *recomendaciones* citadas.

- **Addenda**

Finalmente, el Servicio logró comunicarse con los familiares de la paciente, quienes llegaron hasta la Institución (la mamá tenía una oligofrenia profunda, y se informó a la abuela y a un tío materno) y expresaron que tenían conocimiento de la evolución de la niña por una profesional de su localidad, y que preveían el desenlace fatal, motivo por el cual no se acercaron a la Institución.

Ante la presencia del Jefe de Servicio y del Coordinador del Comité, le fue dada toda la información. La familia estuvo de acuerdo con el retiro del respirador, y así lo firmaron en la Historia Clínica.

El respirador se retiró en presencia del tío; la paciente permaneció en incubadora con halo protector y falleció 4 hs. después.

LEGISLACIÓN NACIONAL

- **Ley n° 24.742. Salud Pública. Comité Hospitalario de Ética. Funciones. Integración. Sanc.: 27/11/96. Promul.: 18/12/96. Publ.: 23/12/96.**

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de ley:

Art. 1. En todo hospital del sistema público de salud y seguridad social, en la medida en que su complejidad lo permita, deberá existir un Comité Hospitalario de Ética, el que cumplirá funciones de asesoramiento, estudio, docencia y supervisión de la investigación respecto de aquellas cuestiones éticas que surjan de la práctica de la medicina hospitalaria.

Art. 2. Los Comités Hospitalarios de Ética funcionarán como equipos interdisciplinarios integrados por médicos, personal paramédico, abogados, filósofos y profesionales de las ciencias de la conducta humana, que podrán pertenecer o no a la dotación de personal del establecimiento. Desarrollarán su actividad dependiendo de la dirección del hospital, y quedarán fuera de su estructura jerárquica.

Art. 3. Serán temas propios de los Comités Hospitalarios de Ética, aunque no en forma excluyente, los siguientes:

- a) Tecnologías reproductivas;
- b) Eugenesia;
- c) Experimentación en humanos;
- d) Prolongación artificial de la vida;
- e) Eutanasia;
- f) Relación médico-paciente;
- g) Calidad y valor de la vida;
- h) Atención de la salud;
- i) Genética;
- j) Trasplante de órganos;
- k) salud mental;
- l) Derechos de los pacientes;
- m) Secreto profesional;

n) Racionalidad en el uso de los recursos disponibles.

Art. 4. Las recomendaciones de los Comités Hospitalarios de Ética no tendrán fuerza vinculante, y no eximirán de responsabilidad ética y legal al profesional interviniente ni a las autoridades del hospital.

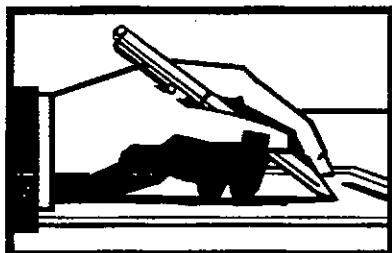
Art. 5. El Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las normas a las que se sujetará el desarrollo de las actividades de los Comités Hospitalarios de Ética.

Art. 6. La presente ley entrará en vigencia a los ciento ochenta (180) días de su publicación, lapso en que deberá ser reglamentada.

Art. 7. Invítase a las provincias a adherir al régimen de la presente.

Art. 8. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Pierri - Ruckauf - Pereyra Arandia de Pérez Pardo - Piuizzi



Este texto, éste libro, lo irán escribiendo ustedes, sus lectores.

Aspiramos a que sea un libro de trabajo, que inspire dudas y que alumbre discusiones.

■ **Contiene propuestas que pueden ser:**

- interesantes
- molestas
- curiosas
- aburridas
- obvias
- renovadoras
- exigentes
- desproporcionadas.

■ **En todo caso para que éste libro vaya cobrando sentido, necesitamos :**

- su aporte
- su crítica
- su elogio
- su sugerencia.

Si éstas líneas quedan guardadas en un cajón, y sólo son consultadas cuando hay una reunión del Comité de Ética, no hemos llegado a nuestro destino.

Si usted nos acompaña con sus sugerencias y nos comenta los defectos o las ventajas, podremos ir modificando nuestra propuesta, intentando mejorarla. Quizás lo logremos, quizás no...

...pero iremos conformando, con el tiempo, un texto en colaboración, pasado por la vivencia de todos, que será más útil para otros.

Y habremos aprendido.

Muchas gracias.

Sugerencias e ideas para modificar el libro

Los temas

.....

.....

.....

.....

están expuestos en forma poco clara.

Me gustaría que se traten los siguientes temas que no están

.....

.....

.....

.....

Otros comentarios y sugerencias

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....